



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

JULIANA APARECIDA BALDO AMARAL

**INDICADORES DE QUALIDADE EM CENTRO CIRÚRGICO
ESPECIALIZADO EM DERMATOLOGIA:
da implantação à análise**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissionalizante da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Gerenciamento de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Wilza Carla Spiri
Coorientador: Prof. Dr. Márcio Antônio de Assis

**BOTUCATU
2016**

JULIANA APARECIDA BALDO AMARAL

**INDICADORES DE QUALIDADE EM CENTRO CIRÚRGICO
ESPECIALIZADO EM DERMATOLOGIA:
da implantação à análise**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissionalizante da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Gerenciamento de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Wilza Carla Spiri
Coorientador: Prof. Dr. Márcio Antônio de Assis

**BOTUCATU
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Amaral, Juliana Aparecida Baldo.

Indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico
especializado em dermatologia : da implantação à análise /
Juliana Aparecida Baldo Amaral. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Wilza Carla Spiri
Coorientador: Márcio Antônio de Assis
Capes: 40401006

1. Enfermagem. 2. Centros cirúrgicos. 3. Indicadores de
qualidade em assistência à saúde. 4. Prática profissional -
Administração. 5. Dermatologia.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Enfermagem; Gerenciamento
da prática profissional; Indicadores de qualidade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Aparecida Baldo Amaral

INDICADORES DE QUALIDADE EM CENTRO CIRÚRGICO ESPECIALIZADO EM DERMATOLOGIA: da implantação à análise.

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado Profissional – na Área de concentração – Gerenciamento de Serviços de Saúde e de Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Adjunta Wilza Carla Spiri

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Silvana Andrea Molina Lima

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dra. Helóisa Cristina Quatrini Carvalho Passos Guimarães

Instituição: Instituto Lauro de Souza Lima

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

ao meu marido Fabiano

pelos anos de amor, companheirismo, alegrias e por acreditar em mim e me fazer acreditar que sou capaz!

E por sempre estar incondicionalmente ao meu lado.

Quantas vezes pensei em desistir, mas você sempre me valorizando e acreditando na minha capacidade de ir além.

Nos momentos mais difíceis, que não foram raros, principalmente neste último ano, você nunca me faltou. Lembro as inúmeras vezes que me disse que todo o esforço e lágrimas derramadas valeriam a pena. Você, melhor do que ninguém, sabe que me entreguei de corpo e alma a essa jornada.

Hoje, exausta de tanto estudar, posso dizer que você tinha razão. Tenho a sensação de dever cumprido!

Obrigada por me ouvir falar incansavelmente em Enfermagem, qualidade, indicadores de qualidade, Centro Cirúrgico, coleta de dados, Exame de Qualificação, Defesa etc.

Peço desculpas pelas inúmeras vezes que não estive presente em momentos importantes de sua vida, por estar mergulhada em meus estudos.

Escreveria aqui inúmeras páginas, porém nada expressaria o quanto sou grata a Deus por ter colocado você em minha vida.

Obrigada por viver esse sonho ao meu lado. Serei eternamente grata pelos gestos carinhosos, pelos sorrisos, pelas renúncias dedicadas a mim.

Presente de Deus!!! De sempre e para sempre!!!

aos meus pais Clarice e Aurélio (sempre presente)

De todos os amores que podemos receber durante a vida, o amor dos pais é, sem dúvida, o maior e o mais especial. Não existe outro que consiga ser incondicional e demonstrar ao mesmo tempo um interesse tão grande e genuíno pela nossa felicidade.

Dedico a conclusão desse trabalho a vocês que me amaram antes mesmo que eu existisse e que um dia sonharam comigo. Vocês que se alegraram com a minha chegada ao mundo, acompanharam meu crescimento, ensinaram-me a sorrir, a respeitar, a agir e trabalharam dobrado, sacrificando seus sonhos em favor dos meus, assim dando base para construir minha vida. Não foram apenas pais, mas amigos e companheiros, mesmo nas horas em que meus ideais pareciam distantes e inatingíveis. Incontáveis foram as vezes que meu cansaço e preocupação foram compartilhados com vocês, procurando amenizar minha ansiedade, mantendo-me firme diante dos obstáculos, numa união que me incentivava a prosseguir... O momento que vivo agora é fascinante e só existe porque vocês se doaram em silêncio, mesmo a distância e com a saúde tão fragilizada.

A conquista desta etapa, embora me cause uma grande satisfação pessoal e profissional, foi muito mais difícil e dolorosa sem a sua presença meu pai, que infelizmente, poucos dias antes da Defesa do Mestrado, nos deixou.

Como foi difícil prosseguir sem você ao meu lado.

O Senhor sempre foi e sempre será o meu maior exemplo de dedicação ao trabalho, esforço, honestidade, simplicidade e respeito ao próximo.

Nessa mistura de sentimentos, dedico a conclusão desse estudo a vocês, meus pais queridos, com a mais profunda admiração e respeito. Vocês são uma bênção sem comparação e só espero que um dia os meus filhos possam ter o mesmo orgulho de mim.

Hoje a emoção me cala, ficando a certeza de que lhes ofereço esta vitória. Abro meu coração num sincero amor a vocês!

Muito obrigada por tudo.

Saudades meu pai!!!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

O meu mais profundo agradecimento é dirigido à Professora Doutora Wilza Carla Spiri, por tornar o sonho do Mestrado realidade.

Serei eternamente grata não só pela orientação deste trabalho, mas pela confiança em mim depositada, sempre acreditando em meu potencial de uma forma que eu não acreditava ser capaz de corresponder.

Sou grata pelo entusiasmo, disponibilidade, amizade, ensinamentos, oportunidade de trabalhar ao seu lado e pela forma suave com que me conduziu neste desafio, amenizando as dificuldades e tornando tudo muito mais produtivo, agradável e prazeroso.

Obrigada por sempre estar ao meu lado. O cansaço e o desânimo por diversas vezes me consumiram e a senhora sempre firme e com uma tranquilidade que acalmava meu coração.

Posso afirmar que não foi apenas mais uma orientadora, mas, em muitos momentos, conselheira, confidente e uma importante amiga.

Sem dúvida alguma, considero-a como meu maior exemplo profissional.

Obrigada por estar a meu lado e acreditar tanto em mim! Que Deus possa lhe abençoar com muita saúde, paz, sucesso e sabedoria!!!

AGRADECIMENTOS

Ao Divino Pai Eterno (Deus Pai, Filho e Espírito Santo), a quem devo TODAS as coisas. Senhor, “Tu és o Deus da minha Salvação, és o meu dono, minha paixão, minha canção e o meu louvor”!

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Márcio Antônio de Assis, por sempre enriquecer a nossa pesquisa com seus conhecimentos; pelo respeito, paciência e que apesar da distância, fazer-se presente em todos os momentos necessários.

Aos meus amigos e funcionários do Centro Cirúrgico do Instituto Lauro de Souza Lima, pelo apoio, compreensão e carinho. Agradeço cada palavra, cada gesto que contribuíram para meu crescimento e fortalecimento. Obrigada por mergulharem comigo nesse processo de busca pela qualidade. Vocês são parte da minha vida. Seus nomes ficam gravados nesta página no anonimato, pois são muitos e tenho receio de me esquecer de alguém.

À minha chefe, Enfermeira Michela Gavioli Pinto, por todo o apoio, por compreender minhas ausências aos plantões nos períodos de aula e pela troca de experiências que enriqueceram esta pesquisa. Obrigada por sempre entender a importância e o significado do Mestrado para minha vida profissional e por estar ao meu lado em todos os momentos mais importantes dessa trajetória.

A minha amiga e companheira de trabalho, Enfermeira Ana Paula Pereira Dias, pelo apoio, compreensão, amizade e por compartilhar os principais momentos da nossa trajetória profissional.

À Dra. Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos Guimarães, Pesquisadora Científica do Instituto Lauro de Souza Lima, pelas inúmeras vezes que esteve ao meu lado, apoiando-me e trazendo riquezas de conhecimentos à pesquisa. A sua sensatez, calma e docilidade nos principais momentos de ansiedade me fizeram seguir em frente. Um exemplo de pessoa e profissional.

A todos os amigos do Mestrado, em especial, Roberta, Marcela e Cariston. Quantas alegrias e ansiedades compartilhamos nessa caminhada!!! Quantas histórias, quantas preocupações, quanto aprendizado!!! Obrigada pelas inúmeras lágrimas derramadas!!! Obrigada pelos finais de semana, feriados e noites que passamos juntos no nosso grupo de *WhatsApp*, discutindo nossos estudos. Obrigada pelo companheirismo nos momentos de viagem, de seminários, de almoços, dentre tantos outros momentos de estudos e reflexões. O Mestrado, além de todo conhecimento proporcionado, trouxe-me amigos para a vida toda!!! Amo vocês...

À minha amiga querida Mariana da Costa Ferreira. Obrigada pelo apoio, amizade, cumplicidade, companheirismo, por sempre estar disponível em ouvir meus anseios, angústias, dúvidas e sempre, de maneira amiga e carinhosa, ajudar em minhas principais dificuldades. O caminhar se tornou mais agradável e prazeroso a seu lado. Que Deus a abençoe em sua infinita bondade! A você, minha sincera e eterna amizade!!!

À minha amiga e companheira de trabalho, Flávia Fernanda Rosa D' Aquino, por me incentivar a concretizar o sonho de cursar o Mestrado. Você foi a primeira pessoa que, junto comigo, acreditou nesse sonho, sendo a minha principal incentivadora. Obrigada também pelos "puxões de orelha" nas minhas fraquezas.

À Enfermeira Elaine Nunes Fagundes, responsável pela CCIH do hospital, pela parceria no levantamento dos dados referentes ao indicador Taxa de Infecção em Sítio Cirúrgico. Além da parceria, agradeço imensamente suas palavras de apoio e carinho nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

À Professora Cinthia M. R. Remaeh, pela atenção dedicada ao meu trabalho nas correções do Português. Obrigada pela agilidade e pela excelência em seu trabalho.

Ao Dr. José Eduardo Corrente, pela análise estatística dos resultados da pesquisa. Obrigada pela excelência em seu trabalho.

Ao Instituto Lauro de Souza Lima, em especial à minha Diretora de Enfermagem Selma Regina Axcar Salotti, por permitir o desenvolvimento dessa pesquisa na unidade de Centro Cirúrgico, por todas as palavras de carinho e incentivo e por se fazer presente nos momentos mais importantes dessa trajetória.

Ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista – UNESP, por toda prontidão, eficiência, competência e atenção dispensadas aos alunos.

Aos Professores da Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista – UNESP, pelos infindáveis conhecimentos compartilhados. Levo cada um de vocês em meu coração, como exemplos fortes de profissionalismo, respeito e amor à profissão.

À bibliotecária Meire, pela excelência e dedicação dispensada ao meu trabalho. Obrigada pela agilidade, respeito e competência com que sempre me atendeu.

Ao César, Secretário do Departamento de Enfermagem, e ao Beto, do Comitê de Ética e Pesquisa, por todo profissionalismo, eficiência, carinho e respeito dedicado aos alunos.

Agradeço a todos aqueles que deram a sua contribuição para que este sonho se tornasse realidade.

“Seja forte e corajoso! Não fique desanimado, nem tenha medo, porque eu, o Senhor, seu Deus, estarei com você em qualquer lugar para onde você for”!

(Josué 1.9)

Amaral JAB. Indicadores de qualidade em centro cirúrgico especializado em dermatologia: da implantação à análise [Dissertação de Mestrado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP; 2016.

RESUMO

Introdução: a preocupação com a qualidade nas organizações de saúde tem se manifestado por meio da busca de melhores práticas para atender tanto o mercado competitivo, como os seus clientes. Portanto, torna-se necessário e urgente dispor de informações relevantes para planejar, desenvolver e avaliar as ações de modo a instrumentalizar os gestores para avaliarem seus processos com racionalidade e criticidade. A utilização de indicadores é uma forma adequada de mensurar, comparar e agregar o juízo de valor ante o encontrado e o ideal estabelecido. Para tanto, necessitam ter sua coleta e sistematização bem planejadas, como forma de facilitar o desempenho das atividades para melhoria dos processos de trabalho. O Centro Cirúrgico é considerado uma das unidades mais complexas e específicas do hospital, cujo desempenho está diretamente relacionado com a qualidade de seus próprios processos e com os processos dos serviços que o apoiam. **Objetivo:** implantar e analisar indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico de um hospital especializado em dermatologia. **Método:** estudo descritivo, analítico, prospectivo e transversal com abordagem quantitativa. O cenário da pesquisa foi um hospital público, especializado em dermatologia, no interior do Estado de São Paulo. A primeira etapa do estudo foi a busca de indicadores adequados para uso no Centro Cirúrgico de acordo com as características do hospital estudado e segundo a literatura existente nessa área. A segunda etapa consistiu na construção do instrumento para coletar os indicadores selecionados. A terceira etapa foi a implementação dos indicadores por meio de um processo educativo que avaliou o conhecimento prévio e posterior à realização do treinamento e a quarta etapa consistiu no levantamento e análise dos indicadores selecionados e implementados por essa pesquisa. **Resultados:** a busca na literatura, somada à necessidade da instituição, nortearam a seleção dos indicadores e a elaboração de instrumento estruturado para coleta de dados. Para implantação, realizou-se treinamento com 18 colaboradores, sendo possível inferir maior conhecimento sobre o assunto, após o processo educativo. Foram selecionados, de

acordo com a significância e para análise, os indicadores: taxa de cirurgias suspensas, taxa de infecção em sítio cirúrgico em cirurgias limpas, taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem, taxa de registros de enfermagem incompletos no período perioperatório, taxa de absenteísmo de enfermagem e taxa de ocupação (tempo total da Sala Operatória utilizada). Além dos indicadores, delineou-se o perfil dos pacientes e atendimentos do Centro Cirúrgico, de modo a conhecer o perfil institucional. **Produto:** a construção do instrumento para coletar os indicadores selecionados na literatura e adequados ao Centro Cirúrgico, bem como a implementação desses indicadores por meio de um processo educativo à equipe de enfermagem, constituíram-se nos produtos resultantes dessa pesquisa. **Conclusões:** a seleção dos indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico propostos na literatura e adequados às características do hospital permitiu a construção de instrumento estruturado prático e apropriado à rotina local, contemplando aqueles referentes aos processos assistenciais e aos de gestão. O processo educativo junto à equipe atuante foi o que viabilizou essa implantação. A análise dos indicadores após um ano de coleta de dados, evidenciou características dos processos até então desconhecidas pelos membros da equipe, sendo possível atuar diretamente nas principais necessidades da unidade, proporcionando padronização e melhorias ao Centro Cirúrgico.

DESCRITORES: Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Gerenciamento da prática profissional. Enfermagem. Centros cirúrgicos.

Amaral JAB. Indicators of quality in operating room in a dermatology hospital: from implementation to analyses [Dissertação de Mestrado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP; 2016.

ABSTRACT

Introduction: the preoccupation with the quality in health organizations has been manifested through the search for better practices to meet not only the competitive market but also its customers. Therefore, it is fundamental and immediate to gather relevant pieces of information to plan, develop and evaluate the practices that are proposed and provide managers with instruments to evaluate their processes rationally and critically. The use of indicators is an applicable way to measure, compare and provide value face what is found and the established ideal. For this purpose, the collection and systematization need to be well planned in a way to facilitate the development of activities in order to improve the processes of work. The Operating Room is considered one of the most complex and specific unit of a hospital, whose performance is straightforwardly related to the quality of its own processes and with those services that are supported by it. **Objective:** implement and analyze the indicators of quality of an Operating Room of a hospital specialized in dermatology. **Method:** it is a descriptive, analytical, prospective and cross-sectional study with a quantity approach. The venue of the research was a public hospital specialized in dermatology in a city of São Paulo state. In the first stage of the study, it was sought suitable indicators to use in the Operating Room, according to the characteristics of the chosen hospital and according to the literature found in the area. The next stage, the instrument was constructed in order to collect the selected indicators. The third stage was consisted of the implementation of indicators through an educative process that assessed the background knowledge and posterior knowledge after the training. The fourth stage was related to the survey and analyze of selected indicators. **Results:** the research in literature and the necessities of the institution were a guide to select and elaborate an instrument tailored to collect these data. To implement, it was performed a training with 18 members of staff, in which was possible to infer that the knowledge about the issue was higher after the educative process. According to the level of significance and analyses, the following indicators were selected: rate of

cancelled surgeries, rate of infection in clean Operating Rooms, rate of accidents with nursing professionals, rate of incomplete reports performed by nurses in the perioperative period, rate of absenteeism in nursing and rate of occupation (total amount of time needed in Operating Room.). Besides the indicators, a profile of patients and services in Operating Room was outlined to have knowledge of the profile of the institution. **Product:** the construction of an instrument to collect the selected indicators in literature and suitable to the Operating Room as well as the implementation of them through an educative way to the nursing team were the products of this study. **Conclusions:** the selection of indicators of quality in Operating Room found in literature and relevant to the characteristic of the hospital allowed the construction of a structured and practical instrument appropriated to the routine of the place, contemplating those referring to the processes of assistance and the managers. The educative process added to the team was what enabled this implementation. The analyses of the indicators after one year of collecting data highlighted the characteristics of the processes that were unknown by the members of the team what make it possible to perform directly on the main necessities of the unit, providing a standard and improvements to the Operating Room.

