

www.sobecc.org.br

SOBEC
NACIONAL

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE ENFERMEIROS
DE CENTRO CIRÚRGICO,
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
E CENTRO DE MATERIAL
E ESTERILIZAÇÃO

Máxima confiança e qualidade no ambiente Hospitalar



Indicadores Químicos com alta tecnologia para o monitoramento do processo de esterilização.

Os controles TST Classe 6 da Browne monitoram o processo de esterilização por vapor saturado sob pressão (VSSP) em todas as calibrações.

BROWNE



mackmedical

www.mackmedical.com.br

www.sobecc.org.br

SOBECC

NACIONAL

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE ENFERMEIROS
DE CENTRO CIRÚRGICO,
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
E CENTRO DE MATERIAL
E ESTERILIZAÇÃO

CONSELHO EDITORIAL - 2013-2015

Editor Científico

Profa. Dra. Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de São Carlos, UFSCar)

Editores Associados Nacionais

Profa. Dra. Ana Lucia de Mattia (Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG), Profa. Dra. Kazuko Uchikawa Graziano (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, EEUSP), Profa. Dra. Maria Clara Padoveze (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, EEUSP), Profa. Dra. Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, FEHIAE)

Editor Associado Internacional

Dra. Valeska Stempluik (Organização Panamericana da Saúde, OPAS/OMS - Washington, DC, EUA)

Conselho Editorial

Profa. Dra. Adriana Cristina de Oliveira (Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, MG), Profa. Dra. Aparecida de Cássia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da USP, EEUSP, SP), Profa. Ms. Eliane Molina Psaltikidis (Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas, UNICAMP, SP), Profa. Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi (Livre-Docente da Escola de Enfermagem da USP e Pesquisadora do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, IDPC, SP), Profa. Ms. Dulcilene Pereira Jardim (Universidade Santo Amaro, UNISA, SP), Dra. Heloisa Helena Karnas Hoefel (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRS, RS), Profa. Ms. Isabel Cristina Daudt (Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, RS), Profa. Ms. Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, DF), Dr. João Francisco Possari (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, ICSP, SP), Profa. Dra. Ligia Fahl Fonseca (Universidade Estadual de Londrina, UEL, PR), Profa. Dra. Maria Belén Salazar Posso (Faculdade de Enfermagem da Fundação ABC, FMABC, SP), Profa. Dra. Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallon, Peru), Profa. Dra. Maria Helena Barbosa (Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM, MG), Profa. Dra. Maria Isabel Pedreira de Freitas (Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, SP), Profa. Dra. Maria Lucia Fernandes Suriano (Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, SP), Enfa Ms. Patricia Treviso (Hospital das Clínicas de Porto Alegre, HCPA, RS), Profa. Dra. Raquel Machado Cavalcanti Coutinho (Universidade Paulista, UNIP, SP), Profa. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnatto (Universidade Federal de Ciências da Saúde, UFCSPA, RS), Prof^a Dr^a Ruth Natalia Teresa Turrini (Escola de Enfermagem da USP, EEUSP), Profa. Ms. Simone Garcia Lopes (Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, SP), Profa. Dra. Vania Regina Goveia (Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, MG), Profa. Ms. Veronica Cecília Calbo de Medeiros (Centro Universitário São Camilo, CSC, SP)

Conselho Diretor

Presidente Sirlene Aparecida Negri Glasenapp | Secretárias Maria Elizabeth Jorgetti e Claudia Martins Stival | Editoração Editora Cubo | Revisão de Inglês Editora Cubo | Revisão de Espanhol Editora Cubo

FICHA CATALOGRÁFICA

Revista SOBECC / Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. - ano 1, n. 1 (1996). - - São Paulo, SP : Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização, 1996-

Trimestral
ISSN 1414-4425 (Impresso)

1. Enfermagem. 2. Centro Cirúrgico. 3. Recuperação Anestésica. 4. Centro de Material e Esterilização. I. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização.

INDEXAÇÃO



CUIDEN

CINAHL *Plus*
Available via EBSCOhost

ISSN 1414-4425

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

A SOBECC está associada à Academia Brasileira de Especialistas de Enfermagem (ABESE) desde 2000, à International Federation Perioperative Nurses (IFPN) desde 1999 e ao Fórum Mundial de Esterilização (WFHSS) desde 2008. Além disso, mantém parceria constante com a Association Operating Room Nurses (AORN).

EDITORIAL**1** Editorial

Eliane da Silva Grazziano, Márcia Hitomi Takeiti

ARTIGO ORIGINAL

- 3** Gestão por Padronização de Processos: A percepção dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico
Standardized Process-Based Management: The perception of Surgical Center Nurses
Gestión por Estandarización de Procesos: Una percepción de los Enfermeros del Centro Quirúrgico
Anderson Costa Richa, Solange Machado Guimarães, Teresinha Valdugo Cardoso

- 11** Carga de trabalho em Centro de Material e Esterilização
Workload in a Sterilization and Supply Center
Carga de trabajo en Centro de Material y Esterilización
Márcia Elisa Binder Neis, Francine Lima Gelbcke

- 18** Realização do *timeout* pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades
Surgical timeout protocol: facilities and difficulties
Realización del timeout del equipo quirúrgico: facilidades y dificultades
Glaucia Stein Martins, Rachel de Carvalho

RELATO DE EXPERIÊNCIA

- 26** Aplicação do *checklist* para cirurgia segura: Relato de experiência
Applying the safe surgery checklist: An experience report
Aplicación del checklist de cirugía segura: Relato de experiencia
Ana Paula Pancieri, Rachel de Carvalho, Eliana Mara Braga
- 34** Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória em cirurgia da cavidade oral ambulatorial
Perioperative Nursing Care System for ambulatory surgery of the oral cavity
Enfermería de Atención Perioperatoria para cirugía ambulatorial de la cavidad oral
Adriana Santana de Vasconcelos, Evanísia Assis Góes Araújo², Valquiria Farias Bezerra Barbosa,
Laureana de Vasconcelos Sobral, Francisca Márcia Pereira Linhares
- 44** Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva
Effective communication between surgical center and intensive care unit
Comunicación eficaz entre el Centro Quirúrgico y la Unidad de Cuidados Intensivos
Cristina Silva Sousa, Regina Claudia da Silva Souza, Maria Carolina Gonçalves, Tania Regina Zeni Diniz,
Ana Lucia Silva Mirancos da Cunha
- 51** Dimensionamento de pessoal em Centro Cirúrgico Ortopédico: real × ideal
Dimensioning of personnel in Orthopedic Surgical Center: real vs. ideal
Dimensionamiento de personal en Centro Quirúrgico Ortopédico: real x ideal
Natalha Taranha Bueno Moreno, Rachel de Carvalho, Regiane Baptista Martins Porfírio



○ **Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**

17 a 20 de setembro de 2014



Inovação e Liderança

Os Rumos da Enfermagem no Centro de Material e Esterilização

De 17 a 20 de setembro de 2014

Palácio das Convenções do Anhembi –São Paulo

Organização e Realização

SOBEC ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE ENFERMEIROS
DE CENTRO CIRÚRGICO,
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
E CENTRO DE MATERIAL
E ESTERILIZAÇÃO
NACIONAL

Apoio

WFHSS

World Forum Sterile Supply



Caros Associados,

O presente número inaugura uma nova fase da Revista SOBECC. Você irá se deparar com várias mudanças, desde o projeto gráfico e a exclusão de notícias da associação até o número de artigos publicados, que passam a ser oito por revista.

Tais mudanças fazem parte de um conjunto de ações da Diretoria de Publicação e Divulgação da SOBECC, bem como do Conselho Editorial, buscando adequar o periódico às normas de publicação de periódicos científicos, com o objetivo de obter uma melhor qualificação dentro dos indexadores nacionais e internacionais. Este é um importante passo para divulgação das nossas pesquisas, além de confirmar a busca de evidências científicas, seguindo rigor metodológico.

Novas mudanças serão implementadas ao longo deste ano, especialmente no processo de submissão de artigos e no fluxo editorial. Você, que é autor e pretende submeter os resultados de suas pesquisas, atente para as normas de publicação, uma vez que foram revisadas.

Estamos empenhados em oferecer um veículo de comunicação mais ágil e moderno, porém com a mesma confiabilidade que fez da Revista SOBECC uma publicação atual e ética, que contribui para a divulgação das evidências para a prática na área da Enfermagem Perioperatória.

Neste número, os artigos publicados apresentam resultados de estudos originais e de revisão, além de relatos de experiência. Em todos estes, verifica-se a ênfase no cuidado seguro.

O artigo original “Gestão por Padronização de Processos: a percepção dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico”, cuja pesquisa foi realizada com Pós-Graduandos de Curso de Especialização, aborda a questão do tempo que o Enfermeiro de Centro Cirúrgico dedica ao gerenciamento dos processos, bem como a questão da subutilização de indicadores de processo como ferramenta auxiliar no gerenciamento da unidade.

Ainda com cerne no gerenciamento, o artigo original intitulado “Carga de trabalho em Centro de Material e Esterilização” retrata a necessidade da identificação da carga de trabalho dos profissionais de Enfermagem nesta área e propõe uma estratégia para avaliá-la e mensurá-la, com a participação efetiva da equipe de Enfermagem.

Outro artigo original, a saber, “Realização do *timeout* pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades” discute a adesão da equipe cirúrgica para o protocolo de Cirurgia Segura, abordando o *Timeout* e as facilidades e dificuldades para sua aplicação, na opinião dos profissionais de várias categorias.

O estudo original “Hipotermia acidental: implicações para os cuidados de Enfermagem no transoperatório” analisa as intervenções de Enfermagem realizadas em procedimentos cirúrgicos em um hospital público visando a prevenção e tratamento da hipotermia inadvertida, e constata a importância do Enfermeiro na prevenção da hipotermia acidental e a necessidade de maiores estudos buscando evidências científicas.

O relato de experiência intitulado “Aplicação do *Checklist* para Cirurgia Segura: relato de experiência” analisa a aplicação do protocolo completo de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde em um hospital-escola e descreve os pontos que receberam alterações e a adesão da equipe cirúrgica.

Abordando um tema com poucas publicações, o artigo “Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) em cirurgia da cavidade oral ambulatorial” é o relato de experiência de docentes que atuam em Centro de Especialidades Odontológicas. Eles apresentam a elaboração de um protocolo de SAEP utilizando os padrões funcionais de Gordon e Taxonomia Nanda I, que facilitaram a aplicação do processo de enfermagem na prática.

A comunicação entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva foi abordada no estudo “Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva”, um relato de experiência no qual os autores descrevem os passos para elaboração de um protocolo visando a otimizar a transferência de informações entre os dois setores, com mais segurança e de forma mais eficaz.

No artigo de revisão “Dimensionamento de pessoal em Centro Cirúrgico Ortopédico: real × ideal”, os autores buscam dados na literatura especializada, calculam o quadro de pessoal ideal para a especialidade e realizam uma análise comparativa entre os achados e o quadro real de funcionários de um centro cirúrgico ortopédico.

Esperamos que apreciem a leitura e as modificações na Revista. Convidamos todos para comentar suas impressões em nossa *fanpage*.

Saúde e paz!

Eliane da Silva Grazziano
*Editora-chefe e Diretora da Comissão
de Publicação e Divulgação*

Márcia Hitomi Takeiti
Presidente da SOBECC

Gestão por Padronização de Processos: A percepção dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico

Standardized Process-Based Management: The perception of Surgical Center Nurses

Gestión por Estandarización de Procesos: Una percepción de los Enfermeros del Centro Quirúrgico

Anderson Costa Richa¹, Solange Machado Guimarães², Teresinha Valdugo Cardoso³

RESUMO: **Objetivo:** revelar a visão de Gestores Enfermeiros de Centro Cirúrgico sobre o modelo de gestão por padronização de processos. **Método:** pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no segundo semestre de 2011. A população-alvo deste estudo foram 19 alunos do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), dos quais sete participaram por meio de entrevistas com perguntas abertas, analisadas pelo método de Bardin. **Resultados:** após a análise emergiram seis categorias: o entendimento sobre processo de trabalho; a relevância da padronização de processos; os resultados obtidos com a padronização; a adesão e o envolvimento da equipe; as ferramentas aplicadas, e o monitoramento através de indicadores. **Conclusão:** todos os entrevistados reconhecem que padronizar promove o desenvolvimento orientado de seu trabalho, refletindo diretamente nos resultados. Este estudo abre espaço para maiores discussões no que diz respeito ao pouco tempo dedicado às atividades gerenciais em detrimento da necessidade da atuação assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Centro Cirúrgico. Padronização de processos. Gestão.

ABSTRACT: **Objective:** to reveal the vision of Surgical Center nurse-administrators on the management model by standardization processes. **Method:** an exploratory, descriptive study with qualitative approach carried out in the second half of 2011. Nineteen nurses from the Surgical Nursing Graduate program at Universidade Luterana do Brasil - ULBRA were the target population of this study; nine of them participated through interviews conducted with open questions analyzed by the Bardin method. **Results:** the following six categories emerged after analysis: understanding the work process, the importance of process standardization, results obtained with standardization, membership and staff involvement; applied tools; and monitoring by indicators. **Conclusion:** all respondents recognize that standardization motivates the whole team to develop their work, reflecting directly in the results. This study paves the way for further discussion regarding the short time devoted to management activities over the need for assistance.

KEYWORDS: Surgical Center. Standardization Process. Management.

RESUMEN: **Objetivo:** conocer la visión de los Enfermeros Directores del Centro Quirúrgico acerca del modelo de gestión por estandarización de procesos. **Método:** investigación exploratoria, descriptiva, con enfoque cualitativo, realizada en el segundo semestre de 2011. La población objeto de estudio fue de 19 alumnos del Curso de Postgrado de Enfermería en el Centro Quirúrgico de la Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), siete de los cuales participaron a través de entrevistas con preguntas abiertas, que posteriormente fueron analizadas por el método de Bardin. **Resultados:** tras el análisis, surgieron seis categorías: entendimiento del proceso de trabajo; importancia de la estandarización de procesos; resultados obtenidos con la estandarización; adhesión y participación del equipo; herramientas aplicadas; y seguimiento a través de indicadores. **Conclusión:** todos los entrevistados reconocen que la estandarización promueve el desarrollo orientado de su trabajo, reflejándose directamente en los resultados. Este estudio abre el camino para mayores discusiones sobre cómo el poco tiempo dedicado a las actividades de gestión puede causar un detrimento en la necesaria tarea asistencial.

PALABRAS CLAVE: Centro Quirúrgico. Estandarización de procesos. Gestión.

¹Acadêmico de Enfermagem do 8º Semestre, Universidade Luterana do Brasil.
Rua Doutor Alfredo Ângelo Filho, 972, Bairro Igara, Canoas, RS, Brasil.
Telefone: (51) 8451-6982. E-mail: anderson.richa@yahoo.com.br

²Orientadora: Enfermeira e Docente, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Luterana do Brasil. E-mail: solange.machadoguimaraes@gmail.com

³Co-orientadora: Enfermeira e Docente, Curso de Graduação, Universidade Luterana do Brasil. E-mail: terevalduga@gmail.com

Introdução

É na instituição de saúde que o paciente/cliente deposita a maior parcela das expectativas do bom desempenho profissional, além da garantia de segurança. Por esse motivo, os processos e as pessoas que envolvem o paciente cirúrgico devem receber atenção especial¹.

A Unidade de Centro Cirúrgico é o conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata². É um setor singular dentro do hospital por tratar de situações complexas e pela evidência dos resultados apresentados, além de decisivo na ação curativa³.

As organizações são constituídas por uma complexa combinação de recursos humanos e organizacionais⁴. A estrutura de uma organização é definida como a soma dos modos pelos quais o trabalho pode ser dividido; define-se, também, como a coordenação das atividades realizadas por cada indivíduo⁵.

O Enfermeiro tem função preponderante na articulação dos processos. Não é raro que ele seja o ponto de convergência deste sistema. A ele, cabe a organização e a distribuição das informações pertinentes aos demais envolvidos, tornando-se o elo entre os diferentes profissionais da área da saúde e da área administrativa, sendo, posteriormente, o elo entre estes e o cliente⁶.

Atribui-se, também, cada vez mais, a este profissional, o envolvimento nas decisões financeiras e nos planejamentos orçamentários do setor ou da instituição, tendo que gerir recursos (materiais, humanos e financeiros) muitas vezes escassos. É dele a missão, como agente de mudanças, de alcançar o equilíbrio entre qualidade, quantidade e custos em seu local de atuação³.

Um dos grandes desafios enfrentados pelas instituições de saúde é como manter um bom padrão de qualidade no atendimento e, ainda assim, controlar e reduzir custos. A resposta a esta pergunta passa pela padronização de processos⁷.

O funcionamento de uma organização está baseado num conjunto de atividades transformadoras e inter-relacionadas. Assim, para agregar valor ao negócio, é fundamental mapear e padronizar as atividades em processos, e conhecer as necessidades e expectativas das partes interessadas^{2,4}.

Podem-se definir processos como um conjunto de atividades interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saída)¹⁻⁴.

A satisfação das partes interessadas é alcançada pela tradução de suas necessidades e expectativas em requisitos para os produtos/serviços, e seu desdobramento para cada processo na cadeia de valor⁴.

De acordo com a definição do Escritório de Avaliação Tecnológica dos Estados Unidos da América do Norte, qualidade de um prestador é o grau em que o processo de assistência aumenta a probabilidade de resultados desejados

pelos pacientes e reduz a probabilidade de resultados não desejados¹.

Dessa forma, considerando a importância do Centro Cirúrgico no contexto da manutenção financeira do hospital, a alta complexidade que representa as atividades ali realizadas e, ainda, a experiência profissional – que proporciona uma contínua análise crítica sobre gestão por padronização de processos –, surgiu o interesse em abordar este tema, do qual se pretendeu possível extrair significativos resultados para uma melhor análise.

Julga-se, ainda, que o assunto se faz relevante para a comunidade científica e, em especial, para o profissional Enfermeiro que, em muitas ocasiões, é o principal administrador das Unidades de Centro Cirúrgico nos hospitais. Ressalte-se, também, a importância desta pesquisa para as instituições hospitalares e os seus usuários, que buscam continuamente a qualidade nos serviços prestados, como oferta e preferência, respectivamente.

O objetivo geral deste trabalho foi considerar e analisar a visão dos gestores de Centro Cirúrgico sobre a gestão por padronização de processos deste setor. Paralelamente, mediante os objetivos específicos, propõe-se avaliar os benefícios da padronização de processos em Unidades de Centro Cirúrgico e identificar as principais dificuldades encontradas pelos envolvidos na implantação da padronização de processos.

Método

Esta pesquisa constitui um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. A população-alvo foram 19 Enfermeiros matriculados no curso de Pós-Graduação em Centro Cirúrgico da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), dois quais sete enfermeiros foram incluídos na amostra de acordo com os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: a) estar cursando Pós-Graduação em Centro Cirúrgico; b) estar atuando em quaisquer áreas do Centro Cirúrgico, e c) aceitar participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: a) não estar presente nos dias de entrevista; b) não estar desenvolvendo atividades profissionais em Centro Cirúrgico, e c) não aceitar participar da pesquisa.

O instrumento de coleta foi uma entrevista semiestruturada, conduzida por um formulário de perguntas abertas, que exploraram o tema relacionado. As perguntas norteadoras do estudo foram:

- Qual é a visão dos gestores do Centro Cirúrgico sobre os indicadores de padronização de processos?
- Quais são as vantagens e os benefícios deste controle de qualidade para o profissional Enfermeiro?

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2011, tão logo o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da ULBRA/Canoas, pela Coordenadora do Curso de Enfermagem

da ULBRA/Canoas, com realização do estudo-piloto. Inicialmente, houve a apresentação do autor da pesquisa aos alunos do Curso de Especialização de Pós-Graduação de Enfermagem com ênfase em Centro Cirúrgico, ocasião em que foram expostos os objetivos deste estudo e realizado o convite para participação do mesmo. Os interessados receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)⁸. Após leitura e preenchimento deste material, foram realizadas entrevistas individuais, com gravação na íntegra.

Os dados coletados foram transcritos e analisados qualitativamente, por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, pela categorização temática, seguindo os seguintes passos: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados e interpretação⁹. Iniciou-se a primeira fase, mediante minuciosa transcrição das entrevistas realizadas.

Os entrevistados foram codificados neste estudo através da letra **S**, seguida de numeração ordinária crescente correspondente a cada entrevistado. Efetivada a leitura deste material, os discursos dos entrevistados foram cruzados, conectando pontos em comum, delimitando, assim, as categorias.

Em seguida, foram relacionadas as respostas com a fundamentação bibliográfica consultada. Cada categoria gerou uma discussão e análise.

Resultados e discussão

A interpretação deste material gerou resultados coerentes com o objetivo deste estudo e ainda revelou novos temas a serem abordados pela comunidade científica. Ao mesmo tempo, pode ser considerado material fidedigno para consultas e apoio a outros estudos.

Deste estudo, surgiram resultados e discussões em seis categorias estabelecidas pelo método de Bardin⁹, quais sejam: i) o entendimento sobre processo de trabalho; ii) a relevância da padronização de processos; iii) os resultados obtidos com a padronização; iv) a adesão e o envolvimento da equipe; v) as ferramentas aplicadas, e vi) o monitoramento mediante indicadores.

Categoria I – Entendimento sobre processos de trabalho

A teoria do sistema foi a primeira, das abordagens administrativas, a considerar que a organização se compõe de partes que se integram entre si e são interdependentes. A dinâmica dos sistemas consiste na entrada de elementos que são transformados, pela sequência de processos, e geram saídas que levam aos resultados⁵. Assim, podem-se definir processos como sendo uma série de tarefas ou etapas que recebem insumos, tais como materiais, informações, pessoas, métodos e máquinas, que geram produto físico ou serviço¹⁰.

Por esta categoria, ficou evidenciado, pelas respostas dos entrevistados, que *processo* se define como atividades

realizadas para transformação de uma matéria-prima em um produto final:

[...] eu entendo como os meios que a gente leva para chegar ao objetivo [...] para chegar no resultado. (S2)

É aquilo que você faz para transformar uma coisa numa outra coisa. (S5)

[...] é o caminho que a gente utiliza, a forma que a gente encontra para chegar num objetivo, para chegar num resultado. (S6)

Os entrevistados buscaram, em suas experiências diárias, meios para elucidar a resposta. Aparece, então, a importância de conceituar, descrever, registrar, de padronizar tudo o que é feito:

[...] processos, então, é na verdade a descrição de todas as atividades que a gente realiza né, em qualquer setor. (S1)

[...] é a padronização de tudo que a gente faz. É escrever, determinar, o que fazer, como fazer e quem faz as coisas do dia a dia. (S4)

[...] é aquilo que se faz dentro da instituição hospitalar e que normalmente a gente registra. É tudo aquilo que se faz, como se faz, dentro da instituição hospitalar. (S7)

As respostas, de certa forma, legitimaram a ligação positiva e direta que se faz entre processos de trabalho e padronização.

Categoria II – Relevância da padronização de processos

A padronização é uma importante ferramenta gerencial e, como tal, nos ambientes administrativo e técnico, confere uniformidade às ações, além de reduzir a dispersão e possibilitar que cada profissional realize seus serviços de forma orientada e segura; a padronização começa pela compreensão de todo o processo^{8,11}.

O pensamento sistêmico é o entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como a organização e o ambiente externo⁴.

A padronização estimula a criatividade e a participação de toda a equipe, trazendo, em sua essência, o conceito de melhoria contínua. O padrão eficaz é aquele que está permanentemente melhorando, através da experiência dos que o utilizam².

Está muito evidente, nas respostas dos entrevistados, que a percepção de padronização de processos seja algo que viabiliza, de maneira positiva, o trabalho:

[...] as pessoas, sabendo o que devem fazer, vão fazer melhor. A qualidade vai aparecer [...](S5)

Está se falando de, através deste modelo, criar um ambiente motivador e organizado, em que se busca não apenas a conclusão de uma tarefa e sim o prazer de estar realizando a mesma; por consequência, se está ofertando qualidade ao nosso produto final:

[...] no momento que tu padroniza, tu descreve o processo, tu vai orientar toda a sua equipe a fazer da mesma forma, para ter uma melhor qualidade na assistência e no teu serviço. (S1)

Levando-se em questão o fato de vários profissionais estarem trabalhando visando atingir um objetivo em comum, padronizar significa orientar cada pessoa que participa do processo a desenvolver seu trabalho em prol da continuidade. Isso, de certa forma, enfatiza a importância de cada um dentro do sistema, além de propiciar o seu entendimento como um todo:

[...] tendo isso padronizado, todo mundo vai fazer dessa forma. (S1)
[...] todo mundo fala a mesma língua, age da mesma maneira. (S6)
[...] é fazer com que profissionais diferentes façam o mesmo procedimento, da mesma forma. É como foi pré-determinado. (S7)

As ferramentas que compõem este modelo aparecem como peças importantes, segundo os entrevistados. Eles justificam que é necessário buscar fundamentação para o tema proposto, a fim de credibilizá-los perante toda a equipe, mostrar seus benefícios e sua eficácia:

[...] padrão está em cima de pesquisa, avaliação, das características de cada lugar e tem que adequar. (S6)
[...] é determinar como será feito, independente daquele que está aplicando, que está fazendo, fazer da mesma forma. É padronizar. (S7)

Talvez seja este um dos segredos para o desafio de todos aqueles que trabalham o comprometimento junto aos recursos humanos:

[...] que a meta é ter a questão de estar todo mundo trabalhando pro mesmo lado. Tu faz um caminho a percorrer neste trabalho, na forma que tu entende que é a melhor e todo mundo seguir ela. Então, se todos seguirem aquilo que tá documentado ali, que foi uma coisa que foi estudada para ser feita, que é a melhor forma, porque sempre que tu vai padronizar um processo tu vai pesquisar uma coisa, tu vai te fundamentar pra que esse processo que tu padronizou tenha alguma eficácia né, tenha um benefício com isso. (S2)

Categoria III – Resultados obtidos com a padronização

Hoje, um complicador no planejamento fiscal das organizações de saúde envolve o alcance de duas metas: a contenção de custos e a qualidade do cuidado, as quais nem sempre possuem um relacionamento linear¹². Este desafio vem exigindo da equipe de saúde e dos administradores um progressivo entrosamento⁷.

A qualidade é o julgamento feito com base na satisfação do cliente com o produto ou o serviço utilizado. Com isso, o objetivo de uma empresa deve ser o reconhecimento das necessidades do cliente e sua satisfação em relação aos serviços e produtos¹³.

Escolher um modelo de gestão que garanta sucesso é uma aposta diária frente à flexibilidade do desafio mercadológico. As padronizações de processos vêm apresentando bons resultados. Conforme trechos das entrevistas a seguir, padronizar gera otimização:

[...] se prioriza coisas, se vai direto ao que tem que ser feito [...] (S4)

Seus ganhos refletem, principalmente, nos termos *redução de custos e melhoria na qualidade dos serviços prestados*:

[...] é bem interligado sim, custo e controle da qualidade do serviço, porque, com a padronização do processo, a gente otimiza as rotinas e também a gente otimiza os nossos colaboradores. Ele pode estar realizando mais atividades se ele tem a atividade dele padronizada [...] (S1)

Assim, conforme citado nas categorias anteriores, o modelo estudado permite que as pessoas realizem suas atividades de maneira orientada, em que cada passo do processo tenha sido avaliado previamente, calculando os seus benefícios. Deste modo, delineando redução de custos, os entrevistados citaram que a padronização controla custos de cada serviço prestado, gera eliminação de desperdício de materiais, otimiza o tempo, diminui o número de suspensão de cirurgias, entre outros benefícios:

[...] tu padroniza um processo, que tu elimina um desperdício, que todo mundo gasta aquela quantidade de material necessário, que todo mundo registra aquele procedimento que é necessário registrar daquela forma, tu vai montar a receita, aumentar, tendo a mesma quantidade de trabalho né, e diminuir os custos através do desperdício e da forma errada de trabalhar que tu vai minimizar. Tu vai economizar tempo e dinheiro na verdade. (S2)
[...] a gente padronizou um número xis de materiais e se viu que com aquilo ali, tu fazia o procedimento correto e adequado, com a técnica correta e tu diminuía o custo de algumas coisas que não tinha necessidade de ter como tu tinha antes. (S3)
[...] se a gente padronizar que o necessário são dois, resumindo isso tudo, olha a economia que agente vai ter. Então isso vale para tudo, vale para um atendimento de uma situação, para uso de medicação, então a padronização sim, ela gera economia, ela repercute. (S5)

Assim, referenciando o aumento de qualidade dos serviços prestados, os entrevistados relacionaram padronização com a otimização dos colaboradores, que apresentam maior segurança na realização de suas atividades, maior agilidade e, conseqüentemente, gerando menor tempo de espera por parte do cliente, e uniformização do atendimento, aumentando a confiabilidade e a fidelização junto à instituição:

[...] melhora a qualidade em todos os sentidos. O processo de trabalho acaba tendo melhor qualidade e quem acaba ganhando com isto é o próprio paciente. (S6)
[...] todo mundo trabalhando da mesma forma, pensando da mesma maneira, cuidando do seu paciente com o mesmo fim determinado, que é prestar assistência de qualidade. (S4)
[...] se cada um fizer igual ele vai ver, mas tem qualidade, tem uma padronização e todo mundo sabe o que está fazendo. É uma questão de confiabilidade do trabalho. (S5)

Por fim, o ganho que se tem está em todas as instâncias: instituição, colaborador e cliente:

[...] tu diminui erros e a agilidade é o principal. Quem ganha com isso? O paciente e a instituição, mas, em primeiro, lugar o paciente. (S3)
[...] a partir do momento que todos começam a fazer da mesma forma, aí vem o ganho em longo prazo. Quem ganha com isso? A instituição, até mesmo porque envolve a qualidade do atendimento, mas também o controle de custos. Tudo isso é muito importante para o profissional, para a instituição e isso aí reflete para o paciente. (S7)

Categoria IV – A adesão e o envolvimento da equipe

A padronização começa pela compreensão do processo como um todo¹¹. A implantação dos protocolos exige envolvimento multidisciplinar, profissionais competentes, grandes investimentos em pesquisas e um bom sistema de informações¹.

Este entendimento sobre o conceito da padronização dos processos estimula a criatividade e a participação de toda a equipe, trazendo em sua essência o conceito de melhoria contínua. O padrão eficaz é aquele que está permanentemente melhorando, advindo da experiência dos que o utilizam⁴.

