

# UNIDADE PRÉ-OPERATÓRIA: UMA NOVA PROPOSTA DE ATENDIMENTO E GESTÃO

*Preoperative unit: a new proposal for services and management*

*Unidad de preparación quirúrgica: una nueva propuesta de servicios y gestión*

Daniela Magalhães Bispo<sup>1</sup>, Ana Lucia Silva Mirancos da Cunha<sup>2</sup>, Cristina Silva Sousa<sup>3</sup>, Ivana Lucia Correa Pimentel de Siqueira<sup>4</sup>

**RESUMO:** **Objetivo:** Apresentar os resultados do processo da implantação de uma Unidade Pré-operatória. **Método:** Estudo descritivo e analítico tipo relato de experiência, tendo como meta o relato da implantação de uma unidade pré-operatória em um hospital geral privado, localizado no município de São Paulo, e da experiência dos profissionais envolvidos. **Resultados:** Constatou-se a eficiência de uma unidade pré-operatória como estratégia de otimização do centro cirúrgico, estabelecendo os processos com agilidade por uma equipe com olhar focado neste tipo de paciente. **Conclusão:** A Unidade Pré-operatória foi implantada como uma oportunidade de minimização da falta de leitos, visando centralizar serviços de forma a agilizá-lo, com o objetivo de promover maior integração e continuidade dos cuidados pré-operatórios à assistência proposta pelo Centro Cirúrgico, além de melhor organização das atividades administrativas e assistenciais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados pré-operatórios. Enfermagem perioperatória. Administração de serviços de saúde.

**ABSTRACT:** **Objective:** To present the results of the implementation process of a preoperative unit. **Method:** Descriptive and analytical study including experience report, with the goal of reporting the implementation of a preoperative unit in a private general hospital in the city of São Paulo, as well as the experience of the professionals involved. **Results:** The efficiency of a preoperative unit was confirmed as an optimization strategy for the surgical center, whose processes are established with agility by a team focused on this type of patient. **Conclusion:** The preoperative unit was established as an opportunity to minimize the lack of beds, to centralize services to streamline them, and to promote greater integration and continuity of preoperative care to the assistance proposed by the surgical center, as well as a better organization of administrative and health-care activities.

**KEYWORDS:** Preoperative Care. Perioperative Nursing. Health Services Administration.

**RESUMEN:** **Objetivo:** Presentar los resultados del proceso de la implementación de una unidad de preparación quirúrgica. **Método:** Estudio descriptivo y analítico incluyendo relato de experiencia, con el objetivo de orientar la implementación de una unidad de preparación quirúrgica en un hospital general privado en la ciudad de São Paulo y relatar la experiencia de los profesionales involucrados. **Resultados:** La eficiencia de una unidad de preparación quirúrgica como estrategia de optimización del centro quirúrgico y el establecimiento de procesos ágiles conducidos por un equipo enfocado en el paciente quirúrgico. **Conclusión:** La unidad de preparación quirúrgica se estableció como una oportunidad para reducir al mínimo la indisponibilidad de camas, para centralizar los servicios de manera ágil con el fin de promover una mayor integración y continuidad de la asistencia para el cuidado preoperatorio propuesto por el Centro Quirúrgico y una mejor organización de las actividades administrativas y asistenciales.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidados Preoperatorios. Enfermería Perioperatoria. Administración de los Servicios de la Salud.

<sup>1</sup>Mestranda em Gestão e Inovações Tecnológicas pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; Enfermeira Sênior do Pré-operatório/Centro Cirúrgico do Hospital Sírio Libanês. E-mail: dmbispo@gmail.com  
Rua Tucunduva, 433, 63-1. Vila São Vicente, CEP 02733-100. São Paulo, SP, Brasil. Telefone: (11) 39325459 / (11) 988224141 / (11) 33944834.

<sup>2</sup>Mestre em Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP); Enfermeira Coordenadora do Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica do Hospital Sírio-Libanês. E-mail: anamirancos@hotmail.com

<sup>3</sup>Doutoranda em Enfermagem em Saúde do Adulto na EUSP; Enfermeira Pleno do Centro Cirúrgico do Hospital Sírio-Libanês. E-mail: thicoteco@bol.com.br

<sup>4</sup>Doutora em enfermagem pela EUSP. Superintendente de Atendimento e Operações do Hospital Sírio-Libanês. E-mail: ivana.siqueira@hsl.org.br

Recebido: 11 dez. 2014 – Aprovado: 04 fev. 2015

DOI: 10.5327/Z1414-4425201500010008

## INTRODUÇÃO

Atualmente, muito se tem estudado sobre processos com foco em qualidade e eficiência. Na gestão hospitalar, um dos grandes desafios é atender à crescente demanda de pacientes, levando-se em conta o número insuficiente de leitos disponíveis e considerando aspectos da humanização. As organizações hospitalares estão entre as de mais complexa administração, não só pela nobreza e amplitude de seu trabalho, mas principalmente por dispor de uma equipe multidisciplinar para prestar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador, além de constituir um ambiente de prática de ensino-aprendizagem e produção científica<sup>1</sup>.