DESCRIPTORS: Indicators of quality in health assistance. Management of professional practice. Nursing. Operating rooms.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Esquema demonstrativo da trajetória percorrida para o alcance dos objetivos do estudo. Bauru, 2016.....	29
Figura 2	– Os três componentes para avaliação dos serviços de saúde segundo Donabedian.....	45
Figura 3	– Etapas do procedimento metodológico. Bauru, 2016.....	85
Figura 4	– Distribuição dos procedimentos cirúrgicos de acordo com as especialidades (agosto de 2015 a julho de 2016) (N=595). Bauru, 2016.....	112
Figura 5	– Distribuição dos procedimentos cirúrgicos de acordo com os tipos de atendimentos (agosto de 2015 a julho de 2016) (N=595). Bauru, 2016.....	112
Figura 6	– Distribuição das suspensões cirúrgicas (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016.....	114
Figura 7	– Distribuição das taxas de ISC em cirurgias limpas de acordo com as especialidades atendidas no Centro Cirúrgico (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016.....	118
Figura 8	– Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem/mês (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016.....	121
Figura 9	– Taxa de registros incompletos de enfermagem no período perioperatório (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016.....	124
Figura 10	– Taxa de absenteísmo de enfermagem – Categorias: auxiliares de enfermagem e enfermeiros (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016.....	127
Figura 11	– Distribuição das causas do absenteísmo entre as categorias de enfermagem (auxiliares e enfermeiros) (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016.....	129
Figura 12	– Taxa de ocupação SO 1, SO 2 e total (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição dos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico, segundo as variáveis independentes (N=18). Bauru, 2016.....	106
Tabela 2	– Resultados das questões objetivas aplicadas no pré e pós-teste no processo educativo. Bauru, 2016.....	107
Tabela 3	– Resultados das questões abertas aplicadas no pré e pós-teste no processo educativo. Bauru, 2016.....	109
Tabela 4	– Perfil dos atendimentos realizados no Centro Cirúrgico (N=595). Bauru, 2016.....	111
Tabela 5	– Taxa de cirurgias suspensas/mês. Bauru, 2016.....	113
Tabela 6	– Dados demográficos dos pacientes/procedimentos cirúrgicos suspensos (N=127). Bauru, 2016.....	115
Tabela 7	– Causas das suspensões cirúrgicas (agosto de 2015 a julho de 2016) (N=127). Bauru, 2016.....	116
Tabela 8	– Taxa de ISC em cirurgias limpas por especialidade/mês. Bauru, 2016.....	117
Tabela 9	– Distribuição dos pacientes com ISC segundo variáveis: sexo; idade; comorbidades; sinais e sintomas; medicações utilizadas no tratamento e tempo cirúrgico (N=14). Bauru, 2016.....	119
Tabela 10	– Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem/mês (auxiliares de enfermagem e enfermeiros). Bauru, 2016.....	120
Tabela 11	– Distribuição dos colaboradores com registros de acidentes de trabalho, segundo as variáveis: sexo, idade, categoria profissional e tipo de acidente – riscos (N=5). Bauru, 2016...	122
Tabela 12	– Taxa de registros incompletos no período perioperatório/mês. Bauru, 2016.....	123
Tabela 13	– Distribuição dos percentuais de preenchimento dos registros de enfermagem do Centro Cirúrgico (N=595). Bauru, 2016...	124
Tabela 14	– Taxa de absenteísmo de enfermagem (horas/mês) dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Bauru, 2016.....	126

Tabela 15	–	Distribuição dos dias de ausências de acordo com a categoria profissional e sexo. Bauru, 2016.....	127
Tabela 16	–	Causas do absenteísmo (agosto 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016.....	128
Tabela 17	–	Taxa de ocupação das SOs (1, 2 e total) do Centro Cirúrgico/mês. Bauru, 2016.....	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Componentes do conceito de qualidade de serviços de saúde.....	44
Quadro 2	– Pilares da qualidade segundo Donabedian.....	45
Quadro 3	– Conceitos-chave para segurança do paciente.....	54
Quadro 4	– Conceitos e definições para uso adequado de terminologias sobre indicadores de qualidade.....	63
Quadro 5	– Concepções necessárias aos indicadores (segundo John Sullivan).....	65
Quadro 6	– Classificação dos indicadores com base na dimensão de desempenho.....	66
Quadro 7	– Tipos de indicadores – unidades de medidas mais comuns...	67
Quadro 8	– Atributos de um bom indicador.....	68
Quadro 9	– Níveis de avaliação de treinamento – Donald Kirkpatrick.....	79
Quadro 10	– Plano de treinamento utilizado no processo educativo realizado com os colaboradores do Centro Cirúrgico, na implantação dos indicadores de qualidade. Bauru, 2016.....	89
Quadro 11	– Relação de indicadores de qualidade (assistenciais/gerenciais) implantados na unidade do Centro Cirúrgico. Bauru, 2016.....	102
Quadro 12	– Particularidades e características do instrumento de coleta de dados. Bauru, 2016.....	104
Quadro 13	– Características dos pacientes/cirurgias associadas à ISC.....	154

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AE	Armazenamento Estéril
AHRQ	<i>Agency for Health Research and Quality</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
ASHRM	<i>American Society for Healthcare Risk Management</i>
CBO	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CDM	Central de Distribuição de Materiais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CME	Centro de Material e Esterilização
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CSS	Coordenadoria dos Serviços de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DML	Depósito para Material de Limpeza
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DS	Doação de Sangue
EA	Eventos Adversos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FA	Falta Abonada
FAA	Ficha de Atendimento Ambulatorial
FI	Falta Injustificada
FJ	Falta Justificada

FM	Falta Médica
HGT	Hemoglicoteste
IAAS	<i>International Association for Ambulatory Surgery</i>
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
INSAG	Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômico Aplicadas
ISC	Infecções em Sítio Cirúrgico
LMDPF	Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família
LMME	Licença Médica Meio Expediente
LN	Licença Nojo
LS	Licença Saúde
MD	Medida de Dispersão
MP	Medida de Posição
MS	Ministério da Saúde
NAGEH	Núcleo de Apoio da Gestão Hospitalar
NPSF	<i>The National Patient Safety Foundation</i>
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Profilaxia Antimicrobiana Cirúrgica
PDCA	<i>Plan, Do, Control, Act</i>
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
PVPI	Iodopovidona
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SAME	Serviço de Atendimento Médico e Estatística
SEESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SHL	Serviço de Higiene e Limpeza
SO	Sala Operatória
SP	São Paulo

SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VPOE	Visita Pré-Operatória de Enfermagem

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	26
	EIXO NORTEADOR	29
1	INTRODUÇÃO	31
2	DELINEAMENTO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	36
3	OBJETIVOS	39
3.1	OBJETIVO GERAL.....	39
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
4	REFERENCIAL TEÓRICO	41
4.1	QUALIDADE EM SAÚDE.....	41
4.2	QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	48
4.3	INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE.....	60
4.4	INDICADORES DE QUALIDADE – ENFERMAGEM E CENTRO CIRÚRGICO.....	69
4.5	PROCESSO EDUCATIVO – TREINAMENTO.....	73
5	MÉTODO	82
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	82
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	83
5.2.1	Centro Cirúrgico	83
5.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	85
5.3.1	Etapa I – Escolha do Indicador	86
5.3.2	Etapa II – Construção do Instrumento de coleta de dados	87
5.3.3	Etapa III – Implantação do Indicador	88
5.3.4	Etapa IV – Coleta e análise do Indicador	89
5.3.4.1	Descrição dos indicadores selecionados para análise dos dados.....	90
5.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	99
5.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	99
6	RESULTADOS	102
6.1	ETAPA I – ESCOLHA DO INDICADOR.....	102

6.2	ETAPA II – CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	103
6.3	ETAPA III – IMPLANTAÇÃO DO INDICADOR.....	104
6.4	ETAPA IV – COLETA E ANÁLISE DO INDICADOR.....	110
6.4.1	Perfil dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico.....	110
6.4.2	Indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico.....	112
6.4.2.1	Taxa de cirurgias suspensas.....	113
6.4.2.2	Taxa de ISC em cirurgias limpas.....	116
6.4.2.3	Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem.....	119
6.4.2.4	Taxa de registro incompletos no período perioperatório.....	122
6.4.2.5	Taxa de absenteísmo de enfermagem.....	124
6.4.5.6	Taxa de ocupação (Tempo total de SO utilizada).....	129
7	DISCUSSÃO.....	133
7.1	ETAPA I – ESCOLHA DO INDICADOR.....	133
7.2	ETAPA II – CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	135
7.3	ETAPA III – IMPLANTAÇÃO DO INDICADOR.....	138
7.4	ETAPA IV – COLETA E ANÁLISE DO INDICADOR.....	141
7.4.1	Perfil dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico.....	142
7.4.2	Análise dos indicadores selecionados para pesquisa.....	144
7.4.2.1	Taxa de cirurgias suspensas.....	144
7.4.2.2	Taxa de ISC em cirurgias limpas.....	149
7.4.2.3	Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem.....	156
7.4.2.4	Taxa de registro incompletos de enfermagem no período perioperatório.....	159
7.4.2.5	Taxa de absenteísmo de enfermagem.....	163
7.4.2.6	Taxa de ocupação (Tempo total de SO utilizada).....	168
8	CONCLUSÕES.....	174
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	178
	REFERÊNCIAS.....	182
	APÊNDICES.....	214

APÊNDICE 1- Instrumento de coleta de dados implantado no Centro Cirúrgico. Bauru, 2016.....	215
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Bauru, 2016.....	234
APÊNDICE 3 - Questionário aplicado à equipe de enfermagem como parte do processo educativo sobre a implantação dos indicadores de qualidade com ênfase em Centro Cirúrgico (pré e pós-teste). Bauru, 2016.....	236
APÊNDICE 4 - Indicadores de qualidade implantados no Centro Cirúrgico. Bauru, 2016.....	239
APÊNDICE 5 - Particularidades dos indicadores de qualidade analisados na pesquisa. Bauru, 2016.....	244
APÊNDICE 6 - Solicitação de autorização para coleta de dados no hospital. Bauru, 2016.....	246
ANEXO 1 - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	248

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A busca por maiores esclarecimentos sobre a importância e benefícios trazidos pelo uso dos indicadores de qualidade, emerge desde a conclusão de minha graduação em Enfermagem e conseqüente atuações em cargos gerenciais, em diferentes seguimentos na área da saúde, tendo assim a oportunidade de me apropriar de conhecimentos acerca do objeto de estudo nessa trajetória profissional.

O desejo de desenvolver um trabalho voltado para qualidade, especificamente em Centro Cirúrgico, surgiu com minha aprovação em concurso público e conseqüente alocação na referida unidade de um hospital público especializado em dermatologia no interior do Estado de São Paulo (SP). Concomitante a minha experiência profissional como enfermeira em Centro Cirúrgico, veio a conclusão de duas pós-graduações voltadas à qualidade dos sistemas de saúde (Administração Hospitalar e Auditoria dos Sistemas de Saúde), que me instigaram à pesquisa.

Com o levantamento e estudo sobre a qualidade nas organizações de saúde, segurança do paciente e indicadores de qualidade, enfatizando os aplicáveis em Centro Cirúrgico, foi possível concluir que os indicadores são capazes de retratar a realidade institucional, e assim reverter o seu uso obtendo melhorias tanto sob o aspecto assistencial, como no gerenciamento dos processos pelos quais os cuidados são fornecidos.

A instituição a qual é reportada nesta pesquisa, apesar da busca contínua do desenvolvimento e aperfeiçoamento das atividades nos diversos setores de atendimento ao usuário dos serviços de saúde, carecia da implantação de indicadores que norteassem suas atividades e que influenciassem de forma prática e direta em todo o período perioperatório.

Em 2014, a Coordenadoria dos Serviços de Saúde (CSS), instância responsável pela coordenação das atividades da instituição cenário da pesquisa, em reunião com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) local, solicitou a implantação de ferramentas de qualidade representadas pelos indicadores de qualidade, em todos os setores dessa instituição, inclusive na unidade de Centro Cirúrgico, em razão da especificidade e da complexidade relativas aos seus processos e subprocessos.

Essa orientação da CSS veio ao encontro de minha aprovação no Programa de Pós-graduação *Stricto sensu* - Mestrado Profissional em Enfermagem - na linha de pesquisa sobre gerenciamento, o que vem me conduzindo à busca do conhecimento já produzido acerca do assunto, bem como suscitado o interesse em contribuir com o aprofundamento da compreensão do objeto de investigação relacionado aos indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico.

EIXO NORTEADOR

EIXO NORTEADOR

A figura 1 retrata a trajetória percorrida para o alcance dos objetivos deste estudo.

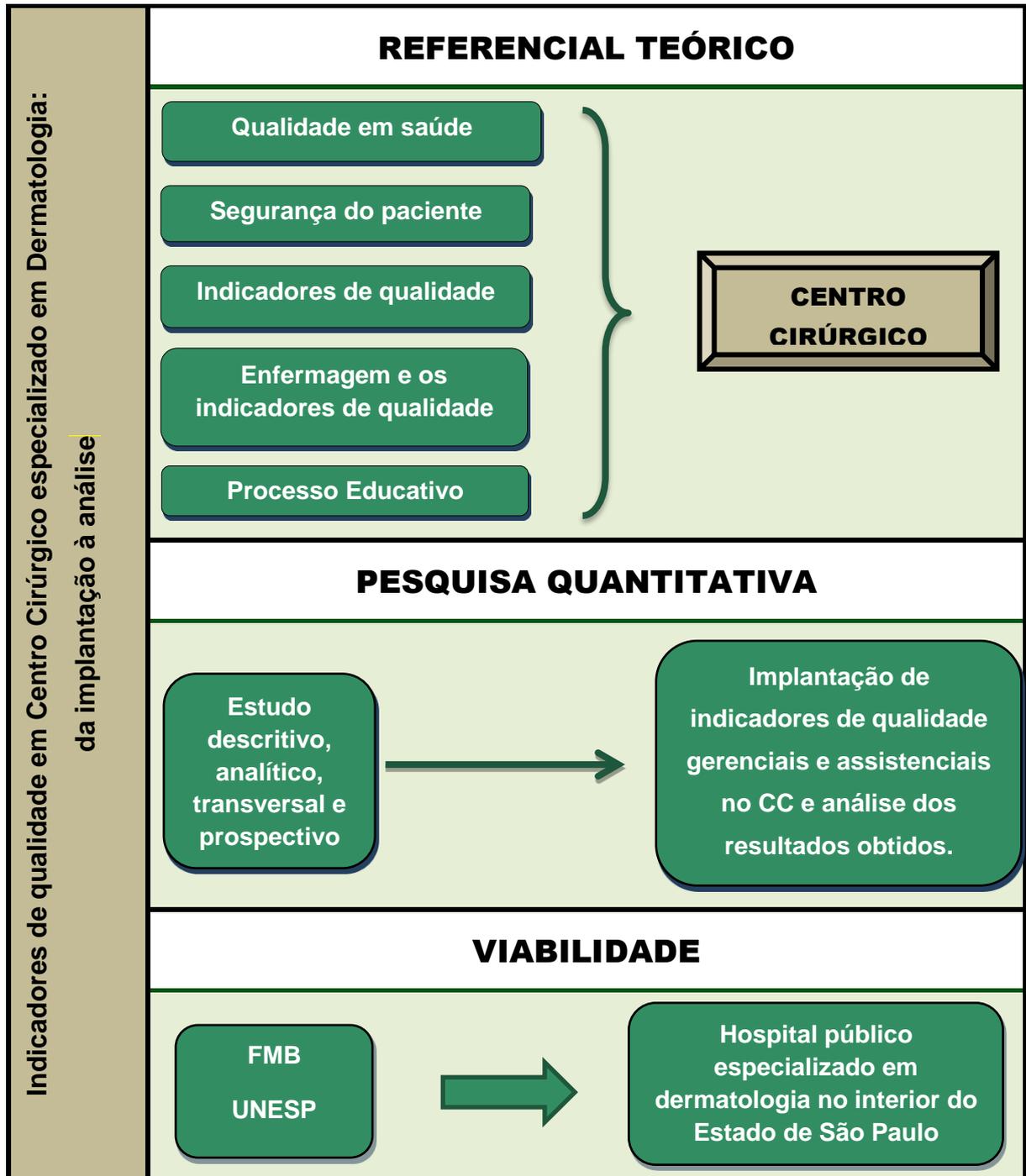


Figura 1 – Esquema demonstrativo da trajetória percorrida para o alcance dos objetivos do estudo. Bauru, 2016

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O processo de globalização tem promovido um aumento substancial na importância da produtividade, o que eleva significativamente o nível de exigência, tanto das pessoas, como das organizações, transformando a qualidade em matéria aplicada¹.

É fato que todas as áreas de trabalho contemplam oportunidades que desafiam os profissionais que nelas atuam. Todavia, a área da saúde, por ser de extrema complexidade, merece destaque especial, necessitando, assim, de maior efetividade e eficiência em suas ações².

Dessa forma, a busca pela qualidade nos estabelecimentos de saúde tem se revelado como uma tendência mundial, por ser considerada indispensável para a sobrevivência das instituições. Diante desse panorama, nas últimas décadas, a sociedade passou a exigir e a optar por serviços de saúde que apresentem padrões de excelência em seus processos e resultados³.

Em tese, a qualidade pode ser definida como um conjunto de atributos que inclui excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao paciente e alto grau de satisfação por parte do usuário, considerando os valores sociais existentes. Entretanto, a prestação da assistência à saúde é realizada por grupos de profissionais heterogêneos, com formações educacionais distintas, não devendo desse modo ser julgada apenas em virtude de seus aspectos técnicos, mas também pelas preferências do usuário e da sociedade^{4, 5}.

A avaliação e o monitoramento da qualidade da atenção dispensada nos hospitais, sejam isoladamente em cada unidade, ou enquanto parte da rede assistencial, tem sido alvo de muitas propostas e extenso debate. Nos últimos anos, ao lado da efetividade e eficiência da atenção, houve um aumento da preocupação com a segurança dos pacientes, potencializada pelo desenvolvimento tecnológico acentuado e pelo crescente potencial de intervenção sobre os processos biológicos^{6, 7}.

Por conseguinte, a excelência, a eficiência e a eficácia tornam-se indispensáveis, frente a toda essa complexidade apresentada pelos processos e tecnologias existentes nas instituições hospitalares, aliadas à escassez de recursos e aumento da demanda por saúde⁸.

Diante desses entraves, acredita-se que avaliar a qualidade da atenção não é tarefa fácil, porém de extrema importância, pois os resultados apoiam os gestores na tomada de decisão, permitindo o monitoramento da qualidade e a identificação de oportunidades de melhoria e reajuste de metas⁸. Contudo, é possível salientar que a forma de gerir a qualidade nas organizações de saúde vem causando, ao longo dos últimos anos, uma inquietude nos gestores, dirigentes e nos profissionais que nelas atuam. Tal momento reflete o descompasso existente entre as práticas de gestão, as exigências das organizações e as necessidades dos profissionais. Minimizar essa disritmia exige o conhecimento de conceitos sobre indicadores, auditorias e certificações, ferramentas de qualidade que auxiliam a compreender e complementar práticas renovadas na gestão das organizações de saúde enquanto prestadores de serviços à população⁹.

Para tanto, essas medidas e indicadores devem ser válidos e adequados à realidade da instituição¹⁰⁻¹⁵, subsidiados nos pilares estrutura, processo e resultado^{10-12, 14, 16} e ajustados ao binômio eficiência gerencial e eficácia do serviço¹⁷.

Torna-se, assim, indispensável, citar Donabedian, um dos grandes estudiosos da temática da qualidade na área da saúde, que desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, considerando a tríade: estrutura, processo e resultado¹⁸.

Para que os dados referentes à essa tríade da atenção possam se constituir efetivamente em indicadores, além de terem consistência científica, devem estar, de fato, relacionadas aos problemas com impactos sobre a saúde da população, sendo assim considerados como essenciais tanto para os gestores, como para os consumidores no âmbito do sistema de saúde^{19, 20}.

Embora na literatura os indicadores de qualidade existam há muitos anos, eles ainda são instrumentos pouco utilizados, principalmente em ambiente hospitalar, em função da escassez de referenciais consolidados que orientem a sua aplicação na busca de resultados que efetivamente influenciem na qualidade da assistência à saúde prestada aos clientes²¹.

Apesar da problemática, o levantamento dos indicadores ainda é a forma mais fácil de mensurar, comparar e agregar o juízo de valor ante o encontrado e o ideal estabelecido, e para tanto, necessitam ter sua coleta e sistematização bem

planejadas, como forma de facilitar o desempenho das atividades para melhoria dos processos de trabalho²¹.

A utilização dos indicadores possibilita avaliar a assistência de enfermagem, tornando-se essencial para o gerenciamento dos serviços de saúde, uma vez que além de permitir o monitoramento dos resultados da assistência prestada ao usuário, proporciona a identificação de necessidades de intervenções para melhoria do desempenho, produtividade e qualidade dos serviços²² com base em evidências.