A adesão a este método é uma tarefa difícil, pois é necessário muito mais do que redigir passos. Ela é um modelo norteador daqueles que trabalham o processo:

[...] é uma forma deles se embasar, uma forma de consulta deles, entendeu. O meu funcionário ainda prefere essa forma documentada. (S2)

Para tal tarefa, comprometer as pessoas tem sido uma barreira para conquista dos objetivos. A diversidade de formação, de cultura e de ideias vem, muitas vezes, dispersando atenções. Além disso, padronizar gera trabalho, esforço e comprometimento contínuo. Nas entrevistas, os Enfermeiros relatam que muitas vezes isto gera resistência. Existe, por parte dos colaboradores, certa comodidade:

[...] eu trabalho lá dois anos e pouco e para eu me adaptar a isso eu confesso que foi um pouco difícil. (S4)
[...] eles não gostam, eles têm bastante resistência. É uma briga contínua para fazer com que eles leiam, pra fazer [...] (S5)
[...] então, às vezes, não se tem aquele movimento de que se precisa ter para que as coisas aconteçam. (S7)
[...] então, se eu falo em padronizar processos e fazer capacitação, aumenta o seu trabalho. Então, isso aí, infelizmente na maioria das vezes, não é bem visto, porque já se faz de uma forma e daquele jeito já está bom. (S7)
[...] a cooperação deixa a desejar [...] falta o comprometimento. (S7)

Por outro lado, os Enfermeiros reclamam da falta de orientação. Sabem que os resultados de padronizar o processo facilitam o fluxo de trabalho, trazendo bons resultados:

[...] é uma própria exigência deles pra que essa informação seja difundida entre todos. (S2)
[...] uma coisa nova, a primeira reação às vezes não é muito boa. Então tu vai colocando que com isso se vai ganhar, que todo mundo ganha e eles entendem que é para o bem e ajudam a fazer. (S3)
[...] às vezes, tem alguma resistência, mas eles acabam aderindo e acabam fazendo. Pelo conhecimento dos benefícios? Isso aí, pelo conhecimento das vantagem que aquilo vai trazer né. (S3)

Por meio de caminhos bem descritos, documentos claros e informações precisas, todos terão embasamento na sua tarefa, apoio científico e respaldo em resposta a uma cobrança. É nesse caminho que os gerentes trabalham comprometimento. Trazendo os colaboradores para a formação do processo. Tornando-os parte:

[...] eles opinam e decidem junto como vai ser, pra gente chegar num consenso e daí todo mundo vai fazer aquilo e daí realmente o pessoal faz. Cooperam e se comprometem. E eu sinto até que eles preferem, porque daí eles sabem o que seguir. (S1)
[...] se eu preciso de alguma coisa para o meu paciente e eu preciso do médico, então eu sei que eu vou ter que ligar para o médico e ele sabe que vai ter que me dar o retorno né. Isso é bem específico assim. (S4)

Junto a isso, a constante avaliação e a cobrança realizada pelos gestores também são citadas como pontos chave na padronização:

[...] se eu tenho uma padronização, eu vou cobrar do meu funcionário porque tem alguém que me cobra também. E eles já estão inseridos no sistema e eles aceitam bem. Eles aceitam muito bem lá. (S4)
[...] eu acho que é por isso que funciona. Tem alguém que cobra. Todo mundo tem que entrar no mesmo ritmo. Até por que é assim, desde o primeiro dia que tu entra lá tu já é cobrado [...] (S4)

Categoria V – Ferramentas aplicadas

O Centro Cirúrgico, por suas particularidades, constitui uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar. Na sua rotina, ocorrem vários processos e subprocessos, direta e indiretamente ligados à produção de cirurgias. Assim, percebe-se que o bom desempenho de um Centro Cirúrgico está diretamente relacionado com a qualidade de seus próprios processos e com os processos dos serviços que o apoiam¹⁴.

A representação gráfica e sistematizada do processo é a forma mais usual para compreendê-lo. A esta representação denomina-se fluxograma do processo. O fluxograma permite que as etapas soltas sejam ordenadas de uma forma sistemática, com níveis variáveis de detalhamento, e definindo com clareza quem é cliente, quem é fornecedor, a sequência em que as coisas acontecem, os possíveis passos duplicados, ciclos de retrabalho, a posição em que cada um se insere e o seu grau de participação. Os fluxogramas facilitam a visualização das etapas críticas, dos problemas em potencial e das etapas passíveis de padronização⁷.

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é o documento final e mais elementar da padronização. Este descreve cada passo crítico que deverá ser dado pelo seu operador para garantir o resultado esperado da tarefa^{7,14}.

O processo de padronização exige, logicamente, ferramentas que sejam fontes de consultas das pessoas que trabalham com processos. É, por estas, que o modelo se torna perceptível. Em suas entrevistas, os gestores citaram como ferramentas de padronização mais utilizadas, as reuniões com atas e os POPs:

[...] a gente faz uma convocação de uma reunião onde é passado e todos têm ciência da maneira de como deve proceder [...] (S3)
[...] a ideia é disponibilizar estes POPs e não guardar na gaveta da Enfermeira. Que fique ali no balcão ao alcance do

técnico e de outros profissionais para que tenha o acesso para que se utilizem. (S7)

[...] eu utilizo os POPs. A gente tem todas as atividades descritas, não temos todas ainda, mas já tem alguma coisa. E depois, isso é disseminado para a equipe. Eu determino em reuniões mensais, fica acesso fácil a todo mundo e também em loco, quando eu vejo que alguém não está fazendo como é descrito, na hora eu já converso, enfim, oriento. (S1)

Os entrevistados justificam que, por meio das reuniões, torna-se mais prático e dinâmico difundir novas decisões, normas ou regras estabelecidas:

[...] são feitas reuniões mensais, mas não com foco em padronização, e sim com o foco setorial em que a gente dá aquela pincelada no assunto específico. (S5)
[...] para fortalecer tudo o que a gente faz, é através de reuniões, treinamentos, tudo o que a gente recebe a gente passa, o que tem, a gente relembra o pessoal, reforça, atualiza [...] (S6)

Quanto aos POPs, é uma ferramenta muito conhecida e utilizada na maioria dos hospitais, e que tem a função de descrições de atividades práticas, principalmente da Enfermagem.

Entretanto, os entrevistados confessam que são pouco utilizados, mesmo estando em fácil acesso:

[...] os POPs eu tenho numa pasta, na SR, ali dentro do Bloco, que os funcionários têm como consultar né. Normalmente eles não consultam muito, mas a gente fala pra eles, diz que está escrito ali e eles seguem. Mas tá documentado. Tá à disposição. (S2)
[...] assim, no bloco, a gente utiliza os POPs. Ali onde eu estou, nunca vi ninguém pegar a pasta, nunca vi ninguém pegar nada. Às vezes, usam o computador e tal [...] (S6)

Outra ferramenta utilizada na padronização de processos são os fluxogramas. Estes são menos referenciados, porém, apresentam resultados mais efetivos, visto que definem passos do processo de uma forma esquematizada, além de sua apresentação em murais os tornar mais atrativos:

[...] eu fiz o fluxograma desde que a gente tem o pedido do médico no agendamento, passa pela reserva do material, tudo desenhadinho [...] (S2)

[...] Existem os fluxogramas colocados em sala de uma forma a resumir algumas situações mais importantes [...] (S5)

Por último, com o advento da Tecnologia da Informação (TI), os e-mails têm se apresentado como uma nova e boa opção de apresentação e divulgação dos padrões adotados:

[...] a gente recebe e-mails dizendo que determinada rotina mudou, ou, por exemplo, a chefe passa para gente e a gente passa adiante. (S4)

[...] o fluxograma eu tenho no mural do Bloco e divulguei ele por e-mail para todas as unidades, todos os setores do hospital que estão envolvidos no processo [...] (S2)

[...] tem os POPs, que são aquelas coisas mais específicas, assim, tipo o cateterismo, tipo assim, como preparar determinada coisa. E isso está disponível na Intranet. Cada computador pode ter acesso, então está ali para todos [...] (S4)

Por fim, tão importante quanto definir os objetivos, é fazer com que o caminho a percorrer seja difundido de maneira clara e atrativa, para que os colaboradores busquem as ferramentas, tornando-as parte de suas tarefas como fonte norteadora. É importante que todos os colaboradores participem da construção destas ferramentas, de maneira que se busque elaborar um documento fidedigno e condizente com a função, promovendo a continuidade do processo:

[...] a gente trabalha, o pessoal do dia trabalha com as ações diferenciadas, como a gente chama. São Enfermeiros que trabalham para cumprir carga horária porque não trabalham no final de semana. Então, agora eles acabaram de construir um manual da sala de recuperação. Então, naquele manual consta tudo o que o técnico tem que fazer, todas as rotinas da unidade, porque a empresa trabalha muito com rotina e POP [...] (S4)

Categoria VI – Monitoramento mediante indicadores

O indicador é idealizado pelo serviço que o utilizará, proporcionando informações que podem variar de controles básicos assistenciais a indicadores administrativos¹³.

Condição importante para a construção de indicadores é a obtenção de dados e informações fidedignas, resultantes da anotação sistemática das ocorrências e dos eventos relativos ao funcionamento do Centro Cirúrgico¹⁴.

A análise do processo deve pautar-se na busca da melhoria contínua, ter caráter periódico e sistemático, e ter seus resultados sempre divulgados às partes interessadas¹⁴.

Todo processo gera resultados, sejam na forma de números, produtos ou serviços. Estes precisam ser continuamente avaliados. O uso de indicadores nas unidades de trabalho é um sistema seguro, que aponta a qualidade do produto final deste processo, assinalando também possíveis desvios, falhas ou, ainda, ajustes que podem ser dados ao sistema. O que se percebe pelos relatos dos entrevistados é que o trabalho com indicadores não faz parte das suas rotinas diárias:

[...] na SR a gente não usa, não tem nada de indicador [...] (S4)
[...] não utilizei, mas tenho vontade [...] (S2)

Existe um desconhecimento das ferramentas ideais ou dos dados específicos a serem levantados nas Unidades de Centro Cirúrgico:

[...] não tenho [...] ainda me falta conhecimento para usar indicadores. Me faltam subsídios. Quais indicadores, onde aplicar, como aplicar, isso ainda me falta. (S1)
[...] no momento, nós não estamos levantando indicadores dentro do Bloco. Eu nem sei quais indicadores usar [...] vamos buscar trabalhar com indicadores específicos do Bloco Cirúrgico [...]. (S7)

Nota-se que os processos são refletidos na medida em que falhas vão surgindo. As intervenções são paliativas em cima de dados isolados:

[...] empiricamente, ah deu problema aqui, tá com problema em tal processo. Não há um registro que eu vou passar ou vou evitar o resultado, essas intervenções que a gente fez. (S2)

Ainda pelos relatos, extraiu-se que informações, números, fontes, são trabalhados, em sua maioria, no nível estratégico, o que constitui um erro. Tanto o nível tático quanto o nível operacional devem estar a par destes dados, trabalhando seus resultados e colocando em prática novos cursos, quando se fizer necessário. As áreas de apoio, como Setor de Controle de Infecção e Setor de Faturamento, foram citadas como áreas de consultas utilizadas para levantamento de dados:

[...] a gente lá tem, por exemplo, vários registros que servem como indicadores, os custos que são repassados pelo faturamento, com o que foi o gasto de material [...] (S6) Então, assim, a taxa de prescrição de Enfermagem a gente tem, eu acho que uma das coisas importantes que a gente tem ali na sala de recuperação [...] mas assim, não é a gente que faz. Não é nenhuma de nós que faz. É uma coisa que já vem pra gente. Então, tem uma pessoa certa que vê. (S4)

Ainda assim, revela-se a vontade de se ter o domínio dos dados relevantes que os indicadores trazem, a fim de poder direcionar melhor o gerenciamento do Centro Cirúrgico e, com isso, buscar resultados mais satisfatórios:

Mas eu queria poder usar ferramentas que eu conheço que me passam né, pra controlar melhor isso aí. (S2) [...] vamos buscar trabalhar com indicadores específicos do Bloco Cirúrgico. (S7)

Fica claro este anseio dos Enfermeiros em buscar elementos que ajuízem e creditem seu trabalho:

[...] quando a gente precisa, como se diz, provar alguma coisa, consultar alguma coisa a gente busca nos registros, pra procurar indicador, pra encontrar [...] (S3)

Considerações finais

Com o passar dos tempos, a arte de gerenciar processos ganhou novas investidas, ampliando sua complexidade. Desenvolveram-se teorias, adotaram-se filosofias, apareceram inúmeras exigências, estabelecendo que administradores criassem modelos adaptativos ao mercado. Estabeleceu-se, ainda, que o envolvimento na busca dos objetivos se descentralizasse da cúpula, para ser um compromisso de todos os colaboradores da instituição.

A grande oferta e a consequente concorrência fizeram com que surgisse, neste cenário, o item *qualidade*, como sendo um fator diferencial de mercado. Novas tecnologias foram agregadas em prol das necessidades do consumidor, fazendo com que os processos se tornassem mais dispendiosos. Surge, então, um dos principais desafios dos tempos modernos: a busca de equilíbrio entre ofertar serviços/produtos de qualidade aos menores custos possíveis.

Gerenciar serviços de saúde carrega um nível de complexidade muito grande. No Centro Cirúrgico, este desafio ganha maiores proporções. As metas deste setor estão envolvidas em uma grande carga emocional. A expectativa dos clientes reflete diretamente na atuação da equipe de saúde. O compromisso para que os resultados sejam maximizados torna o ambiente de trabalho tenso. Ali não são permitidos

erros. Ainda, é neste setor, que os hospitais apostam em ter maior retorno financeiro, por tratar com tecnologias caras que se ofertam como qualidade de atendimento.

Em meio a todo este cenário, a Enfermagem, que tem como característica ser um serviço fim, vem agregando cada vez mais, à atuação assistencial, o compromisso gerencial. Assim, na padronização de processos, torna-se o elo mais forte na relação entre os setores e as equipes, e destes com os clientes.

Neste estudo, ficou evidenciado, pelos entrevistados, que padronizar processos gera um desencadeamento de bons resultados, capaz de atender às necessidades referendadas anteriormente. O modelo permite o trabalho orientado, tornando-o mais dinâmico e controlado. Os colaboradores, por sua vez, entendem de maneira holística o sistema, percebendo melhor o seu papel e a sua relevância. O ambiente de trabalho torna-se mais organizado, suscitando a harmonia e o sentimento de confiança e segurança entre as equipes.

Os procedimentos são realizados conforme modelo pré-estabelecido, visando a diminuir ou, se possível, eliminar desvios. Este modelo único propicia a escolha de materiais apropriados, a uma quantidade certa, para cada procedimento, evitando desperdício e possibilitando a análise de contas, assim como o planejamento de compras, refletindo diretamente no setor financeiro.

E, por fim, toda esta teia se revela eficaz, quando, aos olhos do cliente, se percebe a sua satisfação frente ao atendimento ofertado, ao ambiente que foi lhe apresentado, pela segurança que a equipe de saúde conseguiu transpassar, fazendo com que este período de aflição vivenciado fosse o menos traumático possível.

Por outro lado, padronizar processos exige trabalhar a cultura de toda uma equipe. As ferramentas gerenciais são caminhos utilizados para a orientação, a avaliação e a movimentação dos processos ou, ainda, de sistemas. Moldar ferramentas que atendam o propósito é uma tarefa atribulada.

Muitas vezes, programar novos desafios é visto pelas equipes como trabalho extra, ganhando o desdém das mesmas. Faz-se necessário, então, o poder de persuasão dos gerentes em motivar estes colaboradores. Relatam, os entrevistados, que é preciso envolvê-los desde o início na elaboração das ferramentas gerenciais, fazendo com que se desencadeie uma expectativa de bons resultados e, dessa forma, então, comprometê-los.

Outra questão levantada é a forma com que essas ferramentas são apresentadas. Estas devem despertar as atenções de cada um que as utiliza, ser atrativas, de fácil compreensão e, assim, seduzir a todos.

A problemática levantada neste artigo é relacionada ao tempo dedicado para o gerenciamento dos processos que, em muitas realidades, é prejudicado pelo excesso de atribuições que carrega o Enfermeiro. Fica, então, o propósito de abrir a estes profissionais espaço para que possam se dedicar à elaboração das ferramentas que aperfeiçoem os resultados.

Por último, destaca-se a relevância que os indicadores têm dentro do sistema. Seus resultados são importantes fontes de consulta, que podem ser utilizados na avaliação da eficácia, assim como para promover possíveis ajustes dos processos trabalhados ou ainda orientar o planejamento do passo seguinte.

Entretanto, pelas entrevistas, fica evidente que os Enfermeiros, apesar do conhecimento teórico sobre esta ferramenta, não conseguem percebê-la claramente dentro do sistema ou ainda não têm tempo para analisar estes resultados.

Referências

1. Ribeiro MB, Coelho TP Jr, Baldam RL, C6 FA, Zorzal MB. Processos em centro cirúrgico: desafios e proposta de solução. In: Anais do 29th Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 2009 Oct 6-9; Salvador, Brasil. Salvador: ABEPRO; 2009 [acesso em 2010 Jul 15]. p. 1-12. Disponível em: http://www.cefetes.br/pse/pos_producao/oficial/producao_da_equipe/enegep_2009/marlowa_TN_STP_091_615_14596.pdf.
2. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas SOBEEC. 5th ed. São Paulo: SOBEEC; 2009.
3. Nepote MHA, Monteiro IU, Hardy E. Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um Centro Cirúrgico Geral. Rev Latino-am Enfermagem. 2009;17(4):529-534. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400015>
4. Fundação Nacional de Qualidade. Critérios compromissos com a excelência e rumo a excelência. São Paulo; 2009.
5. Abdala EC. A gestão orientada por processos: um estudo de caso em uma organização hospitalar brasileira. 2nd Congresso Brasileiro de Sistemas. Área Temática: Visão Sistêmica nas Áreas da Saúde; 2006, Ribeirão Preto, Brasil. São Paulo: FACEF; [acesso em 2010 Aug 16]. Disponível em: <http://www.facef.br/quartocbs/arquivos/41.pdf>.
6. Rossi FR, Lima MADS. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):460-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400013>
7. Lagioia UCT, Falk JA, Ribeiro Filho JF, Libonati JJ, Lopes JE. A gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da unidade de ortopedia e traumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. R Cont Fin USP. 2008; 19(48):77-90.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Brasília; out. 1996.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 2002.
10. Cury A. Organizações e métodos. 7th ed. São Paulo: Atlas; 2000.
11. Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 2nd ed. Belo Horizonte: EDG; 1999.
12. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 6th ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
13. Luongo J. Gestão de qualidade em saúde. São Paulo: Rideel; 2011.
14. Duarte IG, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. Rev Adm Saúde. 2006;8(31):63-70.

DECIDA INVESTIR NA QUALIDADE E SEGURANÇA DE TODOS OS SEUS PROCESSOS.

A Wolf Comercial tem se empenhado em comercializar produtos que atendam as expectativas de todos os profissionais desde CME, CC a CCIH e assegura que todos os processos estão rigorosamente de acordo com as RDCs vigentes.



**WOLF
COMERCIAL**
PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO
Desde 1996

Acesse www.wolfcomercial.com.br e conheça toda linha

Detergentes Enzimáticos:

Competência
atestada pela
Anvisa - RDC
55/2012
Linha: ANIOS



Limpeza:

Desinfecção de Alto
Nível



Esterilização:

Monitoramento -
Limpeza
Vapor/Formaldeído/Peróxido
de Hidrogênio

Linha:
BROWNE/STERIS



Embalagem:

Sustentável/Reciclável
Papel Crepado
Linha: ARJOWIGGINS



Embalagem:

Papel Grau Cirúrgico
Linha: WIPAK



Carga de trabalho em Centro de Material e Esterilização

Workload in a Sterilization and Supply Center

Carga de trabajo en Centro de Material y Esterilización

Márcia Elisa Binder Neis¹, Francine Lima Gelbcke²

RESUMO: **Objetivo:** estabelecer aspectos que possibilitem a identificação da carga média diária de trabalho dos trabalhadores de Enfermagem do Centro de Material e Esterilização (CME). **Método:** estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa realizado em um Centro de Material e Esterilização de um Hospital Universitário de Santa Catarina entre outubro de 2010 e maio de 2011. O estudo foi realizado em três etapas, com a participação de 14 trabalhadores de Enfermagem, onde foi realizada reclassificação dos pacotes de acordo com quantidade de peças e complexidade do material e identificação do tempo de processamento desses pacotes. **Resultados:** foi acompanhado o processamento de 274 pacotes estéreis sendo o tempo médio de processamento de dez minutos. **Conclusão:** para identificação da carga de trabalho é necessário conhecer o que se produz e o tempo empregado nesta produção. O tempo médio do processamento dos pacotes, segundo a classificação dos pacotes, constitui uma forma objetiva de avaliar a carga de trabalho do CME.

PALAVRAS-CHAVE: Carga de trabalho. Esterilização. Enfermagem.

ABSTRACT: **Objective:** to provide a basis for identifying the average daily workload of the employees of a Sterilization and Supply Center. **Method:** a quantitative research conducted at the Sterilization and Supply Center of the University Hospital of Santa Catarina state between October 2010 and May 2011. The study was carried out in three stages, with the participation of 14 members of the nursing staff, performing the reclassification of packages according to the number of pieces per package and complexity of material, as well as the identification of the processing time of these packages. **Results:** the processing of 274 sterile packages was monitored and the average processing time per package was 10 minutes. **Conclusion:** it is necessary to know what is being produced and the time employed in this production in order to identify the workload. The average processing time of the packages according to their classification is an objective way to assess the workload.

KEYWORDS: Workload. Sterilization. Nursing.

RESUMEN: **Objetivo:** establecer aspectos que permitan identificar la carga de trabajo media diaria que tienen los trabajadores de Enfermería del Centro de Material y Esterilización (CME). **Método:** estudio exploratorio, descriptivo con enfoque cuantitativo, realizado en un Centro de Material y Esterilización de un Hospital Universitario de Santa Catarina entre octubre de 2010 y mayo de 2011. El estudio se realizó en tres etapas, con la participación de 14 trabajadores de Enfermería, consistiendo en la reclasificación de paquetes según la cantidad de piezas y complejidad del material, y en la identificación del tiempo de procesamiento de dichos paquetes. Resultados: tras acompañar el procesamiento de 274 paquetes estériles, se estableció que el tiempo medio de procesamiento fue de diez minutos. Conclusión: para identificar la carga de trabajo es necesario conocer lo que se produce y el tiempo empleado en dicha producción. El tiempo medio de procesamiento de los paquetes, dependiendo de su clasificación, constituye una forma objetiva de evaluar la carga de trabajo del CME.

PALABRAS CLAVE: Carga de trabajo. Esterilización. Enfermería.

¹Enfermeira do HU/UFSC. Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. Rodovia Admar Gonzaga, 1407 apto. 401. Itacorubi. CEP 88034-000. Florianópolis, SC, Brasil. Telefone: (48) 8403-7791. E-mail: marciaineis@gmail.com

²Professora Associada. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Doutora em Enfermagem, Diretora de Enfermagem do HU-UFSC. Rua Duarte Schutel, 152 apto. 201. CEP 88015-640. Florianópolis, SC, Brasil. Telefone: (48) 9961-0033. E-mail: francine.lima@ufsc.br

Introdução

O Enfermeiro que trabalha no Centro de Material e Esterilização (CME) enfrenta uma série de desafios, principalmente para gerenciar recursos humanos e materiais de forma a aperfeiçoar resultados que atendam à demanda dos diversos setores da instituição¹.

O CME tem características industriais, com processos de trabalho fragmentados em áreas específicas¹, e o Enfermeiro tem como principal foco manter o controle sobre os processos ali desenvolvidos. É um setor de vital importância, ao proporcionar segurança e eficácia no atendimento ao paciente, contribuindo para a qualidade da assistência prestada^{2,3}.

O CME caracteriza-se também por ser um setor 'meio', desenvolvendo cuidado indireto⁴, e praticamente todos os setores da instituição dependem dos serviços CME⁵ sendo este considerado setor de base no controle das infecções hospitalares^{1,6}.

No entanto, uma das grandes dificuldades dentro da gestão do CME é justificar aos setores competentes do hospital sua necessidade de pessoal de Enfermagem. Soma-se a invisibilidade social deste serviço, que realiza tarefas rotineiras, sem *status* tecnológico, com trabalhadores que, muitas vezes, apresentam problemas físicos e/ou psíquicos^{5,7,8}.

Para dimensionar o pessoal de Enfermagem necessário à demanda de trabalho, torna-se imprescindível mensurar o trabalho a ser realizado. O conceito de dimensionamento de pessoal adotado nesta pesquisa inclui a identificação média da carga diária de trabalho⁹.

Vários instrumentos foram desenvolvidos e adaptados para mensurar a carga de trabalho; no entanto, a maioria destes é aplicada em unidades que têm a presença de pacientes e unidades de cuidados mais críticos^{10,11}. Na literatura, não se identificou instrumento que auxiliasse mensurar a carga de trabalho em CME.

Nessa perspectiva, o enfoque deste estudo foi identificar aspectos que possibilitassem a verificação da carga média diária de trabalho dos trabalhadores de Enfermagem do CME. A carga de trabalho é o volume de trabalho a ser realizado nas unidades de internação hospitalares, sendo expressa como a quantidade média de pacientes assistidos pela equipe de Enfermagem, segundo o grau de dependência dos pacientes, pelo tempo despendido neste cuidado, segundo o Sistema de Classificação dos Pacientes (SCP)⁹.

No que se refere ao CME, para, este estudo, define-se carga de trabalho como a quantidade média diária de pacotes processados pelos trabalhadores de Enfermagem, segundo a classificação de pacotes esterilizados, pelo tempo empregado neste processamento por classificação.

O pacote esterilizado sofre um processamento que inclui as fases de limpeza, preparo, empacotamento, identificação,

esterilização, monitorização, guarda e distribuição deste material. São considerados pacotes esterilizados todas as embalagens: caixas e pacotes esterilizados embalados em SMS, em papel grau cirúrgico e papel crepado.

Entretanto, a dificuldade no processamento destes artigos encontra-se no objeto de trabalho, o pacote esterilizado, que apresenta muitas variações. Cada pacote esterilizado tem quantidades e características distintas de materiais em sua composição, pois são destinados a diferentes tipos de procedimentos. Na prática, o tempo de processamento de cada pacote depende destas peculiaridades.

Outro aspecto é que o CME tem pouco controle de sua produção diária, não apresentando instrumentos que retratem a quantidade e o tempo necessário para o processamento dos pacotes esterilizados. O monitoramento diário dos dados verificados nos instrumentos de controle utilizados no CME e a análise do tempo dos processos de trabalho podem se tornar parâmetros indicativos de produtividade^{8,12}.

O que se observa é que a maioria dos trabalhos desenvolvidos em CME relaciona-se às atividades técnicas e poucos estudos retratam as atividades realizadas e os processos de trabalho realizados por área técnica.

Diante dessas considerações, o objetivo deste trabalho foi contribuir com a definição e o estabelecimento dos principais componentes da carga de trabalho em CME, visando ao dimensionamento de pessoal de Enfermagem.

Objetivos

Geral: Estabelecer aspectos que possibilitassem a identificação da carga média diária de trabalho dos trabalhadores de Enfermagem do CME.

Específicos:

- Reclassificar os pacotes esterilizados do CME;
- Medir o tempo médio de processamento de cada pacote, por classificação;
- Identificar a produção diária da CME.

Método

Pesquisa de natureza quantitativa, do tipo descritiva, realizada entre outubro de 2010 e maio de 2011, no CME de um hospital de ensino público de Santa Catarina.

O CME apresenta área física exclusiva, que abriga as áreas técnicas de Expurgo, Preparo, Esterilização, Armazenamento e Distribuição de Material Esterilizado, com fluxo unidirecional, sem cruzamento de material limpo e sujo. Atende a todas as unidades de internação, num total de 274 leitos, Emergência, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Cirurgia Ambulatorial, Maternidade e Ambulatório, e a equipe de Enfermagem é formada por 30 trabalhadores de Enfermagem, dos quais dois Enfermeiros,

17 Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem e 11 Auxiliares de Saúde

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina sob registro n.º 967/2010.

Em reunião do setor, os trabalhadores de Enfermagem do CME foram convidados para participar de uma oficina de trabalho com a finalidade de rever a classificação de pacotes vigente, pois, com a evolução dos instrumentais cirúrgicos, o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, as cirurgias de vídeo e os transplantes, os instrumentais cirúrgicos passaram a ter características complexas, que auxiliam nos procedimentos cirúrgicos, mas dificultam o processamento. No convite, não houve critérios de exclusão, uma vez que todos os trabalhadores realizavam atividades semelhantes no setor.

Na oficina, para reelaboração da classificação de pacotes esterilizados, compareceram 14 trabalhadores do CME: duas Enfermeiras, três Auxiliares de Saúde, cinco Auxiliares de Enfermagem e quatro Técnicos de Enfermagem. A coordenação das discussões durante a oficina foi realizada pela Enfermeira chefe do serviço cirúrgico, com o objetivo de incentivar os trabalhadores na exposição de suas ideias e evitar constrangê-los, uma vez que estes eram subordinados à pesquisadora.

Nesta oficina, foram distribuídas balas e caixas de papel de tamanhos variados, representando os diferentes pacotes esterilizados no CME. Solicitou-se que os presentes se dividissem em grupos de duas ou três pessoas e montassem, com aqueles materiais, pacotes que sugerissem uma classificação que retratasse o que se processava então no CME.

Entretanto, o quantitativo de peças por pacote é muito variável, uma vez que depende do fim a que se destina. Desta forma, sugeriu-se que a reclassificação dos pacotes incluísse uma margem de flexibilidade, com um número mínimo e máximo de peças por classificação.

Em seguida, as propostas de cada grupo e da pesquisadora, nesta ordem, foram expostas para melhor visualização. Durante as discussões, foram levantados os aspectos considerados importantes pelo grupo na construção da reclassificação. As propostas foram debatidas e, em consenso, além do quantitativo de materiais que compunham cada um dos pacotes, os trabalhadores levantaram como fundamental considerar a complexidade dos mesmos.

A complexidade incluía peculiaridades dos materiais, que alterava a maneira de processá-los. Assim, dentro de cada classificação que contemplava o quantitativo de peças, incluiu-se a informação: pacote esterilizado simples ou complexo.

A proposta foi aprovada por todos os presentes e a nova classificação de pacotes foi ampliada do ponto de vista do quantitativo de peças e da complexidade dos materiais,

demonstrando que os materiais são distintos entre si, exigindo diferentes tratamentos em seu processamento.

A reunião durou cerca de duas horas e o grupo entendeu que não havia necessidade de um novo encontro, porém se colocou à disposição, caso fosse necessário.

O passo seguinte foi adequar esta nova classificação aos 450 tipos de pacotes estéreis processados no CME. Primeiramente, os pacotes foram separados em listagens pelo quantitativo de peças (PP, P, M, G e GG) e, posteriormente, foi aplicada a cada um deles a caracterização da complexidade (simples ou complexo).

Uma vez reclassificados, os pacotes esterilizados do CME foram assim definidos: quais destes pacotes seriam mensurados em seus tempos de processamento. Entende-se por tempo de processamento o tempo que engloba os procedimentos a que os materiais são submetidos desde a limpeza até a sua distribuição.

Nesta pesquisa, a seleção da amostra foi probabilística aleatória simples, por sorteio, e a quantidade de pacotes esterilizados que teriam seu tempo de processamento mensurado, foi calculada para cada classificação específica. Este cálculo considerou o número de pacotes necessários para medir o tempo de processamento destes com 95% de grau de confiança e um erro tolerado de $\pm 5\%$ ($p < 0,05$). Foram consideradas ainda as médias e as variâncias esperadas para cada um dos pacotes específicos, tendo como referência as medidas obtidas por meio de estudo piloto prévio, com uma amostra sequencial de oito unidades por pacote esterilizado específico.