A esse pensamento soma-se, ainda, a produção e os custos, que significam a sustentabilidade do negócio. Oferecer uma proposta de valor real para o cliente faz parte da estratégia das empresas e é um item do sistema de serviços<sup>2</sup>. A busca incessante das instituições pelo aprimoramento de seus serviços tem sido o diferencial para sua permanência e destaque no mercado em que estão inseridas. Atender às necessidades e até mesmo superá-las torna-se fundamental, pois a satisfação do cliente passa a ser um fator crucial para a sobrevivência das empresas, principalmente as de serviços, cujos produtos se caracterizam pela intangibilidade<sup>3</sup>.

Um estudo que avaliou a oferta e a produção assistencial hospitalar e ambulatorial em hospitais públicos e privados constatou, em 2009, um déficit de 22.216 leitos hospitalares no Brasil. Em relação ao número de internações cirúrgicas, foi observado aumento de 23,2%, compatível com o crescimento de 16,8% da população, apesar de ter havido uma redução de 18,4% no número de leitos<sup>4</sup>. Ou seja, fazer a gestão dos leitos de maneira eficiente tornou-se premente na vida hospitalar, principalmente ao considerar a dinâmica de rotatividade das internações cirúrgicas e as possíveis complicações. A esse fato agrega-se a excelência na prestação de serviços, uma implicação instigante e atual.

Outro elemento que está diretamente relacionado a essa dinâmica de gestão de leitos e prestação de serviços é o movimento cirúrgico, considerado uma variável que interfere nos indicadores de qualidade e produtividade das instituições hospitalares. Constituem-se parâmetros de avaliação de produtividade na sala de operação: taxa de ocupação, tempo de permanência, recuperação anestésica, intervalo de tempo entre cirurgias, taxa de atraso e de suspensão de cirurgia<sup>5</sup>.

A medição do bom desempenho de um centro cirúrgico está diretamente relacionada à qualidade de seus próprios

processos e, como consequência, aos dos serviços que o apoiam, uma combinação entre instalações físicas, tecnológicas e equipamentos adequados, operados por mão de obra habilitada, treinada e competente<sup>6</sup>.

Nessa perspectiva, surge a ideia de otimização dos leitos hospitalares em nossa instituição. Em maio de 2012, foi estruturada uma Unidade Pré-operatória, com objetivo de integrar o atendimento de unidade de internação cirúrgica às rotinas já vigentes do centro cirúrgico (CC), centralizando o controle nesta equipe e otimizando, além dos leitos hospitalares, os processos de preparo pré-operatório.

A estratégia utilizada para otimizar os processos da unidade pré-operatória foi elaborada a partir da rotina de atendimento da recuperação anestésica. Essa unidade destina-se a receber o paciente após o procedimento cirúrgico, onde ele deve permanecer até que recupere sua consciência e tenha seus sinais vitais estáveis, sempre sob a observação e os cuidados constantes da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. Essa equipe deve prevenir intercorrências do período pós-anestésico e/ou, caso estas ocorram, dar-lhes o atendimento adequado<sup>7</sup>.

Em nossa instituição, esta unidade permite acomodar os pacientes em macas de transporte e os leitos são separados por cortinas. Dispõe de estoque mínimo de materiais descartáveis e medicações para o atendimento no pós-operatório imediato, tendo como suporte a farmácia satélite, localizada dentro do centro cirúrgico. A unidade pré-operatória está provida de recursos físicos, materiais, tecnológicos e humanos que se assemelham àqueles da recuperação anestésica, porém voltados para o atendimento do paciente na fase pré-operatória. A cobrança desses materiais/medicamentos é realizada via PDA (*Personal Digital Assistant*), o que permite a administração medicamentosa imediata, sem necessidade de solicitação e entrega da medicação prescrita à farmácia central.

Por caracterizar uma unidade pequena com acomodação simples, uma estratégia de seleção dos pacientes para admissão foi desenvolvida pela enfermeira. Os critérios estabelecidos compreendem pacientes adultos sem déficit motor, em cirurgia eletiva sem preparo de colón e com internação na data da cirurgia.

Na véspera da data do agendamento da cirurgia, é feita a verificação do programa cirúrgico, e os pacientes listados no programa são selecionados para admissão na unidade pré-operatória de acordo com os critérios de seleção preestabelecidos pela unidade. Após a seleção, a enfermeira realiza o planejamento da assistência de enfermagem no período pré-operatório. Esse planejamento consiste em sinalizar as

ações que deverão ser realizadas com os pacientes de acordo com a cirurgia proposta e as informações contidas na solicitação de internação/cirurgia, encaminhadas pelo consultório do cirurgião. A prescrição da assistência de enfermagem é estruturada com enfoque no preparo cirúrgico. Portanto, no dia da internação, é possível que o técnico de enfermagem já inicie os cuidados aos pacientes logo que ingressem na unidade.

Todos os impressos são verificados assim que o prontuário é entregue à auxiliar administrativa, que é orientada a sinalizar caso haja alguma pendência ou discordância preconizada pela instituição. Os impressos exigidos são: o termo de consentimento esclarecido da cirurgia; solicitação de internação/cirurgia, na qual constam todas as informações do agendamento cirúrgico; identificação do paciente; diagnóstico; exames que levaram ao diagnóstico; prescrição pré-operatória; data, horário da cirurgia; tempo cirúrgico e materiais necessários para o intra-operatório. Além da checagem dos impressos, os exames cardiológicos e laboratoriais, assim como a ficha de avaliação pré-anestésica e o termo de consentimento da anestesia, ficam separados em prancheta, facilitando a realização da visita pelo anesthesiologista. A avaliação de enfermagem e o planejamento também ficam separados em pranchetas, evitando a manipulação dos prontuários por diversos profissionais num curto espaço de tempo.