Nessa vertente da qualidade, é fato que as unidades hospitalares, com destaque para o Centro Cirúrgico, vêm sofrendo consideráveis transformações, que envolvem inúmeros avanços em seus procedimentos, desde meados do século XIX, devido à ocorrência de diversas descobertas relacionadas ao controle da dor, das infecções e do sangramento intraoperatório²³.

O Centro Cirúrgico é o local destinado aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos que, pela própria particularidade do ato, expõem os pacientes a vários riscos²⁴. É considerado ambiente circunscrito com situações estressantes que exigem das equipes habilidades para lidar com vários aspectos pertinentes à competência técnica, ao relacionamento, aos recursos materiais e à necessidade de interação entre usuários, trabalhadores e fornecedores²⁵.

Dessa forma, os processos de trabalho nesse local, constituem-se em práticas complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual e da equipe em condições ambientais dominadas por pressão e estresse, tornando o local extremamente suscetível a erros²⁶. Sendo, assim, considerado como um dos ambientes com maior número de Eventos Adversos (EA) da hospitalização^{27, 28}. Na maior parte dos estudos associados, comprovou-se que o Centro Cirúrgico é a unidade que está mais propensa a oferecer riscos, sendo que a maioria deles podem ser evitados^{29, 30}.

A identificação desses EA, associada ao uso inadequado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, passa a se constituir em questão essencial na gestão dos serviços de saúde^{6, 7}.

Em investigação literária sobre os indicadores de qualidade com ênfase no Centro Cirúrgico, nota-se a escassez de publicações referentes à temática. Dentre os eventos de notificação mais encontrados em referências específicos de Centro Cirúrgico, que correspondem a indicadores para mensuração e avaliação da

qualidade, tem-se os relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), Visita Pré-Operatória de Enfermagem (VPOE), lesão de pele, queda, Infecções em Sítio Cirúrgico (ISC) e registros de enfermagem.

Nesse contexto, dificilmente um único indicador será capaz de retratar a realidade da assistência prestada no bloco operatório¹, sendo necessário o uso de inúmeros indicadores, tanto os relacionados à estrutura, como aos processos e aos resultados³¹.

Para abordagem dos indicadores de qualidade faz-se necessária a obtenção de dados e informações fidedignas, resultantes de anotações sistemáticas das ocorrências e dos eventos relativos ao funcionamento do Centro Cirúrgico. Tal situação, somente será obtida, a partir de um trabalho sistematizado, com engajamento de todos os profissionais envolvidos no procedimento anestésico-cirúrgico, incluindo médicos-cirurgiões e anesthesiologistas, equipe de enfermagem, serviços gerais e demais colaboradores que executem atividades no local³².

Nessa junção de esforços em prol da excelência dos processos de trabalho, o profissional enfermeiro se torna peça chave na busca da qualidade, devendo ter consciência de que está apto para a tomada de decisão estratégica nas instituições, uma vez que a grande maioria das ações de atenção à saúde, no âmbito hospitalar, têm o envolvimento direto da equipe de enfermagem sob sua responsabilidade⁸.

Diante desse cenário que reflete a busca pela qualidade por parte dos serviços de saúde, incluindo o Centro Cirúrgico, nota-se a crescente preocupação dos profissionais em compreender a complexidade que envolve a atuação nessa especialidade, voltando seus olhares para construção e validação de indicadores de qualidade que norteiem suas ações na busca da excelência na assistência de enfermagem prestada ao paciente^{32, 33}.

*DELINEAMENTO DO
PROBLEMA -
JUSTIFICATIVA DA
PEQUISA*

2 DELINEAMENTO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Em face do conhecimento já produzido acerca do objeto de estudo, observa-se a necessidade de implantar indicadores de qualidade em todas as unidades de saúde, pois essa é uma estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado. No Brasil, ainda não existe um conjunto de indicadores definidos com essa finalidade, além de serem relativamente escassas as pesquisas sobre o tema.

O ambiente hospitalar na sua complexidade, exige de seus profissionais a busca pela excelência em todos os contextos, principalmente referente as ações assistenciais, atendendo, assim, aos anseios dos clientes com base na qualidade total.

A invasão tecnológica trouxe com ela o aumento nas exigências dos clientes por resultados eficazes. Como profissional atuando em unidade de Centro Cirúrgico, observa-se a necessidade contínua de uma visão ampla e atualizada, inserindo no dia a dia o planejamento das ações com base na qualidade, utilizando assim alguns métodos para melhoria do atendimento como a padronização de processos, fazendo com que a equipe multiprofissional siga a mesma linha de pensamento, atingindo tanto os seus objetivos como os do próprio cliente.

A implantação de indicadores de qualidade que norteiem as atividades do hospital público, cenário dessa pesquisa, é justificada pela necessidade de alcançar melhorias no atendimento e nos processos pelos quais os cuidados são fornecidos, uma vez que os indicadores são instrumentos gerenciais de monitoramento, mensuração e avaliação de eventos que acometem usuários, trabalhadores e organizações³⁴.

Esse investimento buscará um processo de gestão organizado, com ferramentas e técnicas adequadas, que planeje de forma eficaz e eficiente os processos do Centro Cirúrgico, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada no local¹.

Mais do que implantar um conjunto de indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico, a finalidade deste estudo é apontar fatores que possam servir de subsídio para a análise da qualidade e produtividade, principalmente no que se refere aos

processos e aos resultados, e que venha a atender as expectativas dos usuários, trabalhadores e gestores dessa organização de saúde.

Assim, esta pesquisa pretende aprofundar o conhecimento acerca dos indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico, visando ampliar a compreensão sobre o objeto, uma vez que pouco se encontrou em termos de pesquisas conduzidas sobre indicadores utilizados nessa especialidade.

Acredita-se que ao identificar os indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada pela equipe de enfermagem nesse cenário, seja possível otimizar a atuação dos gestores na busca pela melhoria da qualidade dos processos, uma vez que as avaliações subsequentes subsidiam o planejamento e reajuste de metas e objetivos da organização.

Como consequência dessa implantação e levantamento dos resultados, será possível conhecer a realidade dos processos de trabalho da unidade, tanto os gerenciais como assistenciais; dar *feedback* e capacitar a equipe no contexto da qualidade e segurança do paciente; atualizar os protocolos e com isso melhorar a qualidade dos processos desenvolvidos no local.

Em face do contexto, indaga-se: a implantação dos indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico permitirá uma visão global do trabalho realizado, por meio de uma análise criteriosa da realidade e da qualidade dos processos desenvolvidos nessa unidade?

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Implantar e analisar os indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico de um hospital público especializado em dermatologia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Selecionar os indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico propostos na literatura e adequados às características do hospital cenário da pesquisa.
- Construir instrumento estruturado para coleta de dados no Centro Cirúrgico.
- Implementar indicadores de qualidade assistenciais e gerenciais no Centro Cirúrgico.
- Capacitar a equipe de enfermagem para utilização dos indicadores.
- Analisar os resultados dos indicadores implantados.

REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 QUALIDADE EM SAÚDE

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde se caracteriza como um fenômeno mundial que, dada a necessidade de atender à crescente exigência dos usuários por melhorias no atendimento, tem suscitado numerosas discussões e investigações³⁵.

Historicamente, percebe-se que os debates sobre melhorias na saúde ganharam força a partir de 1924, quando nos Estados Unidos da América (EUA), o Colégio Americano de Cirurgiões instituiu padrões de avaliação que visavam garantir a qualidade da assistência, relacionada aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho dos profissionais. Apesar de importante, essa iniciativa era restrita, pois ignorava aspectos importantes da qualidade como: a estrutura disponível e os resultados observados no paciente³⁶.

Nessa abordagem sobre melhoria da qualidade no atendimento em saúde, a enfermeira Florence Nightingale se destaca como pioneira no assunto, uma vez que durante a guerra da Criméia em 1855 desenvolveu métodos de atendimento que qualificaram o cuidado prestado aos feridos de campanha³⁷.

No Brasil, há relatos de que o primeiro trabalho desenvolvido para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares tenha sido a utilização da Ficha de Inquérito Hospitalar, proposta pelo médico Odair Pedroso, em 1935, a qual especificava como deveria ser a organização de uma instituição hospitalar naquela época^{36, 38}.

Atualmente, é inaceitável a ideia de cuidar sem qualidade. Para que se tenha um cuidado com qualidade, faz-se necessário colocar o paciente em posição de destaque em todos os processos assistenciais, atendendo-o da melhor maneira possível. Isso apenas se faz praticável por meio de uma interligação dos processos e da estrutura institucional, capaz de fornecer a melhor assistência³³.

Dessa forma, as instituições de saúde em todo o mundo são estimuladas a prestar um cuidado seguro e de alta qualidade ao paciente, apesar das limitações referentes aos equipamentos, recursos financeiros e humanos. Contudo, a maioria dessas instituições tem dificuldade em reconhecer o que realmente deve ser implementado para fornecer segurança ao paciente e qualidade aos serviços

prestados. Nesse sentido, considera-se fundamental que as organizações saibam identificar quais intervenções terão o maior impacto na qualidade e na segurança dos pacientes³⁹.

Para maior compreensão da dinâmica da qualidade, torna-se indispensável defini-la. É um termo extremamente abordado por diversos especialistas⁴⁰, por ser considerada uma ciência que utiliza conhecimentos de diferentes áreas, dentre elas, matemática, estatística, pesquisa, lógica, informática, administração, finanças, psicologia, entre outras¹ sob diferentes perspectivas, tendo como ponto comum a identificação de focos que promovam seu desenvolvimento na gestão institucional⁴⁰.

Devido a essa abrangência, ela tem sido definida de diversas maneiras, considerando as necessidades de cada empresa e dos seus objetivos para se trabalhar dentro de padrões reconhecidos. Assim, todas as significações se complementam, representando a qualidade como um termo de excelência, de valor, de conformidade a critérios a serem seguidos e de satisfação dos clientes/usuários dos serviços de saúde⁴¹.

Nesse sentido, essa definição ainda é algo difícil de ser contextualizado, mesmo pelos mais importantes especialistas na matéria, principalmente por haver diferentes pontos de vista, como o do cliente, o do profissional de saúde, o do funcionário público, o do órgão financiador, entre outros, bem como muitas outras facetas que também devem ser consideradas⁴². A busca de um conceito único torna-se algo difícil, especialmente na área da saúde⁴⁰.

A ISO 9001, por sua vez, trata-se de uma norma internacional, que dispõe de requisitos para um sistema de gestão de qualidade, bem como pode ser utilizada para qualquer produto ou serviço, tendo como finalidade a apresentação de vantagem competitiva por meio do gerenciamento de sistema de gestão voltado à qualidade. Sua implantação auxilia as organizações a alcançarem sucesso por meio do aumento da satisfação dos seus clientes, da motivação dos colaboradores e da melhoria continuada, podendo ser utilizada em diversos países, em razão de abordar padrões de sistemas de gestão gerais⁴³. Em sua última revisão publicada em 30 de setembro de 2015, a abordagem da qualidade mantém sete princípios importantes: foco no cliente; liderança; envolvimento de pessoas; abordagem de processo; melhoria; tomada de decisões baseadas em evidências e gestão de relacionamento⁴⁴.

Desse modo, a qualidade depende, dentre vários fatores, principalmente das pessoas, das estruturas, dos sistemas ou processos e dos recursos disponíveis para respaldar o seu desempenho. Assim, discutir qualidade enquanto resultado do trabalho das pessoas significa compreender as pessoas e suas percepções a respeito dos fenômenos organizacionais, buscando valorizá-las e envolvê-las no processo de mudança para a melhoria da qualidade dos serviços⁴⁵.

Sob a óptica de Donabedian^{4, 5}, um dos grandes estudiosos da temática, qualidade é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o usuário. Os benefícios, por sua vez, definem-se em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis e os valores. Para esse autor, a qualidade pode ser definida, também, como a satisfação das necessidades dos usuários, que devem ser ouvidos, tanto sobre a avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde como a respeito do impacto dos processos de tratamento a eles oferecidos^{4, 5}. O autor em uma de suas publicações, acrescenta ainda à definição de qualidade, o conjunto de atributos que incluem o nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, riscos reduzidos aos usuários, alto grau de satisfação dos clientes, sendo considerados essenciais os valores sociais existentes⁵.

Observa-se nas últimas décadas que os usuários estão se tornando cada vez mais conscientes de seus direitos e do exercício da cidadania, requerendo, assim, maior comprometimento dos prestadores de serviços³¹. Dessa forma, conhecer a percepção dos usuários/clientes a respeito da qualidade do serviço pode ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão as empresas a melhorias, através do direcionamento e aperfeiçoamento de suas estratégias e ações⁴⁶.

No Brasil, a abordagem da gestão pela qualidade na área da saúde ainda é incipiente devido à falta de competitividade entre as instituições prestadoras de serviços e uma tímida participação social no que tange aos direitos da população em relação aos serviços de saúde⁴⁷.

Apesar desse contexto, observa-se esforços para mudança desse cenário, uma vez que as estratégias para obtenção da qualidade têm sido cada vez mais discutida e compartilhada entre os profissionais, visando à excelência dos serviços prestados e de modo a atender essa demanda de usuários⁵.

Como fatores contribuintes para a crescente busca de qualidade nos serviços de saúde, destacam-se o elevado custo da assistência à saúde e a necessidade de redução dos mesmos; o aumento dos processos judiciais por erros médicos; maior exigência de qualidade por parte dos usuários e precisão de melhor organização dos serviços a fim de otimizar a relação custo/benefício³⁴.

A existência de inúmeros critérios a serem considerados na avaliação da qualidade, realça a necessidade de abarcar o conjunto deles para melhor tradução desse processo. Os critérios propostos estão listados no quadro 1.

Quadro 1 – Componentes do conceito de qualidade de serviços de saúde

CRITÉRIOS	SIGNIFICADOS
Eficácia	Capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”.
Efetividade	Capacidade de produzir o efeito desejado quando em “uso rotineiro”; é a relação entre o impacto real e o impacto potencial.
Eficiência	Relação entre o impacto real e o custo das ações.
Equidade	Distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população.
Acesso	Remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis.
Adequação	Suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda.
Aceitação	Fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial.
Qualidade técnico-científica	A aplicação das ações em acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível.

Fonte: Adaptado de Vuori H,1991⁴⁸

No contexto da qualidade, o modelo apresentado por Donabedian, inicialmente na década de 1960, ainda é fartamente usado em todo o mundo como a referência fundamental para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Neste referencial, os componentes básicos para essa avaliação são separados em três categorias: estrutura, processo e resultados (figura 2).



Figura 2 – Os três componentes para avaliação dos serviços de saúde segundo Donabedian

Nesse sentido, faz-se importante compreender esses três pilares da qualidade, conforme descrito no quadro 2:

Quadro 2 - Pilares da qualidade segundo Donabedian⁴

PILARES	DEFINIÇÕES
Estrutura	Avalia os atributos dos locais nos quais o serviço é prestado, levando em consideração conveniência, conforto, silêncio, privacidade, incluindo recursos materiais (instalações, equipamentos e dinheiro), recursos humanos (número e qualificação dos profissionais) e recursos da estrutura organizacional (profissionais de saúde e métodos de reembolso) ⁴ .
Processo	São técnicas operacionais que avaliam os cuidados prestados ao paciente. Dividem-se entre o cuidado técnico propriamente dito (utilização dos conhecimentos científicos e tecnológicos da medicina) e a relação interpessoal entre paciente e profissional. Incluem as atividades do paciente buscando o cuidado, como também as atividades do médico dando o diagnóstico e realizando o tratamento ⁴ .
Resultado	Avaliam os efeitos dos cuidados prestados anteriormente na saúde do paciente e da população e, também, o grau de satisfação do paciente e do prestador ⁴ .

Fonte: Donabedian, 1988⁴

Para Donabedian, a abordagem das três dimensões para avaliação da qualidade em serviços de saúde é possível, porque a boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e um bom processo aumenta a probabilidade de obter melhorias na saúde e bem-estar dos indivíduos ou populações, ou seja, de obter-se um bom resultado. Dessa forma, deduz-se que condições estruturais podem ser tanto desfavoráveis quanto condutivas ao bom cuidado, não se podendo afirmar, entretanto, se o cuidado, em função destas, será bom ou ruim^{4, 49}.

As três categorias que compõem esse modelo nem sempre são facilmente separadas. Enquanto a distinção entre a estrutura e os demais componentes é aparentemente mais simples de ser feita, o mesmo não ocorre entre o processo e os

resultados, podendo dar lugar a controvérsias⁵⁰. Alternativas foram propostas para alterar esse modelo, incorporando-lhe subdivisões ou acrescentando-lhe categorias, mas o esquema original permanece, até o momento, como o mais empregado pela sua utilidade e simplicidade.

A implementação de programas de qualidade em serviços de saúde proporciona a “estruturação de um sistema gerencial sistêmico, com foco no cliente, liderança e envolvimento de todos, baseado em indicadores, com monitoramento e avaliações constantes”⁵¹. Diante disso, as instituições de saúde podem melhor controlar custos; reduzir perdas; melhorar a segurança de pacientes e profissionais; ser competitiva no mercado por meio do atendimento aos requisitos e necessidades dos clientes, bem como demonstrar eficácia e eficiência nos resultados obtidos⁵¹.

A exemplo, o Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), mantido pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), criado em 1991, com a finalidade de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários dos hospitais do Estado de SP e de outros da Federação, vem utilizando sua metodologia avaliativa no monitoramento de indicadores³¹.

O Programa CQH traz que o emprego de indicadores de qualidade possibilita aos profissionais de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários, os trabalhadores e as organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos usuários⁵².

Vale ressaltar, que a missão do Programa CQH é contribuir para a melhoria contínua do atendimento de serviços de saúde por meio de uma metodologia específica que se fundamenta pela monitoração dos indicadores institucionais, na autoavaliação e na realização de visitas aos hospitais participantes³¹.

O monitoramento dos indicadores se dá por meio do encaminhamento mensal, pelos hospitais participantes do Programa, dos relatórios referentes aos resultados de indicadores relacionados à gestão, os quais são analisados estatisticamente pelo CQH, e assim, são elaborados relatórios. Trimestralmente, esses documentos são enviados aos hospitais que integram o Programa, para que possam conhecer o seu desempenho e atuar sobre os resultados³¹.

A autoavaliação das unidades hospitalares é feita pela aplicação de um questionário, o qual é respondido pelo seu corpo diretivo. Esse instrumento é constituído por um elenco de proposições agrupado em critérios baseados no modelo de avaliação do Prêmio Nacional da Qualidade – PNQ: liderança, estratégias e planos, clientes, sociedade, informação e conhecimento, pessoas, processos e resultados³¹.

Os hospitais integrantes do Programa CQH têm sua identidade preservada, uma vez que são identificados por meio de números, que são conhecidos somente por seus representantes. Essas instituições têm a oportunidade de discutir os dados apresentados por ocasião das assembleias realizadas, a cada trimestre, na APM³¹.