O tempo despendido em cada uma das fases do processamento foi medido por cronômetro e registrado num impresso, com fechamento a cada 24 horas dos pacotes esterilizados por classificação. Na mensuração dos tempos de processamento, foram desconsiderados os momentos em que os pacotes não estavam sendo manuseados pelos trabalhadores de Enfermagem.

Resultados

Na primeira etapa da pesquisa, que contou com a participação de 14 trabalhadores do CME na oficina para reclassificação de pacotes esterilizados, foram fundamentais a experiência e a vivência dos mesmos, e em especial o conhecimento que têm das atividades desenvolvidas no CME. Entre estes trabalhadores, nove possuíam de 10 a 15 anos de experiência no setor e cinco contavam com tempo de serviço superior a 25 anos.

Nesta oficina, foram constituídos cinco grupos: quatro deles sugeriram a classificação: PP, P, M, G e GG, sendo que o quinto grupo propôs P, M, G com uma subdivisão GP, GM, GG e pacotes complexos.

Após a discussão destas propostas, o grupo chegou a um consenso dos números mínimo e máximo de peças em cada

categoria, na seguinte proporção: PP - de 1 a 2 peças; P - de 3 a 5 peças; M - de 6 a 10 peças; G - de 11 a 20 peças e GG - mais de 20 peças por pacote processado.

Ainda nesta oficina, durante as discussões, os trabalhadores de Enfermagem consideraram a complexidade dos pacotes esterilizados e definiram pacotes esterilizados simples e complexos. Pacotes simples foram considerados como aqueles que continham artigos sem partes móveis e/ou lumens, reentrâncias, ranhuras e parafusos. Pacotes complexos foram caracterizados como aqueles que continham materiais com lumens, cavidades, ranhuras longitudinais, parafusos, articulações e/ou requisitos especiais de limpeza definidos pelos fabricantes.

O Quadro 1 demonstra os itens utilizados para classificar os pacotes como 'simples' e 'complexo'.

Optou-se por considerar o pacote como complexo se um dos artigos que o compunham fosse 'complexo'.

Desta forma, a nova classificação abrangendo os aspectos da complexidade ficou assim definida: PP Simples (PPS), PP Complexo (PPC), P Simples (PS), P Complexo (PC), M Simples (MS), M Complexo (MC), G Simples (GS), G Complexo (GC), GG Simples (GGS) e GG Complexo (GGC).

Esta nova classificação foi realizada nos 450 tipos de pacotes do CME, que ficaram assim distribuídos: PPS=189 pacotes, PPC=67, PS=24, PC=20, MS=26, MC=16, GS=30, GC=16, GGS=18 e GGC=44.

Após estabelecer os parâmetros para definir a classificação dos pacotes esterilizados, determinou-se o que seria incluído e excluído na mensuração dos tempos de processamento destes pacotes.

Na limpeza dos materiais dos pacotes processados na área do Expurgo, foi incluído: recebimento do material contaminado; separação das peças conforme sujidade e configuração; colocação dos produtos nas máquinas e/ou lavagem na pia com escovação e enxágue. Excluíram-se os minutos de submersão do material na solução enzimática e o tempo que os mesmos estavam nos equipamentos, uma vez que, enquanto o material permanecia nestes locais, o trabalhador de Enfermagem podia realizar outra atividade.

Após a limpeza, foi incluída a secagem dos artigos que compõem o pacote processado de modo manual e/ou com

pistola de ar, transferindo o material limpo e seco para a mesa de Preparo. Não houve momentos de medida de exclusão nesta fase do processo.

Na área de Preparo, foram incluídas: a inspeção rigorosa dos produtos para saúde com lupa iluminada; a conferência, conforme relação do material; a substituição e/ou reposição do material danificado; a montagem na caixa ou no pacote; a embalagem, e a identificação. Foram excluídos os momentos em que o material permaneceu na mesa aguardando montagem.

Outro aspecto de inclusão de tempo na montagem dos pacotes na área de Preparo foi a presença de campos cirúrgicos nestes pacotes. Estes campos vêm lavados do Serviço de Processamento de Roupas e são guardados nos armários da área de Preparo até o momento de sua utilização.

Para se estabelecer o tempo empregado para guardar um campo cirúrgico e, posteriormente, acrescer este valor ao tempo de processamento do pacote, acompanhou-se o acondicionamento dos campos de dez carrinhos provenientes do Serviço de Processamento de Roupas nos armários da área de Preparo do CME.

Cada carrinho trazia em torno de 300 campos e o tempo médio para guardar cada campo cirúrgico foi de seis segundos por peça. Este resultado foi obtido cronometrando o tempo empregado para guardar cada carrinho de roupas dividido pelo número de campos.

Desta forma, foram incluídos, em cada pacote processado no CME que possui campo cirúrgico no seu conteúdo, seis segundos no tempo de Preparo. Foi excluído o tempo que o pacote ficou aguardando para ser acomodado no carro *rack* de entrada da autoclave.

Outro aspecto incluído ainda no Preparo constituiu-se da montagem do carro *rack* de entrada e a desmontagem do carro *rack* de saída, que continham, respectivamente, o material a ser esterilizado nas autoclaves e o material já esterilizado, que deve ser acomodado nos armários da sala de Guarda de Material. Foram excluídos tanto o tempo em que o pacote permaneceu aguardando a esterilização quanto o tempo em que o pacote esteve esfriando após sua esterilização.

O tempo despendido nestes dois procedimentos – montagem do carro *rack* de entrada na autoclave e guarda do material esterilizado do carro *rack* de saída da autoclave – depende do

Quadro 1. Aspectos considerados para classificar os pacotes processados quanto à complexidade, no Centro de Material e Esterilização, Florianópolis, 2011.

Variáveis/classificação	SIMPLES	COMPLEXOS
Material de conformação irregular com partes desniveladas	Não	Sim
Presença de lúmen	Não	Sim
Reentrâncias e/ou porcas e/ou parafusos, ranhuras longitudinais	Não	Sim
Materiais pesados (Ortopedia, caixas com muitos instrumentais - mais de 50 itens)	Não	Sim
Motores com Componente Elétrico	Não	Sim
Materiais delicados frágeis (ex.: Oftalmologia)	Não	Sim
Quantidade de trabalhadores envolvidos no processo/atividade realizada	Um	Dois

número de pacotes contidos na carga. Assim, foi verificado, em 20 oportunidades, o quantitativo de pacotes por carro *rack* de entrada e saída, e o tempo empregado para organizá-los e guardá-los, respectivamente.

Devido à diferença de tamanho entre as duas autoclaves do CME (capacidade de 900 e 360 litros), acompanhou-se a montagem do carro *rack* de entrada assim como a guarda dos pacotes do carro *rack* de saída de cada máquina, em dez ocasiões diferentes.

Após a realização da média ponderada, chegou-se ao tempo de seis segundos para a colocação de cada peça no carro *rack* para esterilização e treze segundos para guardar cada pacote esterilizado na área de armazenamento, sendo agregado o total de 19 segundos no tempo de processamento de cada pacote da amostra sorteada.

Alguns aspectos foram desconsiderados na mensuração dos tempos de processamento, pois não se conseguiu viabilizar uma forma de mensurá-los neste momento, como: esterilização e monitorização, que fazem parte do processamento dos produtos para saúde e incluem Indicador Biológico (IB), Integrador Químico (IQ) e *Bowie Dick* (BD). Excluíram-se, ainda: tempo de limpeza dos equipamentos de esterilização e limpeza; atendimento ao telefone das diversas áreas, principalmente CC e CO; substituição da fita marcadora dos instrumentais; verificação do prazo de validade dos pacotes processados; fornecimento de material esterilizado; recebimento de material de baixa temperatura, e montagem dos carrinhos para cirurgia, entre outras atividades realizadas rotineiramente. Estes poderiam ser considerados fatores de acréscimo ao tempo de processamento, com mensuração exclusiva como atividades de apoio.

Devido à grande variabilidade (desvio padrão e variância), muitos pacotes foram pesquisados quase na totalidade. A medida dos tempos de processamento dos pacotes

esterilizados da amostra selecionada mostrou-se trabalhosa, em função da divisão do CME em áreas – pela necessidade do percurso dos pacotes esterilizados em cada uma delas – e do quantitativo elevado de pacotes.

Como, em alguns momentos, dois pacotes estavam em processamento ao mesmo tempo em áreas diferentes e mensurar seus tempos de processamento era imprescindível, foi treinada uma trabalhadora do setor para auxiliar na coleta dos dados.

Na Tabela 1, apresenta-se o total de pacotes por classificação existente no CME, o quantitativo de pacotes da amostra e o tempo de processamento de cada pacote por classificação.

Discussão

A utilização da classificação diária dos pacientes fornece informações acerca do perfil assistencial e da carga de trabalho existente em cada unidade de internação, sendo importante para o dimensionamento de pessoal¹³. Da mesma forma, neste estudo, o sistema de classificação de pacotes apresenta a carga de trabalho do CME por meio do perfil dos pacotes esterilizados.

O que se observa pelos dados apresentados é que as variáveis consideradas para a reclassificação de pacotes (quantidade de peças e complexidade do material) foram importantes, pois interferiram diretamente no tempo de processamento dos artigos.

Os pacotes processados, quando comparados entre si dentro das categorias simples ou complexa, retrataram que o quantitativo de peças foi uma variável que interferiu diretamente no tempo de processamento. Entre os pacotes simples, observou-se que quanto mais peças, maior o

Tabela 1. Quantitativo de pacotes esterilizados processados no CME por classificação e seleção da amostra para mensuração do tempo de processamento por classificação, Florianópolis, 2011.

Classificação dos Pacotes Esterilizados	Número de pacotes do CE por classificação	Amostra: Número de pacotes processados acompanhados em seu tempo de processamento por classificação	Tempo médio de processamento
PP Simples	189	64	3 min
PP Complexo	67	39	4 min 50s
P Simples	24	23	4 min 7s
P Complexo	20	18	6 min 24 s
M Simples	26	18	5 min 20s
M Complexo	16	15	6 min 41s
G Simples	30	28	8 min 29s
G Complexo	16	13	12 min 14s
GG Simples	18	16	22 min 22s
GG Complexo	44	40	29 min 34s

Fonte: Instrumento de acompanhamento dos pacotes processados por classificação.

tempo de processamento, sendo a mesma relação quando comparados entre os pacotes complexos.

No entanto, quando se comparam pacotes simples e complexos com o mesmo número de peças, observa-se que os pacotes simples têm um tempo de processamento inferior aos pacotes complexos, ou seja, a complexidade foi outra variável que interferiu no tempo de processamento.

Reafirmam-se, desta forma, as sugestões formuladas pelos trabalhadores de Enfermagem, pois fatores – como número de peças, lúmen, peso e/ou fragilidade dos materiais, reentrâncias e/ou curvaturas, e tipos de serrilhas (transversas, longitudinais ou cruzadas) – interferem no tempo de processamento dos pacotes ao exigirem mais cuidados no processamento.

Na oficina, os trabalhadores de Enfermagem também enfatizaram aspectos de difícil mensuração, mas que acreditam interferir no tempo de processamento dos artigos, como estresse mental e físico despendido na realização das atividades. Estas exigem concentração e há tarefas repetitivas, sujas, cansativas e pesadas, além de pausas no trabalho, incluindo a dificuldade técnica de alguns colegas, como fator de sobrecarga para os outros trabalhadores do setor.

Apesar destas restrições, observou-se que foi viável adaptar a proposta de Gaidzinski⁹ com relação à mensuração da carga de trabalho, baseada no Sistema de Classificação de Pacientes, utilizando-se para o CME o Sistema de Classificação de Pacotes (SCPC). Dessa forma, o tempo médio do processamento dos pacotes, segundo a classificação dos pacotes, constitui uma forma objetiva de avaliar a carga de trabalho do CME.

O envolvimento dos trabalhadores de Enfermagem e a experiência dos mesmos foram fundamentais para o estabelecimento das variáveis, principalmente a complexidade, que foi um diferencial no estabelecimento da carga de trabalho.

Com relação ao tempo de processamento, é fundamental considerar que o mesmo foi baseado somente nos momentos em que os materiais dos pacotes processados estavam sendo manuseados pelos trabalhadores de Enfermagem, sendo outras atividades complementares excluídas neste momento.

Diante dessas constatações, com um sistema de classificação de pacotes esterilizados que retrate a realidade dos pacotes processados, torna-se possível estimar a carga de trabalho do CME, contribuindo, desta forma, para determinar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem em áreas especiais, como este serviço.

Conclusão

Cada vez mais se observa, em estudos, que o Enfermeiro tem buscado instrumentos que lhe deem alguma objetividade para identificar a carga de trabalho em sua área de trabalho. Embora os critérios utilizados em cada local de atuação

do Enfermeiro sejam diferenciados pela especificidade do cuidado que prestam, os objetivos finais são convergentes.

Este estudo trouxe uma reclassificação de pacotes esterilizados para o CME, que tornou possível retratar o rol de pacotes do setor. Contou com a colaboração dos trabalhadores de Enfermagem neste processo e a escolha das variáveis – quantidade e complexidade dos materiais – na atualização da classificação de pacotes esterilizados, mostrou uma maneira de enquadrar os pacotes esterilizados de modo que correspondesse à atualidade, facilitando também a adaptação de novos pacotes. Ao adaptar a reclassificação de pacotes esterilizados aos existentes no CME, sujeitou os trabalhadores a terem conhecimento do inventário de pacotes do setor.

Construiu-se um instrumento para mensurar os tempos médios de processamento dos pacotes esterilizados no CME, de acordo com a reclassificação. Observou-se que a distinção nos tempos de processamento entre pacotes esterilizados simples e complexos retratou as especificidades e dificuldades com que os trabalhadores de Enfermagem do CME se deparam durante o processamento dos diferentes pacotes esterilizados.

O tempo médio de processamento dos 274 pacotes esterilizados da amostra foi de 10 minutos. Este estudo foi mais um passo na construção de indicativos para o CME e espera-se, assim, ter contribuído com subsídios para a identificação da carga de trabalho dos trabalhadores de Enfermagem neste setor.

Referências

- Costa JA. Atividades de Enfermagem no Centro de Material e Esterilização: subsídios para o dimensionamento de pessoal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
- Taube SAM, Labronici LM, Maftum MA, Méier MJ. Processo de trabalho do enfermeiro na central de material e Esterilização: Percepção de estudantes de graduação em enfermagem. *Cienc Cuid Saúde*. 2008;7(4):558-64.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura). Rio de Janeiro: OMS, ANVISA; 2009.
- Bartolomei SRT, Lacerda RA. O enfermeiro da Central de Material e Esterilização e a percepção do seu papel social. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(2):258-65. PMID:17025043.
- Silva AC, Aguiar BGC. O enfermeiro na central de material e esterilização: uma visão das unidades consumidoras. *Rev Enferm UERJ*. 2008;16(3):377-81.
- Pezzi MCS, Leite JL. . Investigation in Central of Material and Sterilization using Grounded Theory. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(3):391-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300007>
- Machado RR, Gelbcke FL. Que brumas impedem a visibilização do Centro de Material e Esterilização? *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):347-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200019>

8. Costa JA, Fugulin F M T. Nursing activities in central supply and sterilization: a contribution to personnel design. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(2):249-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200015>
9. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, organizadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 125-37.
10. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):379-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300011>
11. Neis MEB, Gelbcke FL. Carga de trabalho na enfermagem: variável do dimensionamento de pessoal. *Enfermagem em Foco.* 2011;2(1):6-9.
12. Sancinetti TR, Gatto MAF. Parâmetros de produtividade de um centro de material e esterilização. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):264-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200013>
13. Rogenski KE, Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Rogenski NMB. Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):223-9. PMID:21445512. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100031>

QUALIDADE TEM QUE SER COMPROVADA!



A ANVISA DEFERIU
OS REGISTROS PARA
TODOS OS PRODUTOS
DA FAMÍLIA ANIOSYME
DE DETERGENTES
ENZIMÁTICOS

RDC 55/2012 - ANVISA / DETERGENTES ENZIMÁTICOS

FIRST | DD1 | DLT PLUS | DLM
DLM MAXI | SYNERGY 5
Eficiência COMPROVADA
e excelente custo-benefício

CERTIFICADOS



Garantia de Qualidade

Certificado de Boas Práticas de
Armazenagem e Distribuição de
Produtos para a Saúde - ANVISA



SUA SEGURANÇA É A NOSSA PRIORIDADE!

Realização do *timeout* pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades

Surgical timeout protocol: facilities and difficulties

Realización del timeout del equipo quirúrgico: facilidades y dificultades

Gláucia Stein Martins¹, Rachel de Carvalho²

RESUMO: Objetivo: verificar a opinião da equipe cirúrgica sobre a realização do *timeout* e identificar as facilidades e dificuldades para sua aplicação. **Método:** estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa realizado em um Centro Cirúrgico de uma instituição privada de São Paulo, com 39 profissionais, por meio da aplicação de um questionário estruturado. **Resultados:** todos os participantes (100%) conhecem o *timeout* e a maioria (92,3%) reconhece sua eficácia, acredita que a aplicação traz segurança para o cliente (94,9%) e para a própria equipe. Os fatores que facilitam a aplicação do *timeout* são: colaboração da equipe, conhecimento, clareza e objetividade do protocolo; os que dificultam são a falta de colaboração da equipe, protocolo longo e repetitivo, e atrasos dos médicos e das cirurgias. **Conclusão:** a implementação do *timeout* é um desafio para a instituição e para a equipe, porém o protocolo contribui para redução de riscos e de eventos adversos, proporcionando segurança ao cliente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Cirurgia. Procedimentos cirúrgicos operatórios. Equipe de enfermagem. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT: Objective: this study aimed to verify the opinion of the surgical team about the completion of timeout and identify the advantages and difficulties of its application. **Method:** it is an explanatory, descriptive study of quantitative approach carried out through the application of a structured questionnaire to 39 health professionals at the Surgical Center of a private institution in Sao Paulo. **Results:** all respondents (100%) know what timeout is; and most of them acknowledge its effectiveness (92,3%) and believe that its application provides safety to patients and the team itself (94,9%). The factors that facilitate the implementation of surgical timeout are collaboration of medical staff and knowledge, clarity and objectivity of the protocol; and those that hamper its implementation are lack of team collaboration, duration and repetitiveness, and delays of physicians and surgeries. **Conclusion:** implementation of timeout protocol is challenge for institutions and surgical teams, but contributes to reduced risks and adverse events, providing safety to the client.

KEYWORDS: Patient/surgery safety. Surgical procedures. Nursing staff. Patient care team.

RESUMEN: Objetivo: verificar la opinión del equipo quirúrgico sobre la realización del *timeout* e identificar las facilidades y dificultades para su aplicación. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cuantitativo, realizado en un Centro Quirúrgico de una institución privada de São Paulo, con 39 profesionales, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado. **Resultados:** todos los participantes (100%) conocen el *timeout* y la mayoría (92,3%) reconoce su eficacia, cree que la aplicación aporta seguridad al cliente (94,9%) y al propio equipo. Los factores que facilitan la aplicación del *timeout* son: la colaboración del equipo, el conocimiento, la claridad y objetividad del protocolo; mientras que aquellos que la dificultan son: la falta de colaboración del equipo, el protocolo largo y repetitivo, y los retrasos tanto de los médicos como de las cirugías. **Conclusión:** la implementación del *timeout* es un desafío para la institución y para el equipo; sin embargo, el protocolo contribuye a la reducción de riesgos y de eventos adversos, proporcionando, así, mayor seguridad al cliente.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente. Cirugía. Procedimientos quirúrgicos operativos. Equipo de enfermería. Equipo de atención al paciente.

¹Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE). E-mail: glaucia.stein@yahoo.com.br

²Enfermeira. Especialista em Cardiologia e Centro Cirúrgico. Mestre e Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem da USP.

Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da FEHIAE. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação da FEHIAE.

Av. Prof Francisco Morato, 4293, Butantã, CEP 05521-000, São Paulo, SP, Brasil.

Telefone: (11) 9545-9948. E-mail: rachel.carvalho@einstein.br

Introdução

Há alguns séculos, a cirurgia tem se destacado pelo mundo como componente essencial ao cuidado da saúde, indicando que a segurança é primordial¹. Em 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) publicou um relatório que alertava a comunidade científica sobre o alto índice de impacto das perdas humanas nos Estados Unidos, decorrentes de erros que poderiam ser evitados antes da cirurgia. A partir de então, houve progresso significativo nos estudos relacionados ao tema².

Devido às evidências de erros em escala mundial, a 55.^a Assembleia da Saúde de 2002 adotou a Resolução 'Qualidade do cuidado: segurança do paciente' (*World Health Assembly - Quality of care: patient safety* - WHA55.18)³, que estimula os países a fortalecer a segurança da assistência à saúde. Em maio de 2004, a 57.^a Assembleia criou uma aliança internacional, formada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Suas ações foram concentradas em campanhas de segurança do paciente, identificando soluções e desenvolvendo iniciativas de relatos de aprendizagem, para poder salvar milhões de vidas¹.

Em 2010, divulgou-se que houve uma queda na taxa de mortalidade decorrente de erros em cirurgias e que as complicações diminuíram de 35,2% para 24,3%. O *checklist* proposto pela aliança internacional não só impactou no resultado como também melhorou a comunicação entre a equipe cirúrgica⁴.

A OMS criou o manual 'Cirurgias Seguras Salvam Vidas', que reforça práticas de segurança em todas as etapas do perioperatório e que potencializa a probabilidade de melhoria nos resultados. Este manual foi guiado por princípios simples e de fácil compreensão, de ampla aplicabilidade, podendo ser usado em qualquer lugar do mundo. Tem como meta melhorar a assistência cirúrgica, uma vez que checka a segurança do cliente em todo o período perioperatório¹.

O 'Protocolo Universal para Prevenção de Cirurgias com Local de Intervenção Errado, Procedimento Errado ou Pessoa Errada' da *Joint Commission International* (JCI) preconiza a marcação do local da intervenção cirúrgica, o processo de verificação pré-operatório e uma pausa realizada imediatamente antes do início do procedimento, denominada *timeout*. Foi aprovado por mais de 50 associações e organizações profissionais e, em 2010, foi revisto, permitindo melhor flexibilidade na sua aplicação^{5,6}.

O *timeout* faz parte desse programa e da 4.^a Meta Internacional de Segurança do Paciente da JCI. Seu objetivo é assegurar que seja realizado o procedimento correto, no paciente correto e no local correto, de modo a proporcionar um cuidado seguro e de alta qualidade, permitindo que todas as questões não respondidas ou confusas sejam resolvidas. É uma prática baseada em evidências e opiniões de especialistas, que vem ajudar a garantir que a equipe

cirúrgica possa seguir alguns passos de segurança e, assim, minimizar os riscos mais comuns evitáveis para o paciente⁵⁻⁷.

A cultura de segurança do paciente, conforme proposto pela OMS, é definida por três fases: *check in*, *timeout* e *check out*⁸.

O *timeout*, objeto deste estudo, deve ser realizado já com o paciente em sala operatória (SO), imediatamente antes da incisão na pele. Neste momento, o Enfermeiro ou o circulante de sala confere, em voz alta, na presença do Médico Cirurgião, do Médico Auxiliar, do Anestesiologista, do Instrumentador Cirúrgico e do Técnico de Enfermagem, os seguintes itens⁶⁻⁸:

- Antes da indução anestésica, a enfermagem e o Médico Anestesiologista verificam: dois identificadores do paciente; procedimento conforme agendado; sítio cirúrgico demarcado; dificuldades de ventilação ou risco para aspiração; materiais de vias aéreas presentes na sala e em condições de uso; presença ou ausência de alergias; recursos para prevenção de trombose utilizados; risco de perda sanguínea prevista e reserva de sangue; paciente com acesso venoso presente e permeável.
- Antes da incisão cirúrgica, a enfermagem e o Médico Cirurgião apresentam a equipe; verificam membros da equipe presentes; checam dois identificadores do paciente; verificam se o procedimento está conforme; checam se o sítio cirúrgico está demarcado; observam se o antibiótico profilático foi realizado; verificam se os exames estão no prontuário e em sala.

Caso algum item não esteja correto, o procedimento deverá ser interrompido até a regularização do mesmo⁷⁻⁸.

Embora a preocupação referente à segurança do paciente cirúrgico ser difundida por organizações governamentais^{1,4-6,9} e por instituições de saúde particulares^{7,8}, percebe-se um número crescente de publicações de estudiosos acerca do assunto^{2,10,11}, porém ainda incipientes no Brasil.

Considerando-se a importância dos conceitos aqui mencionados e a maior aplicabilidade dos protocolos de checagem relacionados aos mais diversos procedimentos anestésico-cirúrgicos, esta pesquisa tem como finalidade discutir aspectos relacionados à realização do *timeout* na SO pela equipe cirúrgica, de modo que possa contribuir com informações que orientem os profissionais de saúde e assegurem segurança aos pacientes cirúrgicos.

Objetivos

- Verificar a opinião da equipe cirúrgica sobre a realização do *timeout* em sala operatória, para o paciente e para o profissional;
- Identificar as facilidades e as dificuldades na realização do *timeout* pela equipe cirúrgica, imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico.

Método

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de campo, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no Centro Cirúrgico (CC) de uma instituição privada de São Paulo, que conta com 14 salas operatórias, em que são realizadas cerca de duas mil cirurgias por mês. No CC, sede do estudo, o *timeout* foi implantado no segundo semestre de 2010, sendo aplicado em todos os procedimentos.

A amostra foi composta por 39 integrantes da equipe cirúrgica, sendo: 14 Médicos, 14 Técnicos de Enfermagem, 07 Enfermeiros e 04 Instrumentadores Cirúrgicos. Os critérios de inclusão dos sujeitos na amostra foram: pertencer à equipe cirúrgica (Cirurgião, Anestesiologista, Instrumentador Cirúrgico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem); atuar no CC e participar da realização do *timeout*; estar presente na sala de operações, no momento da realização do *timeout*, imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico; consentir fazer parte da pesquisa, por meio de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário estruturado preenchido pelos membros da equipe; o questionário apresenta duas partes: 1) caracterização biossocial da amostra e 2) levantamento da opinião acerca da realização do *timeout* pela equipe, no qual também foram identificadas as facilidades e as dificuldades da sua aplicação.

A coleta de dados foi realizada por meio de abordagem direta a cada um dos membros da equipe, após aprovação do projeto pela Comissão Científica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, sob protocolo Plataforma Brasil número CAAE – 03505012.8.0000.0071, bem como após autorização da gestora do CC.

Resultados

A amostra do estudo foi composta por 39 profissionais pertencentes à equipe cirúrgica, sendo 14 Médicos Cirurgiões e Anestesiologistas (35,9%); 14 Técnicos de Enfermagem

(35,9%), que atuam como circulantes de sala operatória; 07 Enfermeiros (17,9%) e 04 Instrumentadores Cirúrgicos (10,3%).

Quanto ao gênero, 23 profissionais (59,0%) são do sexo feminino e 16 (41,0%) do sexo masculino. O tempo de profissão e o tempo de atuação em CC variaram de menos de um ano a mais de 30 anos, havendo predominância da faixa dos 06 aos 10 anos (11 ou 28,2%), tanto para formação quanto para atuação em CC.

Foi possível identificar a opinião de cada profissional acerca do *timeout* e para uma fácil e melhor visualização dos resultados, trabalhamos os dados de acordo com cada uma das questões do questionário.

Para a Questão 1, no questionamento sobre o conhecimento do *timeout*, obtiveram-se 100% de respostas positivas, ou seja, todos os 39 participantes da pesquisa responderam *sim*, mostrando que a rotina de aplicação do protocolo faz parte do cotidiano destes profissionais.

Quanto à eficácia da utilização do *timeout* (Questão 2), a grande maioria dos profissionais (36 ou 92,3%) acredita que o instrumento seja eficaz, porém 03 deles (7,7%) responderam que acreditam *em parte* na eficácia do *timeout*.

Sobre o *timeout* trazer segurança ao cliente cirúrgico (Questão 3), 37 participantes (94,9%) responderam que *sim*, concordando com esta afirmação, enquanto 02 (5,1%) responderam concordar *em parte*, sendo estes últimos médicos.

Já com relação ao *timeout* trazer segurança à equipe cirúrgica (Questão 4), 35 profissionais (89,7%) acreditam que *sim* e 04 (10,3%) concordam *em parte* com essa proposição, sendo estes 02 médicos e 02 técnicos de enfermagem.

Para a Questão 5, que diz respeito à frequência com que o *timeout* é aplicado, 33 respondentes (84,6%) referiram que *sempre* aplicam o *timeout* e 06 (15,4%) aplicam *frequentemente* (Figura 1).

Sobre a complexidade do *timeout* e a facilidade de sua compreensão (Questão 6), 27 integrantes da equipe (69,2%) responderam que *sim*, consideram o *timeout* simples e de fácil compreensão. Porém, 07 (17,9%) acreditam *em parte*

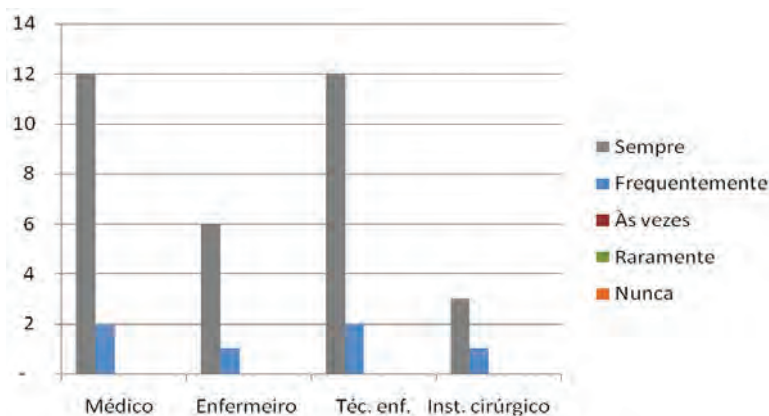


Figura 1. Frequência de aplicação do *timeout* pela equipe cirúrgica.

e 05 (12,8%) responderam que o *timeout* *não* é simples e nem de fácil compreensão (Figura 2). Todos os profissionais que responderam *não* para essa pergunta eram Técnicos de Enfermagem.

Com relação ao *timeout* poder ser utilizado em qualquer procedimento anestésico-cirúrgico (Questão 7), 25 participantes (64,1%) responderam concordar, enquanto 13 (33,3%) concordam *em parte*. A maior parte dos Enfermeiros (04) concorda *em parte* com a aplicação do *timeout* antes de qualquer procedimento ou situação. Um profissional (2,6%) não respondeu a esta questão.

Ao questionar se o *timeout* facilita a comunicação entre os membros da equipe (Questão 8), a maioria dos participantes (31 ou 79,5%) respondeu que *sim*, facilita; 05 (12,8%) consideram que o instrumento facilita *em parte* a comunicação e 03 (7,7%) acham que o *timeout* *não* facilita a comunicação entre a equipe (Figura 3).