Essa dinâmica mostrou-se mais eficiente. O olhar focado de toda equipe no preparo pré-operatório assegura a verificação cautelosa, o que favorece a realização de todas as etapas: avaliação pré-operatória de enfermagem; visita pré-anestésica; verificação dos sinais vitais; tricotomia e degermação do sítio cirúrgico; coleta de amostra sanguínea para realização de tipagem e exames laboratoriais; eletrocardiograma; verificação dos impressos exigidos pela instituição para encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico; marcação do sítio operatório (lateralidade), quando aplicável; conforto emocional por meio de um atendimento humanizado, valorizando as diferenças e particularidades de cada indivíduo, favorecendo a diminuição da ansiedade e o estresse na fase pré-operatória.

A marcação do sítio operatório (lateralidade) visa identificar, sem ambiguidade, o local do procedimento cirúrgico. Para os procedimentos envolvendo a distinção entre estruturas bilaterais (direita e a esquerda), estruturas múltiplas (como os dedos das mãos e dos pés) ou níveis múltiplos (como nos procedimentos de coluna), o sítio deve ser marcado de modo que a marca seja visível após o paciente ter sido preparado<sup>8</sup>. Este estudo tem por

objetivo apresentar os resultados do processo da implantação de uma unidade pré-operatória.

## MÉTODO

Estudo descritivo e analítico, que teve como meta a implantação de uma unidade pré-operatória. O estudo é um relato da experiência dos profissionais que atuam em um hospital geral privado e filantrópico, localizado no município de São Paulo.

O atraso para o início das cirurgias impacta em todo planejamento da agenda cirúrgica e dinâmica do CC. A distância entre o CC e as unidades de internação, assim como a acessibilidade aos elevadores, são fatores que favorecem a ocorrência destes atrasos. A proximidade com o CC foi determinante para o local de implantação da unidade pré-operatória, estando localizada no mesmo andar do CC, como uma unidade vizinha. A unidade é composta de oito leitos com maca de transporte e separação por cortinas, semelhante ao aspecto de unidades de recuperação anestésica ou pronto-atendimento. Possui um banheiro para os pacientes desses leitos e quartos independentes que constituem quatro pequenas suítes, compostas por leito com maca e banheiro exclusivo com chuveiro, separadas por parede de *drywall*, que consiste numa edificação de paredes de gesso que são mais leves e mais finas que as das paredes de alvenaria, e porta de correr.

Pelas características físicas da unidade, não seria possível atender integralmente toda a demanda do programa cirúrgico, sendo necessário selecionar os pacientes que poderiam ser admitidos na área sem prejuízo à assistência de enfermagem pré-operatória. Exemplificando: pelo fato de ter quatro suítes com chuveiro, há a necessidade de critérios para a seleção de pacientes que necessitam de tricotomia e banho num mesmo horário de cirurgia. Assim, pensou-se em realizar a seleção dos pacientes baseada em características da cirurgia condizentes com a planta física e perfil da unidade para uma dinâmica ágil. O melhor momento seria o dia anterior ao programa cirúrgico.

Nesta unidade, não há pacientes em fase pós-operatória, apenas em pré-operatória. Essa característica difere do setor *day clinic*, ou hospital-dia, visto em outras instituições. Dessa forma, foi designada uma enfermeira da unidade para realizar a seleção dos pacientes junto ao setor do controle de leitos, baseada nos seguintes critérios: pacientes que não necessitam internação na véspera da cirurgia; procedimentos cirúrgicos sem preparo intestinal; pacientes adultos e

com ausência de déficit de mobilidade. Foi também levada em consideração a quantidade de leitos disponíveis e a rotatividade destes, ou seja, o tempo que se terá o leito livre e limpo novamente para a admissão de outro paciente, tendo o foco no programa cirúrgico.

Para atender adequadamente o preparo pré-operatório, são realizados, nesta unidade, a avaliação multidisciplinar, os exames laboratoriais, o eletrocardiograma, a tricotomia, a higienização e a degermação da região a ser operada; o banho com clorexidina é recomendado para as cirurgias abdominais e de grandes ossos. Caso o enfermeiro responsável julgue necessário, pode-se dar banho no paciente, levando em consideração a individualidade de cada um deles e a precificação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição.

As orientações ao paciente e seu acompanhante, quanto ao cuidado prestado e a continuidade de atendimento até a recuperação anestésica, são feitas pelo enfermeiro. Outro aspecto relevante é a otimização de materiais específicos que podem estar reduzidos pela minimização do uso. Após a alta da recuperação anestésica, o paciente e seu acompanhante são direcionados para um apartamento. Durante a estadia na unidade pré-operatória, os pertences do paciente ficam guardados em armário trancado com chave. O *conciérge* é o profissional que atende os familiares e acompanhantes no período em que o paciente encontra-se no CC.