Os representantes dos hospitais, comprometidos com o referido Programa, passaram a solicitar que alguns indicadores fossem revistos e segmentados, de forma a atender a processos específicos. Assim, todos os diretores e gerentes de enfermagem dos estabelecimentos de saúde, envolvidos com o Núcleo de Apoio da Gestão Hospitalar (NAGEH) – núcleo do CQH, e de outras instituições que demonstraram interesse no processo de qualidade foram convidados a participar deste projeto de revisão dos indicadores existentes e da inclusão de novos indicadores, resultando em um manual³¹.

O Programa CQH é de adesão voluntária e objetiva contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar, estimulando a participação, autoavaliação das organizações envolvidas e o estímulo ao trabalho coletivo por meio de grupos multidisciplinares, com um forte componente educacional que resulta no incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos⁵³.

Diante de todas essas considerações e peculiaridades referentes à qualidade, podemos claramente afirmar que a busca pela excelência consiste numa questão complexa, que necessita ser priorizada pelas instituições de saúde e pelos profissionais que as integram. Dentre tantos, merecem destaque especial os profissionais de enfermagem, pelo papel fundamental que desempenham nas organizações de saúde, em razão de seu foco ser voltado a uma assistência individualizada e adequada às melhores práticas de qualidade e segurança⁴⁷.

Entende-se que a enfermagem possui esse importante papel tendo em vista o número de profissionais atuantes nas instituições e a sua responsabilidade nos cuidados aos pacientes durante as 24 horas⁵⁴.

Sabe-se que são esses profissionais que coordenam e gerenciam todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente, e tudo o que o envolve no contexto da instituição hospitalar. Portanto, as ações devem ser realizadas de maneira eficaz, com o comprometimento das equipes, para que resultem em prestação de cuidado com qualidade e satisfação do cliente⁵⁵.

A enfermagem propõe que a qualidade de seus processos seja gerenciada por meio da incorporação de ferramentas e estratégias advindas de outras áreas do conhecimento⁵⁶, tais como o controle estatístico das ações; a avaliação contínua; o controle e a redução de custos; o planejamento estratégico, entre outras⁵⁷.

4.2 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar⁵⁸. A segurança é uma importante dimensão da qualidade, ao propor a redução a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde^{59, 60}. As consequências das possíveis falhas nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias quanto para as organizações e a sociedade⁶⁰.

A busca pela qualidade nos serviços de saúde é condição essencial nos dias atuais, conseqüentemente, o movimento pela segurança do paciente passa a ser um caminho prioritário a ser percorrido^{61, 62}.

Embora as discussões, nesse sentido, estejam conquistando patamares significativos, acredita-se que ainda haja uma lacuna no tocante às dimensões de cultura de segurança do paciente sob a óptica dos profissionais de enfermagem⁶¹.

A segurança do paciente é considerada uma das principais metas almejadas pelas instituições de saúde que buscam assegurar uma assistência de qualidade, livre de erros e EA. É dever dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem, proporcionar uma assistência de qualidade, eficiente, eficaz e segura a ele⁶².

A preocupação com a segurança nos serviços de saúde, embora possa parecer um tema contemporâneo, já existe desde o século XIX. A segunda obra de Florence Nightingale, *Notas sobre Hospitais* (1858), merece destaque pela objetividade com

que defende e reivindica condições adequadas de trabalho às enfermeiras nos cenários hospitalares, uma vez que são de sua responsabilidade a ambiência, as condições de trabalho e tudo o que concerne às estratégias de prevenção de erros humanos no ambiente hospitalar⁶³.

Esse movimento pela segurança do paciente teve também como marco importante a publicação do *Harvard Medical Practice Study*, em 1991, que mediu a ocorrência de EA em hospitais de pacientes agudos no estado de *New York*, que embora tenha reconhecido tais eventos, esses resultados foram ignorados à época⁶⁴.

Ações em prol da segurança do paciente também mereceram destaque importante na última década do século XX, principalmente em 1999, após a publicação do relatório *To Err is Human: building a safer health system* pelo *Institute of Medicine* dos EUA, que apontou que de 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes morriam a cada ano em consequência de EA, em sua maioria, evitáveis⁶⁵, o que, definitivamente, concedeu visibilidade à alta incidência dos eventos em hospitais e conferiu à segurança do paciente reconhecimento público e *status* de grave problema de saúde pública.

A partir desse relatório, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), em 2004, demonstrando preocupação com a situação e despertando os países membros, incluindo o Brasil, para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente⁶⁶⁻⁶⁹. Os objetivos desse programa (que passou a chamar-se *Patient Safety Program*) eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os EA⁶⁷⁻⁶⁹.

Na sequência, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2005, criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da Segurança do Paciente, discutir a cooperação e o intercâmbio de informações entre os países e a necessidade de fortalecimento do cuidado de enfermagem a partir de evidências científicas⁷⁰.

Em 2008, por meio da OPAS, surgiu a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – e tem como um dos principais objetivos a abertura de questionamentos no campo de segurança do paciente e à área de

enfermagem, a fim de oportunizar discussões e atualizações, incentivar pesquisas e melhorar a visibilidade com a divulgação de novos métodos e experiências⁷¹.

No Brasil, todas essas iniciativas culminaram com a elaboração do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, com os objetivos de envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde⁷².

Este ano, a *The National Patient Safety Foundation* (NPSF) resolveu lançar o documento *Livres de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human*. Enquanto o lançamento do documento *To Err Is Human* ampliou significativamente o foco na segurança do paciente, a expectativa com essa nova abordagem, era de se compartilhar os dados expandidos e implementar intervenções para resolver problemas específicos, que deveriam resultar em melhorias permanentes e substanciais. Na última década e meia, ficou cada vez mais claro que as questões de segurança são muito mais complexas – e generalizadas – do que avaliado inicialmente. Esse relatório reconhece áreas de progresso, destaca lacunas remanescentes e, o que é mais importante, detalha recomendações específicas para acelerar o progresso. Essas recomendações são baseadas no estabelecimento de uma abordagem global de sistemas e de uma cultura de segurança⁷³.

Para maior compreensão da temática, vale ressaltar que a segurança é, também, uma das dimensões da qualidade mais presente nos modelos conceituais dos programas de avaliação de desempenho de países e organizações internacionais e nos projetos de desenvolvimento de indicadores, refletindo a crescente preocupação com essa área^{74, 75}. No Brasil, a segurança é também uma das dimensões de avaliação do desempenho dos serviços de saúde proposta pelo Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde⁷⁶.

De acordo com a *American Society for Health care Risk Management* (ASHRM)⁷⁷, esse “moderno movimento pela segurança do paciente” dá ênfase a valores como a franqueza e a transparência com os pacientes e suas famílias; a não punição dos profissionais em virtude do relato de erros; a uma cultura orientada por dados; à emissão de relatórios precisos; a um foco direcionado às falhas do sistema

e não do indivíduo; ao aprendizado com os erros; e a uma cultura flexível, capaz de se recuperar das crises.

Neste contexto, em que a demanda pela melhoria da segurança dos cuidados de saúde aumenta a cada dia, diferentes iniciativas desenvolvidas vêm se destacando. Dentre elas, podemos citar: a criação nos países desenvolvidos de agências voltadas especificamente para ações de segurança do paciente, a exigência de notificação de EA e o uso de indicadores de qualidade específicos para mensurar a segurança do paciente⁷⁸⁻⁸⁰.

Assim, a *Agency for Health care Research and Quality* (AHRQ) define segurança do paciente como práticas seguras, tipos de processos ou estruturas, cujas aplicações reduzem a probabilidade de EA, resultantes da exposição a sistemas de saúde⁸¹.

Todos esses movimentos voltados à busca da segurança do paciente, nas últimas décadas, demonstram que tal preocupação tornou-se assunto prioritário na área da saúde. Embora o cuidado em saúde traga benefícios aos envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências⁸². No entanto, nota-se que os profissionais e as organizações de saúde ainda se encontram no estágio inicial de entendimento e melhoria da segurança do paciente, sendo observado esforço por parte dos mesmos em proporcionar a melhor assistência possível a seus pacientes.

Esse comportamento, entretanto, não impede a ocorrência de falhas e acidentes decorrentes da assistência prestada. O compromisso e a disposição individual de fazer o bem e utilizar o melhor do conhecimento técnico e científico, constituem-se em fatores essenciais do cuidado, que apesar de prioritários ainda são insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz⁸³.

A busca da perfeição na assistência à saúde baseou-se numa cultura centrada no indivíduo, balizada por dois componentes indissociáveis: culpa e castigo. A crença era de que as recriminações e punições promoviam melhorias na assistência, impedindo ou reduzindo a ocorrência de EA no futuro. Entretanto, o que se tem observado é que os profissionais, temendo represálias diante da descoberta de suas falhas e acidentes, as omitem e ocultam, ou, quando identificados, buscam livrar-se do pesado encargo que, não raro, cria uma cadeia de censuras que em nada contribui para o entendimento do que realmente aconteceu. Enquanto os profissionais e suas

instituições corporativas seguem a concepção da “culpa e castigo”, as organizações de saúde trilham o caminho da isenção de responsabilidade. Assim, tanto um quanto outro, atuam baseados em um referencial de autodefesa em que a conduta é, via de regra, reativa às falhas e acidentes associados aos cuidados assistenciais⁸³.

Assim, é importante a forma como os problemas serão conduzidos, uma vez que as falhas e acidentes devem ser examinados com base em sistemas e não em pessoas e somente uma cultura institucional da segurança estimulará a identificação de falhas e acidentes, tendo em vista que esses são comuns na assistência à saúde e prejudicam milhares de pessoas por ano⁸³.

Os eventos assistenciais, de modo geral, estão se tornando cada vez mais frequentes, principalmente os potenciais causadores de danos. Os prejuízos associados à assistência à saúde são aqueles que decorrem de processos ou estruturas da assistência, e não das condições do paciente⁸⁴.

As novas tecnologias nos cuidados à saúde estão contribuindo para o aumento dos custos do setor e assim gerando expectativas da população em relação aos serviços oferecidos. Entretanto, existem falhas na qualidade e segurança da assistência, com ocorrência de eventos indesejados, prejudicando a imagem das organizações de saúde⁵⁹.

Para tanto, a OMS recomendou que gestores considerassem as expectativas dos cidadãos na tomada de decisão, determinando que a segurança do paciente pode ser alcançada por meio de três ações complementares: evitar a ocorrência dos EA, torná-los visíveis se ocorrerem e minimizar seus efeitos com intervenções eficazes⁸⁵.

Estudos realizados nos EUA, Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Canadá, Holanda e Suécia constataram que 2,9% a 16,6% dos pacientes internados foram vítimas de EA, sendo que 50% eram passíveis de prevenção. No Brasil, um estudo realizado em um hospital universitário mostrou que 50% dos pacientes em alta hospitalar e 70% dos que evoluíram a óbito sofreram pelo menos um EA⁶⁵.

As pesquisas ratificam a magnitude da questão. Consequências oriundas da ruptura da segurança do paciente aumentam os gastos com a saúde e o tempo de internação, ocasionando complicações e óbitos, o que resulta na redução da confiança do usuário no sistema de saúde e acarreta danos psicológicos⁶⁵.

Também em resposta à crescente preocupação com a segurança do paciente, a *United Kingdom National Health Service*, a *Joint Commission for the Accreditation*

of Healthcare Organizations, a *Agency for Healthcare Research and Quality* e o *United States National Quality Forum* propuseram que as instituições de saúde adotassem modelos de Cultura de Segurança⁸².

Na literatura, o termo Cultura de Segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG), ao publicar o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl em 1986. O acidente fez crescer preocupações sobre a segurança da indústria nuclear e uma “Cultura de Segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente de acordo com a *Internacional Atomic Energy Agency*. A partir desse conhecimento, recomendou-se às organizações que diminuíssem os acidentes e incidentes de segurança por meio do desenvolvimento de uma “Cultura de Segurança positiva”^{86, 87}.

De acordo com o grupo supracitado, Cultura de Segurança é um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição. Desde então, o termo vem sendo utilizado por indústrias consideradas de alto risco⁸⁷.

Sendo assim, implementar a Cultura de Segurança nas instituições de saúde, pode ter associação direta com a diminuição dos EA e mortalidade, implicando melhorias na qualidade da assistência à saúde⁸⁸, uma vez que esse tipo de cultura fornece informações importantes sobre o estado de segurança de um determinado grupo ou unidade de trabalho e também da organização como um todo⁸⁹.

Ao se abordar a segurança do paciente, busca-se primordialmente promover a melhor assistência possível, no entanto, não se impede que falhas e acidentes aconteçam. Estudo reflexivo sobre as contribuições de James Reason para a segurança do paciente, mostram que o erro é uma questão complexa, pois cada tipo de falha possui causas e explicações intrínsecas, em que as ações planejadas não acontecem como esperado ou o planejamento foi inadequado para atingir o objetivo pretendido⁹⁰.

Vale descrever que em diferentes pesquisas, encontrou-se diversas definições de erro em saúde e EA⁹¹, o que motivou a OMS a desenvolver a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), contendo 48 conceitos-chave^{69, 91}. A oportunidade surgiu com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS, em 2004⁹¹. Em 2010, o

Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, traduziu os conceitos-chave do ICPS para a língua portuguesa⁶⁹. Recentemente, com o lançamento do documento *Livres de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human*⁷³, foi possível apresentar definições mais atuais referente à temática, baseadas no Glossário AHRQ⁹² e demais literaturas⁹¹. Esses referenciais somados às definições trazidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁶⁰, permitiu elaborar o quadro 3, que traz os principais conceitos-chave para segurança do paciente.

Quadro 3 – Conceitos-chave para segurança do paciente

(continua)

CONCEITOS	SIGNIFICADOS
Segurança do paciente	Refere-se a estar livre de lesões acidentais ou evitáveis produzidas por cuidados médicos. Assim, práticas ou intervenções que melhoram a segurança do paciente são aquelas que reduzem a ocorrência de EA evitáveis. Ou seja, visa reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Erro	Definido como falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Erros são, por definição, não-intencionais.
Violações	São atos intencionais, embora raramente maliciosos, e que podem se tornar rotineiros e automáticos em certos contextos.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	É um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.

(continuação)

CONCEITOS	SIGNIFICADOS
Incidente sem dano	Evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.
Incidente com dano (EA)	Incidente que resulta em dano ao paciente. Nesse contexto, considera-se qualquer lesão causada por cuidados médicos. Identificar os EA, não necessariamente implica “erro”, “negligência”, ou má qualidade da assistência. Simplesmente indica que um resultado clínico indesejado resultou de algum aspecto de diagnóstico ou terapia e não, um processo subjacente à doença. EA evitáveis são o subconjunto provocado pelo erro.
Evento medicamentoso adverso	EA envolvendo o uso de medicação.
Cultura justa	Cultura que reconhece que profissionais individuais não devem ser responsáveis por falhas do sistema sobre as quais eles não tenham nenhum controle. Uma cultura justa também reconhece que muitos erros individuais ou “ativos” representam interações previsíveis entre operadores humanos e os sistemas em que trabalham. No entanto, em contraste com uma cultura que as angaria “sem culpa” como seu princípio orientador, uma cultura justa não tolera a ignorância consciente de riscos claros para pacientes ou a má conduta grosseira.
Cultura de Segurança	A Cultura de Segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de indivíduos ou do grupo que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de segurança e saúde de uma organização. As organizações que têm uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas em confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas ⁹³ . Assim, a Cultura de Segurança se refere tanto ao compartilhamento intangível do valor da segurança entre membros da organização, quanto aos resultados tangíveis desse valor compartilhado nas formas de comportamento e estrutura ⁹⁴ .
Segurança total dos sistemas	É a segurança sistemática e uniformemente aplicada (em todo o processo) ⁹⁵ .

(conclusão)

Fonte: Runciman et al. 2009⁹¹; AHRQ (Net)⁹²; ANVISA, 2013⁶⁰; Health and Safety Commission, 1993⁹³; Groves PS, 2014⁹⁴; Pronovost et al. 2015⁹⁵

A padronização dessas classificações, proporciona além de linguagem comum, estratégia para se lidar com incidentes no cuidado de saúde. O entendimento dos fatores associados à ocorrência de incidentes orienta a elaboração de ações para redução do risco, aumentando a segurança do paciente. A resposta da organização ao incidente inclui medidas para a situação específica com consequente aprendizado que leva a mudanças no sistema num movimento de melhoria contínua da qualidade⁶⁰.

Para melhor compreensão, a OMS define ainda EA como todos os incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde não relacionados às doenças de base e que resultam em danos ao paciente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo como danos temporários ou permanentes, incluindo incapacidade física, social ou psicológica, ou até mesmo a morte⁹⁶.

As ocorrências desses eventos ocasionam impactos negativos tanto para a família como para o paciente, pois causa danos não intencionais e, em sua maioria, evitáveis, decorrentes do cuidado prestado pelos profissionais de saúde⁶⁵.

A compreensão dos fatores que ocasionam os EA na teoria de James Reason é conhecida como a teoria do “queijo suíço”, que compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço. Cada “queijo suíço” representa uma etapa desse sistema complexo, denominadas em a) fonte do problema; b) falhas ativas e c) falhas latentes. Em hospitais, essas condições podem se relacionar ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados. Ao ocorrer o alinhamento dos “buracos” dos “queijos suíços”, o EA acometeu o paciente e a segurança do paciente foi quebrada⁹⁷.

Além dos EA serem considerados indicadores de falhas referentes aos processos, sistemas e equipes, também são tidos como fatos indesejáveis na assistência à saúde, com consequências imprevisíveis tanto para os pacientes como para a instituição envolvida, podendo gerar denúncias formais, investigações e processos judiciais ou investigações dos órgãos normatizadores dos serviços de saúde e do exercício profissional.

No Brasil, a ANVISA, como ação na área de segurança do paciente, criou, em 2001, o Projeto Hospitais Sentinela, com o objetivo de sistematizar a vigilância de

produtos e serviços de saúde, garantindo melhor segurança e qualidade na assistência aos pacientes. Nesse contexto, uma das metas a serem cumpridas pelos prestadores de cuidados para monitorar e avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente é a redução da ocorrência de EA⁹⁸.

Conhecer e entender a amplitude dos EA permitem a toda equipe multidisciplinar implementar medidas preventivas e tratamentos eficazes, sendo as evidências científicas uma fonte de estímulo e meio para a conscientização dos profissionais de saúde para a abordagem sistêmica dos EA. Assim, a busca pela qualidade e excelência no cuidado, prevenindo a ocorrência de EA, é considerada um dos principais desafios e uma das metas a serem cumpridas pelos profissionais que oferecem assistência em saúde⁹⁸.

As falhas e acidentes cometidos pelos profissionais que desempenham a assistência à saúde, não são considerados nem raros e nem intratáveis⁹⁹, porém esses fenômenos são subestimados, seja por temor ou por tentar preservar a imagem de que “não se erra” na assistência à saúde⁸³.

A magnitude e a relevância das falhas e acidentes na assistência à saúde indicam a necessidade de atenção para os complexos processos assistenciais que constituem o cerne do cuidado aos pacientes.