As três últimas perguntas do questionário (Questões 9, 10, 11) exigiam dos participantes uma resposta dissertativa e subjetiva. Essas questões se referiam à opinião sobre três fatores que julgavam facilitar e outros três que dificultavam

a aplicação do *timeout* no CC, e, por último, deveriam descrever as críticas e/ou sugestões sobre o assunto. Nem todos os participantes responderam a essas questões.

Do total de participantes (39 ou 100,0%), 03 (7,7%) não responderam duas perguntas integralmente (Questões 9 e 11 ou Questões 10 e 11) e 22 profissionais (56,4%) não responderam integralmente a Questão 11, que solicitava críticas e sugestões.

A Questão 9 fazia referência aos fatores facilitadores da aplicação do *timeout* e a Questão 10, aos fatores que dificultavam a aplicação do protocolo. Ambas foram respondidas integral ou parcialmente por 38 participantes (97,4%).

A repetição de opiniões, termos ou frases semelhantes, nas respostas dos profissionais, permitiu a elaboração de quadros que demonstram os fatores que facilitam a aplicação do *timeout* (Quadro 1) e os que dificultam sua aplicação (Quadro 2). Vale ressaltar que cada participante poderia responder de um a três fatores que acredita facilitar ou dificultar a aplicação do protocolo.

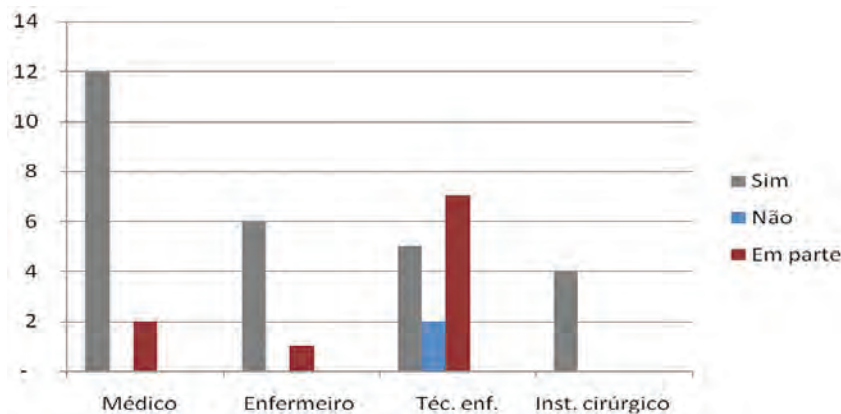


Figura 2. Complexidade e clareza do *timeout*, segundo a opinião dos membros da equipe cirúrgica.

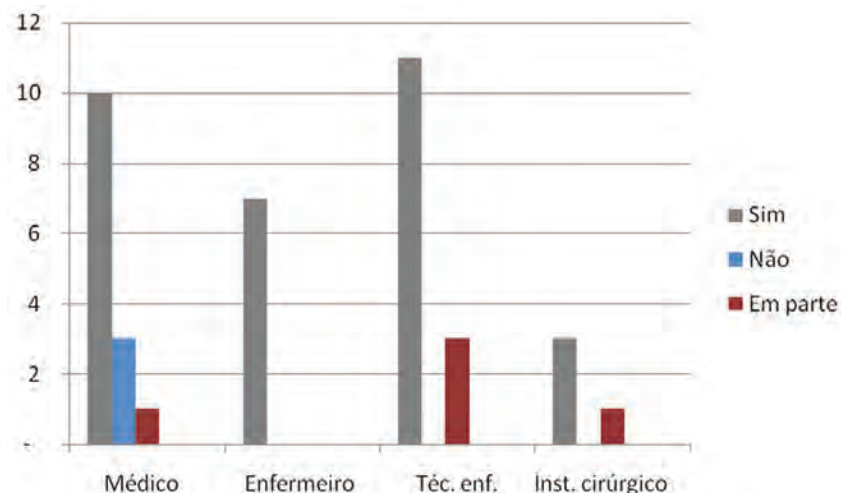


Figura 3. Aplicação do *timeout* e facilidade de comunicação entre os membros equipe.

Quadro 1. Fatores que facilitam a aplicação do *timeout* no Centro Cirúrgico, segundo a opinião dos profissionais, divididos por categorias

Categoria profissional / Fatores que facilitam a aplicação do <i>timeout</i>	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Instrumentador Cirúrgico
Colaboração da equipe médica (aderência ao protocolo, respeito e atenção da equipe)	09	05	10	01
Conhecimento do protocolo (treinamento)	06	04	05	-
Protocolo objetivo (clareza e objetividade do <i>timeout</i>)	06	01	02	01
Organização da sala cirúrgica (montagem correta, materiais e equipamentos disponíveis)	-	02	04	-
Boa comunicação	01	-	03	-
Equipe em sala no horário correto	02	01	-	01
Total	24	13	24	03

Quadro 2. Fatores que dificultam a aplicação do *timeout* no Centro Cirúrgico, segundo a opinião dos profissionais, divididos por categorias

Categoria profissional / Fatores que dificultam a aplicação do <i>timeout</i>	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Instrumentador Cirúrgico
Falta de colaboração da equipe médica (recusa, falta de compromisso, pressa do médico)	02	04	12	01
<i>Timeout</i> longo / repetitivo	07	02	04	-
Atrasos (médicos ou cirurgias)	05	02	02	-
Cirurgias de emergência	03	02	01	01
Cirurgias de pequeno porte / rápidas	-	02	03	-
Montagem incorreta da sala cirúrgica (falta de materiais e equipamentos)	-	01	03	-
Falta de treinamento	01	01	-	01
Total	18	14	25	03

Com relação às críticas e sugestões (Questão 11), 22 profissionais (56,4%) não as apontaram e 17 (43,6%) fizeram tais observações, considerando principalmente que se devem adequar algumas perguntas, pois são realizados os mesmos questionamentos para todas as cirurgias, tornando o instrumento longo, repetitivo e com alguns pontos incompatíveis com o procedimento. Das 21 críticas e sugestões apontadas pelos profissionais, 11 delas eram sobre a repetitividade do *timeout*.

Discussão

Os resultados foram baseados na análise das respostas de 39 integrantes da equipe cirúrgica, que atuavam no Centro Cirúrgico (CC) da Instituição sede do estudo. Como o *timeout* está implantado na Instituição desde 2010, era de se esperar que a totalidade dos profissionais respondesse conhecer o protocolo.

A amostra foi composta por 14 Médicos, entre Cirurgiões e Anestesiastas, 14 Técnicos de Enfermagem, 07 Enfermeiros

e 04 Instrumentadores, sendo a maioria do gênero feminino, com mais de cinco anos de profissão e de atuação no CC.

Considerando-se toda a equipe, 36 acreditam na eficácia da utilização do *timeout*. É de extrema importância e necessidade a utilização de um instrumento ou mecanismo eficaz na prevenção de erros ou eventos adversos no hospital, particularmente no CC.

Em 2009, foram publicados os primeiros resultados da implementação do *checklist* do Programa 'Cirurgias Seguras Salvam Vidas', no *New England Journal of Medicine*, sendo avaliados, inicialmente, apenas dois parâmetros: grandes complicações e mortalidade. As grandes complicações foram reduzidas de 11 para 7%, significando uma queda de 36%, e a mortalidade caiu de 1 para 0,8%, significando uma queda de 47%, comprovando a efetividade da utilização do *timeout* para o aumento da segurança assistencial¹².

Na relação do *timeout* com a segurança do cliente cirúrgico, 37 profissionais concordam que a aplicação do protocolo traz segurança ao paciente. A presença dos incidentes e eventos adversos que comprometem a segurança do paciente constitui um grande desafio para o aprimoramento da qualidade no

setor saúde. Com vistas à melhoria contínua da assistência hospitalar, deve-se garantir a existência de mecanismos para prevenção e minimização de erros¹³. Observa-se que a aplicação de instrumentos como este pode minimizar os riscos aos quais o paciente está exposto.

Pode-se afirmar, portanto, que a implementação do *timeout* não previne somente a realização de cirurgias com local errado, procedimento errado ou pessoa errada, mas procura identificar e corrigir riscos antes do início do procedimento, por meio da identificação de quase erro (*near miss*), aumentando a barreira de segurança e a qualidade da assistência. Os gestores e toda a equipe devem assumir atitudes que valorizem a busca de falhas, de maneira preventiva, e não somente a obtenção da falha no resultado final. Nesse contexto, o paciente tornou-se mais contestador e exigente, forçando uma mudança de atitude dos prestadores de serviços^{11,14}.

Com relação à segurança da equipe cirúrgica, 35 profissionais acreditam que o *timeout* pode trazer segurança para eles próprios. Um estudo realizado pelo *Institute of Medicine Report To Err is Human: Building a Safer Health System* relata que o erro originado por fator humano é o mais comum e este interage com o meio ambiente. O desempenho da equipe é influenciado por emoções, ambiente da sala operatória, estresse, interação entre os membros da equipe e interpretação de comunicação. Desta forma, a melhoria das características da equipe ajuda no processo de comunicação e reduz os danos ao paciente. Dados substanciais sugerem que pelo menos metade de todas as complicações cirúrgicas é evitável e atribuída a erros humanos, podendo causar incapacidade, necessidade de intervenção cirúrgica ou óbito^{1,15,16}.

Com o surgimento de estudos epidemiológicos acerca de eventos adversos, a conscientização sobre a segurança dos pacientes aumentou nos últimos anos e numerosos esforços têm sido realizados para melhorar a segurança. Muitos desses esforços coincidiram com iniciativas bem sucedidas em hospitais comprometidos¹⁶.

Assim sendo, organizações internacionais^{1,3-6} recomendam a adoção do *checklist*, que contém informações sobre o local cirúrgico correto, o procedimento correto e o paciente correto, visando cumprir critérios básicos para a qualidade da assistência, de modo a reduzir as complicações e a mortalidade. Certamente, essa medida traz segurança não só para o paciente, mas também para a equipe cirúrgica, aumentando a confiabilidade e proporcionando subsídios para que se possam instituir estratégias que resultem em melhoria contínua em todas as etapas do procedimento cirúrgico^{11,17}.

No CC em que foi realizada a pesquisa, a aplicação do *timeout* faz parte de um protocolo e foi instituído como rotina desde 2010, devendo, portanto, ser aplicado a todos os clientes. Quanto a este aspecto, obteve-se um resultado de 33 integrantes da equipe que afirmaram *sempre* aplicar o *timeout* e 06 integrantes o aplicam *frequentemente*.

Entre os pesquisados, a maioria (27) considera o *timeout* simples e de fácil compreensão, porém 07 consideram *em parte* e 05 não acham o *timeout* simples e nem fácil. Todos os profissionais que responderam *não* acharem o *timeout* simples nem de fácil compreensão são Técnicos de Enfermagem. Desses dados, pode-se inferir que se faz necessária uma intervenção no sentido de sanar as dúvidas e esclarecer todos os itens do *timeout*, tornando-o claro para todos os membros da equipe. Sugere-se realizar treinamentos periodicamente, envolvendo toda a equipe.

No processo de capacitação, os profissionais da saúde muitas vezes não são preparados para avaliar e prevenir erros, se tornando essa lacuna uma das maiores barreiras. Desse modo, a educação e a supervisão permanente dos profissionais são fundamentais, com a finalidade de proporcionar o crescimento pessoal e profissional dos mesmos. A prevenção de eventos adversos é um pré-requisito para a segurança do paciente. Estudo afirma que a campanha realizada junto aos profissionais de saúde vem acarretando melhorias nos indicadores de qualidade^{11,18,19}.

Não existem exceções que descartem a aplicação do *timeout*. O instrumento deve ser aplicado mesmo antes de cirurgias e procedimentos de emergência. Sobre isso, 25 participantes concordam, enquanto 13 concordam *em parte*. É compreensível que os profissionais demonstrem receio ao concordar que o *timeout* pode e deve ser utilizado mesmo em cirurgias de emergência, haja vista a preciosidade do tempo nessas ocasiões. Quatro dos 07 Enfermeiros que participaram do estudo fazem parte da percentagem que concorda *em parte* com a aplicação do *timeout* em qualquer procedimento ou situação.

É sabido que, em uma situação de urgência/emergência, a equipe cirúrgica deve agir de forma coordenada e rápida, garantindo um atendimento eficiente. Neste caso, a marcação não é obrigatória e o médico responsável deverá fazer a anotação no prontuário posteriormente. Vivenciar um momento de urgência e emergência exige do profissional uma postura de autocontrole, agilidade e competência para enfrentar situações de pacientes que estão no limiar entre a vida e a morte⁷. Por isso, são compreensíveis as respostas de alguns profissionais, mas não é justificável a não aplicação do protocolo.

A comunicação é um item importante em qualquer ambiente de trabalho e isso não é diferente no CC. Sobre esta questão, 31 participantes do estudo acham que o *timeout* facilita a comunicação entre os membros da equipe; 05 consideram que o instrumento facilita *em parte* a comunicação e 03 acham que o *timeout* não a facilita. Todo o processo de conferência é realizado verbalmente, em voz alta e com a participação da totalidade dos membros da equipe cirúrgica, sendo requerida a interrupção de toda e qualquer atividade em sala. Caso algum item checado esteja 'não conforme', o procedimento deve ser interrompido até sua regularização. Estudos demonstram que a implantação do protocolo ajuda a prevenir a ocorrência de eventos adversos,

facilitando a comunicação entre os membros da equipe, e, consequentemente, melhorando a assistência prestada ao paciente^{11,14}.

As questões finais do questionário, em consonância com o segundo objetivo desta pesquisa, se relacionavam às facilidades e às dificuldades para aplicação do *timeout*, segundo a opinião dos 39 integrantes da equipe cirúrgica.

Os três fatores que mais facilitam a aplicação do *timeout* são: a *Colaboração da equipe médica*, considerada por 25 profissionais, sendo 09 Médicos, 05 Enfermeiros, 10 Técnicos de Enfermagem e 01 Instrumentador Cirúrgico; o *Conhecimento do protocolo*, considerado facilitador por 15 profissionais, sendo 06 Médicos, 04 Enfermeiros e 05 Técnicos de Enfermagem; e a *Clareza e objetividade do protocolo*, considerada por 10 profissionais, sendo 06 Médicos, 01 Enfermeiro, 02 Técnicos de Enfermagem e 01 Instrumentador Cirúrgico.

A colaboração da equipe médica mostra que quando estes profissionais não se opõem no momento da aplicação do protocolo e quando respondem prontamente às perguntas, a tarefa torna-se mais rápida, fácil e eficiente. O trabalho interdisciplinar, realizado com toda a equipe do CC, é de suma importância, tornando-se um dos passos para o sucesso do processo, podendo, assim, atingir a segurança do paciente e a excelência no atendimento. O comprometimento e o envolvimento da equipe são fundamentais para a melhoria da assistência, sendo esses profissionais responsáveis por seu próprio conhecimento e atualização^{11,20}.

Na análise dos Quadros 1 e 2, constata-se que os Médicos apontaram mais facilidades do que dificuldades, principalmente pontos positivos relacionados à colaboração da equipe e negativos no sentido do *timeout* ser longo e repetitivo. Os Instrumentadores destacaram facilidades e dificuldades na mesma frequência. Já os Enfermeiros e os Técnicos apontaram mais dificuldades do que facilidades, com pequena diferença. Entre as facilidades, destaca-se a colaboração da equipe médica e, em contrapartida, grande número de dificuldades também relativas à falta de colaboração da equipe.

Os três fatores que mais dificultam a aplicação do *timeout*, na opinião da equipe, são: a *Falta de colaboração da equipe médica*, considerada por 19 profissionais, sendo 02 Médicos, 04 Enfermeiros, 12 Técnicos de Enfermagem e 01 Instrumentador Cirúrgico; o *Timeout longo e repetitivo*, considerado dificultador por 13 profissionais, sendo 07 Médicos, 02 Enfermeiros e 04 Técnicos de Enfermagem; e os *Atrasos*, tanto da equipe médica quanto das cirurgias, considerado por 09 profissionais, sendo 05 Médicos, 02 Enfermeiros e 02 Técnicos de Enfermagem.

De acordo com os Técnicos de Enfermagem e os Enfermeiros que fizeram parte da pesquisa, a não colaboração da equipe médica representa a maior dificuldade no momento da aplicação do *timeout*.

Percebe-se que a implantação destas políticas pode enfrentar barreiras organizacionais e culturais, especialmente

por parte dos próprios profissionais¹¹. Em um estudo realizado num grande hospital público de São Paulo, os autores consideram que as maiores barreiras são a falta de treinamento da equipe, a não adesão dos profissionais ao protocolo e o não comprometimento da instituição¹¹.

Os médicos acham o *timeout* longo, repetitivo, inclusive com algumas perguntas desnecessárias, e isso é um fator que dificulta e até desmotiva sua aplicação. Porém, a proposta das organizações internacionais^{1,3-6} é que justamente seja realizado um *checklist* institucional 'universal', que possa ser aplicado a todos e em todas as situações, o que pode gerar repetitividade.

As críticas levantadas pelos integrantes da equipe cirúrgica a respeito do *timeout* foram: *checklist* longo e repetitivo; protocolo padronizado para todos os tipos e portes de cirurgias; algumas perguntas que assustam o paciente cirúrgico, como perda esperada de sangue e possibilidade de via aérea difícil; *timeout* realizado em cirurgias de emergência e após início do procedimento.

As sugestões propostas pela equipe foram: aguardar a montagem completa da sala cirúrgica antes de colocar o paciente em sala; pedir para que o Enfermeiro permaneça na sala operatória no início do procedimento; minimizar atrasos na internação e na chegada do paciente ao CC, além de promover melhor conscientização de todos e mais seriedade na hora da aplicação do *timeout*.

Mostra-se interessante a observação de alguns profissionais de que certas perguntas assustam os pacientes, a exemplo da possibilidade de sangramento e da existência de via aérea difícil.

Conclusões

A análise das respostas dos 39 integrantes da equipe cirúrgica (14 Médicos, 14 Técnicos em Enfermagem, 07 Enfermeiros e 04 Instrumentadores Cirúrgicos) demonstrou que:

- Todos os participantes conhecem o *timeout* (39 ou 100,0%); os profissionais reconhecem sua eficácia (36 ou 92,3%); acreditam que sua aplicação traz segurança para o cliente (37 ou 94,9), traz segurança para a própria equipe (35 ou 89,7%); sempre aplicam o protocolo (33 ou 84,6%); acham o *timeout* simples e de fácil compreensão (27 ou 69,2%); concordam que é passível de ser utilizado em todos os procedimentos e diante de quaisquer situações (25 ou 64,1%), e, ainda, que facilita a comunicação entre a equipe (31 ou 79,5%);
- Quanto aos fatores que facilitam a aplicação do *timeout*, os de maior incidência foram: colaboração da equipe médica (25 ou 64,1%), conhecimento do protocolo (15 ou 38,5%) e clareza e objetividade do protocolo (10 ou 25,6%);
- Entre os fatores que dificultam a aplicação do *timeout*, destacaram-se: falta de colaboração da equipe médica (19 ou 48,7%), protocolo longo e repetitivo (13 ou 33,3%) e atrasos dos médicos e das cirurgias (09 ou 23,1%).

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Aliança mundial para a segurança do paciente - Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas [internet]. Brasília: OPAS; 2009 [citado 2011 Jun 7]. Disponível em: <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000483>.
2. Bork AM. Metas internacionais sobre segurança do paciente. Nursing [Internet]. 2007 [citado 2012 Jul 20]. Disponível em: <http://www.nursing.com.br/article.php?a=46>
3. World Health Organization - WHO. World Health Assembly Resolution and related documents - Quality of care: patient safety (WHA55.18). 18 May 2002 [cited 2012 Apr 24]. p. 2. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf.
4. World Health Organization - WHO. Patient safety [Internet]. WHO; 2012 [cited 2011 Oct 20]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/>.
5. Joint Commission International - JCI. Facts about the universal protocol [Internet]. Washington; 2003 [citad 2011 Jul 20]. Available from: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/universal%20protocol%201%204%2011PDF>
6. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO. Joint Commission Internacional. Padrões de creditações da Joint Commission Internacional para hospitais [Internet]. 4. ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2010 [citado 2011 Ago 25]. Disponível em: www.jointcommissioninternational.org/.../Hospital/Fourth_Edition_Hospital_Manual_Portuguese_Translation.pdf.
7. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE. Identificação de sítio cirúrgico (lateralidade) e time out: prevenção de cirurgia e procedimentos invasivos em local de intervenção errado, procedimento errado ou paciente errado [Internet]. 2009 Mar [citado 2012 Mar 12]. Disponível em: http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes_perioperatorios_timeout.pdf.
8. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE. Segurança em cirurgias e procedimentos invasivos – Identificação de sítio cirúrgico (lateralidade), checklist cirúrgico e time out [Internet]. 2012 Jan [citado 2012 Mar 12]. Disponível em: <http://notsv0/ISO9000/PO.NSF/JCWT/C9CECB1F9FFC837803256?OpenDocument>.
9. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo - COREN-SP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo São Paulo - REBRAEN-SP. 10 Passos para a Segurança do Paciente. São Paulo: COREN; 2010. Passo 4, Cirurgia segura. p. 1-3.
10. Gomes AQF. Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 2008 [citado 2011 Ago 10]. 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=535884&indexSearch=ID>.
11. Vendramini RCR, Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2010 Set [citado 2011 Jun 20];44(3):827-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300039.
12. Ferraz M. A cirurgia segura: uma exigência do Século XXI. Rev Col Bras Cir 2009;36(4):281-2. PMID:20076914. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912009000400001>
13. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2010;44:287-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200007>
14. Salman FC. A importância da realização do time-out para a segurança no período perioperatório. Anestesia Segura, Serviços Médicos de Anestesia, São Paulo. Disponível em: <http://www.anestesiasegura.com/2011/01/importancia-da-realizacao-do-time-out.html>.
15. Pereira BMT, Pereira AMT, Correia CS, Marttos AC Jr, Fiorelli RKA, Fraga GP. Interrupções e distrações na sala de cirurgia e trauma: entendendo a ameaça do erro humano. Rev Col Bras Cir. 2011 set-out;38(5):292-8. PMID:22124638. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912011000500002>
16. Landrigan CP. Condições de trabalho e bem-estar dos profissionais de saúde: compartilhamento de lições internacionais para melhorar a segurança do paciente. J Pediatr. 2011 nov-dez;87(6):463-5.
17. Souza LP, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Carneiro FS, Paranaguá TTB, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. Rev. Enferm. UERJ. 2011 jan-mar;19(1):127-33. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a21.pdf>.
18. Badessa GG. Anestesia 4º passo: time out (check-list de cirurgia segura). Anestesia Segura, Serviços Médicos de Anestesia, São Paulo. Disponível em: http://www.anestesiasegura.com/2010_06_01_archive.html.
19. Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR, organizadores. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006.
20. Lima LF, Leventhal LC, Fernandes MPP. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. Einstein. 2008;6(4):434-8.

Aplicação do *checklist* para cirurgia segura: Relato de experiência

Applying the safe surgery checklist: An experience report

Aplicación del checklist de cirugía segura: Relato de experiencia

Ana Paula Pancieri¹, Rachel de Carvalho², Eliana Mara Braga³

RESUMO: **Objetivo:** relatar a experiência da aplicação do *checklist* de cirurgia segura proposto pela OMS. **Método:** pesquisa descritiva, narrativa, de nível I, do tipo relato de experiência com a aplicação do *checklist* de cirurgia segura em 30 procedimentos anestésico-cirúrgicos realizados em um hospital escola, situado no interior do Estado de São Paulo, no segundo semestre de 2011, seguindo-se as três etapas preconizadas pela OMS. **Conclusão:** identificou-se a necessidade de inclusão e mudança de alguns itens do *checklist* e preenchimento de itens na sala de recuperação pós-anestésica. É importante o enfermeiro e o coordenador da lista terem domínio de como realizar a checagem e saber conduzir com responsabilidade e ética todas as etapas propostas, além de enfatizar a responsabilidade de cada profissional participante. A comunicação é essencial para o bom andamento do procedimento e o *checklist* faz com que isso ocorra da melhor maneira possível.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Salas cirúrgicas. Lista de checagem. Enfermagem de centro cirúrgico. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT: **Objective:** to report the experience in applying the safe surgery checklist proposed by the World Health Organization (WHO). **Method:** a descriptive, narrative, level 1 study, of experience report type, with the application of the safe surgery checklist, following the three stages recommended by WHO, to 30 anesthetic and surgical procedures carried out in a teaching hospital in São Paulo state in the second semester of 2011. **Conclusion:** we identified the need to include and change some items in the checklist and fill in the items in the post-anesthetic recovery room. It's important that the nurse or the checklist coordinator are able to master the checking, know how to conduct all the proposed items responsibly and ethically, and emphasize the responsibility of each participant professional. Communication is essential for the proper conduct of this procedure and the checklist guarantees its best performance.

KEYWORDS: Patient safety. Operating rooms. Checklist. Operating room nursing. Perioperative nursing.

RESUMEN: **Objetivo:** relatar la experiencia de aplicación del *checklist* de cirugía segura propuesta por la OMS. **Método:** estudio descriptivo, narrativo, de nivel I, del tipo relato de experiencia, con la aplicación del *checklist* de cirugía segura en 30 procedimientos anestésico-quirúrgicos, realizados en un hospital universitario, ubicado en el interior del Estado de São Paulo, durante el segundo semestre de 2011, siguiendo las tres etapas recomendadas por la OMS. **Conclusión:** se identificó la necesidad de incluir y cambiar algunos items del *checklist*, y rellenarlos en la sala de recuperación. Es importante que el enfermero y el coordinador de la lista sepan realizar el chequeo y conduzcan con responsabilidad y ética todas las etapas propuestas, además de enfatizar la responsabilidad de cada uno de los profesionales participantes. La comunicación es esencial para la buena ejecución del procedimiento y el *checklist* hace que eso ocurra de la mejor manera posible.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente. Quirófanos. Lista de chequeo. Enfermería de quirófano. Enfermería perioperativa.

¹Enfermeira. Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE). Enfermeira no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). Rua dos Operários, 373. Centro. CEP 13710-000. Tambaú, SP, Brasil.

Telefone: (19) 99776-2983. E-mail: appancieri@yahoo.com.br

²Enfermeira. Especialista em Cardiologia e Centro Cirúrgico. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Docente dos Cursos de Graduação e de Pós-Graduação da FEHIAE. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação da FEHIAE. E-mail: rachel.carvalho@einstein.br

³Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Botucatu, SP, Brasil. E-mail: elmara@fmb.unesp.br

Recebido: 05 jun. 2013
Aprovado 15 out. 2013

Introdução

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a campanha ‘Cirurgias Seguras Salvam Vidas’, que pretende reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS¹. No mesmo ano, dados coletados pela OMS mostraram o número total de 234 milhões de cirurgias pelo mundo, sendo que cerca de sete milhões de pessoas enfrentaram complicações provenientes de cirurgias¹.

Considera-se inadmissível não utilizar todo o conhecimento adquirido com a evolução técnico-científica para prevenir complicações, iatrogenias e eventos adversos. Isso levou a OMS e a Universidade de Harvard a iniciarem a campanha para realização de cirurgias seguras, preparando como modelo um *checklist* composto por três partes²:

- *Identificação* ou *Sign in* (antes da indução anestésica): quando se verifica verbalmente a identidade do paciente, o procedimento e o local da cirurgia, e se o consentimento para o procedimento foi assinado. O coordenador da lista observa se o lado correto da cirurgia foi sinalizado e confere se o oxímetro de pulso foi colocado corretamente no paciente e está funcionando. Deve rever verbalmente, com a equipe de anestesia, se o paciente possui vias aéreas de difícil acesso, risco de perda sanguínea ou de reação alérgica, de modo a garantir a segurança durante o procedimento anestésico. O ideal seria que o cirurgião estivesse presente nesta fase, já que este pode ter uma ideia mais clara sobre os fatores complicadores; contudo, a presença do cirurgião não é essencial para completar essa primeira parte do *checklist*;
- *Confirmação* ou *Timeout* (antes da incisão na pele - pausa cirúrgica): todos os profissionais presentes na sala de operações e que irão participar ativamente do procedimento se apresentam (nome e função); faz-se a conferência, em voz alta, da identidade do paciente, do procedimento e da parte do corpo que será operada. Em seguida, o cirurgião, o anestesiológico e o membro da equipe de enfermagem, verbalmente, revisam os pontos críticos para a cirurgia, fazendo uso do *checklist* e confirmando o uso profilático de antibióticos nos últimos 60 minutos; além disso, certificam-se da disponibilidade dos exames de imagem;
- *Registro* ou *Sign out* (antes do paciente sair da sala cirúrgica): em conjunto com a equipe, o coordenador da lista analisa o procedimento, contam-se as compressas e os instrumentos, rotulam-se as peças anatômicas ou outras amostras obtidas, checam-se informações sobre quaisquer danos nos equipamentos, assim como outros problemas a serem resolvidos; finalizam traçando os planos de cuidados em relação ao pós-operatório, antes do encaminhamento do paciente à sala de recuperação anestésica¹.

Simples cuidados antes do procedimento cirúrgico podem impedir complicações para o paciente, fazendo a diferença entre o sucesso e o fracasso da anestesia e da cirurgia².

São muitos os fatores que podem levar uma equipe cirúrgica ao erro, colocando em risco a segurança do paciente. Entre esses fatores, podem-se citar: materiais inadequados, por esterilização inadequada ou por mau funcionamento; corpo estranho esquecido no paciente, como instrumentais e compressas; dificuldade em reconhecer complicações durante a cirurgia; planejamento inadequado dos cuidados no período pós-operatório; perfurações ou hemorragias; intervenção com tempo prolongado e cirurgias de sítio e/ou indivíduo errados, ou, ainda, procedimento errado. Quase metade dos sujeitos de um estudo realizado na Guatemala relatou que já cometeram algum erro que poderia ter sido prevenido³.

Existem outras situações que acabam passando despercebidas, por serem corriqueiras, sendo, por este motivo, de difícil mensuração, como a sobrecarga de trabalho – gerada pelas longas jornadas ou pela execução de diferentes tarefas concomitantes – e as interrupções constantes no procedimento, além da troca de pessoal: todos estes também são fatores que contribuem para a ocorrência de erros^{4,5}.

A avaliação do uso do *checklist* em oito instituições-piloto no mundo mostrou que sua aplicação praticamente dobrou as chances de os usuários receberem o tratamento cirúrgico com padrões de cuidado adequados^{4,6}. Não se sabe o mecanismo responsável por esse evento, mas acredita-se que se deva a mudanças na rotina, no comportamento da equipe, de cada membro individual e coletivamente, e na comunicação interpessoal^{5,7}.

Os objetivos da OMS com a campanha Cirurgia Segura incluem diminuir a morbimortalidade de pacientes cirúrgicos, dando, às equipes cirúrgicas e aos administradores hospitalares, orientações sobre a função de cada indivíduo e qual é o padrão de uma cirurgia segura, além de oferecer um instrumento de avaliação uniforme do serviço para vigilância nacional e internacional. As normas a serem seguidas podem ser utilizadas em qualquer parte do mundo e devem ser adaptadas de acordo com a realidade institucional¹.