De forma a manter a agilidade do processo, optou-se por profissionais de enfermagem que tenham grande conhecimento e experiência na área. A necessidade de familiaridade com o procedimento cirúrgico e com as orientações necessárias para preparo levou a seleção de uma equipe assistencial composta exclusivamente por profissionais do centro cirúrgico, bem como a coordenação de enfermagem.

Os profissionais mantiveram o uso de roupa privativa para manter a característica de unidade restrita, e a proximidade ao centro cirúrgico facilita a transição entre as unidades caso seja necessária. Com o início das atividades neste setor, os profissionais passaram a realizar atividades assistenciais exclusivamente no pré-operatório.

Para avaliar a gestão dos processos, foram selecionados indicadores para mensurar os resultados da unidade, contemplados por fluxo de admissão na unidade, cirurgias iniciadas sem atraso e demarcação da lateralidade ou marcação do sítio operatório.

Por se tratar de instituição privada, foi necessário intervenção junto aos cirurgiões, que se deu por meio de um

convite para conhecer a proposta da unidade e suas instalações e explicação de seu processo de funcionamento, convidando-os a liberar a admissão de seus pacientes.

Para este estudo, desejava-se também mensurar a percepção dos clientes médicos sobre a unidade. Para isso, um instrumento foi desenvolvido pelo pesquisador com os itens: logística da internação; atendimento focado; agilidade do tempo de preparo; deficiência nas acomodações. A criação da unidade foi baseada em serviços americanos e europeus, que consistem em acomodar os pacientes em pré-operatório em área próxima do bloco operatório, com atendimento da equipe de centro cirúrgico, que possui conhecimento técnico especializado no preparo e na rotatividade dos pacientes. Cada item apresentava respostas de múltipla escolha e, ao final, havia um espaço destinado a comentários (Anexo 1).

Esse instrumento foi validado por meio de uma discussão interdisciplinar com profissionais das áreas de superintendência de atendimento e operações, anesthesiologista, cirurgiões e equipe de enfermagem do centro cirúrgico.

O período de avaliação compreendeu os meses de outubro a novembro de 2012. A cada profissional médico que era atendido na unidade, foi entregue uma carta explicando o intuito do preenchimento do instrumento de pesquisa, sem compromisso. Para aqueles que desejassem responder, o instrumento era entregue como uma pesquisa de satisfação de serviço. Os instrumentos respondidos eram colocados em um envelope e analisados posteriormente.

## RESULTADOS

Após seis meses de implantação da unidade, percebeu-se o aumento de interesse dos cirurgiões pela admissão de seus pacientes. Isso reflete no alcance dos objetivos primários da instalação da unidade, a otimização dos leitos hospitalares e do processo assistencial ao paciente cirúrgico por meio do cuidado focado.

Em relação ao instrumento aplicado, foram consultados 33 clientes de diferentes categorias médicas (Figura 1), que responderam ao questionário sobre a unidade pré-operatória. Verificamos que, para 100% deles, a unidade contribuiu significativamente para o plano de trabalho devido à agilidade no preparo do paciente a ser encaminhado ao Centro Cirúrgico.

Na Tabela 1, apresentamos o percentual de respondido instrumento aplicado às equipes médicas. Para 97% dos