O atual sistema de saúde não se encontra preparado para garantir a melhor segurança aos pacientes. As barreiras ou limitações do desenvolvimento da estratégia de segurança na perspectiva de profissionais de enfermagem envolvem fatores que estão associados a maior probabilidade de falhas e acidentes, como: a profissão como barreira corporativa; a organização e infraestrutura da assistência hospitalar; variabilidade clínica, escassez de protocolos e ausência de liderança; recursos materiais escassos; inadequação de proporção de profissionais e falta de trabalho em equipe; pressão assistencial e tempo; falta de incentivos e motivação; ausência de indicadores confiáveis de segurança; o aumento da complexidade e a fragmentação da assistência; a rápida expansão do conhecimento médico; aumento da utilização de tecnologia e a mudança das necessidades de assistência em relação ao diagnóstico e tratamento de problemas únicos e agudos para problemas de longa duração com múltiplas condições inter-relacionadas; ambiente propensos à distração; alto volume de pacientes e carga imprevisível de atendimento, entre outros. Consequentemente, os pacientes estão vivenciando riscos importantes e desnecessários^{100, 101}.

Além desses elementos citados, associa-se uma peculiaridade temerária da área da saúde: processos precariamente elaborados e executados com base na experiência, e não em evidência, os quais encerram uma infinidade de possibilidades de risco, que na maioria das vezes, são atenuados pelo esforço e compromisso individual dos profissionais, em especial médicos e enfermeiros⁸³.

A falibilidade é parte da condição humana. Não se pode alterar a condição humana, mas é possível mudar as condições em que as pessoas desenvolvem suas atividades¹⁰². Todos os serviços de saúde apresentam falhas que podem, em um determinado momento, alinhar-se e produzir um acidente que atinja o paciente, o profissional ou outros envolvidos na assistência.

A falha ativa é um ato considerado não seguro ou também uma omissão cometida por aqueles que atendem diretamente o paciente e cujas ações podem ter consequências adversas imediatas. Podemos citar como exemplos de falhas ativas os seguintes eventos: esquecimento em relação à administração de um medicamento ou de efetuar um procedimento; troca da medicação que deve ser administrada; executar cirurgia em paciente ou local errado, entre outros⁸³.

Quando se discute a questão das falhas latentes na assistência à saúde, ressalta-se, por exemplo, que a maioria das tecnologias e maneiras de fazer as coisas no setor não foram projetadas tendo em mente as limitações humanas⁹⁹.

A fadiga do profissional também é um aspecto que interfere na segurança do paciente. Um estudo americano mostrou que profissionais da enfermagem que ultrapassam 12,5 horas de trabalho consecutivas, estavam três vezes mais propensos a cometer erros¹⁰³. Esses achados sugerem que os enfermeiros se tornam mais suscetíveis a cometer erros no final do turno de trabalho e quando tentam concluir tarefas múltiplas.

As condições e a carga de trabalho dos profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, estão relacionadas com o grau de segurança da assistência prestada aos pacientes. Assim, os dirigentes preocupados com a assistência segura devem estar atentos às melhorias que necessitam proporcionar para os colaboradores da “ponta” do sistema⁸³.

Diante de tantas situações que podem levar a ocorrência de danos aos pacientes, os serviços de saúde devem priorizar a estruturação do sistema de forma segura para que os profissionais não cometam erros. Na ocorrência de um incidente,

o importante é a assimilação de que a causa dos erros e EA é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometê-los quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. Todas as causas devem ser analisadas pelo serviço de gerenciamento de risco para o desenvolvimento de ações corretivas, visando a prevenção e a redução de EA¹⁰⁴.

Uma forma importante para conhecimento e controle dos processos de trabalho são os protocolos assistenciais. Esses, bem estruturados e com base em evidências, são considerados instrumentos que dão consistência aos processos assistenciais e a possibilidade de periodicamente analisá-los e aperfeiçoá-los.

A cultura de punição gera a falta de informações sobre os EA e sobre seus fatores causais, impedindo o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências desses eventos para os profissionais, usuários e familiares. Essa lacuna prejudica a ação dos gestores para realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas seguras, minimização dos eventos e melhoria da assistência, colocando em risco a segurança do paciente¹⁰⁵.

No que se refere ao ambiente do Centro Cirúrgico, desde julho de 2004, a Comissão Americana de Acreditação de Organizações de Saúde exige que as organizações acreditadas estejam comprometidas com a aplicação do Protocolo Universal de Segurança – Cirurgia Segura. Trata-se de um instrumento de prevenção de acidentes com a capacidade de praticamente eliminar situações catastróficas em circunstâncias de cirurgia/procedimento invasivo. Baseia-se no consenso de profissionais pertencentes a várias especialidades e foi apoiado por mais de 40 associações profissionais médicas e organizações¹⁰⁶.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente foi publicado pelo Ministério da Saúde (MS) pela portaria nº 529 em 1º de abril de 2013, propondo um conjunto de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de EA nos serviços de saúde, sendo assim proposto o Protocolo para Cirurgia Segura¹⁰⁷.

O Protocolo Universal de Segurança consiste em uma ferramenta simples e útil que previne incidentes indesejáveis em cirurgia/procedimento invasivo e visa evitar três situações catastróficas: local errado, procedimento errado e paciente errado. Deve ser apoiado e implantado nos serviços de saúde, tanto em Centro Cirúrgico quanto em centros de diagnóstico, ambulatórios e aplicações terapêuticas que

envolvam ações invasivas, a fim de evitar sofrimento desnecessário aos pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Diante de todo o exposto, e no contexto da segurança do paciente, conclui-se que o profissional da saúde deve atuar nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a segurança do paciente, reduzindo ou eliminando o risco de danos desnecessários associados a saúde, a um mínimo aceitável, e assim evitando a ocorrência de EA no cuidado à saúde. Deve-se garantir a existência de mecanismos para prevenção e minimização de erros, visando à promoção da segurança do paciente e ao estabelecimento da comunicação entre a equipe, os pacientes e as instituições¹⁰⁸.

4.3 INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE

Nos últimos anos, nota-se a crescente preocupação por parte dos hospitais no que diz respeito a mensuração de seu desempenho, devido à implantação de programas de qualidade e/ou de acreditação hospitalar que, direta ou indiretamente, suscitou a busca pela medição por meio de indicadores¹¹. Dessa forma, torna-se imperativo o emprego de instrumentos que sejam capazes de mensurar a qualidade da assistência e da gestão prestada em unidades de saúde, com merecido destaque ao Centro Cirúrgico.

Os indicadores utilizados na mensuração da qualidade têm como propósito primordial analisar as condições dos processos/serviços e compará-las com padrões pré-estabelecidos, contribuindo para verificação de desvios e consequente busca de melhorias, mantendo e aprimorando o nível da qualidade existente¹⁰⁹.

Embora a utilização de indicadores seja de extrema importância na gestão dos serviços, no Brasil ainda existe uma lacuna no que diz respeito aos indicadores que representam a qualidade da assistência de enfermagem em instituições hospitalares. Na década de 1990, os indicadores então utilizados em hospitais norte-americanos foram adotados pelo Brasil, porém pouco condizentes à realidade daquele momento. Posteriormente, iniciativas foram surgindo, objetivando a adequação à realidade brasileira. Pode-se citar como importante publicação de referenciais para indicadores de enfermagem, os manuais do Programa CQH³¹.

Ainda na década de 90, desde o início do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade implantado no Brasil, deu-se ênfase ao uso de indicadores como instrumentos de gestão, tendo o IPEA (Instituto de Pesquisas Econômico Aplicadas) desenvolvido modelos para a geração de indicadores de qualidade e produtividade válidos para todos os setores da economia brasileira¹¹⁰, levando em consideração a afirmativa: “sem indicadores não há gestão e sem gestão não há qualidade”¹¹¹.

O cenário atual é impulsionado pela crescente preocupação dos profissionais da área de saúde em se instrumentalizar e as ferramentas são itens essenciais no alcance da qualidade, surgindo assim a necessidade da construção de indicadores validados que mensurem a qualidade da assistência prestada e que sejam passíveis de comparação, tanto no âmbito intra como no extra institucional¹¹² levando-os a níveis de superioridade e vantagem competitiva¹¹³.

Em relação ao crescente interesse pela mensuração da qualidade dos cuidados de saúde baseada em indicadores, é importante firmar que não se trata de uma atividade de fácil implantação. Um passo importante no processo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é a identificação de indicadores adequados. Cada indicador refletirá diferentes aspectos da qualidade e a sua seleção dependerá, dentre outros, dos objetivos da análise dos dados disponíveis e a quem se destinam¹¹⁴.

Como lembrado por Fachine¹¹⁵, “apesar das tentativas de demonstrar os requisitos importantes para o indicador dito ideal, não é tão fácil encontrar indicadores que realmente atendam a todas essas características”. Contudo, é importante que se busque utilizar indicadores que possuam o maior número das propriedades mencionadas¹¹⁶.

Assim, o processo de desenvolvimento de indicadores inclui várias etapas. Dentre elas, a delimitação clara do que se quer medir; a padronização de definições e das especificações dos indicadores e a realização de testes sobre a sua validade, confiabilidade e viabilidade^{117, 118}. Sempre que possível, um indicador deve ser desenvolvido com base em evidência científica, ser factível em função dos dados disponíveis e estar relacionado a situações com impacto sobre a saúde^{119, 120}.

Entretanto, apesar de na área da saúde a evidência científica ainda ser considerada insuficiente, a opinião de especialistas consolidada por meio de métodos de consenso é frequentemente utilizada na construção de indicadores. Esses métodos

podem fornecer informações valiosas quando o conhecimento sobre um determinado tema ainda é limitado, inexistente ou até mesmo contraditório¹²¹.

Dessa forma, os indicadores de qualidade, dentre as possibilidades de prevenção, monitoramento e avaliação, merecem destaque especial por permitirem que seus resultados retratem a realidade, proporcionando, assim, aos gestores, tomada de decisões assertivas.

Considera-se importante conhecer alguns conceitos e definições que proporcionaram o uso adequado de terminologias sobre os indicadores de qualidade. Esses dados estão descritos no quadro 4.

Quadro 4 - Conceitos e definições para uso adequado de terminologias sobre indicadores de qualidade

TERMINOLOGIAS	CONCEITOS E DEFINIÇÕES
Observação	Processo de identificação, seleção, coleção e registro sistemático de signos referentes a propriedades ou atributos relevantes de objetos naturais, culturais ou sociais. Atributos dimensionais são mensuráveis e atributos discretos são computáveis, enquanto que situações, traços, processos, opiniões, narrativas e eventos ou observações de natureza similar não são mensuráveis ou computáveis, mas sim descritíveis ¹²² .
Dado	É um signo construído a partir de atributo observado em um objeto qualquer, que recebe um significado. São observações com significado. A primeira transformação da cadeia produtiva do conhecimento científico e tecnológico opera da observação para o dado. Os dados podem ser estruturados quando são produzidos por um sistema predefinido de codificação e semiestruturados quando a própria produção de observações resulta em um sistema de codificação ¹²² .
Informação	Produzida a partir da análise de dados, sendo determinada por processos de transformação analítica (síntese). Neste sentido, análise implica um processo de organização, indexação, classificação, condensação e interpretação de dados, com o objetivo de identificar dimensões, atributos, predicados e propriedades comuns entre casos individuais. O atributo/propriedade individual deixa de ser relevante depois da transformação do dado em informação, sendo substituído pela categoria “variável” ¹²² .
Conhecimento	A informação torna-se conhecimento científico e tecnológico somente depois de articulada em algum marco de referência conceitual ¹²² .
Índice	O termo expressa situações multidimensionais, por incorporar em uma medida única, diferentes aspectos ou diferentes indicadores ⁴² .
Indicador e Índice	São termos empregados ora como sinônimos, mais comum no passado, ora com significados distintos, o que é a tendência atual. De modo geral, os termos indicador e índice podem referir-se ao estado de saúde de um indivíduo ou ao de uma população. Apesar de haver esta diferenciação entre indicador (unidimensional) e índice (multidimensional), por simplicidade costuma-se usar a expressão “indicador de saúde” para designar todo o campo de conhecimento comum ⁴² .

Fonte: Pereira MG⁴², Almeida Filho N¹²²

Nesse contexto, no Brasil, o uso indiscriminado de termos para denominar indicadores é notório, tanto nos trabalhos com dados primários, como nos com dados

secundários, oriundos ou não de sistemas de informação processados eletronicamente¹²³. Essa ausência de padronização dificulta a comparação entre os dados de diferentes organizações.

Jannuzzi¹²⁴ afirma que

“os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse, definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Eles se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais”¹²⁴.

Dessa forma, pode-se dizer que os indicadores traduzem numericamente a qualidade, permitindo conclusões objetivas sobre aspectos particulares de programas³³, sendo considerados como instrumentos de gestão essenciais nas atividades de monitoramento e avaliação das organizações, bem como seus projetos, programas e políticas, pois permitem acompanhar o alcance das metas, identificar avanços, melhorias de qualidade, correção de problemas, necessidades de mudança, etc¹²⁵.

Os indicadores de qualidade analisam e determinam a medida do desempenho de cada setor nas instituições de saúde, avaliando as metas alcançadas para a excelência da qualidade. Baseiam-se na conformidade dos padrões estabelecidos para monitorar os processos e resultados¹²⁶.

Assim sendo, podemos dizer que os indicadores possuem, minimamente, duas funções básicas: a primeira é descrever por meio da geração de informações o estado real dos acontecimentos e o seu comportamento; a segunda é de caráter valorativo, que consiste em analisar as informações presentes com base nas anteriores de forma a realizar proposições valorativas¹²⁵.

Dessa forma, os indicadores servem para mensurar os resultados e gerir o desempenho; embasar a análise crítica e a tomada decisão; contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais; facilitar o planejamento e o controle do desempenho e viabilizar a análise comparativa do desempenho da organização e do

desempenho de diversas organizações atuantes em áreas ou ambientes semelhantes¹²⁵.

Segundo o Programa CQH⁵³, os indicadores são medidas ou mensurações que nos ajudam a entender o tamanho, valor ou representatividade de uma variável. É um número que conta uma história, uma importante ferramenta de gestão que por meio de conceitos e fórmulas, contribui para o monitoramento de um determinado processo ou de uma situação, com a identificação dos avanços e eventuais necessidades de novas formulações, ou correção dos problemas e redirecionamento das decisões gerenciais. Em geral se expressa na forma de porcentagens ou frações, que permitem o estabelecimento de padrões de acompanhamento.

O monitoramento de indicadores é considerado uma atividade planejada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas a fundo ou ser objeto de prevenção de melhorias dos cuidados⁶⁰.

O monitoramento dos cuidados prestados por meio do uso dos indicadores permite orientar a formulação e a hierarquização de políticas; monitorar a melhoria dos cuidados de saúde; promover maior transparência das organizações de saúde, permitindo aos usuários escolhas mais informadas¹²⁷.

Segundo John Sullivan, citado pelo Manual de Indicadores do Programa CQH – Recursos Humanos⁵³, o indicador cumpre bem o seu papel quando “informa e/ou convence alguém de alguma ideia”.

O quadro 5 explicita as concepções necessárias aos indicadores.

Quadro 5 – Concepções necessárias aos indicadores (segundo John Sullivan)

Específico	Representando claramente o que se pretende atingir.
Mensurável	A sua quantificação tem de ser possível.
Atingível	Ser realista e concreto.
Relevante	Preciso e desafiador.
Temporizado	Tenha um período de tempo definido.

Fonte: CQH, 2014⁵³

Outro dado importante no contexto dos indicadores é a sua classificação, uma vez que deve ser realizada com base na dimensão de desempenho com a qual ele mais se relacione¹²⁸, conforme apresentado pelo quadro 6.

Quadro 6 – Classificação dos indicadores com base na dimensão de desempenho

Indicador de Economicidade	Mede o custo dos insumos e os recursos alocados para a atividade.
Indicador de eficácia	Mede quantidade de produto, alcance das metas de entrega de bens e serviços.
Indicador de eficiência	Mede relações entre quantidade de produto e custo dos insumos ou características do processo, como o tempo de produção.
Indicador de efetividade	Mede o alcance dos objetivos finalísticos, traduzidos em solução ou redução de problemas na sociedade.

Fonte: Tribunal de Contas da União (TCU), 2010¹²⁸

Diante das concepções, classificações e da real importância dos indicadores nos processos assistenciais e gerenciais dos serviços de saúde, deve-se considerar de extrema importância que as instituições selecionem e utilizem os mais adequados à sua realidade, levando em consideração seus principais objetivos e necessidades.

A construção de indicadores de qualidade para avaliação de serviços de saúde nas instituições hospitalares envolve toda estrutura gerencial de elaboração de indicadores que requerem busca de eixos condutores que apontem para a necessidade de se considerar aspectos das políticas assistenciais, educacionais e gerenciais em saúde¹²⁹.

Com tantas abordagens, o emprego de indicadores possibilita aos profissionais de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários, os trabalhadores e as organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos usuários³⁴.

Para armazenamento, análise e comparação dos dados, faz-se necessária a constituição de um banco de dados que viabilize esses processos, permitindo que os resultados possam ser comparados com uma série histórica da própria instituição ou até mesmo com outras instituições de perfil semelhantes, como citado anteriormente.

Para fins de medidas, destacam-se alguns tipos essenciais de indicadores de qualidade, conforme apresentados no quadro 7.

Quadro 7 – Tipos de indicadores – unidades de medidas mais comuns

TIPOS	DEFINIÇÕES	EXEMPLOS
Quantitativos	Envolvem o uso de critérios objetivos, lógicos e racionais. Geralmente usados quando necessitamos de dados numéricos sobre processos ou fenômenos em que queremos manter o controle.	Número de empregados; Absentéismo; Média salarial; Entre outros.
Qualitativos	Envolvem o uso de métricas potencialmente subjetivas e discricionárias derivadas da percepção humana e, influenciadas pelos valores, crenças e costumes das pessoas. Dependem do ponto de vista do avaliador.	Satisfação das pessoas em relação à gestão da área de recursos humanos e frente aos aspectos relacionados ao ambiente de trabalho.
Eficiência	Associada ao processo, ao meio, ao consumo dos recursos utilizados para a obtenção de certos resultados. O que significa dizer “fazer certo” dentro dos procedimentos, dos recursos e fluxo operacional definido.	100% dos profissionais selecionados apresentam perfil adequado e em conformidade com o desenho do cargo.
Eficácia	Associada à finalidade, ao objetivo, ao propósito de determinada ação ou conjunto de ações. O que significa dizer “fazer certo a coisa certa”, atingindo o propósito, o alvo.	O projeto de capacitação atingiu 100% dos objetivos propostos.
Simplex	São normalmente autoexplicativos e traduzem, demonstram, explicitam, dão a dimensão da quantidade, do tamanho ou da importância de uma determinada variável. Demonstram um determinado aspecto da realidade ou apresentam uma relação entre variáveis.	Índice de rotatividade em um determinado mês foi igual a 6,8%.
Compostos	São os que resultam da combinação de diversos indicadores, cada qual com o seu grau de importância, peso ou representatividade. Representa, de forma sintética, um conjunto de aspectos da realidade.	Avaliação de Desempenho que envolve a combinação de fatores relacionados à competência e aos pesos a eles atribuídos.