A implementação do *checklist* é de baixo custo. Estima-se que seja necessário o tempo médio de três minutos para aplicação das três fases do processo de verificação e orienta-se que um único profissional, que participa do procedimento cirúrgico, seja responsável por essa aplicação, que é chamado de coordenador da lista¹. Esse profissional deve ter conhecimento sobre o processo anestésico-cirúrgico, estando apto a interromper o procedimento ou impedir seu avanço, se julgar insatisfatório um item necessário⁸.

A introdução do *checklist* é um passo para uma nova cultura de segurança na sala cirúrgica⁷. Realizar a checagem por meio do coordenador, com participação do paciente e da equipe multiprofissional, é essencial para o sucesso do procedimento⁷. Quando há trabalho coletivo, os integrantes da equipe passam a se perceber mais do que meros executores de tarefas, resgatando a dimensão afetiva do trabalho⁹.

Diante das considerações realizadas e da importância da criação e da aplicação do *checklist* para a segurança do

paciente, para a equipe cirúrgica e para a própria instituição, surgiu a motivação para realizar a presente pesquisa.

Objetivo

Relatar a experiência da aplicação do *checklist* de cirurgia segura proposto pela Organização Mundial de Saúde em 30 procedimentos anestésico-cirúrgicos, realizados em um hospital escola do interior do Estado de São Paulo.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, narrativa, de nível I, do tipo relato de experiência, que tem a finalidade de descrever o trabalho desenvolvido pela primeira autora em um hospital escola situado no interior do Estado de São Paulo.

O estudo tem o intuito de demonstrar como foi realizada a aplicação do *checklist* proposto pela OMS¹ (Anexo A) em 30 procedimentos anestésico-cirúrgicos e as dificuldades encontradas na aplicação deste processo, bem como a percepção da autora acerca da opinião da equipe cirúrgica sobre o *checklist*.

Descreve-se a padronização do impresso utilizado, a aplicação do mesmo nos procedimentos e as dificuldades que foram encontradas no processo, bem como as alterações realizadas no *checklist* proposto pela OMS para uso na instituição, a fim de que se possa estudar a continuidade da aplicação do *checklist* em todos os procedimentos realizados no Centro Cirúrgico (CC) da instituição, objetivando, desta forma, a eficácia da assistência prestada e a segurança do paciente.

A experiência relatada trata-se de um estudo realizado no CC de um hospital escola em uma instituição pública no interior do Estado de São Paulo, no segundo semestre de 2011. O CC da instituição estudada é constituído por 16 salas operatórias, com 11 em funcionamento no período do estudo. Atende cirurgias de pequeno, médio e grande porte de 12 especialidades (Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Gastrocirurgia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Ginecologia, Cirurgia Plástica e Urologia), de acordo com o horário semanal estabelecido para cada equipe. Realiza aproximadamente 9.000 cirurgias/ano. Para ser realizado, o estudo precisou da autorização do docente responsável por cada disciplina, pelo responsável pela disciplina de Anestesiologia e pelos responsáveis pela unidade de CC, para ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Foi autorizado pelos responsáveis da unidade, pelo docente da Anestesiologia e por oito das 12 especialidades cirúrgicas, além do Comitê de Ética em Pesquisa, mediante ofício 130/11.

Resultados e Discussão

O relato de experiência foi baseado na aplicação do *checklist* de cirurgia segura proposto pela OMS em 30 procedimentos anestésico-cirúrgicos de oito especialidades cirúrgicas de um hospital escola. Optou-se pelo modelo proposto para identificar modificações necessárias para a unidade.

Durante a experiência, a pesquisadora atuou na unidade de CC, aplicando o *checklist*, acompanhando procedimentos anestésico-cirúrgicos, prestando assistência ao paciente no período transoperatório, preparando a sala e provendo materiais e equipamentos necessários para cada procedimento, encaminhando materiais para a central de material e esterilização, dentre outras atividades fora da área assistencial, como realização de escala diária e mensal de funcionários, montagem do mapa cirúrgico diário e programa de educação continuada com treinamento para os funcionários da unidade para aplicação do *checklist*.

A aplicação do *checklist* seguiu o modelo proposto pela OMS. Na chegada do paciente ao CC, era checado, com ele ou seu acompanhante, a identidade do paciente, o sítio cirúrgico, o procedimento proposto e o termo de consentimento corretamente preenchido e devidamente assinado. Durante a identificação, apenas uma vez o responsável pelo paciente relatou não ter ciência do motivo da realização do procedimento cirúrgico. No mesmo momento, foi solicitado ao cirurgião que fosse esclarecer as dúvidas, o que foi atendido prontamente.

Em seguida, encaminhava-se o paciente à recuperação anestésica para aguardar o término do preparo da sala ou diretamente para a sala cirúrgica, caso esta já estivesse pronta.

Sign in

Quando o paciente já estava na sala, antes de iniciar a anestesia, terminava-se de checar a primeira parte do *checklist* (Identificação ou *Sign in*). Mais uma vez, confirmava a identificação e o procedimento a ser realizado; na sequência, se a verificação anestésica estava concluída e o oxímetro funcionando; se o paciente possuía alguma alergia conhecida, via aérea difícil, risco para aspiração e risco para perda sanguínea, com necessidade de acesso adequado para infusão de fluidos ou hemocomponentes.

No momento antes da indução anestésica, não foram observados problemas ou dificuldades na troca de informações entre os profissionais. Os itens checados já faziam parte da prática local, porém não confirmados entre toda a equipe e nem anotados, apenas confirmados verbalmente entre os médicos. Apesar de não verificar problemas nas cirurgias em que o *checklist* foi aplicado, no mesmo período observou-se a necessidade de acrescentar alguns outros itens a esta etapa, como:ambu testado, foco funcionando e posicionamento da mesa cirúrgica conferido.

Timeout

Ao final da indução anestésica, auxiliava-se o posicionamento do paciente e a paramentação da equipe cirúrgica. Antes da realização da incisão cirúrgica, era feita a segunda parte do *checklist* (Confirmação ou *Timeout*). Confirmava-se se toda a equipe estava presente na sala cirúrgica e se todos se conheciam pelo nome e função. A resposta era sempre positiva, pois, ao chegar à sala, se houvesse alguém desconhecido, já era feita a sua apresentação entre os profissionais.

Confirmava-se novamente o nome do paciente, o procedimento proposto e o sítio cirúrgico; então, partia-se para a revisão do cirurgião sobre etapas críticas previstas. Verificou-se maior dificuldade entre os médicos residentes mais novos, especialmente em verbalizar esta informação.

Alguns dos eventos mais relatados foram sangramento inesperado e morte súbita do paciente. Quando o sangramento era previsto, discutia-se sobre os hemocomponentes solicitados ao banco de sangue. Não houve problemas quanto a este aspecto, mas se identificou a necessidade de deixar anotado no *checklist* quais hemocomponentes foram solicitados. Na revisão da parte de anestesia, as preocupações eram muitas vezes as mesmas do cirurgião e, na revisão da parte de enfermagem sobre materiais e equipamentos, não houve problemas em nenhum dos 30 procedimentos nos quais o *checklist* foi aplicado.

A seguir, era questionado sobre a profilaxia antimicrobiana. Foi nesta etapa que houve necessidade de mais interrupções no procedimento. Algumas vezes, a profilaxia ainda não havia sido realizada, pois os médicos deixavam a receita para que o circulante buscasse a medicação e, ao atender as necessidades da sala, isso ia ficando para depois. Ao acontecerem situações dessa maneira, foi solicitado que se esperasse até ser feita a aplicação do antibiótico e, em nenhum procedimento em que isso ocorreu, houve desentendimentos. A equipe aguardou até o momento da administração do medicamento para iniciar a cirurgia. Também ocorreu que a equipe cirúrgica optou pela não realização da antibioticoprofilaxia em sala operatória, pois o paciente já estava em uso de antimicrobiano; porém, ao checar a prescrição, o anestesiológista verificou que esta fora realizada havia mais de uma hora, necessitando de outra dose. Também foi aguardado até o momento da administração do antimicrobiano para iniciar a incisão cirúrgica. Diante destas situações, optou-se por acrescentar, na etapa de profilaxia antimicrobiana, o horário e o nome do medicamento administrado.

Terminava-se esta etapa questionando sobre exames de imagem presentes na sala e, em nenhum dos procedimentos, houve interrupções devido a este item. Após a confirmação, a equipe iniciava o procedimento cirúrgico.

Sign out

Finalizado o procedimento, checava-se a contagem de instrumentais, compressas e agulhas. Nos 30 procedimentos

acompanhados, a contagem sempre estava correta. A seguir, era verificado se havia amostras para anatomia, e, caso houvesse, checava se estavam corretamente identificadas. Funcionários da unidade relataram que algumas vezes os médicos se esqueciam de preencher o pedido da amostra para envio ao laboratório. Então, optou-se por acrescentar, neste item, qual era a amostra e se o pedido foi preenchido corretamente pelo médico.

Problemas com equipamentos ou instrumentais durante o procedimento também eram checados. Quando houve, os equipamentos ou instrumentais eram identificados com a informação 'reclamação de não funcionamento' e comunicava-se à enfermeira responsável sobre o problema identificado, a fim de que fossem tomadas as devidas providências.

Optamos, durante a experiência nos primeiros procedimentos, por checar o item 'registro do procedimento' na sala de recuperação anestésica e não na sala cirúrgica, a fim de evitar atrasos na limpeza da sala e o início da cirurgia seguinte. Então, optamos por realizar mais uma etapa ('Antes de o paciente deixar a recuperação anestésica'), uma vez que isso já era de praxe, pois, em se tratando de um hospital escola, as cirurgias da especialidade do dia eram realizadas pela mesma equipe, que aproveitava o intervalo de limpeza de sala entre uma cirurgia e outra para anotar o procedimento. A verificação e a entrega da folha de registro do procedimento eram feitas à equipe da recuperação, para ser anexada ao procedimento.

E, por último, antes de o paciente sair da sala cirúrgica, realizava-se a checagem do último item, com as devidas recomendações para a recuperação. Quanto a este planejamento, observou-se a mesma dificuldade que a encontrada nas etapas críticas, por parte dos médicos. Alguns não sabiam como expressar isso com a equipe da sala cirúrgica, talvez por falta de hábito. A expressão 'cuidados essenciais para o transporte e a recuperação do paciente' também gerou divergências de entendimento. Alguns médicos citaram os cuidados necessários para o paciente até a sala de recuperação anestésica, enquanto outros traçaram um plano de cuidados até a alta hospitalar. Essa etapa necessita de maturidade e experiência do enfermeiro para intervir e, em conjunto com toda a equipe, traçar o melhor plano de cuidados para a recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observou-se, também, a dificuldade da equipe de enfermagem em entender a importância da realização da checagem nos momentos preconizados pela OMS e, principalmente, com a presença de todos. Baseando-se apenas na experiência da aplicação do *checklist* nesta unidade, propôs-se uma lista com as alterações julgadas necessárias, para ser aplicada na Instituição sede do estudo (Anexo B).

Todas as cirurgias do referido hospital são realizadas por cirurgiões e por médicos residentes em cirurgia. Durante a experiência, observou-se que muitos não conheciam o *checklist* proposto pela OMS, enquanto outros já o tinham

como aplicativo em dispositivo móvel pessoal, porém, sem utilizá-lo, diferentemente da equipe de enfermagem, na qual poucos não conheciam o *checklist* de cirurgia segura.

Quando analisamos outro estudo, verificamos que a maioria dos sujeitos já conhecia o *checklist*, o que torna preocupante o fato de alguns profissionais do estudo relatado não o conhecerem. Porém, ao mesmo tempo em que tinham conhecimento, alguns não estavam cientes dos objetivos do *checklist* e um número ainda maior não sabia que este é aplicado em três etapas³.

O fato de a equipe de enfermagem conhecer o *checklist* não significa saber utilizá-lo corretamente. Realizar treinamentos com todos os profissionais que irão atuar na sala operatória é imprescindível para o sucesso do programa de cirurgia segura. Utilizar o *checklist* é muito mais do que simplesmente checar uma lista. Enquanto não for mostrado a todos o porquê e como utilizá-lo corretamente, a equipe não estará preparada para fazer seu uso¹⁰.

É necessário desfazer o estigma de que esta checagem é uma imposição por parte do enfermeiro, pois o grupo todo deve colaborar para a segurança do paciente.

Aplicar o *checklist* de cirurgia segura é muito mais do que apenas dizer 'Ei, pessoal, é isso que eu quero fazer e preciso de apoio'. Os responsáveis pelo CC devem adotar essa ferramenta para complementar a segurança do paciente e necessitam conscientizar sua equipe sobre a importância de usá-la adequadamente, pois, se eles não entenderem o porquê de realizar a checagem corretamente, eles não estarão preparados para sua aplicação¹⁰.

Assim como na experiência relatada, observaram-se quase erros na profilaxia antimicrobiana. Outro estudo mostra que o *checklist* incentiva o uso de antibióticos na sala operatória, o que mostrou uma diminuição nas taxas de infecção de sítio cirúrgico⁶.

O *checklist* não é apenas uma ferramenta para garantir segurança ao paciente, mas é, também, um importante método de melhorar a comunicação na sala cirúrgica¹¹⁻¹³. Ele nos dá a oportunidade de expressar as preocupações a todos os membros da equipe cirúrgica. Entretanto, a comunicação na sala é algo que ainda precisa ser melhorado, uma vez que muitos profissionais têm dificuldade em compartilhar informações verbalmente^{14,15}. A verbalização e a previsão do procedimento cirúrgico, realizadas repetidas vezes pelos membros da equipe cirúrgica, provavelmente melhoram o desempenho da equipe⁵.

Assim como identificado, a dificuldade na compreensão de alguns itens do *checklist* não foi apenas no hospital onde o estudo foi realizado. A experiência de aplicação, como este estudo, é importante para identificar as dificuldades da equipe e, então, poder sugerir melhorias na lista. Realizar treinamentos e estruturar o *checklist* com uma linguagem simples é imprescindível, ao mesmo tempo em que é interessante incluí-lo nos impressos já existentes para evitar documentos duplicados¹⁶.

Os médicos que utilizam o *checklist* têm uma boa visão desta ferramenta, percebendo o valor do seu uso e relatando que gostariam que fosse usado se estivessem em um procedimento cirúrgico¹³.

Considerações finais

Aplicar o *checklist* requer do enfermeiro ou do coordenador da lista um conhecimento de como realizá-lo em todas as etapas. É necessário conseguir envolver toda a equipe durante a checagem, para que todos respeitem cada um dos itens da lista e tenham a consciência de que, para sua realização, é necessário fazer e não apenas fingir que se faz. Para isso, é preciso enfatizar a responsabilidade de cada profissional durante o procedimento anestésico-cirúrgico e a ética pela profissão. A comunicação é essencial para o bom andamento do procedimento e o *checklist* faz com que isso ocorra da melhor maneira possível.

Começar um procedimento com conhecimento das preocupações do cirurgião, do anesthesiologista e da equipe de enfermagem faz com que qualquer intercorrência transcorra de maneira menos estressante. Rever os cuidados necessários para o pós-operatório é importante para que o paciente receba toda a assistência da melhor forma possível para sua recuperação.

Conhecer a rotina de outros hospitais que já utilizam o *checklist* é muito importante para que o desenvolvimento de uma lista, especialmente para a sua unidade, seja elaborada da melhor maneira e que seu uso e visualização sejam fáceis e eficientes.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde - OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Tradução Nilo MS, Duran IA. Rio de Janeiro: OPAS; 2009.
2. Ferraz EM. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. Rev Col Bras Cir. 2009;36(4):281-2. PMID:20076914. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912009000400001>
3. Hurtado JJ, Jimenez X, Peñalanzo MA, Villatoro C, Izquierdo S, Cifuentes M. Acceptance of the WHO Surgical Safety Checklist among surgical personnel in hospitals in Guatemala city. BMC Health Serv Res. 2012;12:169. PMID:22721269 PMCid:PMC3444374. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-169>
4. Pedreira MLG, Harada MJCS. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. In: Salles CLS, Carrara D. Cirurgia segura. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p. 109-17.
5. Abdel-Rehim S, Morritt A, Perks G. WHO Surgical Checklist and its practical application in plastic surgery. Plast Surg Int 2011; [cited 2012 dec 01]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3335640/pdf/PSI2011-579579.pdf>.
6. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger P, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360:491-9. PMID:19144931. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs0810119>

7. Schalack WS, Boormeester MA. Patient safety during anesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. *Curr Opin Anesthesiol.* 2010;23:754-8. PMID:20930622. <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0b013e3283400b26>
8. World Health Organization - WHO. Checklists Save Lives. *Bull World Health Organ.* 2008;86(7):501-2. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.08.010708>
9. Braga EM, Berti HW, Risso ACMCR, Silva MJP. Relações interpessoais da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. *Rev SOBECC.* 2009;14(1):22-9.
10. Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg.* 2011;212(5):873-9. PMID:21398154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.052>
11. Cunat C, Flatin V, Viale J-P. Stratégie de deployment de la check-list dans un CHU. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011;30(6):484-8. PMID:21620639. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2011.04.004>
12. Helmiö P, Blomgren K, Takala A, Pauniah SL, Takala RS, Ikonen TS. Towards better patient safety: WHO Surgical Safety Checklist in otorhinolaryngology. *Clin Otolaryngol.* 2011;36(3):242-7. PMID:21481197. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-4486.2011.02315.x>
13. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:102-7. PMID:21228082. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2009.040022>
14. Paugam-Burtz C, Guerrero O. Check-list sécurité au bloc opératoire: le bilan après un an de deployment à l'hôpital Beaujon. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011;30(6):475-8. PMID:21612886. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2011.04.005>
15. Rateau F, Levraut L, Colombel AL, Bernard JL, Quaranta JF, Cabarrot P, et al. Check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire": une année d'expérience sur 40000 interventions au centre hospitalier de Nice. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011;30(6):479-83. PMID:21601412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2011.04.003>
16. Gueguen T, Coevoet V, Mougeot M, Pierron A, Blanquart D, Voicu M et al. Déploiement de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" dans deux hôpitaux lorrains. Performances et difficultés. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011;30(6):489-94. PMID:21616629. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2011.04.006>



**ENDOZIME
Bio-CLEAN**

O único detergente enzimático capaz de remover o biofilme, conforme norma ISO 15883-5 anexo F.



NOVO!
**Ruhof
ATP Complete**

Novo software de armazenagem e rastreabilidade de dados.



**SISTEMA DE EMBALAGENS
PARA ESTERILIZAÇÃO
PARA ELIMINAÇÃO DE
PACOTES MOLHADOS**

PACOTES MOLHADOS = PACOTES CONTAMINADOS
Recomendações ADRN/AAMI/SOBECC

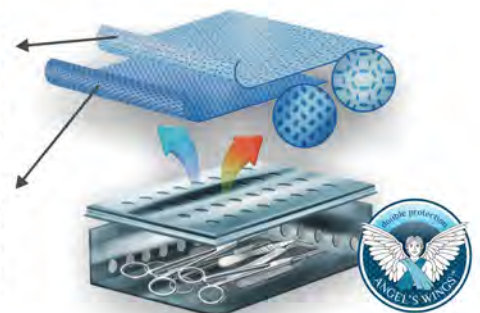
Possuem dupla proteção:

embalagem hidrofóbica
barreira microbiana
comprovada através
de laudos técnicos

embalagem hidrofílica
eliminação dos
pacotes molhados
através da dissipação
de calor e umidade

Cleantech

As embalagens para esterilização Cleantech são produzidas em Não tecido SMS Grau Médico proporcionando um sistema de barreira estável, em conformidade com a Norma ISO 11607.



PLANitrade

Porto Alegre/ RS | 51 3358 6300
www.planitrade.com.br
planitrade@planitrade.com.br

MEDclean

Porto Alegre/ RS | 51 3375 4500
www.medclean.com.br
medclean@medclean.com.br


SE VOCÊ NÃO TEVE OPORTUNIDADE DE PARTICIPAR DOS SIMPÓSIO-SATÉLITES REALIZADOS NO CONGRESSO SOBECC, PODERÁ ASSISTIR AOS CONTEÚDOS NA ÍNTEGRA, DISPONIBILIZADOS NO SITE www.planitrade.com.br

Desafios para Detergentes Enzimáticos: Registros, Qualificação e Validação de Limpeza (Ing/Port)
Palestrante: Marc Esquenet – Químico-Chefe e Vice-Presidente de Pesquisa e Desenvolvimento da Ruhof Corporation

Como Aumentar a Produtividade do seu Bloco Cirúrgico? Novos Conceitos que Proporcionam Alto Giro de Sala e Práticas Cirúrgicas Seguras

Palestrante: Enfª Lea Pereira de Souza – Especializada em CC, RPA e CME pela USP e sócia proprietária da LEAH Treinamento e Orientação em Processos Hospitalares

Anexo A. Checklist proposto pela OMS (2009)¹.

		
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: <ul style="list-style-type: none"> ALERGIA CONHECIDA? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS 	CONFIRMAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? <input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA 	REGISTRO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) <p>Assinatura _____</p>

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Tradução Nilo MS, Duran IA. Rio de Janeiro: Organização Panamericana da Saúde (OPAS); 2009.

Anexo B. Checklist proposto para a unidade de Centro Cirúrgico na Instituição sede do estudo.

Identificação do Hospital		LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA		Identificação do Hospital
		ESPECIALIDADE	DATA	
		PROCEDIMENTO	SALA	
NOME DO PACIENTE _____ RG _____ SEXO _____ DN ____/____/____ (OU ETIQUETA)		ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA CONFIRMAÇÃO <input type="checkbox"/> TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE CONHECEM PELO NOME E FUNÇÃO?		ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO REGISTRO <input type="checkbox"/> NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO
AMBU TESTADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA FOCO FUNCIONANDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA POSICIONAMENTO DA MESA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> TESTADO		<input type="checkbox"/> TODOS CONFIRMAM VERBALMENTE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SÍTIO CIRÚRGICO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA CÍRURGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS?
EQUIPE (NOME E FUNÇÃO DE TODOS DA SALA)				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA IDENTIFICADA COM NOME E RG, E PEDIDO REALIZADO PELO CIRURGIÃO?
		EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS CIRURGIÃO <input type="checkbox"/> ETAPAS CRÍTICAS/INESPERADAS?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA PROBLEMA COM ALGUM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO? <input type="checkbox"/> NÃO
IDENTIFICAÇÃO		DURAÇÃO PREVISTA DA CIRURGIA:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA QUAIS?
PACIENTE CONFIRMOU		PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA QUAIS?
IDENTIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		HEMOCOMPONENTE PEDIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA QUAIS?
SÍTIO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		QUAIS?		CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMAGEM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA TRANSPORTE E RECUPERAÇÃO DO PACIENTE
PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ANESTESIA		
CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO A ESSE PACIENTE?		
SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA				
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO		ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> MATERIAIS/INSTRUMENTAIS, PRÓTESES PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS?		
O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS?		OUTRAS PREOCUPAÇÕES?		
VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM EQUIPAMENTOS/ASSISTÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DISPONÍVEIS?		EXAMES DE IMAGEM ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		ANTES DE O PACIENTE SAIR DO CENTRO CIRÚRGICO REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO (FOLHA ROSA)
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml (7ml/kg EM CRIANÇAS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ACESSO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ENDOVENOSO <input type="checkbox"/> AINDA NÃO		PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SIM HORA: _____ QUAL?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> OUTRO

ASSINATURA / CARIMBO / COREN

ASSINATURA / CARIMBO / COREN

ASSINATURA / CARIMBO / COREN

Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória em cirurgia da cavidade oral ambulatorial

Perioperative Nursing Care System for ambulatory surgery of the oral cavity

Enfermería de Atención Perioperatoria para cirugía ambulatorial de la cavidad oral

Adriana Santana de Vasconcelos¹, Evanísia Assis Góes Araújo², Valquiria Farias Bezerra Barbosa³,
Laureana de Vasconcelos Sobral⁴, Francisca Márcia Pereira Linhares⁵

RESUMO: Objetivo: descrever a construção e a validação de protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), aplicado à cirurgia oral menor no Centro de Especialidades Odontológicas, vinculado à uma instituição de ensino superior em Pernambuco. **Método:** relato de experiência no qual foram utilizados os Padrões Funcionais de Saúde de Gordon para coleta de dados, identificação dos Diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia NANDA – I e posterior validação com pacientes atendidos entre 2008 e 2009. **Conclusão:** O protocolo de SAEP proposto permitiu que o processo de Enfermagem na formação em nível de graduação não fosse apenas abordado sob o ponto de vista teórico. O relato dos estudantes extensionistas evidenciou a viabilidade e a eficácia da SAEP, além de suas vantagens sobre a qualidade da assistência e do processo de trabalho da Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Assistência Perioperatória. Boca.

ABSTRACT: Objective: to describe the construction and validation of the Perioperative Nursing Care System (PNCS) protocol applied to minor oral surgeries at the Center for Dental Technology, “Faculdade ASCES”, Caruaru, Pernambuco state. **Method:** an experience report in which the Gordon Functional Health Patterns were used for data collection, with identification of Nursing Diagnoses according to the diagnostic terminology by NANDA - I, and subsequent validation with patients treated between 2008 and 2009. **Conclusion:** the PNCS protocol proposed allowed the process of nursing training at undergraduate level to be approached beyond the theoretical point of view. The report of extension students showed the effectiveness of the Perioperative Nursing Care System on the quality of care and nursing work process.

KEYWORDS: Nursing. Perioperative Care. Mouth.

RESUMEN: Objetivo: describir la construcción y validación del protocolo de Atención de Enfermería Perioperatoria Sistematizada (AEPS), aplicado a la cirugía oral menor en el Centro de Especialidades Odontológicas, vinculado a la institución de enseñanza superior en Pernambuco. **Método:** relato de experiencia en el que se utilizaron los Padrones Funcionales de Salud de Gordon para la recogida de datos, identificación de los Diagnósticos de Enfermería según la Taxonomía NANDA – I y su posterior validación con pacientes atendidos entre los años 2008 y 2009. **Conclusión:** el protocolo de la AEPS propuesto permitió que el proceso de Enfermería, en la formación a nivel de graduación, no sólo fuese abordado desde el punto de vista teórico. El relato de los estudiantes extensionistas demostró la viabilidad y eficacia de la AEPS, además de sus ventajas sobre la calidad de la atención y sobre el proceso de trabajo de la Enfermería.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Atención Perioperatoria. Boca.

¹Mestre em Enfermagem em Promoção da Saúde. Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba – UPE/UEPB. Professora. Faculdade ASCES. Av. Venezuela, 229, Bairro Universitário. CEP 55016-470. Caruaru, PE, Brasil. Telefone: (81) 3724-5535. E-mail: drikasv@ig.com.br

²Mestre em Saúde Pública. Universidade Federal da Paraíba. Professora. Faculdade ASCES. Caruaru, PE, Brasil. E-mail: evanisia@terra.com.br

³Professora. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. E-mail: valquiriaenfermeira@yahoo.com.br

⁴Enfermeira Responsável Técnica. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) vinculado à Faculdade ASCES. E-mail: laureanasobral@asces.edu.br

⁵Doutoranda. Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina modalidade DINTER. Mestre em Bioquímica. Universidade Federal de Pernambuco. Professora. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco. Campus Pesqueira. Pesqueira, PE, Brasil. E-mail: marciapl27@gmail.com

Recebido: 23 out. 2012

Aprovado: 13 mar. 2013

Introdução

A cirurgia ambulatorial ganhou importância na década de 1960, nos Estados Unidos, pelo desenvolvimento de técnicas e substâncias anestésicas que permitiram a recuperação mais rápida e a alta precoce do paciente. Atualmente, é uma alternativa que possibilita a redução dos riscos de infecção operatória e, consequentemente, dos custos financeiros¹.

Embora o tempo de permanência do cliente no serviço de cirurgia seja reduzido, isto não exclui a necessidade de uma assistência multiprofissional e de Enfermagem de qualidade. O Enfermeiro qualificado para o cuidado perioperatório é capaz de desenvolver técnicas que possibilitem uma assistência de alta qualidade com o menor custo, mediante uma metodologia própria, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP, objetivando a segurança do paciente e da equipe envolvida no ato operatório².

No Brasil, a discussão acerca do acesso à Odontologia especializada no sistema público é recente^{3,4}, porém relevante, à medida que a Política Nacional de Saúde Bucal lançada em 2004 viabiliza a oferta da atenção secundária através de Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs^{5,6}. Os CEOs são estabelecimentos especializados em diagnóstico do câncer bucal, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais^{4,7}.

Entre os procedimentos cirúrgicos mais realizados nos CEOs, estão aqueles destinados à prevenção e ao tratamento do câncer bucal, e a exodontia de elementos inclusos, não erupcionados no período habitual. Esta ocorrência é considerada uma alteração no desenvolvimento do elemento dentário⁸. As duas condições sugerem a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

Há uma lacuna na produção científica no contexto das cirurgias odontológicas ambulatoriais, relacionada à forma como se realiza a assistência de Enfermagem. Talvez esta lacuna ocorra em decorrência do Enfermeiro não estar envolvido diretamente na assistência à cirurgia ambulatorial odontológica. As autoras foram motivadas a desenvolver este trabalho pela necessidade, enquanto docentes de uma instituição privada de educação superior, de buscar um campo de práticas clínicas em que o estudante de Enfermagem pudesse vivenciar a assistência perioperatória em caráter ambulatorial. Ao mesmo tempo, o CEO que funcionava como campo de práticas para os estudantes de Odontologia da mesma IES necessitava implantar o serviço de Enfermagem no centro cirúrgico, tendo em vista a ampliação do aporte de procedimentos cirúrgicos de pequena e média complexidade. Foi então proposto um projeto de extensão que, juntamente com atividades de ensino e pesquisa, pudesse integrar assistência odontológica e de Enfermagem na produção de um novo conhecimento. Dessa maneira, buscou-se particularizar ações gerais da assistência de Enfermagem cirúrgica à cirurgia odontológica de caráter ambulatorial.

A SAEP possibilita à Enfermagem atuar de forma organizada, sistematizada e humanizada. É uma atividade

privativa do Enfermeiro, de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7498/86⁹. Objetiva levantar e analisar as necessidades individuais do paciente a ser submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico; minimizar riscos decorrentes da utilização dos materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento do procedimento; prevenir, prover e gerenciar os recursos humanos, e implementar a assistência de Enfermagem de forma integral, individualizada, documentada, participativa e avaliada, focando o paciente nos períodos de pré, trans e pós-operatório^{10,11}.

Destaca-se, na SAEP, dentre outras ações, a educação para o autocuidado e o apoio emocional a pacientes e familiares acerca dos problemas de saúde relacionados à intervenção cirúrgica, permitindo a interação entre o Enfermeiro e o paciente e, principalmente, a redução da ansiedade e do medo pré-operatórios^{12,13}. Esse enfoque reforça, sobretudo, a relevância do estudo da SAEP para a eficácia na qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao paciente submetido à cirurgia oral menor¹⁴.

Apesar de um número significativo de Enfermeiros concordar com a necessidade de sistematizar o atendimento nos cenários de atuação profissional, a adesão ao método ainda é pequena devido às dificuldades encontradas para sua implementação, entre as quais se pode exemplificar: sobrecarga de funções, insuficiência quantitativa de profissionais, instrumentos gerenciais e assistenciais inadequados, necessidade de atualização dos conhecimentos científicos e reduzida autonomia da Enfermagem^{15,16}.