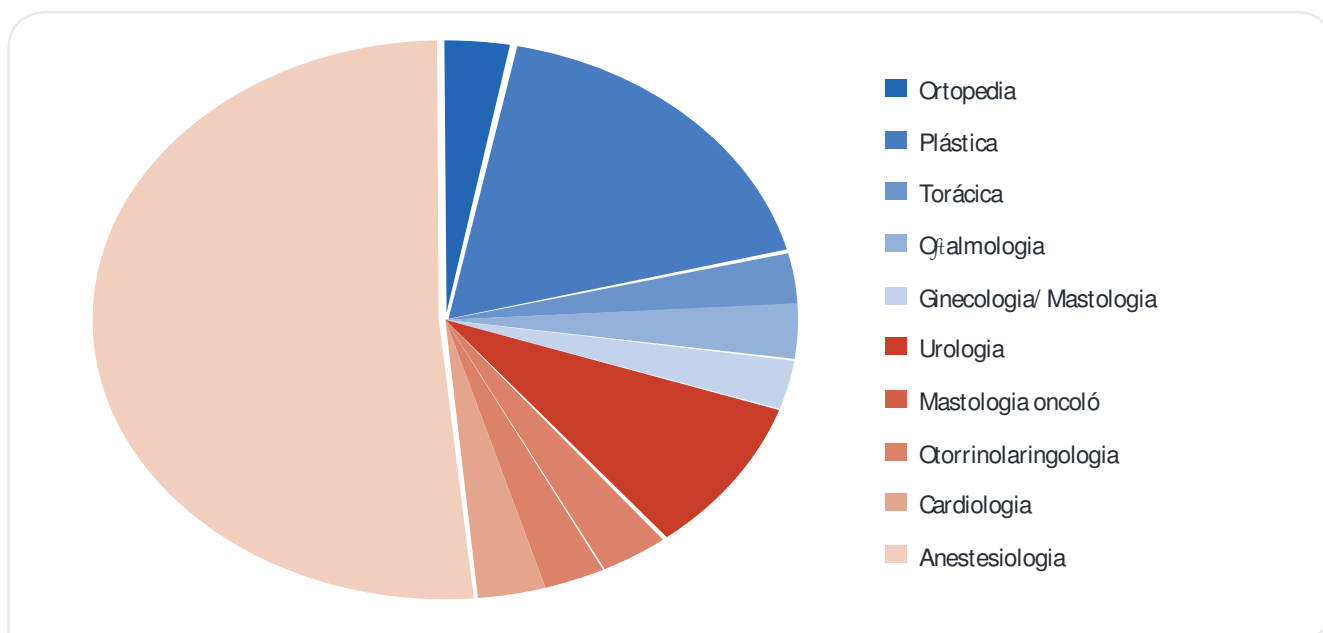


Figura 1. Distribuição de especialidades médicas que responderam ao instrumento de pesquisa. São Paulo-SP, 2012.

profissionais respondentes, houve também uma melhoria na redução do tempo relacionado à logística da internação, pois o paciente é direcionado para o leito onde há um atendimento focado no preparo do paciente cirúrgico. Para 91%, a unidade trouxe uma melhoria significativa para o cliente, sendo esta aliada à agilidade do processo. Sessenta e um por cento (61%) dos entrevistados responderam que a unidade compensa totalmente a deficiência nas acomodações, mesmo que ainda necessite de melhorias; já 85% consideraram que a implantação dessa área seguindo modelos americanos e europeus foi uma decisão acertada da direção do Hospital.

Verifica-se a satisfação da equipe médica com a unidade nos relatos sobre a percepção da unidade e o sobre o atendimento desenvolvido. Destacamos os seguintes depoimentos deixados no espaço destinado a comentários no instrumento de avaliação:

Como há leitos exclusivos para o pré-operatório, não é necessário aguardar um quarto, o que pode demorar se o hospital estiver cheio. A enfermagem é mais ágil por estar focada no preparo cirúrgico. Antes, o pré-operatório, estimo, levava o dobro do tempo. Agilizou-se muito o processo com a nova unidade. A grande ansiedade dos pacientes e familiares é pelo procedimento, então eles também preferem agilizar o processo. (R1)

Tabela 1. Percentual de respostas provenientes do instrumento aplicado. São Paulo-SP, 2012.

variáveis	N	%
Logística da internação		
Melhoria na redução do tempo	32	97
Mudança neste processo não foi significativa	1	3
Mudança prejudicou o processo	–	0
Atendimento focado		
Houve melhoria significativa para o cliente	30	91
Manteve os mesmos resultados obtidos na UI	3	9
Não houve melhoria	–	0
Agilidade do tempo do preparo		
Contribui significativamente para o plano de trabalho	33	100
Não alterou a rotina	–	0
Deficiência nas acomodações		
A agilidade no processo compensa totalmente esta deficiência	20	61
Compensa parcialmente	12	36
Não compensa, pois traz dissabores aos clientes	1	3
Unidade baseada em serviços americanos e europeus		
Foi uma decisão acertada da direção da Instituição	28	85
Não foi uma decisão acertada, pois impactou negativamente na percepção dos clientes	–	0
Foi uma decisão administrativa correta, mas as acomodações devem melhorar	5	15

Grande melhoria na logística, facilitando marcação pré-operatória e diminuindo o tempo de chegada do paciente no CC... É a única vista nos grandes hospitais de São Paulo e contribui muito para diminuir o tempo de internação, diminuindo em muito o atraso no início dos procedimentos cirúrgicos. (R3)

Em relação à disposição da unidade no que diz respeito à planta física e à acomodação, foram relatados como pontos a ser melhorados a ausência do banheiro privativo para os oito leitos, evidenciado pelo comentário:

O atendimento pessoal compensa o espaço físico. A falta de banheiro privativo é importante. (R2)

Em contrapartida, outra perspectiva relata não comprometer o atendimento.

As acomodações são satisfatórias não compromete em nada a eficiência do processo (R3)

Como sugestão, destaca-se a de apresentação prévia da unidade.

Para evitar o impacto negativo da acomodação, deve haver uma explicação prévia para o paciente do pit stop na unidade, enfatizando o perfil e os objetivos desta principalmente dizendo que já é um setor integrado ao CC. (R1)

Em relação aos indicadores avaliados, observou-se a redução dos atrasos para início das cirurgias (Figura 2). A proximidade com o centro cirúrgico facilitou a busca pelo paciente e o contato pré-operatório com os membros da equipe.

A proximidade e o conhecimento dos profissionais de centro cirúrgico trouxeram à unidade a demarcação de lateralidade (Figura 3) e o preenchimento correto dos formulários necessários.

Em janeiro de 2012, a taxa de ocupação era de 84%; em fevereiro, 87%; em março, 90,3%, e em abril, 88,8%. Após a abertura da unidade em maio de 2012, observou-se acréscimo desses valores, com as seguintes porcentagens: maio, 91,7%; junho, 93,1%; julho, 91,6%; agosto, 89%; setembro, 91,3%; outubro, 91%; novembro, 87% e dezembro, 87,3%.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram a eficiência de uma unidade pré-operatória como estratégia de otimização do centro cirúrgico, estabelecendo os processos com agilidade, por uma equipe com olhar focado neste tipo de paciente.