Fonte: CQH, 2014⁵³

Além da apresentação dos principais tipos de indicadores e suas unidades de medidas mais comuns, eles devem apresentar características fundamentais para que possam ser definidos e considerados como bons indicadores.

O quadro 8 apresenta dez atributos e suas definições considerados como desejáveis por estudiosos sobre o tema e que dão grau de excelência a um indicador².
130-132.

Quadro 8 – Atributos de um bom indicador

ATRIBUTOS	DEFINIÇÕES
Disponibilidade	Os dados necessários para o cálculo do indicador devem ser de fácil obtenção para diferentes áreas e épocas.
Confiabilidade	Os dados utilizados para o cálculo do indicador devem ser fidedignos, isto é, devem ser capazes de reproduzir os mesmos resultados se medidos por diferentes pessoas em diferentes meios e épocas, quando aplicados em condições similares.
Validade	O indicador deve ser em função das características do fenômeno que se quer ou se necessita medir. Se o indicador reflete as características de outro fenômeno, deixa de ter validade, pois pode levar a uma avaliação não verdadeira da situação.
Simplicidade	Significa facilidade de cálculo a partir das informações básicas. Preferencialmente, o indicador deve ser formado apenas por um numerador e um denominador, ambos compostos por dados de fácil obtenção. Quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização.
Discriminatoriedade	O indicador deve ter o poder de refletir diferentes níveis epidemiológicos ou operacionais, mesmo entre áreas com particularidades distintas.
Sensibilidade	O indicador deve ter o poder de distinguir as variações ocasionais de tendência do problema numa determinada área.
Abrangência	O indicador deve sintetizar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever.
Utilidade	Todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca.
Baixo custo	Indicadores com altos custos financeiros inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado.
Objetividade	Os processos de coleta e processamento de dados disponibilizam um enorme arsenal de informações que devem ser utilizadas para a tomada de decisão de quem coleta ou de quem gerencia o serviço.

Fonte: Escrivão Jr A, 2004²; Kluck M, et al. 2002¹³⁰; Bittar OJNV, 2001¹³¹; Ferreira J, 2004¹³²

No contexto da qualidade dos serviços de saúde, é importante ressaltar que a administração e a viabilidade de um hospital público ou privado, não se confunde e

nem se limita meramente à rentabilidade financeira, mas ao alcance máximo do objetivo fundamental que lhe originou e lhe garante sua legitimidade social, que é o atendimento com qualidade às necessidades da comunidade. Vê-se aí, que a viabilidade não é uma característica ou condição natural, intrínseca ou própria da instituição hospitalar, mas o resultado da sua ação que, por sua vez, deve monitorar sua atuação e julgar seu desempenho a fim de garantir, pela competência, a sobrevivência da própria instituição¹³³.

4.4 INDICADORES DE QUALIDADE – ENFERMAGEM E CENTRO CIRÚRGICO

Um grande aliado das organizações de saúde na busca pela qualidade das ações é o profissional enfermeiro e, nesse sentido, existe a expectativa, por parte dos gestores, quanto ao papel desse profissional no gerenciamento do cuidado nas instituições hospitalares, uma vez que uma das principais características da prática do cuidar em enfermagem é o contato direto com o cliente, o que possibilita conhecer suas necessidades e expectativas¹³⁴, exercendo papel fundamental no resultado da atenção¹³⁵.

A qualidade dos serviços de enfermagem inclui não somente a formação do enfermeiro, a restauração da saúde e melhoria da qualidade de vida, mas também o resultado do produto hospitalar medido por meio da qualidade das documentações e registros de todas as ações de enfermagem¹³⁶.

A prática profissional nessa área é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco, que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente, sendo necessário que o trabalho se desenvolva em ambientes cuja filosofia e recursos promovam e sustentem melhorias contínuas¹³⁷.

Nesse cenário, a enfermagem enfrenta diversos desafios referentes ao atendimento de seus clientes (internos e externos), a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial. Sob essa óptica, a busca contínua pela melhoria da qualidade da assistência é considerada um processo dinâmico de identificação constante dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do profissional enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar, sistematicamente, os níveis de qualidade dos cuidados prestados¹³⁸.

Considerando-se a preocupação histórica da enfermagem com a busca pela qualidade da atenção, assinalada desde as ações de cuidado de Florence Nightingale, bem como pela crise de credibilidade atualmente associada aos serviços de saúde brasileiros e pelo potencial do profissional enfermeiro em contribuir para a mudança dessa realidade, por meio da mensuração da qualidade do cuidado prestado, fica evidente a necessidade de que as medidas da qualidade da assistência sejam confiáveis¹³⁵.

Nessa perspectiva, o enfermeiro em busca de aprimorar a prática do cuidar com qualidade, tem se ocupado da implantação e implementação da Gestão da Qualidade do cuidado prestado nas instituições hospitalares, uma vez que pelo desenvolvimento do seu processo de trabalho, tem a oportunidade de interagir diretamente com o cliente e se aproximar do seu referencial para compreender seus anseios e expectativas, e com base em tais informações, planejar a assistência que será prestada pela equipe a fim de atender às expectativas dos clientes¹³⁹.

A enfermagem tem relevância no que diz respeito aos processos relacionados à qualidade dos serviços, por estar diretamente em contato com o cliente¹⁴⁰. Nesse sentido, os indicadores sensíveis de qualidade em enfermagem, conhecidos nos EUA como *Nursing-Sensitive Quality Indicators*, são definidos como instrumentos que capturam os cuidados de enfermagem prestados, sensíveis quanto aos resultados dos pacientes, que podem ser diretamente afetados pelas condições de prestação da assistência¹⁴¹.

Dessa maneira, a utilização de indicadores de qualidade possibilita aos profissionais de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários, os trabalhadores e as organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos usuários³⁴.

Os profissionais de enfermagem estão inseridos no processo de definição e implantação de indicadores de qualidade e dessa forma, necessitam de instrumentos aperfeiçoados de mensuração e avaliação objetiva da qualidade dos serviços prestados e que possibilitem diferenciar os diversos serviços oferecidos por diferentes instituições³³.

Em especial, a unidade de Centro Cirúrgico, apresenta-se como um setor com características de trabalho particulares que o diferencia das demais unidades de saúde¹⁴².

Essas particularidades envolvem inúmeras características, constituindo uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar, consequência de diferentes recursos tecnológicos; variações intrínsecas nos seus principais processos; grande rotatividade de pacientes, profissionais e diversidade de enfermidades; horários rígidos, com a necessidade de cumprir os agendamentos cirúrgicos; conflitos entre as equipes, e principalmente pelo risco de morte sempre presente. Toda essa complexidade dos processos de trabalho e a rotina instalada favorecem o estresse dos profissionais, que necessitam assistir aos usuários com excelência^{110, 143}.

O Centro Cirúrgico, por ser um local fechado à visitação, à livre circulação e à especulação visual, restringe o que lá acontece ao conhecimento exclusivo dos profissionais que ali trabalham, já que os pacientes vivenciam uma rápida e ficcional passagem em função da anestesia. Em contrapartida, vários profissionais de saúde trabalham em um procedimento cirúrgico e a circulação é intensa¹⁴⁴.

Assim, na sua rotina de funcionamento ocorrem vários processos e subprocessos, direta ou indiretamente ligados à produção das cirurgias, tanto no próprio ambiente do Centro Cirúrgico como em outros ambientes do hospital e até fora deste. Pode-se apontar, como exemplo, os processos referentes aos serviços de apoio, tais como: diagnóstico por imagem; patologia clínica; anatomia patológica; esterilização de material; logística de suprimentos, materiais e medicamentos; Banco de Sangue; Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), entre outros^{18, 110}.

Assim sendo, 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 apoiam, como consequência de uma combinação entre instalações físicas, tecnologia e equipamentos adequados, operados por mão de obra habilitada, treinada e competente¹¹⁰.

Os inúmeros processos inerentes ao Centro Cirúrgico podem ocasionar complicações decorrentes dos procedimentos cirúrgicos nos países industrializados, sendo relatadas em 3-16% dos procedimentos (50% relacionados à cirurgia e cerca de 40% ocorrem por problemas na sala cirúrgica) com taxa de mortalidade de aproximadamente 0,4-0,8%; e de 5-10% em cirurgias de maior complexidade nos

países em desenvolvimento¹⁴⁵. Estima-se uma taxa mundial de EA durante o procedimento cirúrgico de 3% e uma taxa de mortalidade de 0,5%, correspondendo a sete milhões de pacientes cirúrgicos que sofreriam complicações significativas a cada ano e um milhão desses que morreriam durante ou imediatamente após a cirurgia⁶⁰.

Se pensarmos concretamente no impacto dos EA decorrentes dos procedimentos cirúrgicos realizados, mesmo que não tenhamos dados oficiais, podemos estimar, tomando como base o Brasil, em 2010 e em 2011, a realização de 4.056.250 e 4.123.794 procedimentos cirúrgicos, respectivamente, e a uma taxa de EA mínima de 3%. Potencialmente, deparar-nos íamos com a ocorrência de aproximadamente 121.687,5 e 123.713,82 eventos, respectivamente⁶⁰.

Entre os desafios lançados pela OMS, destaca-se o que visa à segurança do paciente cirúrgico, tendo como objetivo elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde por meio do estabelecimento de práticas cirúrgicas seguras, contempladas no “Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Nesse contexto, o Desafio Global tem como essência elevar os padrões de qualidade na assistência à saúde ao paciente cirúrgico e por meio desse, a OMS estabeleceu como meta, até o ano de 2020, reduzir as taxas de ISC em 25%, o que implicaria uma significativa queda da morbidade e da mortalidade relacionadas a procedimentos cirúrgicos¹⁴⁵.

Para efetivação das estratégias que objetivam elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde por meio do estabelecimento de práticas seguras, faz-se necessário, primeiramente, conhecer a realidade das instituições e unidades de saúde. O uso de instrumentos que facilitem o registro de eventos e que permitam a mensuração dos dados, é fator essencial para verificação da qualidade dos serviços.

Nesse complexo contexto, considera-se que o bom gerenciamento de uma unidade de Centro Cirúrgico constitui elemento fundamental para a tomada de decisão, permitindo o acesso às informações obtidas por meio de medições padronizadas e estruturadas, muito bem representadas por um conjunto de indicadores¹¹⁰.

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 Cirúrgico. Tal situação somente será obtida a partir do convencimento e envolvimento dos membros da equipe atuante, dentre eles, médicos, equipe de enfermagem e demais colaboradores que executam

suas tarefas no setor, e também por meio de relatórios bem elaborados e de anotações precisas¹¹⁰.

Tão importante quanto a preocupação com a construção e com a amplitude dos indicadores, a monitoração deve ser considerada o principal fator para o sucesso da avaliação da qualidade e da produtividade¹¹⁰ de modo a nortear os processos de gestão, sinalizando possíveis desvios¹⁸.

4.5 PROCESSO EDUCATIVO –TREINAMENTO

As atividades de formação e desenvolvimento de competências envolvendo pessoas nas organizações têm um histórico de décadas – se considerarmos por uma visão mais recente – ou até séculos, se olharmos pelo prisma da história, independente da designação que venham a ter, seja ela Educação Corporativa, Universidade Corporativa ou Treinamento/Desenvolvimento¹⁴⁶.

A formação das pessoas se torna foco principal quando se deseja prepará-las para desempenhar suas atividades e, conseqüentemente, auxiliar a organização a atingir seus resultados. Portanto, nada mais coerente do que saber o quanto as ações educacionais trouxeram de resultado à organização. O que, a princípio, é uma constatação lógica, torna-se uma grande dificuldade, em função da complexidade das variáveis envolvidas na questão¹⁴⁶.

O primeiro passo para resolvê-la foi dado por Donald Kirkpatrick, em 1959, seguido de diversos autores que surgem com propostas metodológicas para avaliação dos resultados dos treinamentos oferecidos pelas empresas. Entretanto, o debate sobre a busca das organizações pela melhor maneira de fazê-lo permanece. Em pesquisa conduzida pela *Corporate University Exchange* (2010), a avaliação de resultados, foi apontada como um dos aspectos ainda pouco desenvolvidos, sendo que 50% das organizações pesquisadas ainda não apresentavam um sistema métrico de avaliação¹⁴⁶.

No presente estudo utilizou-se de treinamento (processo educativo) como forma de envolver a equipe de enfermagem atuante na unidade de Centro Cirúrgico, na implantação e coleta dos indicadores de qualidade.

De modo geral, o treinamento possui várias abordagens, sendo encontrado em diversas literaturas tanto da administração como também da psicologia. Não se

restringindo ao contexto empresarial, o treinamento e o desenvolvimento podem ser conceituados como um processo único de “aquisição sistemática de conhecimentos capazes de provocar, a curto ou longo prazo, uma mudança na maneira de ser e de pensar do indivíduo”¹⁴⁷.

Conforme Chiavenato¹⁴⁸, “o treinamento é uma maneira eficaz de agregar valor às pessoas, às organizações e aos clientes. Ele enriquece o patrimônio humano das organizações”. Em abordagem mais recente¹⁴⁹, define-se treinamento como sendo “um processo sistemático para promover a aquisição de habilidades, regras, conceitos e atitudes que busquem a melhoria da adequação entre as características dos empregados e as exigências funcionais”.

Alguns autores o conceituam de forma mais minuciosa e sistêmica¹⁵⁰, associando-o ao conceito de desenvolvimento, sendo por vezes usado de forma casual, a fim de descrever praticamente qualquer esforço da empresa para estimular o aprendizado de seus membros. Muitos especialistas, entretanto, distinguem treinamento (mais focalizado e orientado para questões concernentes a desempenho de curto prazo) e desenvolvimento (mais orientado para ampliar as habilidades dos indivíduos para futuras responsabilidades). Dessa maneira, os dois termos tendem a indicar a combinação de atividades nas empresas que aumentam a base de habilidades dos funcionários.

Essas definições, em tese, fazem-nos compreender que o treinamento pode trazer benefícios tanto aos empregados, como a organização, afinal, um profissional bem habilitado traz consigo maior motivação, com aumento da produtividade, colaborando de forma ativa nos resultados da empresa¹⁵¹.

Dada a importância do processo de treinamento para o desenvolvimento dos indivíduos e das organizações, traça-se a importância da avaliação dos resultados dos esforços de treinamento, que de acordo com a Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT)¹⁵², possui a finalidade:

“de confirmar que ambos, os objetivos da organização e do treinamento, foram alcançados, ou seja, o treinamento foi eficaz. [...] Os resultados do treinamento em geral não podem ser plenamente analisados e validados até que o treinando possa ser observado e avaliado no trabalho”¹⁵².

Ainda sob a mesma óptica, considerando a necessidade de obter confirmação dos resultados de treinamento e se os objetivos foram alcançados, são considerados alguns critérios de conveniência para realização de avaliações¹⁵²:

- ✓ **a curto prazo**: para verificar a opinião dos colaboradores treinados, sobre os métodos e recursos adotados e sobre os conhecimentos e habilidades adquiridas como resultado do treinamento¹⁵²;

- ✓ **a longo prazo**: para verificar a melhoria da produtividade e do desempenho no trabalho¹⁵².

Nesse contexto, a avaliação é a forma mais utilizada pelas organizações para medir a eficácia e eficiência dos esforços aplicados. Sob esse ponto de vista, são considerados relevantes os conceitos de eficiência e eficácia, que podem ser aplicados na avaliação de treinamentos¹⁵³:

- ✓ **eficiente e ineficaz**: quando os procedimentos foram seguidos e os requisitos especificados não foram alcançados¹⁵³;

- ✓ **ineficiente e eficaz**: quando os procedimentos não foram seguidos e os requisitos especificados foram alcançados¹⁵³;

- ✓ **eficiente e eficaz**: quando os procedimentos foram seguidos e os requisitos especificados foram alcançados¹⁵³.

Com base nestas definições, e para melhor compreensão, pode-se dizer que a eficiência significa realizar um treinamento de maneira correta, sem erros e de boa qualidade e que eficácia é fazer um treinamento que atinja totalmente os resultados esperados.

Dentre as principais metodologias de mensuração de resultados, podemos destacar, como já citado, a proposta de Donald Kirkpatrick, consolidado no Modelo Kirkpatrick de Avaliação de Treinamento¹⁵⁴.

A teoria de Kirkpatrick tornou-se o método mais popular de avaliação de processos de aprendizagens entre os profissionais de recursos humanos, tendo servido como inspiração para outros teóricos que viriam em seguida. Para esse autor, cada nível tem sua importância apesar de que, à medida que se passa de um nível para o seguinte, o processo se torna cada vez mais complexo, aumentando o dispêndio de tempo. Mas em compensação, provê informações cada vez mais valiosas¹⁵⁴.

Essa proposta de avaliação de processos de aprendizagens suscita que um programa de treinamento é mais bem-sucedido quando os participantes corretos (seleção) recebem conhecimentos, habilidades e atitudes corretos, ensinados por métodos, meios e instrutores adequados (processo) no momento e local certos de tal forma que atendam ou superem as expectativas da organização, cujos objetivos e desempenho sejam voltados para resultados¹⁵⁵.

Nessa vertente, a abordagem que Kirkpatrick propõe para a mensuração da qualidade e da efetividade do treinamento se dá mediante a análise de quatro níveis de avaliação, dentre eles: reação, aprendizado, comportamento e resultados¹⁵⁵.

Nessa avaliação de processos de aprendizagens proposta, os quatro níveis precisam ser considerados nas etapas de concepção do programa, execução e medição. Sendo assim, cada nível de avaliação tem a sua importância, exercendo influência sobre os demais. Com isso, à medida que se avança nos níveis, o processo torna-se mais complexo e proporciona informações mais valiosas¹⁵⁵.

Em especial, os resultados, etapa final dos níveis de avaliação, devem ser definidos em termos mensuráveis, de modo que todos os envolvidos possam visualizar o valor da iniciativa de desenvolvimento. Desse modo, resultados claramente definidos tendem a aumentar a probabilidade de os recursos serem mais eficazes e eficientemente utilizados para o alcance dos propósitos¹⁵⁵.

A reação positiva ao treinamento é de extrema importância, uma vez que o futuro dos programas depende desta resposta. Além disso, se os participantes envolvidos não reagem de forma favorável, provavelmente não estarão motivados a aprender. Porém, a reação positiva e satisfação podem não assegurar o aprendizado, mas a reação negativa e insatisfação, certamente reduzem a possibilidade de aprendizado¹⁵⁶.

Os níveis propostos por Donald Kirkpatrick encontram-se descritos a seguir:

Nível 1 – Reação

Neste nível, Kirkpatrick visa avaliar a reação (satisfação) do público-alvo da ação de aprendizagem e a reação desses participantes ao programa de desenvolvimento humano¹⁵⁴.

Kirkpatrick considera esse nível como ideal para a medição de retorno de investimento, pois acredita que se não há satisfação do público-alvo, não há

motivação para o aprendizado e, portanto, não existirão resultados positivos das estratégias de educação¹⁵⁴.