Mesmo diante das dificuldades vivenciadas pelos Enfermeiros, diversos estudos descrevem que os roteiros e protocolos destinados à consulta de Enfermagem auxiliam na coleta de dados relevantes, reduzindo o tempo destinado ao registro da assistência prestada; possibilitam, ainda, correlacionar diagnósticos e prescrições de Enfermagem, norteando a assistência que será prestada aos sujeitos^{14,17,18}.

Ante ao exposto, este trabalho destina-se a descrever a experiência das autoras na construção e na validação de um protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória aplicado a cirurgias ambulatoriais da cavidade oral.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a construção de um protocolo de SAEP aplicado à cirurgia oral menor e a implantação do Serviço de Enfermagem no CEO, vinculado à Faculdade Associação Caruaruense de Ensino Superior, situada em Caruaru, Pernambuco, entre os anos de 2008 e 2011.

A elaboração do protocolo de SAEP para pacientes submetidos à cirurgia da cavidade oral obedeceu às seguintes etapas:

- 1) Elaboração de uma proposta de protocolo com base em revisão da literatura. Para a coleta de dados, foram utilizados como referência os Padrões Funcionais de Saúde de Gordon¹⁹,

devido à necessidade de coletar dados relevantes que auxiliem na identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE). A terminologia diagnóstica adotada foi a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA – I)²⁰, uma vez que já existe ampla literatura relacionada a esta taxonomia voltada para a Enfermagem perioperatória, abrangendo os DE mais frequentemente encontrados nos sujeitos submetidos à experiência cirúrgica. Para a construção das intervenções de Enfermagem, realizou-se a revisão da literatura sobre os cuidados de Enfermagem dispensados ao cliente que se submete à cirurgia oral. Assim, foram utilizados inicialmente 13 padrões funcionais de saúde e dez DE;

- 2) A coleta de dados para validação do protocolo foi desenvolvida por um grupo de três professores, um Enfermeiro e 15 estudantes extensionistas durante os anos de 2008 e 2009, período no qual foram feitas as adequações necessárias ao instrumento, mediante reuniões científicas mensais, sendo, posteriormente, encaminhado para um revisor especialista em sistematização da assistência de Enfermagem, para realizar análise e validação do instrumento em epígrafe.

O Projeto de Extensão “Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) para Cirurgia da Cavidade Oral” foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética em 18 de julho de 2008.

Durante a primeira consulta Odontológica e de Enfermagem, os pacientes eram orientados e aqueles que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que já consta do prontuário do CEO, conforme preceitua a Resolução n.º 196/96 CNS. Tendo em vista ser um centro odontológico-cirúrgico escola, a atividade de extensão é aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade ASCES desde 17 de Julho de 2008.

Resultados e discussão

Proposta inicial do protocolo

A proposta inicial de um protocolo para pacientes submetidos à cirurgia oral menor surgiu durante a elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Aperfeiçoamento em Sistematização da Assistência de Enfermagem, oferecido pela Faculdade ASCES, que visava a instrumentalizar professores para o ensino da SAE, de forma contextualizada, no Curso de Graduação em Enfermagem.

Nesta instituição, já funcionava o CEO e nele estava inserido o serviço de cirurgia menor ambulatorial da cavidade oral. No entanto, os pacientes atendidos por este serviço não recebiam assistência por parte de profissionais Enfermeiros. As professoras visualizaram a oportunidade de estabelecer um campo de prática no contexto da própria IES para os estudantes do curso de Enfermagem e a possibilidade de agregar qualidade à assistência já oferecida pelos Odontólogos da IES. Foi implantado então um projeto de extensão denominado ‘Projeto de Extensão Integrado Odontologia-Enfermagem’. Paralelamente ao desenvolvimento das atividades extensionistas, durante o

ano de 2008, foi implantado o serviço de Enfermagem no CEO, mediante a contratação de um profissional Enfermeiro para assumir a responsabilidade técnica pela assistência de Enfermagem, tendo em vista a demanda crescente por procedimentos cirúrgicos de pequena e média complexidades.

O Centro Cirúrgico é uma unidade fechada, na qual são realizados procedimentos anestésico-cirúrgicos. A complexidade da unidade requer que o Enfermeiro possua conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica, estabilidade emocional e a compreensão das relações humanas, a fim de que a dinâmica de trabalho do serviço de Enfermagem, aliada ao relacionamento entre os profissionais que atuam na referida unidade, possa acontecer de forma harmoniosa, visando a segurança e bem-estar do paciente. A qualidade da assistência de Enfermagem prestada, tanto no período que antecede a cirurgia como após a realização da mesma, interfere nos resultados do procedimento realizado²¹.

A partir desta motivação, foi construído um protocolo para a realização da consulta de Enfermagem baseado nos padrões funcionais de saúde de Gordon e na Taxonomia NANDA^{19,20}. Inicialmente, o protocolo foi constituído por todos os padrões propostos por Gordon, a saber: percepção e controle de saúde; padrão nutricional-metabólico; eliminações; cognitivo-perceptivo; autopercepção e autoconceito; desempenho de papel e relacionamento; padrão sexual-reprodutivo, resposta e tolerância ao estresse; crença e valor; atividade e exercício, e padrão de sono e repouso¹⁹. O protocolo também possuía um conjunto de DE sugeridos a partir da revisão da literatura que trata da SAEP. Os diagnósticos utilizados foram: integridade tissular prejudicada, risco de infecção, conhecimento deficiente, risco de broncoaspiração, medo e ansiedade. A partir destes diagnósticos, foi elaborado um conjunto de nove intervenções de Enfermagem associadas.

A validação do instrumento

O protocolo foi construído por professoras com experiência assistencial superior a cinco anos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Após sua elaboração, passou pela correção de Professora Mestre, com experiência comprovada na área de SAE, além da contribuição do Enfermeiro responsável técnico pelo serviço de Enfermagem do CEO. Após serem realizadas as devidas correções, o protocolo foi utilizado na realização da consulta de Enfermagem, respeitando a Resolução n.º 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, no âmbito do projeto de extensão com concentração na assistência perioperatória em cirurgia odontológica ambulatorial²².

O referido protocolo foi aplicado em pacientes adultos e idosos submetidos à cirurgia oral. Os pacientes que foram incluídos no estudo, entre os anos de 2008 e 2009, tiveram as seguintes indicações cirúrgicas: exérese dos elementos inclusos, cirurgia pré-protética e retirada de tumores. Após este período de utilização, foi possível perceber a necessidade de adequação do protocolo, especialmente com relação à

fase de coleta de dados, para melhor esclarecer o processo de assistência realizado no intra e no pós-operatório.

Tal necessidade ocorreu devido às peculiaridades da cirurgia oral e foram apontadas pelos 15 extensionistas, enquanto desenvolviam suas atividades assistenciais. Desta forma, descrevem-se, a seguir, as modificações realizadas no instrumento. Os padrões: eliminações; autopercepção e autoconceito; desempenho de papel e relacionamento; valor e crença; atividade e exercício, e sono e repouso foram suprimidos do instrumento, pois poucos pacientes atendidos apresentavam alterações destes padrões. Estes detalhes foram percebidos no momento da realização da consulta de Enfermagem no pré-operatório mediato (momento em que a equipe decide que o paciente terá uma abordagem cirúrgica), na consulta do pré-operatório imediato (neste caso de cirurgia ambulatorial, uma a duas horas antes da realização do procedimento) e durante o acompanhamento, em unidade de recuperação pós-anestésica.

Vivenciar estas fases da SAEP junto ao paciente cirúrgico-odontológico permitiu ao grupo envolvido detectar as demandas particulares desta clientela e adequar o protocolo de assistência a estas necessidades. Foi introduzido um campo para registro da assistência de Enfermagem transoperatória. A assistência intraoperatória é o período correspondente à intervenção sobre o sítio cirúrgico. O pós-operatório foi dividido em imediato, que se caracteriza pela alta do paciente da sala de recuperação pós-anestésica (RPA) até 48 horas do pós-operatório, e preservação, que corresponde ao pós-operatório tardio, compreendendo as 48 horas do pós-operatório até a alta do paciente²³. Foram descritos os DE mais frequentes no período de recuperação pós-anestésica e suas intervenções relacionadas. Estas alterações foram testadas até a obtenção do modelo que se utiliza atualmente (Apêndice).

A aplicabilidade do protocolo

A nova versão do protocolo foi diagramada a partir do programa Microsoft Office Standard 2003, com a licença Open License: 41101817. A escolha por esse formato de diagramação se deveu ao fato de que o impresso deveria ser de fácil manuseio para as equipes envolvidas e baixo custo de impressão, além de permitir a continuidade das fases da SAEP todas as vezes que o paciente viesse ao serviço para finalização do tratamento. Os procedimentos cirúrgico-odontológicos muitas vezes precisam ser realizados em mais de um elemento dentário para sua conclusão; desta forma, o protocolo contribui para que não haja necessidade de repetição de informações. Isto promove a agilidade na realização da consulta do pré-operatório mediato, imediato, trans e pós-operatório, especialmente porque as fases da SAEP, com frequência, ocorrem mais de uma vez.

A realização da SAEP conduzida através do protocolo em foco permite a superação da problemática de que o processo de Enfermagem na formação em nível de graduação

seja apenas abordado sob o ponto de vista teórico²⁴. A superioridade desta abordagem foi constatada mediante o relato dos extensionistas sobre as atividades assistenciais vivenciadas no Centro Cirúrgico do CEO. Os estudantes afirmam que conseguiram constatar a viabilidade da SAEP, bem como suas vantagens sobre a qualidade da assistência e do processo de trabalho da Enfermagem.

Dessa maneira, as autoras avaliam que a aplicação de um protocolo de SAEP permite ao estudante de Enfermagem reconhecer a importância da aplicação do processo de Enfermagem e que esta experiência poderá contribuir para a repetição da assistência sistematizada em suas futuras vivências profissionais.

Considerações finais

A construção de um protocolo de sistematização da assistência de Enfermagem perioperatória aplicada a cirurgias da cavidade oral mostrou-se um desafio para o grupo de autoras em decorrência da escassez de referências em torno da temática. Desta forma, considera-se que a construção deste protocolo constitui-se em uma tecnologia inovadora para a Enfermagem.

Por outro lado, o curso de Aperfeiçoamento em Sistematização da Assistência de Enfermagem para os professores Enfermeiros do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade ASCES constituiu-se em um agente facilitador da construção deste protocolo assistencial. Esta atualização possibilitou a aproximação dos preceitos teóricos e práticos da assistência de Enfermagem, os quais, muitas vezes, permanecem dicotômicos na prática profissional do Enfermeiro. Pode-se observar o importante papel que as IES possuem em superar a dicotomia teoria-prática pela utilização de práticas pedagógicas que possibilitem a contextualização dos conhecimentos nos cenários de atuação profissional.

Desta forma, ressalta-se a importância de relatar a construção de estratégias que norteiem a assistência de Enfermagem sistematizada, especialmente em áreas pouco exploradas, como a cirurgia oral realizada ambulatorialmente. A divulgação das experiências auxilia no compartilhamento de conhecimentos para a construção da assistência de Enfermagem baseada em evidências²⁵. O aprimoramento da prática científica da Enfermagem contribui para a qualidade da assistência e para o reconhecimento social da Enfermagem, estimulando estudantes, professores e demais profissionais de Enfermagem a refletir e reconstruir o perfil profissional da Enfermagem brasileira.

Referências

1. Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia Ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev Latino-Am Enferm. 2003 Set-Out;11(5):630-7.

2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2006.
3. Ferreira CA, Loureiro CA. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. Cad Saúde Pública. 2008;24:2071-80. PMID:18813683. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900013>
4. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25:259-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>
5. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saude Debate. 2009;33(81):64-71.
6. Pucca Junior GA, Costa JF, Chagas LD, Silvestre RM. Oral health policies in Brazil. Braz Oral Res. 2009;23(Suppl 1):9-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>
7. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev Saúde Pública. 2010;44(6). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>
8. Nogueira AS. Considerações gerais sobre dentes inclusos. In: Nogueira AS. Abordagem contemporânea dos dentes inclusos – o diagnóstico ao tratamento cirúrgico ortodôntico. São Paulo: Santos; 2004. cap. 1, p. 3-10.
9. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Lei nº 7.498 de 25/06/1986. Rio de Janeiro: COFEN; 2010.
10. Possari JF. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. In: Possari JF. Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão. São Paulo: Iátria; 2004.
11. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC. Práticas recomendadas. 5. ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
12. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev Latino-Am Enferm. 2001;9(4):37-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000400007>
13. Matos FGOA, Piccoli M, Schneider JF. Reflexões sobre aspectos emocionais do paciente cirúrgico. Cienc Cuid Saúde. 2004 Jan-Abr;3(1):93-8.
14. Saragiotto I, Tramontini C. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. Cienc Cuid Saude. 2009 jul./set.;8(3):366-37.
15. Campos SMCL. Sistemática da assistência da enfermagem perioperatória: percepção de enfermeiros assistenciais. Rev SOBECC. 2000;5(4):21-5.
16. Sperandio DJ, Évora YDM. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. Ver Latino-Am Enferm. 2005;13(6):937-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600004>
17. Wagner LR, Thofehn MB, Amestoy SC, Porto AR, Arrieira ICO. Relações interpessoais no trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. Cogitare Enferm. 2009;14(1):107-13.
18. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):54-64. PMID:19437854. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100007>
19. Carpenito – Moyet LJ. Diagnósticos de Enfermagem – Aplicação à Prática Clínica. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
20. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008
21. Stumm EMF, Maçalai RT, Kirschner RM. Texto Contexto Enferm. 2006 Jul-Set;15(3):464-71.
22. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009 [página na Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 2011 [cited 2011 May 15]. Available from: www.cofen.br.
23. Possari JF. Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão. 4. ed. São Paulo: Iátria; 2009.
24. Bocchi SCM, Meneguim S, Santi RC. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com luxação de coluna cervical: estudo de caso. Rev Latino-am Enferm. 1996;4(2):113-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000200009>
25. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-Am Enferm. 2004 maio/jun;12(3):549-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>

Apêndice

FACULDADE ASCES PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM – PROJETO DE EXTENSÃO (ENFERMAGEM/ODONTOLOGIA)	
PRÉ-OPERATÓRIO MEDIATO	
DADOS PESSOAIS N.º do Prontuário: _____	
Nome: _____ Proposta Cirúrgica: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ anos Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: () _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ Acompanhante: _____	
PADRÃO DE PERCEPÇÃO – MANUTENÇÃO DA SAÚDE	
História de Adoecimento anterior: () Sim* () Não. *Especificar: _____ Grupo sanguíneo: _____ Fator Rh: () Problemas de coagulação: () Sim* () Não. *Especificar: _____ Faz Uso de medicação: () Sim* () Não. *Especificar: _____ Alergias: () Sim* () Não. *Especificar: _____ Fumante: () Sim () Não/ Uso de Álcool: () Sim () Não/ Realiza atividades físicas: () Sim () Não Sinais Vitais: T: _____ °C /P: _____ bpm /R: _____ rpm /PA: _____ × _____ mmHg.	
PADRÃO PERCEPTIVO – COGNITIVO	
Refere dor: () Sim* () Não. *Especificar: _____ Fala: () Normal () Alterada Nível de consciência: () Consciente () Confuso () Inconsciente Nível de compreensão: () Normal () Alterado Nível de orientação: () Orientado () Desorientado*. *Especificar: () No tempo () No espaço () Em pessoas Visão: () Normal () Diminuída () Ausente () Faz uso de óculos / Audição: () Normal () Diminuída	
INTEGRIDADE DO EGO	
Cirurgia prévia: () Sim () Não. Procedimento anestésico anterior: () Sim* () Não. Especificar: _____ Tem conhecimento sobre o procedimento que será realizado: () Sim () Não Foram dadas informações a respeito do procedimento: () Sim () Não	
AVALIAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA	
Ausulta cardíaca: _____ Ausulta pulmonar: _____	
PADRÃO NUTRICIONAL METABÓLICO	
Ingesta hídrica: () Sim () Não. / Apresenta dificuldades para deglutir: () Sim () Não Refluxo após alimentar-se: () Sim () Não Apresenta dificuldades para mastigar: () Sim () Não. / Tem preferência por alimentos quentes: () Sim () Não	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
() Conhecimento Deficiente. () Medo. () Ansiedade. () Risco de Infecção. Outros* - *Especificar: _____	
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	
Fornecer informações a respeito da higiene () Fornecer informações a respeito do processo cirúrgico-anestésico () Fornecer informações a respeito da necessidade de acompanhamento: () Médico () Nutricional Fornecer informações a respeito da necessidade de autocuidado para alta ambulatorial () Outras prescrições: _____	

Apêndice

Data: ____/____/____ Rubrica do Acadêmico: _____ Rubrica do Professor: _____	
PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO	
1 - Data: ____/____/____ Horário: _____ Procedimento: _____ Sinais Vitais: T: ____°C / P: ____ bpm / R: ____ rpm PA¹: ____ × ____ mmHg / PA²: ____ × ____ mmHg Prescrição de medicamentos pré-anestésicos: () Sim () Não Nome: _____ Dose: _____ Via: _____ Prescrição de outros medicamentos: () Sim () Não Nome: _____ Dose: _____ Via: _____	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM () Risco de trauma () Risco de infecção () Medo () Ansiedade () Risco de temperatura corporal diminuída () Outros: _____ PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM () Explicar os procedimentos cirúrgico-anestésicos ao cliente () Orientar cliente e acompanhante como evitar infecções () Utilizar técnicas de distração e relaxamento () Acompanhar o paciente até o equipo de procedimento () Aquecer o paciente com cobertor no transoperatório () Verificar e orientar higiene oral () Orientar técnicas de controle da respiração
2 - Data: ____/____/____ Horário: _____ Procedimento: _____ Sinais Vitais: T: ____°C / P: ____ bpm / R: ____ rpm PA¹: ____ × ____ mmHg / PA²: ____ × ____ mmHg Prescrição de medicamentos pré-anestésicos: () Sim () Não Nome: _____ Dose: _____ Via: _____ Prescrição de outros medicamentos: () Sim () Não Nome: _____ Dose: _____ Via: _____	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM () Risco de trauma () Risco de infecção () Medo () Ansiedade () Risco de temperatura corporal diminuída () Outros: _____ PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM () Explicar os procedimentos cirúrgico-anestésicos ao cliente () Orientar cliente e acompanhante como evitar infecções () Utilizar técnicas de distração e relaxamento () Acompanhar o paciente até o equipo de procedimento () Aquecer o paciente com cobertor no transoperatório () Verificar e orientar higiene oral () Orientar técnicas de controle da respiração
3 - Data: ____/____/____ Horário: _____ Procedimento: _____ Sinais Vitais: T: ____°C / P: ____ bpm / R: ____ rpm PA¹: ____ × ____ mmHg / PA²: ____ × ____ mmHg Prescrição de medicamentos pré-anestésicos: () Sim () Não Nome: _____ Dose: _____ Via: _____ Prescrição de outros medicamentos: () Sim () Não Nome: _____ Dose: _____ Via: _____	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM () Risco de trauma () Risco de infecção () Medo () Ansiedade () Risco de temperatura corporal diminuída () Outros: _____ PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM () Explicar os procedimentos cirúrgico-anestésicos ao cliente () Orientar cliente e acompanhante como evitar infecções () Utilizar técnicas de distração e relaxamento () Acompanhar o paciente até o equipo de procedimento () Aquecer o paciente com cobertor no transoperatório () Verificar e orientar higiene oral () Orientar técnicas de controle da respiração
4 - Data: ____/____/____ Horário: _____ Procedimento: _____ Sinais Vitais: T: ____°C / P: ____ bpm / R: ____ rpm PA¹: ____ × ____ mmHg / PA²: ____ × ____ mmHg Prescrição de medicamentos pré-anestésicos: () Sim () Não Nome: _____ Dose: _____ Via: _____ Prescrição de outros medicamentos: () Sim () Não Nome: _____ Dose: _____ Via: _____	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM () Risco de trauma () Risco de infecção () Medo () Ansiedade () Risco de temperatura corporal diminuída () Outros: _____ PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM () Explicar os procedimentos cirúrgico-anestésicos ao cliente () Orientar cliente e acompanhante como evitar infecções () Utilizar técnicas de distração e relaxamento () Acompanhar o paciente até o equipo de procedimento () Aquecer o paciente com cobertor no transoperatório () Verificar e orientar higiene oral () Orientar técnicas de controle da respiração

Apêndice

Demonstra conhecimento sobre o procedimento cirúrgico: () Sim () Não

Tosse: () Sim () Não / **Jejum:** () Sim () Não

Condições de higiene na área do procedimento: () Satisfatória () insatisfatória

Hora da última refeição: _____ h. / **Uso de medicação:** () Sim () Não

Tipo da medicação: _____ Especificar: _____

Resultados Laboratoriais normais: () Sim () Não* - *Especificar: _____

TRANSOPERATÓRIO

1 - Data: ____/____/____ **Horário:** _____ **Procedimento:** _____

Anestésico utilizado: _____ **Outros:** _____ **Intercorrências cirúrgicas:** () Sim* () Não

Intercorrências anestésicas: () Sim* () Não *Quais: _____

Extensionista: _____

Aluno/cirurgião responsável: _____

SSVV: PA: ____ × ____ mmHg / **P:** ____ bpm

2 - Data: ____/____/____ **Horário:** _____ **Procedimento:** _____

Anestésico utilizado: _____ **Outros:** _____ **Intercorrências cirúrgicas:** () Sim* () Não

Intercorrências anestésicas: () Sim* () Não *Quais: _____

Extensionista: _____

Aluno/cirurgião responsável: _____

SSVV: PA: ____ × ____ mmHg / **P:** ____ bpm

3 - Data: ____/____/____ **Horário:** _____ **Procedimento:** _____

Anestésico utilizado: _____ **Outros:** _____ **Intercorrências cirúrgicas:** () Sim* () Não

Intercorrências anestésicas: () Sim* () Não *Quais: _____

Extensionista: _____

Aluno/cirurgião responsável: _____

SSVV: PA: ____ × ____ mmHg / **P:** ____ bpm

4 - Data: ____/____/____ **Horário:** _____ **Procedimento:** _____

Anestésico utilizado: _____ **Outros:** _____ **Intercorrências cirúrgicas:** () Sim* () Não

Intercorrências anestésicas: () Sim* () Não *Quais: _____

Extensionista: _____

Aluno/cirurgião responsável: _____

SSVV: PA: ____ × ____ mmHg / **P:** ____ bpm

OPERATÓRIO IMEDIATO/MEDIATO

DATA	HORÁRIO	T	R	P	PA
____/____/____		°C	rpm	bpm	____ × ____ mmHg
		°C	rpm	bpm	____ × ____ mmHg
____/____/____		°C	rpm	bpm	____ × ____ mmHg
		°C	rpm	bpm	____ × ____ mmHg

PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO/PROSERVAÇÃO

SSVV	DATA ¹ : ____/____/____	DATA ² : ____/____/____	DATA ³ : ____/____/____	DATA ⁴ : ____/____/____
Pressão Arterial	____ × ____ mmHg	____ × ____ mmHg	____ × ____ mmHg	____ × ____ mmHg
	____ × ____ mmHg	____ × ____ mmHg	____ × ____ mmHg	____ × ____ mmHg
Pulso	bpm	bpm	bpm	bpm
	bpm	bpm	bpm	bpm

Apêndice

DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ALTA DA SRPA				
Checkar códigos correspondentes: (1) DATA¹: ____/____/____ - (2) DATA²: ____/____/____ - (3) DATA³: ____/____/____ - (4) DATA⁴: ____/____/____				
(1, 2, 3, 4) Comunicação prejudicada	(1, 2, 3, 4) Investigar a capacidade de compreender e falar. (1, 2, 3, 4) Proporcionar métodos alternativos de comunicação. (1, 2, 3, 4) Comprovar que a mensagem foi compreendida. (1, 2, 3, 4) Outras: _____			
(1, 2, 3, 4) Conforto prejudicado	(1, 2, 3, 4) Explicar fatores que agravam sintomas. (1, 2, 3, 4) Promover o conforto e prevenir lesão mais profunda. (1, 2, 3, 4) Outras: _____			
(1, 2, 3, 4) Dor aguda	(1, 2, 3, 4) Administrar medicamentos prescritos. (1, 2, 3, 4) Reconhecer a presença da dor, bem como ouvir atentamente o que é dito em relação à dor. (1, 2, 3, 4) Outras: _____			
(1, 2, 3, 4) Integridade da pele prejudicada	(1, 2, 3, 4) Instruir a comunicar o desconforto. (1, 2, 3, 4) Aplicar compressa fria no local cirurgiado (EXTERNA). (1, 2, 3, 4) Outras: _____			
(1, 2, 3, 4) Padrão respiratório ineficaz	(1, 2, 3, 4) Posicionar em Fowler ou semifowler. (1, 2, 3, 4) Instalar oxigenoterapia. (1, 2, 3, 4) Ensinar técnicas de respiração controlada com o profissional. (1, 2, 3, 4) Garantir que estão sendo tomadas medidas para manter sua segurança. (1, 2, 3, 4) Outras: _____			
ORIENTAÇÕES GERAIS				
DATA ¹ : ____/____/____	DATA ² : ____/____/____	DATA ³ : ____/____/____	DATA ⁴ : ____/____/____	ORIENTAÇÕES GERAIS
()	()	()	()	Decúbito: a cabeça deve estar virada para o lado oposto ao da cirurgia.
()	()	()	()	Repouso: manter o repouso nas primeiras 24 horas para evitar sangramentos e edema.
()	()	()	()	Medicação: seguir corretamente as prescrições; caso apareça reação alérgica a alguma medicação, esta deve ser suspensa e o odontologista responsável deve ser comunicado.
()	()	()	()	Não praticar automedicação.
()	()	()	()	Edema: utilizar compressa de gelo na região (parte externa) alternando a cada 15 min. nas primeiras 48 h.
()	()	()	()	Bochecho: evitar bochecho nas primeiras horas para não remover o coágulo (tampão hemostático) e, quando for prescrito o bochecho, este deve ser realizado suavemente.
()	()	()	()	Escovação: deve ser realizada normalmente, desde que não traumatize a área lesionada.
()	()	()	()	Hemorragia: pequenas quantidades de sangue são esperadas, mas sangramentos abundantes devem ser informados ao cirurgião-dentista.
()	()	()	()	Dieta: evitar alimentos quentes, dando preferência a alimentos líquidos e pastosos, com temperatura fria ou gelada.
ANOTAÇÕES: _____ _____ _____				

Apêndice

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO	RUBRICA

RASTREABILIDADE!

Um dos tópicos mais importantes da RDC 15/2012.
Sua incubadora fornece resultados impressos?
Libere sua carga de implantes com segurança e documentação.



Smart-Well®
Incubadora



EZTest®
Smart-Read

Indicador de leitura rápida
100% BIOLÓGICA

Stericontrol
“Os nossos clientes sabem a diferença!”
0800 606 1516 sac@stericontrol.com.br

Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva

Effective communication between surgical center and intensive care unit

Comunicación eficaz entre el Centro Quirúrgico y la Unidad de Cuidados Intensivos

Cristina Silva Sousa¹, Regina Claudia da Silva Souza², Maria Carolina Gonçalves³, Tania Regina Zeni Diniz⁴, Ana Lucia Silva Mirancos da Cunha⁵

RESUMO: Objetivo: construir um instrumento para a comunicação efetiva durante a passagem de plantão entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** relato de experiência, sobre a construção do impresso em quatro fases: *brainstorming* do grupo; confecção do impresso; teste-piloto; reformulação das informações e finalização do impresso. **Resultados:** foi elaborado um impresso com informações sobre pré-operatório (história prévia e antecedentes clínicos e cirúrgicos), intraoperatório (intercorrências, informação transfusional, antibiótico profilático, intubação difícil) e pós-operatório (condição de via aérea, drenos, sondas, curativos, medidas de prevenção de trombose, analgesia e transporte). **Conclusão:** o impresso proporcionou segurança e facilidade para transferência das informações para a unidade de destino e facilitou o planejamento da assistência de enfermagem sendo bem aceito pelos componentes de ambas as equipes.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de Centro Cirúrgico. Troca de informações. Continuidade da assistência ao paciente. Comunicação.

ABSTRACT: Objective: to create an instrument for effective communication between the operating room and the intensive care unit during shift handover. **Method:** a descriptive study aiming to create a print form in four phases: group brainstorming; manufacture of the printed form; pilot test; reformulation of information and completion of the print. Results: elaboration of a form with information about the preoperative (background, clinical and surgical history), intraoperative (complications, transfusion information, antibiotic prophylaxis, difficult intubation) and postoperative (condition of the airways, drains, catheters, bandages, measures to prevent thrombosis, analgesia, transportation) phases. **Conclusion:** the form provided safety and facility regarding information transfer to the destination unit and facilitated the planning of nursing care, being well accepted by the members of both teams.

KEYWORDS: Operating room nursing. Information exchange. Continuity of patient care. Communication.

RESUMEN: Objetivo: construir un formulario que sirva como instrumento para la comunicación eficaz durante el cambio de turno entre el Centro Quirúrgico y la Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** relato de experiencia sobre la construcción del formulario en cuatro fases: *brainstorming* del grupo; confección del formulario; prueba piloto; reformulación de la información y finalización del formulario. **Resultados:** se elaboró un formulario con informaciones sobre preoperatorio (historia previa y antecedentes clínicos y quirúrgicos), intraoperatorio (intercorrencias, información transfusional, profilaxis antibiótica, intubación difícil) y postoperatorio (condición de la vía aérea, drenajes, sondas, vendas, analgesia, transporte y medidas para prevenir la trombosis). **Conclusión:** el formulario proporcionó seguridad y facilidad a la hora de transferir la información a la unidad de destino, y facilitó la planificación de la asistencia de enfermería, por lo que fue bien aceptado por los miembros de ambos equipos.

PALABRAS CLAVE: Enfermería de Centro Quirúrgico. Intercambio de información. Continuidad de la atención al paciente. Comunicación.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo (EEUSP). Enfermeira Assistencial do Centro Cirúrgico. Rua Professora Carolina Ribeiro, 20 apto. 54. Vila Mariana. CEP 04116-020. São Paulo, SP, Brasil. Telefone: (11) 5083-3007/99601-7972. E-mail: crissousa@usp.br

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto. Universidade de Guarulhos (UNG). Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva. Rua Frei Caneca, 239 apto. 53. CEP 01307-001. Consolação. São Paulo, SP, Brasil. Telefone: (11) 97274-6161. E-mail: rclaudiasouza@uol.com.br

³Enfermeira. Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais Esterilizados. Faculdade de Medicina. São José do Rio Preto (FAMERP). Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 712 apto. 903. Jardim Paulista. CEP 01403-000. São Paulo, SP, Brasil. Telefone: (11) 3155-0749/98120-5018. E-mail: carolgonbr@bol.com.br

⁴Enfermeira. Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais Esterilizados. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC). Enfermeira Líder do Centro Cirúrgico. Rua João Rodrigues Machado 28 apto. 33. Brooklin. CEP 04707-070. São Paulo, SP, Brasil. Telefone: (11) 5181-9972. Email: trzeni@gmail.com

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo (EEUSP). Enfermeira Coordenadora. Rua Adma Jafet, 91. Bela Vista. CEP 01308-050. São Paulo, SP, Brasil. Telefone: (11) 3155-0749/99399-5484. E-mail: ana.mirancos@hsl.org.br

Introdução

O início das atividades de enfermagem ocorre posteriormente à passagem de plantão, que requer do profissional Enfermeiro habilidade teórica, de práticas e de relacionamento interpessoal, enfatizando a comunicação e a gestão¹. Nesse processo, diferentes formas de comunicação podem ser adotadas, sendo a verbal e a escrita as mais comuns, com destaque para a primeira.