Em um estudo realizado em 2003 no Arizona, EUA, a equipe multidisciplinar de uma instituição hospitalar reuniu-se, tendo como objetivo propor estratégias para diminuição do tempo de preparo dos pacientes cirúrgicos, afim de que estivessem prontos com trinta minutos de antecedência ao horário do agendamento cirúrgico. A área pré-operatória foi preparada com essa finalidade e os processos dinâmicos foram estabelecidos, além do preparo da equipe. Noventa e

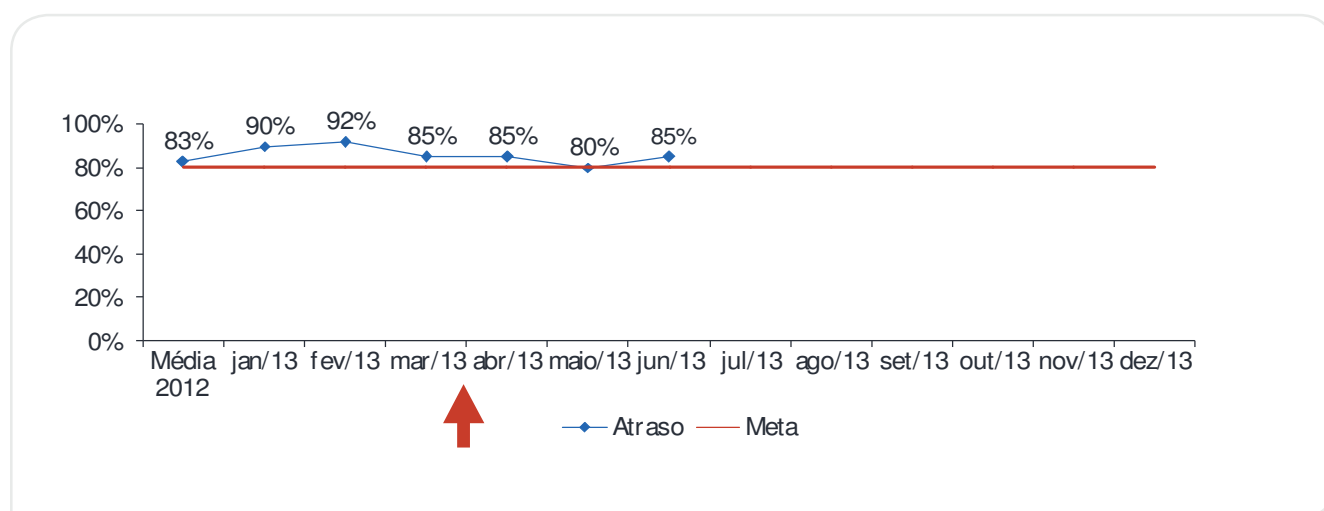


Figura 2. Indicador de número de cirurgias iniciadas sem atraso. São Paulo-SP, 2013.