Tanto a satisfação como a reação do público-alvo podem ser levantadas pela observação organizada, pelo relato oral ou por depoimentos escritos – por meio de questionários e formulários. Serão formas subjetivas de *feedback*, baseadas na reação à experiência de formação das pessoas, porém, serão eficazes para levantar os posicionamentos dos envolvidos frente ao treinamento aplicado¹⁵⁴.

Assim, esse nível permite detectar disfuncionalidades algumas vezes não perceptíveis, auxiliando a evitar a rotina, trazendo elementos importantes para a adaptação e o aperfeiçoamento constantes, contribuindo para que as necessidades dos participantes sejam consideradas¹⁵⁵.

A avaliação nesse nível pode ser feita de forma contínua, adotando-se métodos quantitativos e/ou qualitativos sobre a participação e o desempenho nas atividades propostas, a utilização dos recursos disponibilizados e a capacidade de interação com o processo de aprendizagem¹⁵⁵.

É de grande valia que essa abordagem seja feita logo após o processo de formação, tendo a vantagem de não ser dispendiosa ou trabalhosa em seu levantamento¹⁵⁴.

Nível 2 – Aprendizado

O nível 2 visa mensurar o progresso dos participantes com relação a sua aprendizagem¹⁵⁵.

Para o autor, a aprendizagem pode ser evidenciada quando os participantes mudam a forma de perceber a realidade, ampliam conhecimentos e/ou melhoram habilidades. Assim, nesse nível é importante mensurar o que os participantes percebiam, conheciam e faziam com relação ao tema antes e depois do programa de treinamento¹⁵⁵.

Neste contexto, tal etapa fornece *feedback* sobre a evolução dos participantes, permitindo a reformulação e melhoria, considerando a aprendizagem e a interatividade dos participantes com o processo de treinamento. Desse modo, a avaliação neste nível caminha em direção a uma maior autonomia que frequentemente é conquistada quando os participantes aprendem algo¹⁵⁵.

Nível 3 – Comportamento

Neste quesito, procura-se avaliar a mudança comportamental produzida pela participação no treinamento, isto é, até que ponto os conhecimentos adquiridos estão sendo colocados em prática, contribuindo para a melhoria do desempenho¹⁵⁵.

Diante disso, apenas as abordagens aos participantes instantaneamente após o treinamento não são suficientes. O interessante é realizar observações e entrevistas ao longo do tempo para avaliar a efetividade das mudanças, bem como sua relevância e sustentabilidade¹⁵⁴.

Com isso, é possível mensurar o nível de desempenho e de produtividade do indivíduo nas suas diversas competências funcionais. Contudo, para que mudanças ocorram, é imprescindível que o ambiente no qual esteja inserido, conte com um clima favorável e encorajador à mudança¹⁵⁵.

O autor alerta também para a importância da informação gerada pela avaliação nos níveis anteriores, pois se a reação foi satisfatória (N1) e os objetivos de aprendizagem foram atendidos (N2), pode-se inferir que as mudanças de comportamento (N3) e os resultados (N4) demandam outros aspectos mais complexos, como o clima, o reconhecimento e o apoio da liderança¹⁵⁵.

Nível 4 – Resultados

Neste nível, procura-se avaliar os resultados alcançados em função da participação no treinamento¹⁵⁵.

Os resultados visam mensurar o retorno do investimento e podem envolver a avaliação de indicadores como a melhoria da qualidade, redução de custos, entre outros. A avaliação dos resultados deve corresponder aos objetivos do treinamento, embora, em muitos casos, outros resultados sejam conquistados como consequência¹⁵⁵.

A abordagem de Kirkpatrick sugere a criação de uma cadeia de evidências que possam demonstrar o valor do treinamento e da sua contribuição aos processos de trabalho¹⁵⁵. Assim, o objetivo neste momento é medir o efeito prático das ações de educação corporativa no desempenho dos serviços, avaliando a organização de maneira sistêmica. Isso, a fim de observar impactos da aprendizagem em diversos aspectos, envolvendo a instituição, como, por exemplo: nos números de reclamações do público interno ou externo; nos índices de rotatividade de pessoal; na quantidade

de falhas e conflitos; na qualidade do atendimento; na redução de custos; na diminuição de acidentes de trabalho; no aumento da produção ou do lucro; na manutenção da estrutura; entre outros¹⁵⁴.

O quadro 9, aborda resumidamente os níveis de avaliação propostos por Donald Kirkpatrick.

Quadro 9 – Níveis de avaliação de treinamento – Donald Kirkpatrick

NÍVEIS (Tipo de avaliação)	Avaliação, descrição e características	Exemplos de instrumentos de avaliação e métodos	Relevância e aplicabilidade
1 Reação	Como os participantes sentem-se diante da formação ou experiência.	Avaliação de reação.	De rápida e fácil obtenção. Não onerosos para recolher ou analisar.
2 Aprendizado	Avaliar a aprendizagem consiste em verificar o aumento do conhecimento (antes e depois).	Avaliações, entrevistas e testes, antes e após o treinamento.	Relativamente simples de configurar, para competências quantificáveis. Menos fácil para a aprendizagem complexa.
3 Comportamento	Avaliação de comportamento é o grau de aprendizagem aplicada de volta ao trabalho – implementação.	Observação e entrevistas ao longo do tempo são necessárias para avaliar a mudança, sua relevância e sustentabilidade.	Medição de mudança de comportamento. Requer cooperação e habilidade dos gestores de linha.
4 Resultados	Mede o efeito prático do treinamento.	Normalmente as medidas já estão em vigor por meio de sistemas de gestão e de comunicação – o desafio é se relacionar com o participante.	Avaliar individualmente não é difícil, ao contrário de avaliar toda a organização. O processo deve ter responsabilidades claramente definidas.

Fonte: Trabalho ético e aprendizagem de vida. [Internet] 2015¹⁵⁷

Todas essas medidas são recomendadas para a avaliação plena e significativa da aprendizagem nas organizações, embora a sua aplicação aumente em complexidade e, normalmente em custos, por meio dos níveis.

MÉTODOS

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa tem abordagem quantitativa e caracteriza-se por estudo descritivo, analítico, transversal e prospectivo.

O método quantitativo “compreende a coleta sistemática de informações numéricas, preservando as condições de controle, além da análise dessa informação por meio de procedimentos estatísticos”¹⁵⁸.

O estudo descritivo tem como propósito “observar, descrever e documentar os aspectos da situação”¹⁵⁸, permitindo a identificação de padrões entre os casos estudados, incluindo o tempo, o lugar e o indivíduo. Podem ser utilizados na formulação de hipóteses, porém raramente para testá-las¹⁵⁹. Essa abordagem foi utilizada nas Etapas I (Escolha dos indicadores) e II (Construção do instrumento de coleta de dados).

Na Etapa III (Implantação dos indicadores), os tipos de estudo foram: descritivo e transversal.

Os estudos transversais consistem na realização da coleta de dados em um determinado ponto do tempo¹⁶⁰, permitindo visualizar a situação de uma população, como instantâneos da realidade¹⁶¹.

Para a Etapa IV (Coleta e análise dos indicadores), utilizou-se os estudos transversais, prospectivos e analíticos.

Os estudos prospectivos partem do pressuposto de que os dados são coletados e seguidos a partir da “causa” em direção ao “efeito”, ou seja, acompanham todo o desenrolar do processo¹⁶² e em casos de qualquer ambiguidade quanto à sequência temporal do fenômeno, a mesma pode ser facilmente resolvida¹⁶⁰.

Os estudos analíticos permitem investigar a existência de associação entre duas ou mais variáveis¹⁶³, sendo também empregados para testar hipóteses, auxiliando na busca das causas, dos efeitos e de como a doença ou o agravo ocorreram, permitindo assim comparações entre os grupos. Dessa maneira, quantificam a associação entre a exposição e o desfecho, testando hipóteses causais¹⁵⁹.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na unidade de Centro Cirúrgico de um hospital público especializado em dermatologia do interior do Estado de SP.

O hospital é considerado de nível terciário, referência na área de dermatologia geral, com destaque aos cuidados específicos da Hanseníase, em âmbito nacional e internacional, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado (SES) de SP, MS e OMS.

Juntamente aos serviços desenvolvidos na área de dermatologia, essa instituição realiza também atividades voltadas à pesquisa, ensino, reabilitação física, terapia ocupacional, odontologia, fisioterapia, oftalmologia, entre outros¹⁶⁴, prestando atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), encaminhados pela rede pública de saúde, de diferentes localidades brasileiras.

O hospital possui 63 leitos, sendo 25 de longa permanência, 16 para tratamento cirúrgico, 16 para tratamento clínico, quatro para acolhimento pré-operatório e dois em SRPA.

Em relação ao serviço de enfermagem hospitalar, os profissionais executam atividades nos setores de Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização (CME), SRPA, Central de Distribuição de Materiais (CDM), Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ambulatórios (Dermatologia, Oftalmologia e Reabilitação), Educação Continuada, Saúde Pública, CCIH e Geriatria (Seção de Dermatologia), que estão hierarquicamente subordinados à Diretoria Técnica do Departamento de Saúde.

O quadro de profissionais é composto por um Diretor de enfermagem, cinco enfermeiros encarregados, três enfermeiros chefes mediatos, 15 enfermeiros assistenciais, cinco técnicos de enfermagem e 98 auxiliares de enfermagem.

O serviço de enfermagem conta com o apoio de dois enfermeiros Pesquisadores Científicos que fazem parte da Diretoria de Pesquisa e Ensino.

5.2.1 Centro Cirúrgico

A unidade de Centro Cirúrgico do hospital é destinada à realização de cirurgias de pequeno e médio porte, em caráter eletivo, nas áreas de dermatologia, oftalmologia e ortopedia, tendo em sua equipe enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos

cirurgiões e anesthesiologistas, residentes de medicina, serviços gerais e administrativos.

O Centro Cirúrgico possui duas Salas Operatórias (SO); uma SRPA, com dois leitos e um banheiro destinado aos pacientes; uma sala para armazenamento de material estéril (Armazenamento Estéril - AE); uma sala de enfermagem; uma sala para armazenamento de equipamentos (arsenal); dois vestiários para os colaboradores (feminino e masculino, ambos com banheiros); um Depósito para Material de Limpeza (DML); um corredor central e uma área de lavabo. Em anexo, tem-se o CME, a CDM e uma sala de acolhimento pré e pós-operatório. Todas essas dependências formam o Bloco Cirúrgico do hospital cenário da pesquisa.

As cirurgias acontecem em dias úteis, em dois períodos: manhã, com início às 7h, e à tarde, com início às 13h, totalizando 12 horas, ou seja, 720 minutos por SO disponíveis aos procedimentos cirúrgicos.

Os finais de semana e feriados são destinados à realização de rotinas específicas, descritas em protocolos da unidade, não ocorrendo, dessa maneira, procedimentos cirúrgicos.

A equipe de enfermagem do Bloco Cirúrgico é composta por 20 profissionais, dentre eles, uma enfermeira encarregada pelos serviços de enfermagem, três enfermeiras assistenciais e 16 auxiliares de enfermagem, todos em regime estatutário, vinculados à SES - SP. Essa equipe de profissionais é distribuída nos três períodos de funcionamento das unidades que compõem o Bloco Cirúrgico (manhã, tarde e noite – até as 23h 15) conforme escala diária de serviço. Participaram do processo educativo para implantação dos indicadores no Centro Cirúrgico, 18 dos 20 colaboradores alocados na unidade.

Além das atividades inerentes à rotina dessas unidades, a equipe de enfermagem fica responsável também pela limpeza e desinfecção de materiais, equipamentos e carrinhos de medicação/curativo das demais unidades do hospital, conforme rotina descrita em protocolo institucional.

A jornada de trabalho semanal da equipe de enfermagem é de 30 horas, distribuídas na jornada diária de seis e 12 horas nos três turnos de trabalho. Essa equipe, é distribuída em plantões de segunda à sexta-feira; sendo o período diurno de todos os finais de semana e feriados cobertos com plantões remunerados de 12 horas (das 07h às 19h).

5.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos consideraram quatro etapas, conforme representado pela figura 3.

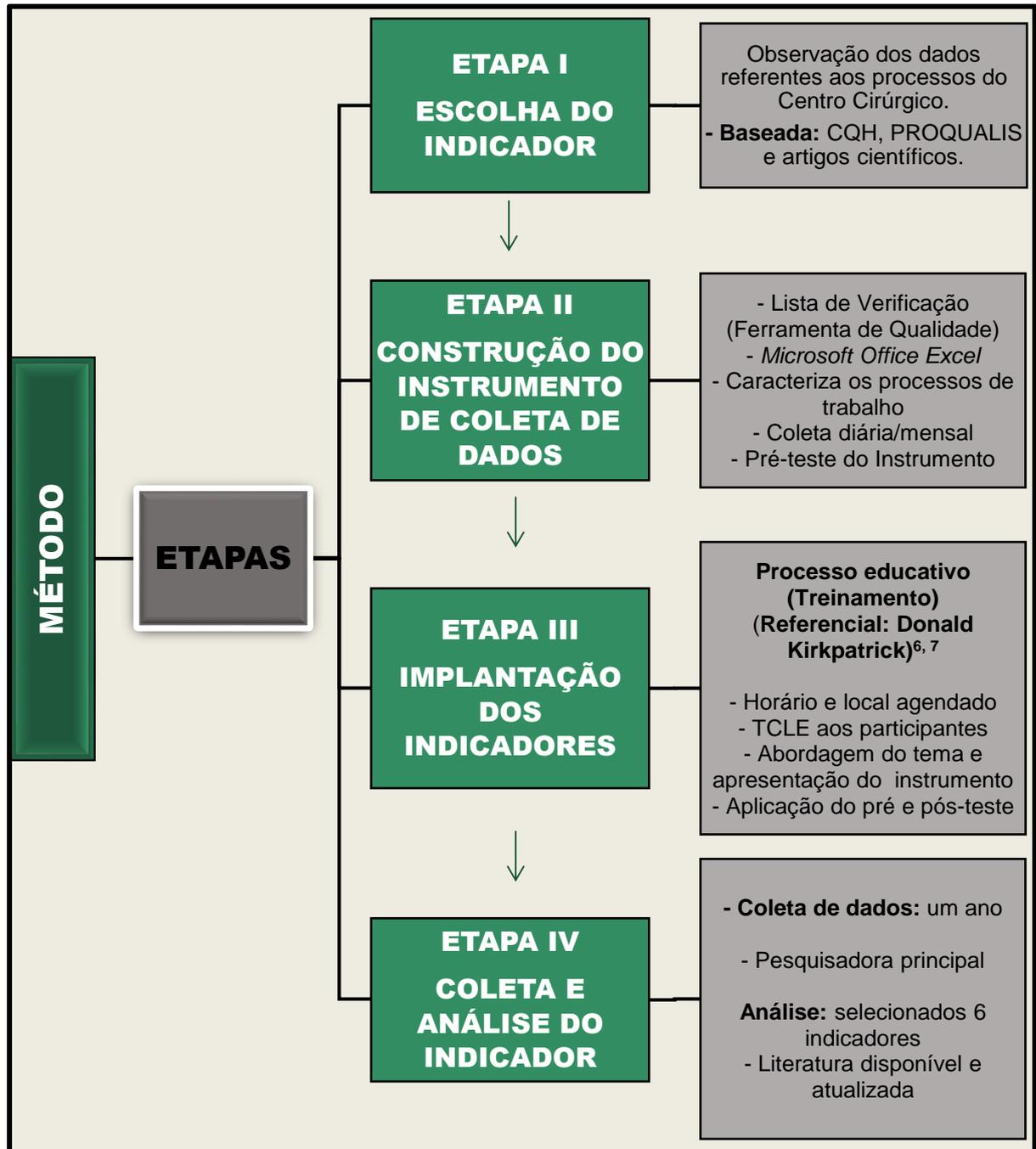


Figura 3 – Etapas do procedimento metodológico. Bauru, 2016

5.3.1 Etapa I – Escolha do Indicador

Nesta etapa, é fundamental que os indicadores a serem construídos ou utilizados sejam de fácil coleta e interpretação, relevantes, com certos níveis de complexidade, que possam apoiar as decisões dos gestores, e que demonstrem custo efetividade, no sentido de que justifiquem o investimento de tempo e recursos dispensados para coleta de dados¹⁰⁹.

No Centro Cirúrgico, realizou-se observação e levantamento de dados referente a perfil epidemiológico e características das cirurgias realizadas; atuação da enfermagem no período perioperatório e na SRPA; SAEP incluindo a VPOE; recursos humanos, entre outros.

Uma vez identificado as principais características da unidade, selecionou-se os indicadores com base nas diretrizes estabelecidas e no rol de indicadores propostos pelos Manuais de Indicadores de Enfermagem do Programa CQH^{31, 53, 165, 166}. Além desse referencial citado, foram utilizados outros indicadores específicos que permitem representar os processos de trabalho na unidade em questão (PROQUALIS e artigos científicos sobre o assunto).

Os manuais do Programa CQH utilizados na pesquisa, foram selecionados de acordo com as últimas publicações para os indicadores abordados no estudo. (Exemplo, o indicador Taxa de cirurgia suspensa, foi citado pela última vez no manual publicado em 2009).

Os indicadores selecionados para pesquisa, foram categorizados em indicadores assistenciais e indicadores de gestão de pessoas, seguindo a mesma abordagem utilizada na segunda edição do manual do Programa CQH³¹.

Para melhor compreensão, define-se como indicadores de qualidade assistenciais as medidas padronizadas internacionalmente, com critérios, coleta de dados e análise pré-estabelecidos, que permitem a comparação com outras instituições, podendo ser estruturais, de processos e de resultados¹⁶⁷, voltados ao cuidado direto do paciente. Os indicadores gerenciais são considerados informações significativas para a condução dos negócios e a tomada de decisão, nos níveis estratégico, administrativo ou operacional¹⁶⁸.

Após análise dos dados do Centro Cirúrgico, três questões auxiliaram no desenvolvimento e escolha dos indicadores, dentre elas: qual perspectiva o indicador

pretende refletir; quais aspectos do cuidado em saúde estão sendo mensurados/avaliados e quais são as evidências científicas disponíveis².

5.3.2 Etapa II – Construção do Instrumento de coleta de dados

Esta etapa considerou o parecer do Conselho Regional de Enfermagem - SP (COREN-SP), nº 026/2010¹⁶⁹, sobre a definição e construção de indicadores de qualidade na assistência de enfermagem.

“A implementação de indicadores de qualidade de enfermagem nos serviços de saúde é uma ferramenta importante para a avaliação das metas estabelecidas pela gestão de enfermagem”.
“É imprescindível que a construção dos indicadores de enfermagem tenha um eixo condutor, com metas definidas, contemplando os recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis nesses estabelecimentos, além das expectativas da demanda atendida, pois caso contrário todo o esforço para implementação e análise de indicadores poderá ser perdido no meio de imbricadas ações de gestão assistencial”.

Nessa vertente e após a escolha dos indicadores (Etapa I), foi construído um instrumento estruturado, composto por indicadores, que permitem caracterizar os processos de trabalho da unidade.

Para o estudo, optou-se pela utilização de indicadores específicos e comuns aos processos das unidades de Centro Cirúrgico (Apêndice 1).