Na assistência de enfermagem, o método de comunicação verbal entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva ocorre frequentemente por telefone. Interferências, como ruídos, outros profissionais chamando atenção e conversas paralelas podem ocasionar falhas na transmissão da informação.

Essas falhas na comunicação podem trazer prejuízos diretos para a assistência prestada ao paciente. A dificuldade de interação e a precária comunicação entre as equipes de enfermagem de origem e de destino para o paciente contribuem para o aumento significativo de complicações, que podem ser iniciadas no transporte intra-hospitalar e persistir durante a permanência do paciente na unidade, prolongando sua recuperação².

Nota-se que, durante a passagem de plantão, Enfermeiros costumam transmitir informações sobre suas ações e sobre os tratamentos recebidos pelos pacientes naquele período. Entretanto, vem se discutindo que deveriam ser transmitidas informações acerca das necessidades do paciente e não somente sobre as atividades que a enfermagem realiza, facilitando o planejamento da assistência³.

A passagem de plantão do Centro Cirúrgico para a Unidade de Terapia Intensiva tem o intuito de transmitir informações que direcionam o cuidado pós-operatório. Em algumas instituições, essa comunicação ainda não está presente e o Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva recebe o paciente sem qualquer informação do intraoperatório, tendo de buscá-las no prontuário – o que demanda tempo e atrasa o planejamento do cuidado.

Essa atividade, pensada como instrumento básico e rotina que integra o trabalho de enfermagem, era uma inquietação do grupo quanto a comunicação, relacionamento interpessoal e trabalho em equipe dessas unidades críticas. É imprescindível que, nesse momento de transferência do paciente, as informações sejam precisas, claras e corretas, uma vez que, quando omitidas, imprecisas ou mal interpretadas, podem levar a falhas na assistência².

A fim de evitar possíveis falhas de comunicação e com o intuito de sistematizar a passagem de plantão de enfermagem, este estudo tem por objetivo construir um impresso que sistematize a passagem de plantão de enfermagem entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva.

Método

Estudo descritivo e analítico, do tipo relato de experiência, que tem como meta a construção de um impresso para sistematizar a passagem de plantão entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. O estudo é um relato da experiência dos profissionais que construíram um protocolo para adequação de rotina de um hospital geral privado e filantrópico, localizado no município de São Paulo.

A construção do impresso foi idealizada por um grupo de Enfermeiros do Centro Cirúrgico e da Unidade de Terapia Intensiva adulto, que desejava melhorar o processo de comunicação entre essas unidades e assegurar a troca de informações de forma sistematizada e segura.

O processo de construção do impresso para a passagem de plantão teve quatro fases: 1) comunicação intersetorial; 2) confecção do impresso; 3) teste-piloto; 4) finalização do impresso.

Primeira fase: comunicação intersetorial

O primeiro passo para construção do impresso foi propor um encontro entre os Enfermeiros das unidades (Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva adulto), para discutir as informações inseridas no impresso. O objetivo foi compreender a necessidade dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva e encontrar uma forma de operacionalizar o processo de comunicação, para que os profissionais das respectivas unidades ficassem satisfeitos com o resultado.

O convite para o encontro foi formalizado por e-mail entre os Enfermeiros que participaram do grupo, com determinação do local e do horário para discussão. O local escolhido foi a sala de reuniões do Centro Cirúrgico.

Segunda fase: confecção do impresso

A construção do impresso foi realizada após a primeira fase. Os dados foram inseridos no Microsoft Word 2007® por uma Enfermeira do grupo. O formato das informações contempla espaço para descrição e itens em formato de *checklist* com o intuito de facilitar o preenchimento.

A validação das informações foi realizada por meio da leitura do impresso e da sua devolução com correções, entre os Enfermeiros do grupo.

Terceira fase: teste-piloto

Após a validação, foi proposto um teste-piloto para avaliar a viabilidade do processo e a necessidade de refinamento do impresso. Foi determinado um período de 15 dias para avaliação, sendo que, nesse período, em todos os plantões, a comunicação entre as unidades foi realizada por meio do impresso. Após o preenchimento pelo Enfermeiro do Centro Cirúrgico, o Técnico de Enfermagem júnior do Centro Cirúrgico leva o impresso ao Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva responsável pelo cuidado pós-operatório do paciente a ser transferido.

Quarta-fase: finalização do impresso

Após o teste-piloto, algumas alterações no impresso foram inseridas pelos Enfermeiros do Centro Cirúrgico – monitorização da pressão intracraniana, curativo com sistema a vácuo e acréscimo de espaço para antecedentes clínicos e cirúrgicos – visando a melhorar a comunicação. Essas informações não constavam no instrumento e na ocorrência de pacientes que requeriam a informação, sendo esta escrita no rodapé do impresso.

Resultados

Primeira fase: comunicação intersetorial

No encontro marcado, o grupo foi composto por duas Enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva e três Enfermeiras do Centro Cirúrgico, que representaram suas unidades. A ideia do impresso foi apresentada e um esboço do conteúdo foi apresentado. Nesse momento, foram expostas as necessidades das Enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva sobre as informações necessárias na assistência pós-operatória. As informações foram divididas em:

- **Pré-operatório:** história prévia e antecedentes;
- **Intraoperatório:** intercorrências, antibiótico profilático, manejo de via aérea;
- **Pós-operatório:** medidas de prevenção de trombose e analgesia.

Foi adicionado também o contato direto do Enfermeiro responsável pelo paciente no Centro Cirúrgico para facilitar o contato em caso de dúvidas.

Discutiu-se a estratégia de entrega do impresso e foi estabelecido o tempo de 30 minutos de antecedência para a transferência do paciente. Esse tempo é o mínimo necessário para o preparo da Unidade de Terapia Intensiva e para o planejamento da assistência. Optou-se por não utilizar a comunicação verbal das informações contempladas no impresso; ou seja, o impresso substituiu a comunicação verbal realizada anteriormente.

Segunda fase: confecção do impresso

O impresso consiste em uma folha A4, com preenchimento frente e verso. Foram criadas três grandes aéreas:

- **Pré-operatório:** com duas lacunas descritivas, história prévia e antecedentes;
- **Intraoperatório:** com cinco itens, intercorrências, informação transfusional, antibiótico profilático, manejo de via aérea e tempo de circulação extracorpórea;
- **Pós-operatório:** com itens que envolvem condições de via aérea; dispositivos de sondagem; acesso venoso; monitorização; curativos; drenos; infusão de líquidos ou drogas vasoativas; estratégias de profilaxia de trombose; prescrição de analgesia, e informações a respeito do transporte do paciente.

Após a impressão da primeira versão, o impresso foi enviado para os Enfermeiros do grupo para análise e correção. A validação se deu pela leitura dos itens pelos participantes e, se necessário, após essa etapa, fez-se a inclusão ou a retirada de informações. Não houve solicitações por parte dos Enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva, o que resultou em 100% de aceite por parte dessa unidade. Para os Enfermeiros do Centro Cirúrgico, foi requerido o acréscimo de alguns itens na área de pós-operatório, como curativos, analgesia e drenos. As solicitações foram atendidas e o impresso foi submetido à reavaliação, obtendo 100% de aceite pelos Enfermeiros do Centro Cirúrgico.

Terceira fase: teste piloto

O teste do impresso ocorreu na primeira quinzena de outubro de 2012. Nos primeiros dias, notou-se que os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva ficaram apreensivos com o novo método de passagem de plantão e retornavam a ligação para confirmar as informações.

Nesse primeiro momento, é compreensível a resistência ao novo: a mudança no processo de comunicação gerou dúvidas nos profissionais das duas unidades envolvidas.

Para assegurar a melhoria no processo, foi solicitado aos Enfermeiros do grupo que participaram da construção do impresso que auxiliassem na divulgação da informação. A mesma estratégia foi realizada no Centro Cirúrgico, cujos profissionais também foram orientados.

Ao fim do período determinado como piloto, os profissionais estavam mais receptivos com a nova estratégia e surgiram resultados positivos, como: facilidade no processo de transferência do paciente, sendo o impresso preenchido durante o intraoperatório pelo Enfermeiro responsável pela sala cirúrgica; sistematização das informações, na medida em que as informações se tornaram uniformes e atenderam às necessidades dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva; segurança na comunicação, pois evita falhas na comunicação entre os profissionais e a Enfermeira da unidade de destino pode consultar a informação sempre que necessário; facilitação do contato direto com o Enfermeiro do Centro Cirúrgico, pois há a divulgação do telefone corporativo do Enfermeiro do Centro Cirúrgico responsável pelo paciente, para contato em caso de dúvidas.

Quarta-fase: finalização do impresso

Na segunda quinzena de outubro de 2012, a estratégia de comunicação escrita para a passagem de plantão seguiu o processo proposto no teste-piloto e não foram necessárias alterações no procedimento ou no tempo de entrega do impresso.

O impresso foi colocado na pasta dos Enfermeiros do Centro Cirúrgico para garantir acesso ao documento por todos os profissionais. Na Unidade de Terapia Intensiva adulto, uma pasta com elástico foi colocada na sala dos

Enfermeiros, centralizando a guarda dos formulários para uso em pesquisas posteriores.

As dificuldades vivenciadas durante o teste-piloto não foram vistas posteriormente. O processo de construção do impresso foi finalizado e instituído como rotina do procedimento de passagem de plantão para Unidade de Terapia Intensiva (Anexo 1).

Discussão

Em um cenário complexo, tornam-se indiscutíveis a necessidade e a importância de um sistema de informação que propicie aos Enfermeiros informações necessárias para o planejamento da assistência¹. A comunicação configura-se como um elemento essencial ao cuidado e pode ser entendida como alicerce de nossas relações interpessoais. Com definição complexa e formas variadas, deve-se buscar melhorar a compreensão e a interação entre os participantes da comunicação⁴.

A Enfermeira do Centro Cirúrgico não tem somente responsabilidade para com seus pacientes no intraoperatório, mas para com as outras Enfermeiras, a fim de promover o cuidado de enfermagem coordenado e contínuo⁵. Dessa forma, deve transferir as informações sobre o intraoperatório de maneira fidedigna para a Enfermeira da unidade de destino, visando a auxiliar no planejamento da assistência no pós-operatório.

Um estudo de São Paulo (BR)² sobre o transporte intra-hospitalar destacou, entre os eventos adversos, a falta de conhecimento do profissional e a falha de comunicação. Ressalta-se a falta de conhecimento sobre o verdadeiro quadro clínico do paciente ou a ausência de informações básicas sobre o paciente, tais como idade, peso, diagnóstico, procedimento realizado, estabilidade hemodinâmica, padrão respiratório, acesso venoso e gotejamento de medicamentos.

Atualmente, em nossa instituição, a comunicação escrita é tida como uma prática rotineira na Unidade de Terapia Intensiva entre os turnos de trabalho. As informações acerca do paciente são deixadas por escrito entre os profissionais de turnos diferentes e têm-se mostrado eficazes, como parte integrante da assistência.

Não há estudos recentes que relatem a passagem de plantão escrita na enfermagem e poucas publicações retratam a passagem de plantão como estratégia de comunicação e sua importância para a assistência de enfermagem.

A continuidade do cuidado foi fator motivador para as Enfermeiras deste grupo. Notou-se diminuição de eventos adversos, falhas ou mal-entendidos na transmissão das informações durante a passagem de plantão. No entanto, os impactos no uso do impresso ainda não foram mensurados, devido ao pouco tempo de sua implantação.

Em um estudo multicêntrico em oito hospitais no sudeste de Michigan (USA)⁶, Enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva identificaram que melhorar as características do ambiente de assistência, como os fatores que interferem na

comunicação, torna o processo mais efetivo. O resultado mostra que o ambiente tem uma influência direta e impactante no sistema de informação. Assim, estabelecer estratégias de comunicação escrita bem estruturadas é importante e contribui com resultados positivos.

Nesse mesmo estudo⁶, a falha na comunicação verbal entre Enfermeiros e Médicos foi responsável por 37% de todos os erros. Outro estudo do Reino Unido (UK), com o objetivo de avaliar falhas no trabalho em equipe e na comunicação no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia gastrointestinal, revelou 41% (105) de casos de falha de comunicação, sendo que, destes, 99% eram evitáveis. Entre as falhas de comunicação, destacaram-se a comunicação escrita pobre e a falta de comunicação verbal⁷.

Assim, a incorporação de uma cultura voltada para a segurança do paciente, com implantação de processos que assegurem essa meta e estejam focados em resultados esperados e eficazes, é desejável. O processo de construção da sistematização da passagem de plantão objetiva a segurança do paciente. O impresso pode assegurar que as informações do intraoperatório sejam recebidas de forma organizada e correta, sem perdas ocasionais por comunicação verbal em ambiente ruidoso, como a Unidade de Terapia Intensiva.

A comunicação interfere diretamente na qualidade da assistência prestada e é um recurso utilizado para o sucesso da liderança exercida pelo Enfermeiro. Uma relação de comunicação eficiente entre todos os membros da equipe multidisciplinar e de enfermagem contribui para que as inter-relações profissionais estabelecidas no trabalho delimitem melhor se a assistência ao paciente será ou não humanizada⁴.

Otimizar o tempo é obrigatório aos profissionais de enfermagem para prover o cuidado direto ao paciente. Cabe ao Enfermeiro Assistencial do Centro Cirúrgico, levantar os dados importantes para o cuidado de pós-operatório imediato na Unidade de Terapia Intensiva e, com isso, garantir a continuidade do cuidado com segurança. A comunicação escrita demanda um desgaste menor de ambos os profissionais, já que eles não necessitam interromper suas atividades para troca de informações por telefone, evitando, assim, possíveis interferências.

A construção de um instrumento para sistematizar a passagem de plantão melhorou a comunicação entre duas unidades críticas e a promoção da continuidade do cuidado. Após a implantação do impresso, a Unidade de Terapia Intensiva pediátrica referiu interesse na aplicação do instrumento e novas necessidades devem ser levantadas para atender a essa unidade.

Uma das dificuldades vivenciadas durante a implantação do impresso foi a pouca receptividade da equipe de enfermagem na recepção das informações e dos pacientes; o novo fluxo de comunicação entre as unidades tornou necessárias novas orientações. É fundamental que pessoas inseridas nos sistemas de saúde vejam a comunicação e a relação interpessoal como fatores contribuintes para a segurança do paciente⁸. As falhas nesse processo estão

intimamente relacionadas com a ocorrência de eventos adversos.

As vantagens observadas com o impresso foram o fluxo de comunicação seguro e eficaz, além da otimização do tempo dos profissionais pela agilidade do processo e a ocorrência de poucas interferências, como ruídos e interrupções. Sabe-se que o processo comunicativo está inserido nas atividades do cotidiano dos profissionais de saúde e se constitui em um fenômeno importante, pois facilita o desempenho das funções desses profissionais em relação ao paciente e à equipe. Portanto, é essencial o conhecimento por parte da equipe dos mecanismos que facilitam esse processo⁹.

A continuidade do cuidado é o princípio da prática profissional da enfermagem e a comunicação sobre as condições e necessidades do paciente entre os profissionais da saúde é fundamental para se alcançar uma assistência contínua e eficaz.

Considerações finais

A comunicação entre os profissionais de saúde torna-se essencial ao cuidado do paciente crítico. Por meio dessa ferramenta, é possível garantir a eficácia do cuidado, sua continuidade e o planejamento adequado.

Acreditamos que o impresso não significou aumento de burocracia e, sim, aumento da segurança para o paciente. Com esse instrumento, a Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva pode adiantar o planejamento de cuidados, preparar melhor o leito do paciente e se programar nas atividades de seu turno de trabalho. Por sua vez, a Enfermeira do Centro Cirúrgico registra a informação necessária para a passagem de plantão e minimiza o tempo dispendido na troca de informações por telefone.

Referências

1. Feliciano Marques L, Santiago LC, Curitiba Felix V. A passagem de plantão como elemento fundamental no processo de cuidar em enfermagem: o perfil da equipe de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2012;4(2):2878-82.
2. Almeida ACG, Neves ALD, Souza CLB, Garcia JH, Lopes JL, Barros ALBL. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):471-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>
3. Dowding D. Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *J Adv Nurs*. 2008;33(6):836-46. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01723.x>
4. Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(1):97-103. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>
5. Klein AS, Bitencourt JVOV, Dal Pai D, Wegner W. Registros de enfermagem no período perioperatório. *Rev enferm UFPE on line* 2011;5(5):1096-104. <http://dx.doi.org/10.5205/revol.1302-9310-2-LE.0505201103>
6. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care*. 2007;16(6):536-43. PMID:17962497.
7. Symons NRA, Almoudaris A, Nagpal K, Vincent CA, Moorthy K. Teamwork and communication failures in post-operative care. *J Am Coll Surg*. 2011;213(3):S111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.06.260>
8. Nagpal K, Arora S, Vats A, Wong HW, Sevdalis N, Vincent C, et al. Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(10):843-9. PMID:22773891. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000886>
9. Machado EP, Haddad JGV, Zoboli E. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na atenção básica. *Rev Bioethikos*. 2010;4(4):447-52.

Anexo 1. Instrumento para a passagem de plantão do CC e a UTI.

Precaução	Etiqueta
-----------	----------

Encaminhamento para UTI
ALA____ BOX____

Procedimento Cirúrgico: _____

Cirurgião: _____

História pregressa da moléstia atual	
Antecedentes	<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo <input type="checkbox"/> Insuficiência renal _____ <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Déficit _____ Cirúrgicos: _____ <input type="checkbox"/> Alergia _____ Peso: ____ kg Altura: ____ cm
Intraoperatório	Intercorrências: Transfusão: Concentrado de hemácias ____ unidades Plasma Fresco ____ unidades Crioprecipitado ____ unidades Aférese de Plaquetas ____ unidades IOT Difícil <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Antibiótico profilático: Cirurgia Cardíaca: Tempo de CEC ____ Tempo de anóxia ____

Anexo 1. Continuação...

Pós-operatório	<input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Nebulização <input type="checkbox"/> Cateter Oxigênio
	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE
	Acesso central: <input type="checkbox"/> DL _____ <input type="checkbox"/> TL _____ <input type="checkbox"/> Port-a-cath _____ <input type="checkbox"/> Picc _____
	Acesso periférico: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE
	Infusão: <input type="checkbox"/> RL <input type="checkbox"/> Plasmalyte <input type="checkbox"/> Gelafundim <input type="checkbox"/> SF0,9% <input type="checkbox"/> Noradrenalina _____ mcg/kg <input type="checkbox"/> Adrenalina _____ mcg/kg <input type="checkbox"/> Dobutamina _____ mcg/kg <input type="checkbox"/> Nipride _____ mcg/kg <input type="checkbox"/> Tridil _____ mcg/kg <input type="checkbox"/> _____
	Monitorização: <input type="checkbox"/> Débito cardíaco <input type="checkbox"/> PAI _____ <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Fio MP <input type="checkbox"/> SwanGanz <input type="checkbox"/> PIC Camino
	Curativos: <input type="checkbox"/> Opsite <input type="checkbox"/> Prineo <input type="checkbox"/> Dermabond <input type="checkbox"/> Gaze e Micropore <input type="checkbox"/> VAC <input type="checkbox"/> Enfaixamento _____ <input type="checkbox"/> Steri-strip <input type="checkbox"/> Hidrocoloide
	Drenos: <input type="checkbox"/> JP _____ <input type="checkbox"/> Blacke _____ <input type="checkbox"/> Portovac _____ <input type="checkbox"/> sem vácuo <input type="checkbox"/> Nelaton <input type="checkbox"/> Bolsa de transferência <input type="checkbox"/> Penrouse <input type="checkbox"/> Pleural _____ <input type="checkbox"/> Mediastino <input type="checkbox"/> Pigtail _____ <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Gastrojejunostomia <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Nefrostomia _____ <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> SVD
	Profilaxia de TEV: <input type="checkbox"/> meia elástica <input type="checkbox"/> massageador <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> plantar
	Analgesia: <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Dose única <input type="checkbox"/> PCA Venosa <input type="checkbox"/> Bloqueio de Plexo _____
Transporte: <input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> Ventilador Savina <input type="checkbox"/> Ventilador Oxilog	

Enfermeira: _____

Celular: _____

Dimensionamento de pessoal em Centro Cirúrgico Ortopédico: real × ideal

Dimensioning of personnel in Orthopedic Surgical Center: real vs. ideal

Dimensionamiento de personal en Centro Quirúrgico Ortopédico: real x ideal

Natalha Taranha Bueno Moreno¹, Rachel de Carvalho², Regiane Baptista Martins Porfírio³

RESUMO: **Objetivo:** comparar os resultados recomendados pela literatura com o quadro de pessoal de Enfermagem existente em um hospital de grande porte em uma Unidade de Centro Cirúrgico Ortopédico. **Método:** pesquisa descritiva realizada por meio de revisão narrativa de literatura, combinada com relato de experiência. Na primeira fase foram analisados nove artigos científicos, duas teses sobre o tema publicados nos últimos 15 anos. Após, foi realizado o cálculo de pessoal ideal para a unidade descrita, sendo então comparado com o quadro de pessoal real da Instituição. **Resultados:** foi identificada a necessidade de contratação de 17 funcionários, dentre circulantes de sala e instrumentadores para atuarem somente nas salas cirúrgicas. **Conclusão:** o modelo de dimensionamento de pessoal apresentado pode contribuir para um planejamento do quadro de Enfermagem, permitindo uma melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente cirúrgico e da produtividade do setor.

PALAVRAS-CHAVE: Centro Cirúrgico Hospitalar. Dimensionamento. Recursos humanos. Administração de recursos humanos.

ABSTRACT: **Objective:** to compare the results recommended by the literature with the existing nursing staff of the orthopedic surgery center of a large hospital. **Method:** a descriptive study performed through a narrative review of the literature, combined with experience reports. Nine scientific articles and two theses on the theme published in the past 15 years were analyzed. After that, calculation of ideal number of staff members for the described unit was performed and then compared with the real staff of the institution. **Results:** we identified the necessity to hire 17 new staff members, including technicians and scrub nurses to work only in the operating rooms. **Conclusion:** The values found by applying the personnel dimensioning model can help plan a framework for the nursing care, allowing for enhanced quality of care and customer surgical sector productivity.

KEYWORDS: Surgery department, Hospital. Dimensioning. Human resources. Personnel management.

RESUMEN: **Objetivo:** comparar los resultados recomendados por la literatura con la plantilla del personal de Enfermería existente en un gran centro hospitalario de un Servicio de Cirugía Ortopédica. **Método:** estudio descriptivo realizado por medio de revisión narrativa de la literatura, junto con el informe de experiencia. En la primera fase se analizaron nueve artículos científicos y dos tesis sobre el tema, todos ellos publicados en los últimos años. Después, se realizó el cálculo de personal ideal para el servicio descrito, comparándosele con la plantilla de personal real de la institución. **Resultados:** se identificó la necesidad de contratar 17 empleados, de entre los auxiliares de enfermería en sala de cirugía e instrumentadores quirúrgicos, para que actúen solamente en los quirófanos. **Conclusión:** el modelo de dimensionamiento de personal presentado puede contribuir para una planificación de la plantilla de Enfermería, lo que permitiría una mejora de la calidad en la atención prestada al cliente quirúrgico y una mejoría en la productividad del sector.

PALABRAS CLAVE: Servicio de cirugía en hospital. Dimensionamiento. Recursos humanos. Administración de recursos humanos.

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE). Enfermeira do Centro Cirúrgico Ortopédico do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (IMSC-SP). E-mail: natalha_taranha@hotmail.com

²Enfermeira. Especialista em Cardiologia e Centro Cirúrgico. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da FEHIAE. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação da FEHIAE. Av Prof Francisco Morato, 4293, Butantã, CEP 05521-000. São Paulo, SP, Brasil. Telefone: (11)2151.1001. E-mail: rachel.carvalho@einstein.br

³Enfermeira. Especialista em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem pela SOBAGEN. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutoranda na UNIFESP. Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da FEHIAE. Coordenadora de Cursos de Pós-Graduação da FEHIAE. E-mail: regiane.porfirio@einstein.br

Introdução

A crise no sistema de saúde brasileiro, especialmente nas organizações hospitalares públicas, vem de longa data, sempre associada à conjuntura econômica do país e ao descaso dos gestores públicos em relação à administração da saúde¹.

Tal situação tornou-se ainda mais grave após a reforma do Estado, tendo em vista que esta teve, como uma das diretrizes básicas, a redução de despesas, principalmente com o quantitativo de funcionários públicos. Essa redução trouxe um efeito imediato na política de recursos humanos na saúde, gerando dificuldades assistenciais e gerenciais, pois afetou diretamente o quantitativo e o qualitativo de pessoal nas instituições¹.

A insuficiência numérica e qualitativa de recursos humanos para o serviço de Enfermagem tem sido, em nível nacional, questão preocupante para os Enfermeiros que ocupam cargos de Gerência de Enfermagem, uma vez que a inadequação desses recursos, para atendimento das necessidades de assistência de Enfermagem aos pacientes, compromete seriamente a qualidade do cuidado e implica em questões legais e de saúde do trabalhador¹.

O dimensionamento de pessoal de Enfermagem é definido como a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de Enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela².

A competência para o dimensionamento do pessoal de Enfermagem é das Enfermeiras que atuam diretamente na assistência, uma vez que identificam e avaliam continuamente os recursos existentes, face às necessidades da clientela assistida, podendo elaborar propostas adequadas para a prestação da assistência de Enfermagem³.

A equipe de Enfermagem que atua no Centro Cirúrgico (CC) é composta por Enfermeiros (coordenador e assistencial), Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e, em algumas instituições, pelo Auxiliar Administrativo, que está sob a responsabilidade do Enfermeiro do CC. O Enfermeiro é o profissional habilitado para gerenciar as necessidades que envolvem o ato anestésico-cirúrgico em todas as suas etapas. Dependendo da organização estrutural adotada, há tanto o Enfermeiro coordenador, quanto o Enfermeiro assistencial².

A Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) recomenda que o Enfermeiro seja especialista na área em que atua. O Enfermeiro coordenador deve, entre suas atribuições, desempenhar atividades relativas ao funcionamento da unidade, atividades técnico-administrativas, assistenciais e de administração de pessoal. Desta forma, tais atividades incluem: verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos e licenças;

prover o pessoal de Enfermagem para atender diretamente ou indiretamente as necessidades de assistência de Enfermagem à clientela, quantitativa e qualitativamente⁴.

Diante deste contexto, os Gerentes de Enfermagem devem se instrumentalizar para melhor gerenciar os recursos humanos sob sua responsabilidade, dando especial atenção à eficácia, à qualidade e ao custo, acompanhando sua evolução, implantando medidas que melhorem os processos de trabalho, redefinindo prioridades, racionalizando recursos e acompanhando a produtividade⁵.

No CC Ortopédico, esta necessidade é muito visada, pois se trata de um setor bastante específico, dentro da especificidade do próprio CC, que apresenta salas operatórias de pequeno, médio e grande porte. Com esta característica evidenciada, o Enfermeiro necessita de um maior número de funcionários no setor, ou seja, precisa realizar um dimensionamento de pessoal adequado às necessidades dos clientes cirúrgicos ortopédicos.

O dimensionamento de pessoal é um tema de estudo no qual os Enfermeiros voltam sua atenção à estreita relação existente entre o número e a qualificação dos profissionais com o resultado do cuidado prestado à clientela atendida⁶.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou, no ano de 1996, a Resolução n.º 189, que estabelece parâmetros para o dimensionamento de pessoal de Enfermagem em instituições de saúde⁷. Porém, esta resolução abrange apenas as unidades de internação hospitalar. Em 2004, o COFEN acrescentou parâmetros para o dimensionamento de pessoal de Enfermagem no atendimento ao paciente cirúrgico, por meio da Resolução COFEN n.º 293⁸.

Gaidzinsk⁹ desenvolveu uma equação matemática que permite dimensionar o quadro de Enfermeiros por complexidade assistencial, conforme os critérios estabelecidos pela Resolução COFEN 189/1996. Dentro do CC, a equação pode ser utilizada para calcular o quantitativo de pessoal para a assistência de Enfermagem na Recuperação Anestésica (RA). Entretanto, para os demais períodos (pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato), ainda faltavam modelos objetivos para efetuar tal projeção¹⁰. A Tese de Doutorado, definida por Possari⁵, vem tentar suprir esta lacuna, porém seu trabalho foi voltado ao dimensionamento de pessoal em um CC especializado em cirurgias oncológicas.

Identificada a necessidade de um maior quadro de funcionários para se prestar uma assistência adequada, este estudo propõe uma relação do recomendado em literatura com o vivenciado em um CC Ortopédico. Nosso interesse pelo tema surge do fato de não encontrarmos recomendações específicas e também pela necessidade de quantidade e qualidade de profissionais para atuarem junto a pacientes cirúrgicos submetidos a procedimentos ortopédicos.

Objetivo

- Demonstrar os cálculos, real e ideal, realizados para dimensionamento de pessoal de Enfermagem em Centro Cirúrgico Ortopédico.

Método

Este estudo caracteriza-se como descritivo, por meio de revisão narrativa de literatura, combinado com relato de experiência.

O procedimento do estudo foi primeiramente buscar na literatura por meio da revisão narrativa, o dimensionamento de pessoal ideal para o CC, e a seguir comparar com o dimensionamento real de pessoal em um CC Ortopédico.

O campo do estudo é uma unidade específica, que atende pacientes ortopédicos de todas as idades, em procedimentos de pequeno, médio e grande porte. Contém sete salas operatórias (SO) e nove leitos de RA, e faz parte do complexo hospitalar de uma das maiores e mais antigas instituições de saúde da cidade de São Paulo.

Para revisão narrativa foi realizado um levantamento bibliográfico das publicações nacionais acerca do tema, abrangendo artigos, dissertações, teses e livros publicados nos últimos 15 anos.

Os recursos eletrônicos selecionados para pesquisa foram: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca da FEHIAE.

As palavras-chave são baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), considerando-se: Centro Cirúrgico Hospitalar; Dimensionamento; Recursos Humanos; Administração de Recursos Humanos. Após o levantamento das publicações, foi realizada a leitura dos títulos e resumos de cada artigo, sendo, então, selecionados os que se relacionavam diretamente à temática. Os artigos selecionados para fazer parte do estudo foram registrados em ficha própria, para que pudessem ser analisados e apresentados nos resultados, na forma narrativa.

Na segunda fase, foi realizado o cálculo de pessoal ideal para o CC anteriormente descrito, sendo então comparado com o quadro de pessoal real da Instituição.