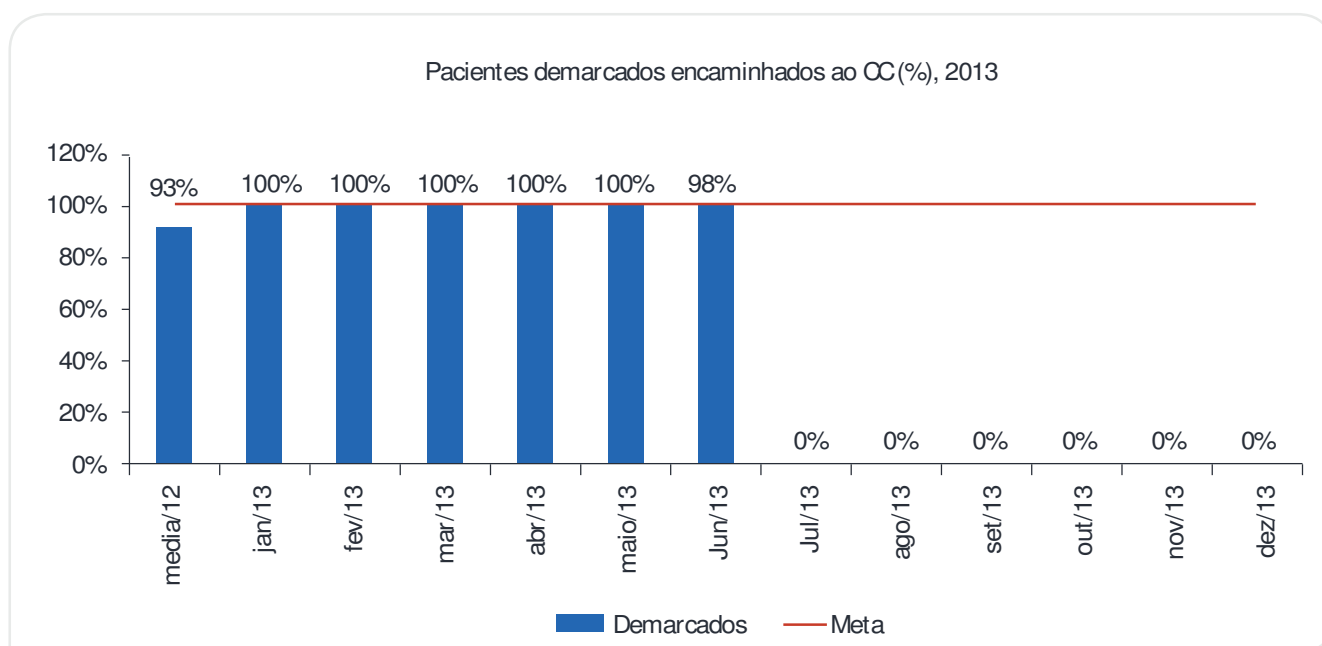


Figura 3. Indicador de marcação da lateralidade cirúrgica. São Paulo-SP, 2013.

oito pacientes foram acompanhados e, como resultado, os pesquisadores obtiveram 7% de redução nos atrasos para o preparo de pacientes, o que não foi considerado tão significativo. Porém, a pesquisa permitiu reconhecer que a possibilidade de um atendimento rápido, eficiente e seguro também pode ser desenvolvida nas instituições de saúde<sup>9</sup>.

Na tentativa de dialogar com a experiência citada, além de propor processos eficazes e dinâmicos, agilizando o preparo e o encaminhamento dos pacientes ao centro cirúrgico e evitando atrasos para o início do procedimento, buscou-se atender às exigências da certificadora de qualidade *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e conhecer as impressões dos clientes médicos.

Em 2004, a JCAHO implanta o Protocolo Universal, que inclui os seguintes elementos: verificação pré-operatória, marcação do sitio cirúrgico e processo do *timeout* no intra-operatório<sup>10</sup>. O *time out* é um momento de pausa que consiste em uma etapa fundamental realizada em sala cirúrgica antes do início do procedimento; e tem por objetivo avaliar e assegurar que o paciente, o local cirúrgico, o procedimento e o posicionamento estejam corretos e que todos os documentos, equipamentos e informações estejam disponíveis. Nessa etapa, todo o processo de conferência é realizado verbalmente, em voz alta e com a participação da totalidade dos membros da equipe cirúrgica; também é requerida a interrupção de toda e qualquer atividade em

sala. A leitura dos itens é realizada de forma integral e exatamente como escrito no prontuário do paciente<sup>8</sup>.

A primeira etapa do protocolo universal da JCAHO, a verificação pré-operatória, visa assegurar que todos os documentos e informações relevantes e equipamentos estejam disponíveis antes do início do procedimento, corretamente identificados e etiquetados, concordantes com o registro de identificação do paciente e que sejam consistentes entre si, com as expectativas do paciente e com a compreensão da equipe sobre o paciente, o procedimento e o local da cirurgia. A falta de informações ou discrepâncias devem ser abordadas e resolvidas antes do início do procedimento cirúrgico<sup>8,11</sup>.

Devido à proximidade com o Centro Cirúrgico (no mesmo andar), houve maior facilidade para a demarcação da lateralidade pelo profissional médico e o preenchimento de todos os impressos necessários. Além disso, o CC também agrega ganhos no novo modelo, dado o maior controle da operacionalização do plano de cirurgias pela redução de atrasos e maior facilidade de remanejamentos de horários, quando necessário.

Nos resultados deste estudo, a demarcação de lateralidade alcançou níveis de 100%, excelência no cuidado em relação à meta 1 da cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (correta identificação do paciente e local cirúrgico). Esses níveis não conseguiram ser alcançados em outros estudos: em um estudo em Porto Alegre (RS), constatou-se que 81,5% dos

profissionais aderiram à primeira marcação da lateralidade, e 15,3% aderiram à segunda marcação<sup>12</sup>.

Quanto ao atraso cirúrgico, esta nova unidade permitiu que os indicadores fossem mantidos dentro da meta preestabelecida, acima de 80%. Em outro estudo, o atraso cirúrgico foi a principal justificativa identificada entre as suspensões cirúrgicas<sup>13</sup>, com 28 relatos (60,90%). Sabe-se que a suspensão de cirurgia acarreta em perda substancial de retorno financeiro para o centro cirúrgico, pois demanda hora ociosa de sala operatória e de colaborador, e reduz o retorno financeiro.

Outro fato evidente neste estudo foi a alta dos índices de ocupação hospitalar, evidenciados pelas porcentagens mensuradas nos meses subsequentes à abertura da unidade pré-operatória. Antes da abertura desta unidade, os leitos até então reservados no dia anterior para as cirurgias — puderam ficar disponíveis, melhorando a distribuição dos pacientes e evitando ociosidade dos apartamentos, pois muitas vezes são alterados os destinos pós-cirúrgicos dos pacientes por necessitarem de outro tipo de unidade. Trata-se de um novo conceito de assistir pacientes, considerando processos mais eficazes e otimização de recursos, sem perder de vista a atenção e o “calor humano” no atendimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Unidade Pré-operatória foi implementada como uma oportunidade de minimização da falta de leitos, visando centralizar serviços de modo a agilizá-los e a promover maior integração e continuidade dos cuidados pré-operatórios à assistência proposta pela unidade de Centro Cirúrgico. Nesse sentido, entendemos que os resultados, até então, têm sido muito relevantes à Instituição e proporcionam um melhor andamento das atividades administrativas e assistenciais.