Os resultados foram demonstrados com números absolutos e relativos, por meio de tabelas e quadros.

Resultados

Levantamento bibliográfico

Foram analisados 20 artigos, duas teses e três livros. Entre os artigos, 11 foram eliminados por não atenderem aos critérios do estudo, sendo, portanto, utilizados nove artigos, além das duas teses destacadas. Observa-se que todos são de autoria de Enfermeiros.

Destaca-se, na Tabela 1, que a maior parte dos artigos utilizados no estudo foi encontrada na base de dados LILACS (cinco ou 45,5%).

Pela Tabela 2, evidencia-se que o ano de 2005 teve três artigos publicados (27,2%), seguido pelos anos 2009 e 2011, cada um com duas publicações. Chama-nos a atenção o fato de não encontrarmos publicações sobre dimensionamento entre os anos 1999 e 2002, e nos anos 2004, 2008 e 2010.

O Quadro 1, destaca as publicações analisadas, segundo autores, periódicos, ano de publicação, título, idioma e base de dados encontrados.

Tabela 1. Distribuição dos artigos e das teses selecionados para fazer parte do estudo, segundo base de dados.

Base de Dados	Número	Porcentagem
LILACS	05	45,5%
SciELO	04	36,3%
Biblioteca FEHIAE	02	18,2%
Total	11	100,0%

Tabela 2. Quantidade de artigos e teses selecionados para fazer parte do estudo, segundo ano de publicação.

Ano de Publicação	Número	Porcentagem
1998	01	9,1%
2003	01	9,1%
2005	03	27,2%
2006	01	9,1%
2007	01	9,1%
2009	02	18,2%
2011	02	18,2%
Total	11	100,0%

Cálculo de pessoal para Centro Cirúrgico Ortopédico

A Resolução do COFEN n.º 293/2004 estabelece e fixa parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados. Esse documento trata dos parâmetros para calcular o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde⁸.

O cálculo de dimensionamento de pessoal foi desenvolvido por meio das seguintes equações:

- Total de Sítios Funcionais (TSF)

$$TSF = [(SF1) + (SF2) + (SF3) + \dots + (SF_n)]$$

$$TSF = \frac{N}{N-1}$$

Quadro 1. Distribuição dos artigos e teses selecionados para fazer parte da amostra do estudo, segundo autoria, periódico, ano de publicação, título, base de dados e idioma.

Autoria	Periódico/ Ano de Publicação	Título	Base de Dados/ Idioma
Gaidzinski RR ⁹	Tese; 1998	Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em instituições hospitalares	Biblioteca da FEHIAE/Português
Possari JF, Gaidzinski RR ¹⁰	Rev SOBECC; 2003	Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em Centro Cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico	LILACS/Português
Nicola AL, Anselmi ML ¹	Rev Latino-am Enferm; 2005	Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em um hospital universitário	SciELO/Português
Coletta MMD, Prochet TC ¹¹	Rev Bras Enferm; 2005	Comparação de diferentes parâmetros para dimensionamento da equipe de Enfermagem em um hospital universitário	LILACS/ Português
Matsushita MS, Adami NP, Carmagnani MIS ³	Acta Paul Enferm; 2005	Dimensionamento do pessoal de Enfermagem das Unidades de Internação do Hospital São Paulo	SciELO/ Português
Lima LB, Magalhães AMM ⁶	Rev Gaúcha Enferm; 2006	Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em Centro Cirúrgico	LILACS/ Português
Campos LF, Melo MRAC ¹²	Rev Latino-am Enferm; 2007	Visão de Coordenadores de Enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de Enfermagem: conceito, finalidade e utilização	SciELO/ Português
Campos LF, Melo MRAC ¹³	Cogitare Enferm; 2009	Dimensionamento de pessoal de Enfermagem: parâmetros, facilidades e desafios	LILACS/ Português
Magalhães AMM, Riboldi CO, Dall'Agnoli CM ¹⁴	Rev Bras Enferm; 2009	Planejamento de recursos de Enfermagem: desafio para as lideranças	SciELO/ Português
Possari JF ⁵	Tese; 2011	Dimensionamento de profissionais de Enfermagem em Centro Cirúrgico especializado em Oncologia: análise dos indicadores intervenientes.	Biblioteca da FEHIAE/ Português
Vituri DW, Lima SM, Kuwabara CCT, Gil RB, Évora YDM ¹⁵	Texto & Contexto Enferm; 2011	Dimensionamento de Enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS	LILACS/ Português

-Sítio Funcional (SF): é a unidade de medida que tem um significado tridimensional para o trabalho de Enfermagem. Considera as atividades desenvolvidas, a área operacional ou o local da atividade e o período de trabalho, obtida e distribuída no decurso de uma semana padrão (espelho semanal padrão).

Adotou-se a seguinte nomenclatura para os SF:

- SF1 significa um sítio funcional com um único profissional;
- SF2 consiste em um sítio funcional com dois profissionais;
- SF3 traduz o sítio funcional com três profissionais;
- SFn refere-se a um sítio funcional com 'n' profissionais.
- Cálculo da KM (SF) = Constante de Marinho para SF

$$KM (SF) = \frac{PT}{JST} \times IST$$

- KM = Constante de Marinho;
- Período de trabalho (PT) é diferente e varia nas diversas instituições e unidades assistenciais, com os valores

típicos de 4 horas, 5 horas e 6 horas, decorrentes de jornadas diárias de 8, 10 e 12 horas, respectivamente;

- IST = Índice de Segurança Técnica;
- JST = Jornada Semanal de Trabalho.

- Quantidade de profissionais = QP

$$QP(SF) = KM(PT; JST) \times TSF$$

Modelo ideal

A seguir, calcula-se a necessidade de profissionais de Enfermagem para um Centro Cirúrgico que atende em um período de trabalho 6 horas manhã e tarde, e 12 horas à noite; a jornada semanal é de 36 horas. Os cálculos são feitos por etapas, a fim de facilitar a compreensão.

a. SF1 – salas pequenas

- Circulantes de sala e instrumentadores

1 circulante de sala + 1 instrumentador = 2 profissionais × 4 turnos
(M, T, N1, N2) = 8 × 5 salas = 40 × 5 dias semana = 200 SF

b. SF2 – salas grandes

– Circulantes de sala e instrumentadores

2 circulantes de sala + 1 instrumentador = 3 profissionais × 2 turnos
(M, T) = 6 × 2 salas = 12 × 5 dias semana = 60 SF

– Enfermeiros

1 Enfermeiro × 2 turnos (M, T) = 2 profissionais × 5 dias semana = 10 SF

Observação: Neste caso, não se multiplica os Enfermeiros por sala e sim se consideram 2 salas administrativas por 1 Enfermeiro por turno. Portanto, 2 salas = 1 área funcional.

c. SF3 – Posto de Enfermagem (PE)

1 Enfermeiro × 1 PE = 1 × 4 turnos (M, T, N1, N2) = 4 × 6 dias semana = 24 SF

d. TSF (circulantes de sala e instrumentadores) = 200 + 60 = 260 SF

TSF (Enfermeiros) = 10 + 24 = 34 SF

TSF = 260 + 34 = 294 SF

KM (SF) = $6 \div 36 \times 1,15 = 0,1916$

e. QPE = KM (SF) × TSF = 0,1916 × 294 = 56,33 = 56 profissionais de Enfermagem

QP (circulantes de sala e instrumentadores) = KM × TSF (circulantes de sala e instrumentadores) = 0,1916 × 260 = 49,8 = 50 circulantes de sala e instrumentadores

QP (Enfermeiros) = KM × TSF (Enfermeiros) = 0,1916 × 34 = 6,51 = 7 Enfermeiros

Para proceder às análises necessárias à adequação dos recursos humanos de Enfermagem, os resultados estão dispostos em um quadro (Quadro 2), no qual é apresentado, por categoria, o número de profissionais de acordo com o dimensionamento realizado, o pessoal existente e a comparação entre ambos.

Na realidade vivenciada no CC Ortopédico do hospital em questão, que atende cirurgias eletivas e de urgência, há 40 funcionários, dimensionados da seguinte forma: 14 Auxiliares no turno da manhã, 11 no turno da tarde e 04 nos noturnos A e B; 03 Enfermeiros no turno da manhã, 02 no turno da tarde, 01 para cada noturno.

A escala de atividades diárias dos profissionais é definida de acordo com a necessidade do CC Ortopédico, sendo os mesmos divididos entre salas operatórias, RA, arsenal e expurgo. Deve-se levar em consideração, ainda, as folgas e as taxas de absenteísmo; assim, o quadro de pessoal pode

Quadro 2. Distribuição do quadro de pessoal real x ideal de acordo com a categoria profissional e segundo o dimensionamento realizado em um CC Ortopédico.

Categoria	Quadro de pessoal real	Quadro de pessoal ideal
Enfermeiro	07	07
Técnico / Auxiliar de Enfermagem	33	50
Total	40	57

sofrer adequações de acordo com a realidade, prejudicando a assistência direta e indireta prestada ao cliente cirúrgico.

Desta forma, segundo o cálculo realizado e nomeado como 'ideal', haveria necessidade de contratar mais 17 funcionários para preencher o quadro, totalizando, então, 57 profissionais, sendo 50 Auxiliares de Enfermagem e 07 Enfermeiros, e devendo, estes, atuar apenas nas salas cirúrgicas. Necessidades específicas teriam a RA e o arsenal, uma vez que, para estas unidades, deveria ser realizado outro cálculo de dimensionamento de pessoal.

Discussão

A realização do dimensionamento tem por finalidade a previsão dos profissionais, a garantia da operacionalização do trabalho da Enfermagem, o atendimento à expectativa do paciente com relação às suas necessidades, o provimento dos setores de recursos humanos e a garantia da distribuição destes na escala durante todos os turnos laborais¹³.

Mediante aplicação dessa metodologia, foi possível dimensionar o quadro de pessoal de Enfermagem ideal e estabelecer uma comparação com o quadro real, considerando-se um CC Ortopédico de um grande hospital paulistano.

Porém, o ideal nem sempre é exequível, principalmente quando se trata de instituições públicas, nas quais os Enfermeiros não possuem autonomia quanto à contratação de pessoal. Além disso, a contenção de despesas imposta a todos os ramos da sociedade organizada interfere sobremaneira na contratação destes profissionais.

Contudo, cabe ressaltar que a lógica capitalista visando a produtividade a um menor custo. Porém, produzir na área da saúde não equivale ao modo industrial de produzir, pois o serviço de saúde não se concretiza em coisas materiais, assim como o custo não diminui, pelo contrário, a tendência é elevar contínua e progressivamente, à medida da incorporação de novas tecnologias¹⁵.

A questão do dimensionamento de recursos humanos em Enfermagem tem permeado as inúmeras esferas da complexidade do atendimento, dentre as quais a qualidade do cuidado; os resultados da atenção; a satisfação do cliente; a carga de trabalho, e as horas de assistência de Enfermagem, assim como a contenção de custos, situação que se faz concreta em grande parte das instituições de saúde do Brasil e do mundo¹⁵.

Ainda o dimensionamento pode ser concebido sob o enfoque qualitativo, o que transcende o aspecto meramente matemático. Destaca-se, também, a importância da adoção da sistematização da assistência e da flexibilidade que esse quantitativo deve apresentar. Esse pensamento reforça a preocupação com a previsão de pessoal baseada na literatura, o que vem fortalecer a necessidade de discussões para sua provisão¹².

O dimensionamento consiste em estabelecer parâmetros de assistência de Enfermagem ou, ainda, garantir um sistema

de vigilância que seja capaz de atender à solicitação mínima de demanda física e psíquica do paciente. Fica evidente que atender às necessidades do cliente tem início com a provisão de recursos humanos de Enfermagem. O uso do dimensionamento pode colaborar na argumentação para o aumento do quadro de pessoal, conferindo credibilidade na negociação para a contratação e instrumentalizando o Enfermeiro, nessa função administrativa¹².

O dimensionamento de pessoal tem sido considerado um desafio, haja vista que estes recursos são os mais complexos da organização e os demais recursos exigem a sua presença, para que possam ser utilizados.

Mesmo reconhecendo a importância dos recursos humanos na qualidade da assistência, as lideranças de Enfermagem encontram enormes resistências para adequar o número de pessoal à demanda de atendimento nas instituições de saúde, principalmente em razão de justificativas orçamentárias¹¹.

Como pudemos analisar no Quadro 2, o CC Ortopédico necessita de contratações. O dimensionamento realizado apresenta um parâmetro ideal que traz uma proposta de 50 circulantes de sala e instrumentadores cirúrgicos, e 07 Enfermeiros para as salas operatórias, de acordo com a complexidade do procedimento cirúrgico. Na Instituição estudada, encontra-se um total de 33 circulantes de sala e instrumentadores, e 07 Enfermeiros para toda a unidade de CC.

A distribuição percentual proporcional entre os profissionais de Enfermagem, quando aplicada, deve respeitar, minimamente, a seguinte distribuição: 27% de Enfermeiros e 73% de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem. Esses valores podem sofrer variações dependendo do tipo e da qualidade de assistência de Enfermagem envolvida¹³.

O processo de dimensionar profissionais de Enfermagem pode ser compreendido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e do qualitativo de pessoal necessário para prover os cuidados de Enfermagem, de acordo com a necessidade do setor⁵.

Toda esta complexa organização tem sido alvo cada vez mais frequente de cobrança em termos de qualidade e produtividade, principalmente pelos sistemas financiadores dos serviços de saúde e pelos usuários de tais serviços¹⁴.

Ressalta-se que, da observação empírica da prática da Enfermagem, alguns itens que podem ser facilitadores para o dimensionamento, relacionados à organização do serviço e à necessidade da clientela – como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)¹³, devidamente documentada, e a distribuição do paciente segundo o porte cirúrgico – não parecem bem definidos na assistência analisada ou mesmo não têm sido corretamente aplicados. Isso ocorre também pela falta de profissionais no quadro de pessoal.

Em suma, dimensionar recursos humanos para um hospital não é simplesmente preencher fórmulas¹¹. Os Enfermeiros dispõem de recursos administrativos e devem ser coerentes com as exigências da filosofia da instituição, que interfere

diretamente no modelo de gestão do serviço de Enfermagem. Os Enfermeiros devem, ainda, por meio de estudos e habilidades gerenciais, apresentar para a direção do hospital uma proposta de dimensionamento de pessoal que atenda às necessidades específicas de cada setor, especialidades estas destacadas em um CC Ortopédico.

A partir destas considerações e do avanço de alguns estudos na área de planejamento de recursos humanos em Enfermagem, não se pode adotar postura omissa frente aos riscos a que estão submetidos os pacientes diante de um quadro de pessoal inadequado para desenvolver as ações de cuidado à saúde. O compromisso das lideranças de Enfermagem com a adequação do quadro de pessoal e seu impacto na organização do trabalho em saúde é crucial para o alcance de um cuidado individualizado, integral e seguro¹⁴.

Conclusões e considerações finais

A revisão de literatura acerca do tema ‘Dimensionamento de pessoal em Centro Cirúrgico’ levou à análise de nove artigos científicos e duas teses, todos escritos por Enfermeiros, na sua maior parte encontrados na base de dados LILACS (45,5%), publicados no ano 2005 (27,2%).

Quanto ao cálculo de pessoal de Enfermagem no CC Ortopédico estudado, ao se comparar o real com o ideal, verificou-se a necessidade de contratação de maior número de Enfermeiros, circulantes de sala e instrumentadores cirúrgicos, visto que atualmente são 07 Enfermeiros e 33 Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que atuam no bloco cirúrgico. O cálculo demonstrou necessidade de 07 Enfermeiros e 50 circulantes de sala e instrumentadores para atuarem somente nas salas cirúrgicas.

Após realizar a devida comparação entre o real e o ideal, concluímos que o quadro pessoal do CC Ortopédico em questão é muito abaixo do desejado. Este déficit no quadro certamente tem gerado sobrecarga de trabalho para os funcionários contratados.

Durante o atendimento hospitalar, a prestação de serviço da Enfermagem se faz nas esferas individual e coletiva, cujo foco do trabalho é o ser humano; ressalte-se que a sua relação se dá nos âmbitos filosófico, ético, político, social, técnico, econômico e espiritual. Assim, para se estabelecer uma assistência eficaz e efetiva, há necessidade de se determinar, de fato, o quantitativo adequado dos recursos humanos, como processo inicial do provimento de pessoal, procurando garantir padrões mínimos de assistência.

Referências

6. Nicola AL, Anselmi ML. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2005 Mar-Abr;58(2):186-90. PMID:16334185. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200011>
7. Porfírio RBM, Munhoz S, Pinter MG. Gerenciamento de enfermagem em centro cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF,

- organizadores. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 1. ed., 2. reimp. Barueri: Manole; 2010. cap. 4, p. 61-82.
8. Matsushita MS, Adami NP, Carmagnani MIS. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(1):9-19. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000100002>
 9. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. *Práticas recomendadas SOBECC: centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização*. 5. ed. São Paulo: SOBECC; 2009. Centro Cirúrgico. cap. 1 – Centro Cirúrgico, p. 26-34.
 10. Possari JF. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia: análise dos indicadores intervenientes [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. 185 p.
 11. Lima LB, Magalhães AMM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006 Set;27(3):426-33.
 12. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN nº 189/1996, de 25 de março de 1996. Estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. São Paulo: COFEN; 1996 [acessado 2011 Jun 06]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4249>.
 13. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN nº 293/2004, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. São Paulo: COREN/SP; 2004 [acessado 2011 Nov 06]. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/node/3882>.
 14. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998. 118 p.
 15. Possari JF, Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico. *Rev SOBECC*. 2003 Jan-Mar;8(1):16-25.
 16. Coletta MMD, Prochet TC. Comparação de diferentes parâmetros para dimensionamento da equipe de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Adm Saúde*. 2005 Jan-Mar;7(26):19-24.
 17. Campos LF, Melo MRAC. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. *Rev Latinoam Enferm*. 2007 Nov-Dez; [citado 2012 Fev 28] 15(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_06.pdf.
 18. Campos LF, Melo MRAC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: parâmetros, facilidades e desafios. *Cogitare Enferm*. 2009 Abr-Jun;14(2):237-46.
 19. Magalhães AMM, Riboldi CO, Dall'Agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jul- Ago; [citado 2012 Fev 28] 62(4):608-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf>
 20. Vituri DW, Lima SM, Kuwabara CCT, Gil RB, Évora YDM. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. *Texto & Contexto Enferm*. 2011 Jul-Set;20(3):347-56.



SOBRE A REVISTA

A Revista SOBECC (Rev. SOBECC), ISSN 1414-4425, é uma publicação oficial de divulgação técnico-científica da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), publicada trimestralmente.

MISSÃO: divulgar a produção científica da Enfermagem nas áreas de Centro Cirúrgico, Recuperação pós-anestésica, Centro de Material e Esterilização e de Controle de Infecção.

ÁREAS DE INTERESSE: Enfermagem e área da Saúde.

A abreviatura de seu título é **Rev SOBECC** e a mesma deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé e em referências e legendas bibliográficas.

CLASSIFICAÇÃO QUALIS/CAPES: B2

FONTES DE INDEXAÇÃO:

LILACS

CUIDEN

CINAHL INFORMATION SYSTEMS

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

São aceitos para publicação trabalhos desenvolvidos por enfermeiros, outros profissionais da saúde e discentes de cursos de graduação e de pós-graduação em Enfermagem. Os manuscritos devem estar de acordo com as orientações descritas a seguir:

1. Pelo menos um dos autores deve ser sócio da SOBECC ou assinante da Revista SOBECC.
2. Os temas devem estar relacionados com as áreas de Anestesiologia, Cirurgia, Enfermagem Perioperatória, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem em Centro Cirúrgico (CC), Recuperação Pós-Anestésica (RPA), Centro de Material e Esterilização (CME) e Controle de Infecção. A seleção dos trabalhos fica a critério do Conselho Editorial, que leva em conta a relevância para a prática, a clareza e a coerência dos dados, evitando, ainda, a redundância no conteúdo.

O artigo deverá ser redigido em português, seguindo a ortografia oficial e ser inédito, além de ser enviado exclusivamente à Revista SOBECC, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro periódico, seja parcial ou integralmente, considerando tanto o texto como as figuras, quadros ou tabelas.

O conteúdo dos trabalhos é da inteira responsabilidade dos autores e não reflete, obrigatoriamente, a opinião do Conselho Editorial da Revista SOBECC e nem da Associação. Os autores devem assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo indicado nas Normas de Publicação da Revista e

certificar-se de que o conteúdo é inédito e original. Conteúdos já publicados devem ser citados corretamente evitando o plágio ou autoplágio.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA SOBECC

Exceto com autorização do Conselho Editorial, os textos não devem exceder 15 páginas digitadas, incluindo anexos e o máximo de 20 referências. Até cinco fotos originais podem ser encaminhadas para publicação. A reprodução do material publicado na Revista SOBECC é permitida mediante autorização da entidade e a devida citação da fonte.

Ao Conselho Editorial é reservado o direito de sugerir modificações na estrutura e/ou no conteúdo dos trabalhos, em comum acordo com os autores. Os artigos não aceitos para publicação serão devolvidos aos autores com justificativa do Conselho Editorial.

Os trabalhos devem respeitar os princípios éticos que regem as pesquisas científicas na área da saúde envolvendo seres humanos, constando o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (número CAAE – via Plataforma Brasil) do local onde foi desenvolvido o estudo, conforme a Resolução nº 466, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos).

Os autores devem enviar os trabalhos para o Conselho Editorial da Revista SOBECC através do e-mail artigos@sobecc.org.br, juntamente com uma carta redigida conforme o modelo abaixo e assinada por todos os autores:

“O(s) autor(es) abaixo assinado(s) transfere(m) todos os direitos de publicação do manuscrito intitulado _____ (título do artigo) para a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), caso este trabalho seja publicado. Cada autor abaixo assinado assegura que participou suficientemente do estudo para justificar sua autoria, garantindo, ainda, que o artigo é original, que não está sob apreciação de outra revista simultaneamente e que o texto e os dados nele apresentados não foram anteriormente publicados. O(s) autor(es) concorda(m) que as opiniões expressas neste manuscrito não representam, necessariamente, o ponto de vista dos editores ou da Associação, que renunciam toda responsabilidade e compromissos sobre seu conteúdo.”

(nome e assinatura de cada um dos autores)

Os trabalhos enviados serão classificados em uma das três categorias:

- **Artigos originais:** investigações resultantes de pesquisas que apresentem resultados inéditos, desenvolvidos com metodologia científica e com resultados e discussão que contribuam para a ciência da enfermagem e da saúde. O texto não deve exceder 15 páginas.
- **Artigos de revisão:** análises abrangentes da literatura, compilando conhecimentos disponíveis sobre determinado tema de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem. Devem ser baseados em bibliografia pertinente, atualizada, crítica e sistemática, enfatizando a delimitação do tema e as conclusões. Também devem ser redigidos segundo metodologia científica, sendo que a estrutura e as especificações gerais são as mesmas que as dos artigos originais e dos relatos de experiência.
 - revisão integrativa - trata-se de um método de pesquisa que apresenta o resumo de estudos publicados gerando conclusões sobre um tema específico, seguindo etapas pré-estabelecidas, a saber: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. O texto não deve exceder 20 páginas.
 - revisão sistemática: método de pesquisa que visa a síntese rigorosa dos estudos originais, de várias metodologias com o objetivo de responder a uma questão específica considerada relevante para a prática profissional e para o conhecimento teórico da área. Descreve os passos para a busca dos estudos de forma detalhada, os critérios

utilizados na seleção das publicações elencadas e os procedimentos utilizados para a síntese dos resultados dos estudos revisados, incluindo ou não metanálises ou metassínteses. O texto não deverá exceder 20 páginas.

- **Relatos de experiência:** descrições analíticas acerca da assistência de Enfermagem, utilizando o método de estudo de caso, abordando temas de interesse à atuação de enfermeiros no período perioperatório, no controle de infecção e no processamento de materiais relacionados à assistência à saúde, contendo análise de implicações conceituais ou descrição de procedimentos, apresentando estratégias de intervenção e evidência metodológica apropriada de avaliação da eficácia. A estrutura e as especificações gerais são as mesmas que as dos artigos originais. O texto não deverá exceder 15 páginas.

FLUXO EDITORIAL

Os artigos submetidos serão analisados pela secretaria para verificar a adequação às Normas Gerais de Publicação da Revista. Caso haja inadequação, serão devolvidos aos autores para correção. Quando aprovado nesta etapa, seguirão para análise dos Editores Científicos e Associados que procederão a análise da adequação ao Escopo e Política Editorial da Revista. Após esta etapa, os artigos serão encaminhados a dois relatores que analisarão o conteúdo técnico e metodológico, utilizando um instrumento de avaliação desenvolvido para este objetivo. Havendo discrepância entre os pareceres, o artigo será encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido em todas as etapas do processo de avaliação. Os pareceres finais serão avaliados pelo Conselho Editorial, que indicará modificações a serem realizadas. A publicação dos artigos ocorrerá somente após a aprovação dos pareceristas e do Conselho Editorial.

A apresentação dos trabalhos científicos deve obedecer à ordem abaixo especificada: É necessário que os trabalhos sejam encaminhados em arquivo Word, elaborados em folha de papel A4, digitados em português respeitando a ortografia oficial, com fonte em letra Arial, tamanho 11, espaçamento 1,5 cm entre linhas, margens de 2,5 cm (direita, esquerda, superior e inferior), atentando para o número limite de páginas de acordo com a categoria do artigo (original, revisão ou relato de experiência) incluindo referências e anexos. Devem ser enviados através do e-mail da revista: artigos@sobecc.org.br, acompanhado da Carta de Autorização para Publicação e de Conflito de Interesse (conforme modelo).

1 Primeira página (seguindo a sequência de informações):

- Título do artigo na seguinte ordem: português, inglês e espanhol, centralizados e sem abreviaturas ou siglas (não exceder doze palavras);
- Nome completo e sem abreviatura dos autores, numerados em algarismos arábicos em sobrescrito, alinhados à margem esquerda do texto,
- Nome e endereço completo de pelo menos um dos autores para recebimento de correspondência, incluindo telefones comercial e residencial e e-mail.
- Identificações dos autores em nota de rodapé, separadas por ponto, na seguinte ordem: profissão, titulação acadêmica mais recente e local de atuação profissional/instituição à qual pertence. Devem constar os e-mails de todos os autores, para publicação.
- Quando o artigo for resultado de monografia, dissertação ou tese, indicar com asterisco em nota de rodapé o título, ano e instituição na qual foi apresentada.

2 Segunda página:

- Resumos na seguinte ordem: português, inglês e espanhol, apresentados em espaço simples e com, no máximo, 150 palavras cada um. O Resumo deve ser estruturado, ou seja, dividido em: Objetivo(s), Método, Resultados e Conclusão.
- Palavras-chave: elaboradas segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis no endereço eletrônico www.decs.bvs.br. Se forem compostas, somente a primeira palavra deve estar em caixa alta e devem ser separadas uma das outras por ponto.
- Abstract, isto é, versão do resumo em inglês;
- Keywords, ou seja, palavras-chave em inglês;
- Resumen, isto é, versão do resumo em espanhol;

- Palabras clave, ou seja, palavras-chave em espanhol.

3 Terceira página:

- Texto produzido conforme as características individuais de cada trabalho, ou seja, artigos originais, relatos de experiência e revisões de literatura, porém estruturados e em parágrafos distintos com: Introdução, Objetivo(s), Método, Resultados, Discussão, Conclusão e/ou Considerações finais e Referências.

Introdução: breve, com definição do problema destacando a relevância do estudo e as lacunas do conhecimento.

Método: método de pesquisa utilizado, população, critérios de inclusão e fonte de dados. É necessário informar que a pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos.

Resultados: descrição clara e objetiva dos dados relevantes, sem interpretações ou comentários. Podem ser utilizadas tabelas, quadros e figuras. Anexos, tabelas, quadros e figuras devem estar em folhas separadas, com os devidos títulos e as devidas legendas. No caso de tabelas e quadros, os títulos devem ser inseridos acima e no caso de figuras, os títulos devem vir abaixo das mesmas.

Discussão: deve limitar-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, com ênfase nas novas descobertas proporcionadas pelo estudo e discutindo concordâncias e divergências do estudo.

Conclusão: deve responder aos objetivos ou hipóteses do estudo, sedimentada nos resultados e discussão, coerente com o título e o método utilizado e com os objetivos propostos. Destacar as limitações do estudo.

Referências: devem ser construídas de acordo com as normas de Vancouver, elaboradas pelo *International Committee of Medical Journal Editors* - Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), sendo baseadas no padrão ANSI, adaptado pela US National Library of Medicine (www.bu.ufsc.br/bccsm/vancouver.html). As Referências devem ser indicadas numericamente na sequência em que aparecem no texto, no qual precisam ser identificadas por números arábicos sobrescritos, sem parênteses. Se forem sequenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Existindo mais de seis autores, deve-se usar a expressão 'et al' após o sexto nome. Cada artigo poderá ter, no máximo, 20 referências.



Qual o valor de 2 horas no seu hospital?



E se você pudesse liberar os instrumentos 2 horas antes para o Centro Cirúrgico? Agora você pode! 3M™ Attest™ Sistema de Indicador Biológico de Leitura Super-Rápida, com resposta final em 1 hora.

Saiba antes. Saiba com certeza.

Conheça mais em nosso site:
www.3m.com.br/hospitalar/AttestSuperRapido

3M

Lavadoras ultrassônicas Prosonic Jet 6510 e 5020

*A certeza de uma limpeza
eficiente com repetibilidade,
otimizando seu processamento.*

Possui fluxo intermitente exigido pela RDC15/2012 com sistema de entrada automática de água e detergentes, garante reproduzibilidade de todos os parâmetros.

SEGURA, RÁPIDA E FÁCIL DE USAR

-Sistema de pré-lavagem e enxágue (opcional).

-Painel digital com visor interativo que garante facilidade em sua utilização.

INOVADORA COM ALTA TECNOLOGIA

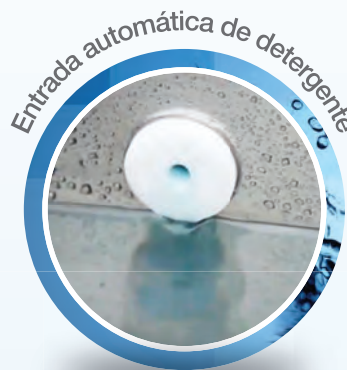
-Desempenho ultrassônico qualificável.

-Adaptadores para materiais menores que 5mm conforme RDC 15.

-Drenagem de alta vazão, diminuindo o tempo para troca de solução, agiliza e controla o processamento.

-Cuba com acabamento sanitário e sistema de aquecimento embutido.

ATENDE A
RDC15
Fabricado pela
Labnews



**Torne seu ciclo de processamento mais *SEGURO*,
RÁPIDO e *QUALIFICÁVEL* reduzindo custos.**

Assista aos vídeos sobre a Lavadora Ultrassônica em nossa página do **YouTube** : [labnewssaude](https://www.youtube.com/labnewssaude)

 Seguir: @labnews_saude

 facebook.com/pages/Labnews/496220220427322

(11) 3274.1186 | contato@labnews.ind.br
www.labnews.ind.br