Isto nos estimula em um período de expansão, a planejarmos uma estrutura física, que traga mais conforto aos nossos clientes e seus acompanhantes ou familiares, além do conhecimento científico, aliado à capacitação técnica e a uma atitude positiva, que garantem a qualidade da assistência e a competência profissional.

Desta forma, continuaremos a buscar recursos, não medindo esforços para o alcance de nossas metas. Acreditamos que nossos resultados possam ser usados como incentivo para outras instituições que buscam a melhoria do desenvolvimento de seus serviços.

## REFERÊNCIAS

- Gurgel Junior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(2):325-34.
- Corrêa HL, Caon M. Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas; 2002.
- Cerili D, Ceretta GF, Rocha AC, Canterile NMG. Análise da satisfação dos usuários dos serviços de clínicas médica e cirúrgica em um hospital do Sudoeste do Paraná. *RAHIS*. 2014;11(2):106-22.
- Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Publica*. 2012;28(5):955-64.
- Perroca MG, Jericó MC, Facudin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):113-9.
- Santos MC, Rennó CSN. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *RAS*. 2013;15(58):27-36.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC. Práticas recomendadas SOBECC: centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização. 6. ed. São Paulo: Manole; 2013.
- Joint Commission Resources. Papel do enfermeiro na segurança do paciente e nos resultados do atendimento. In: *Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 107-41
- Celik J. Decreasing perioperative delays – a rapid process improvement project. *AORN J*. 2003;77(4):737-41.
- Conrardy JA, Brenek B, Myers S. Determining the state of knowledge for implementing the universal protocol recommendations: an integrative review of the literature. *AORN J*. 2010;92(2):194-207.
- Vendramini RCR, Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Patient safety in oncology surgery: experience of the São Paulo State Cancer Institute. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):827-32.
- Santos CM, Caragnato RCA, Moraes CS. Equipe cirúrgica: adesão à meta 1 da cirurgia segura. *Rev SOBECC*. 2013;18(4):47-56.
- Barbosa MH, Miranda Gourlat DM, Vieira de Andrade E, De Mattia AL. Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. *Enferm Glob*. 2012;26:174-83.



## Anexo 1 – Instrumento de coleta de dados

### SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO E OPERAÇÕES

#### UNIDADE PRÉ-OPERATÓRIA

Enf<sup>a</sup> Daniela Magalhães Bispo

A Unidade Pré-operatória foi estruturada para integrar o preparo dos pacientes cirúrgicos ao ambiente e rotinas já vigentes ao Centro Cirúrgico, centralizando o controle a esta equipe. Assim, os pacientes que não necessitam internação na véspera da cirurgia são admitidos nesta Unidade, onde é realizada a avaliação multidisciplinar, exames, tricotomia, higienização e antissepsia, além de receber todas as informações necessárias junto a um acompanhante, agilizando, assim, a sua chegada à sala operatória.

O intuito deste questionário é saber a opinião dos senhores sobre a unidade e os benefícios proporcionados, bem como receber sugestões para futuras melhorias.

#### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ESPECIALIDADE MÉDICA: \_\_\_\_\_

1. Referente à logística da internação até a chegada do cliente à Unidade Pré-operatória *versus* unidade de internação (apartamento). Você considera que ocorreu:

- melhoria em redução de tempo
- a mudança neste processo não foi significativa
- a mudança prejudicou o processo

Comentários: \_\_\_\_\_

2. Referente ao atendimento focado prestado ao paciente nesta unidade, como: avaliação de enfermagem, avaliação anestésica, tricotomia, antissepsia, proximidade ao CC, marcação da lateralidade, marcação para cirurgia plástica, preenchimento dos impressos necessários. Você considera que:

- Houve melhoria significativa para o seu cliente
- Manteve os mesmos resultados obtidos nas unidades de Internação
- Não houve melhoria

Comentários: \_\_\_\_\_

3. A Unidade Pré-operatória mediu os tempos de preparo e os avaliou até o momento do “paciente pronto para o CC”, com tempo médio de 30’ e mediana de 10’ à 40’. Você considera que esta agilidade:

- Contribuiu significativamente para o seu plano de trabalho
- Não alterou sua rotina

Comentários: \_\_\_\_\_

4. Reconhecendo o padrão de excelência dos nossos clientes, a Unidade Pré-operatória foi criada com o objetivo de agilizar o processo. No entanto, temos a convicção de que melhorias nas acomodações são necessárias. Você considera que:

- A agilidade no processo compensa totalmente esta deficiência
- Compensa parcialmente
- Não compensa, pois traz dissabores aos seus clientes

Comentário: \_\_\_\_\_

5. Em relação à implantação da Unidade Pré-operatória ter sido baseada em serviços americanos e europeus, que buscam eficiência no processo, você considera que:

- ( ) Foi uma decisão acertada da direção da instituição, a implantação desta área
- ( ) Não foi uma decisão acertada, pois impactou negativamente na percepção dos clientes
- ( ) Foi uma decisão administrativa correta, mas as acomodações devem melhorar

Comentários: \_\_\_\_\_

SUGESTÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_