O instrumento de coleta de dados, foi baseado em uma das ferramentas da qualidade conhecida como folha e/ou lista de verificação, que deve garantir a facilidade dos registros, bem como permitir a visão global dos dados coletados, traduzindo a realidade da unidade e dos fatos que a representam.

As folhas e/ou listas de verificação são representadas por tabelas ou planilhas simples, cujos dados são preenchidos de forma prática e concisa, o que favorece a coleta e análise de dados. Esses instrumentos permitem o registro dos dados dos itens a serem verificados, possibilitando uma rápida percepção da realidade e uma imediata interpretação da situação, ajudando a diminuir erros e confusões¹⁷⁰.

Assim, foram determinadas as características gerais a serem registradas em cada um dos eventos estudados, de acordo com a realidade das atividades e processos desenvolvidos na unidade, baseando-se no número de eventos ocorridos e no número de indivíduos sob risco de gerar um determinado evento. Adotou-se,

então, as planilhas do Programa *Microsoft Office Excel^R* para o registro dos indicadores.

Vale ressaltar que a coleta dos dados referente aos indicadores de qualidade pode se dar de diversas maneiras. Neste processo, para alguns indicadores, o levantamento dos dados foi realizado mensalmente. Para a maioria, foi utilizada a coleta diária, com registro efetuado no dia seguinte às ocorrências, facilitando a observação das informações.

Uma vez construído o instrumento de coleta de dados, em julho de 2015, realizou-se o pré-teste por 30 dias, como estratégia para verificar a funcionalidade e aplicabilidade dos dados.

O pré-teste consiste na coleta de dados antes da intervenção experimental de um instrumento recém-elaborado para identificar falhas ou avaliar as exigências do tempo¹⁶⁰.

5.3.3 Etapa III – Implantação do Indicador

A implantação é determinada como ponto inicial para o sucesso do gerenciamento dos indicadores e baseia-se na inserção dos instrumentos de coleta de dados na unidade de trabalho, sua apresentação aos envolvidos, capacitação para compreensão da importância dos indicadores e apresentação das ferramentas que serão utilizadas.

Uma vez selecionados os indicadores dentro da unidade de Centro Cirúrgico, e construído o instrumento estruturado para coleta de dados (Apêndice 1), foi realizada a implantação.

A fase de implantação envolveu o processo educativo (treinamento) da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico que seria responsável pelo preenchimento dos dados que constituíram o indicador.

O treinamento seguiu os pressupostos de abordagem referente aos níveis de avaliação propostos por Donald Kirkpatrick¹⁵⁴.

Para melhor elucidação da abordagem dos membros da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico no processo educativo, o quadro 10 apresenta o plano de treinamento utilizado para nortear as atividades junto à equipe.

Quadro 10 – Plano de treinamento utilizado no processo educativo realizado com os colaboradores do Centro Cirúrgico, na implantação dos indicadores de qualidade. Bauru, 2016

PLANO DE TREINAMENTO	
TEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto de pesquisa desenvolvido pela pesquisadora, como aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Botucatu. - Implantação de instrumento estruturado contendo os indicadores de qualidade específicos em Centro Cirúrgico.
DATA	04 de agosto de 2015.
HORÁRIO	Período da manhã: 9h às 11h 30. Período da Tarde: 13h 30 às 16 h.
PLANO DE TREINAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos objetivos do treinamento. - Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes (Apêndice 2). - Aplicação de pré-teste, contendo questões referentes aos indicadores de qualidade, para verificação dos conhecimentos acerca do objeto de estudo (Apêndice 3). - Contextualização e apresentação do Projeto do Mestrado, com abordagem dos objetivos, justificativa, metodologia e resultados esperados com o desenvolvimento da pesquisa. - Exposição teórica sobre os temas: qualidade, segurança do paciente, indicadores de qualidade, Centro Cirúrgico e importância do envolvimento da equipe de enfermagem no processo de busca da qualidade. - Apresentação do instrumento de coleta de dados a ser implantado na unidade de Centro Cirúrgico e formas de preenchimento. - Esclarecimento de dúvidas. - Aplicação do questionário (pós-teste) para verificar a apreensão dos conhecimentos adquiridos com o treinamento (Apêndice 3).

5.3.4 Etapa IV – Coleta e análise do Indicador

A coleta dos indicadores de qualidade na unidade de Centro Cirúrgico foi realizada durante um ano, com início em agosto de 2015 e término em julho de 2016.

O levantamento e análise nesse período permitiu conhecer a realidade dos processos assistenciais e gerenciais do Centro Cirúrgico, incluindo sazonalidades; férias e licenças da equipe; dentre outros fatores que pudessem influenciar nas variações dos processos da unidade.

A coleta dos indicadores foi realizada pela pesquisadora principal e nas suas ausências, contou com o apoio de outras duas enfermeiras, também alocadas no Centro Cirúrgico, devidamente capacitadas pela pesquisadora para essa finalidade. Essa capacitação ocorreu por meio do processo educativo (Etapa III) e durante o preenchimento do instrumento no primeiro mês de coleta dos dados.

Os dados coletados com o instrumento estruturado, contendo os indicadores, foram totalizados mês a mês para que se transformassem em informação útil para a assistência/gerenciamento.

Optou-se para o cálculo de todos os indicadores, o uso de taxas. Utilizou-se então as fórmulas do Programa *Microsoft Office Excel^R*, demonstradas no Apêndice 4, elaboradas de acordo com os referenciais teóricos propostos para o estudo.

Essa abordagem permitiu o acompanhamento da variação dos fenômenos, em determinado tempo, estando assim associada com a velocidade e a direção (padrões) da mudança em processos dinâmicos. As taxas correspondem ao coeficiente, assim como à proporção, mas o resultado é multiplicado por qualquer potência de 10, a fim de tornar o resultado de mais fácil compreensão¹⁷¹.

Durante o período estipulado para coleta, foram registrados os dados de todos os indicadores propostos e implantados no Centro Cirúrgico, porém para análise sistemática dos dados dessa pesquisa, de acordo com as recomendações estatísticas e a maior pertinência aos processos do Centro Cirúrgico, foram selecionados seis indicadores de qualidade, dentre eles: **taxa de cirurgias suspensas; taxa de ISC em cirurgias limpas; taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem; taxa de registros de enfermagem incompletos no período perioperatório; taxa de absenteísmo de enfermagem; taxa de ocupação (tempo total de SO utilizada).**

5.3.4.1 Descrição dos indicadores selecionados para análise dos dados

As particularidades dos indicadores selecionados para análise dos dados, estão descritas no Apêndice 5 e a seguir:

Taxa de cirurgias suspensas

Para abordagem do indicador de qualidade, **Taxa de cirurgias suspensas**, seguiu-se às orientações do Programa CQH¹⁶⁵.

Quanto à coleta de dados, considerou-se as particularidades do Centro Cirúrgico estudado e os principais motivos que levam às suspensões cirúrgicas na referida unidade até então observadas pela pesquisadora em sua rotina de trabalho como profissional alocada na unidade.

Dentre os diversos motivos, selecionou-se para o estudo: não comparecimento do paciente; falta de condições clínicas; falta de materiais/equipamentos; motivos referentes ao profissional médico; transferência para outra instituição; mudança de conduta; realização do procedimento em outra unidade; falta de jejum/preparo; cura/desaparecimento da lesão; desistência por parte do paciente; erro de agendamento; falta de acompanhante e óbito.

Taxa de ISC em cirurgias limpas

Baseado nas orientações propostas pelo Programa CQH⁵⁷ e PROQUALIS⁶⁹, as principais informações utilizadas para esse indicador de qualidade, **Taxa de ISC em cirurgias limpas** foram obtidas em parceria com a CCIH do hospital estudado. Para melhor compreensão do indicador, vale descrever a trajetória para o levantamento dos dados.

Primeiramente, as cirurgias são classificadas de acordo com o potencial de contaminação no ato do procedimento em SO, pela equipe de enfermagem juntamente com os cirurgiões. Esses dados são anotados em planilhas específicas e encaminhadas mensalmente à CCIH, que realiza a busca ativa dos pacientes/prontuários no retorno médico agendado de 7 a 10 dias após a data do procedimento. Nesse momento, são detectados os pacientes com infecção e realizadas as intervenções necessárias conforme protocolo institucional.

Durante o período de coleta de dados, a CCIH contou com o mesmo profissional de enfermagem para levantamento e classificação dos casos de ISC, sendo assim considerados os mesmos critérios de definição de infecções, descartando o viés de informação, que se referem às distorções nos resultados decorrentes de erros na mensuração, ou captação dos dados¹⁷². Vale ressaltar que a pesquisadora principal, nesse período, acompanhou o levantamento dos prontuários

e auxiliou na análise dos dados juntamente com o responsável pela CCIH. Todos os casos considerados como ISC, foram verificados por meio de busca ativa dos prontuários junto ao Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME).

Além dos cuidados supracitados, faz-se necessário para correta classificação dos procedimentos cirúrgicos, compreender o significado do termo Cirurgias Limpas. São aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso ou inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras. São cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem ou com drenagem fechada, que não abrem vísceras ocas ou mucosas^{173, 174}.

As seguintes condições não são geralmente relatadas como ISC: ponto de abscesso com mínima inflamação e drenagem confinada aos pontos de penetração das suturas, infecção em um local de episiotomia, infecção em um local de circuncisão neonatal ou ferida por queimadura infectada¹⁴⁵.

As ISC podem ser classificadas como: superficiais, profundas e de órgão/cavidades¹⁴⁵.

As ISC superficiais são aquelas que ocorrem nos primeiros 30 dias após a cirurgia e envolve apenas pele e subcutâneo, com pelo menos um dos seguintes sinais: drenagem purulenta da incisão superficial; cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas por *swab*). A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, exceto se a cultura for negativa e diagnóstico de infecção superficial pelo médico assistente¹⁴⁵.

As ISC incisionais profundas são aquelas que ocorrem no local da operação dentro de 30 dias após a cirurgia ou até um ano, se houver colocação de prótese, envolvendo tecidos moles profundos à incisão (Exemplo: fâscias e/ou músculos), com pelo menos um dos seguintes critérios: drenagem purulenta originada de incisão profunda, mas não do componente órgão-cavidade do sítio cirúrgico; deiscência de ferida ou abertura deliberada pelo cirurgião quando o paciente apresenta febre (> 38 °C) ou dor localizada ou sensibilidade, a não ser que a cultura da ferida seja negativa; presença de abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo a incisão profunda, observado por exame direto durante a cirurgia, por exame histopatológico ou por

exame radiológico; ou diagnóstico de ISC incisional profunda pelo cirurgião ou pelo médico assistente¹⁴⁵.

Para este estudo, em razão da especificidade e especialidades atendidas no Centro Cirúrgico, não se considerou as ISC referentes aos órgãos/cavidades, que diz respeito àquela que ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até um ano, se houver colocação de prótese, e envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia.

Para vigilância das ISC utilizou-se o método indireto, adotado pela CCIH local, que consiste na seguinte combinação: revisão de laudos de microbiologia e registros médicos do paciente; consultas de pacientes com os cirurgiões e/ou residentes; triagem de readmissão de pacientes cirúrgicos e informações diversas, como códigos de diagnósticos ou relatórios cirúrgicos.

Esse método indireto de vigilância das ISC, consome menos tempo e pode ser prontamente executado pelo profissional do controle e prevenção de infecção durante suas rondas de vigilância, sendo de confiança (sensibilidade: 84%-89%) e específico (especificidade: 99,8%) quando comparado com o padrão ouro de vigilância (método direto)¹⁷⁵.

Taxa de acidentes de trabalho

Conforme dispõe o artigo 19 da Lei nº 8213/91¹⁷⁶, acidente de trabalho

"É o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho"¹⁷⁶.

De acordo com a nona Cartilha dos Servidores Públicos da SES, utilizada para nortear o presente estudo, caracteriza-se como acidente de trabalho ou doença profissional aqueles que ocorrem no exercício de suas funções ou em decorrência delas. Equipara-se ao acidente do trabalho, o acidente sofrido pelo funcionário/servidor, ainda que fora do local de trabalho (Lei Federal nº 8.154/90), na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade do seu empregador, ou seja, na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa, seja para evitar prejuízos ao servidor, seja para lhe proporcionar proveito; em viagem a serviço da

empresa, seja qual for o meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do funcionário; no percurso da residência para o trabalho e vice-versa¹⁷⁷.

Diante de tal definição, considerou-se para o cálculo da taxa de acidentes de trabalho os riscos existentes em ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

Dentre eles, destacamos: agentes biológicos, físicos e químicos¹⁷⁸. Considerou-se ainda, os acidentes sofridos pelo colaborador, ainda que fora do local de trabalho^{177, 179}, sendo abordados pela pesquisa como outros tipos de acidentes.

Embora o manual do Programa CQH³¹ utilizado como referencial teórico não inclua acidente de trajeto para fins de cálculo do indicador, nesse aspecto seguiremos as orientações que regem o serviço público estadual, uma vez que em casos de acidentes terão essa tratativa em nível local.

Também comum nas realidades dos serviços de saúde, são os riscos ergonômicos, que foram abordados na atual pesquisa como **outros tipos de acidentes**, considerados como qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde, podendo ser citados como exemplos: o levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho etc¹⁷⁸.

No Centro Cirúrgico estudado, os acidentes de trabalho são todos notificados pelas enfermeiras da unidade, no ato do acontecimento, e feitas as tratativas conforme Protocolo institucional do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SEESMT).

Taxa de registros incompletos de enfermagem

Inicialmente, para a construção do indicador **Taxa de registros incompletos de enfermagem**, seguiu-se as orientações do COREN em visita à instituição.

Para reforçar essas orientações, em maio de 2016, foi publicada a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - Nº 0514/2016, que aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente¹⁸⁰, com a finalidade de nortear os profissionais da categoria.

Nesse contexto, considerou-se como registros completos ou adequados de enfermagem aqueles que continham: data, hora, assinatura e identificação

do profissional com o número do COREN; relatório de enfermagem (admissão, cuidados da assistência e alta), com anotações realizadas imediatamente após a prestação do cuidado; sem rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços, bem como uso de corretivo líquido; completas, legíveis, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas; registro de todos os cuidados prestados e as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados¹⁸⁰.

O Guia de Recomendações do COFEN¹⁸⁰ traz ainda que as anotações de enfermagem devam ser referentes a todos os cuidados prestados, incluindo o atendimento às prescrições de enfermagem e médicas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferência de setor, entre outros; sinais e sintomas, considerando todos os identificados por meio da simples observação e os referidos pelo paciente; intercorrências, que incluem fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas; respostas dos pacientes às ações realizadas. O registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional¹⁸⁰.

Referente à unidade de Centro Cirúrgico, o Guia¹⁸⁰ traz orientações específicas quanto aos registros que devem ser analisados nos períodos cirúrgicos, que também foram consideradas para essa pesquisa, a saber:

- **pré-operatório:** data e hora do procedimento; nível de consciência; registro de alergias/intolerâncias; tempo de jejum; sinais vitais, hemoglicoteste (HGT); presença e local de dispositivos – acesso venoso, sondas; condições higiênicas; presença e/ou retirada e guarda de artefatos e pertences (próteses, órteses etc); condições psicológicas; orientações; esvaziamento vesical/sondagem; preparo da pele; registro do tipo e local da cirurgia; queixas; intercorrências e providências adotadas; exames pré-operatórios; encaminhamento ao Centro Cirúrgico; nome completo e COREN do responsável pelo procedimento¹⁸⁰.

- **pós-operatório imediato:** data e hora da recepção do paciente na SRPA; nível de consciência; presença de cateteres e infusão, drenos, sondas, curativos, trações e imobilizações; presença de lesões de pele; débito e aspecto das secreções de drenos e sondas; exames (laboratoriais e/ou imagem); sinais vitais; intercorrências e

providências adotadas; horário de encaminhamento ao setor pertinente; nome completo e COREN do responsável pelos procedimentos¹⁸⁰.

- **pós-operatório mediato:** data e hora de retorno à unidade; nível de consciência; localização anatômica e aspecto do curativo cirúrgico; tipo de exsudato se existente; sinais vitais; acesso venoso; posicionamento no leito; medidas de proteção; presença de acompanhantes; orientações ao paciente e à família; entrega documentada dos pertences; intercorrências e providências adotadas; nome completo e COREN do responsável pelos procedimentos¹⁸⁰.

Além das orientações propostas pelo COFEN, em razão de ser uma unidade específica e com diversas particularidades no que diz respeito aos seus processos e registros, considerou-se também o preenchimento da ficha de controle de gastos, da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) e do Termo de Responsabilidade.

Utilizou-se, para fins de cálculo do indicador, como numerador da expressão, o número total de prontuários com erros, independentemente da quantidade que cada um viesse conter. Como denominador, considerou-se os prontuários dos pacientes que efetivamente foram submetidos a procedimentos cirúrgicos na unidade.

É importante descrever que os dados desse indicador, correspondem a erros de anotações detectados ainda dentro da própria unidade de Centro Cirúrgico, uma vez que cada um desses prontuários é revisado, conferido e regularizado pelas enfermeiras após o procedimento cirúrgico e antes do encaminhamento ao SAME, isto é, trata-se de um indicador que avalia os registros de enfermagem ainda *in loco*, não correspondendo à auditoria feita em amostras aleatórias de prontuários contidos no SAME.

Taxa de absenteísmo de enfermagem

Para o indicador de qualidade **Taxa de absenteísmo de enfermagem**, utilizou-se o manual proposto pelo CQH³¹. Foram também consideradas as ausências programadas e as não programadas.

Devido as particularidades da instituição, torna-se importante definir os principais termos empregados. Para isso, utilizou-se da Instrução Conjunta da Divisão de Administração e Seção de Pessoal nº01/2012, de 13 de março de 2013¹⁸¹ do hospital cenário da pesquisa, baseada na nona Cartilha do Servidor Público Estadual da SES de SP¹⁷⁷.

A saber:

- **Falta Abonada (FA):** são concedidas até seis FA no ano, sendo uma por mês, não havendo, no caso, perda salarial. É comum entre os servidores recepcionar este instituto como um direito líquido e certo. Esse tipo de falta consiste numa expectativa de direito, sendo certo que compete à chefia decidir pela sua aceitação ou não, devendo o servidor solicitar com antecedência a autorização para o abono ou, na impossibilidade, solicitar no dia imediato à ocorrência¹⁷⁷.
- **Falta Justificada (FJ):** são aquelas cuja razoabilidade constitui escusa para o não comparecimento, notadamente as motivadas por problemas no círculo familiar. Portanto, após apresentação de requerimento devidamente fundamentado pelo servidor, a critério da chefia imediata, poderá durante o ano, serem justificadas até 12 faltas e a critério da chefia mediata, mais 12, totalizando 24 faltas no ano¹⁷⁷.
- **Falta Injustificada (FI):** não poderá exceder 30 faltas consecutivas ou 45 intercaladas¹⁷⁷. São as ausências não justificadas.
- **Falta médica (FM):** até seis ausências no ano, independente da jornada a que estiver sujeito, ainda que sob regime de plantão, não podendo exceder uma ao mês. Aplica-se ao servidor que, nos mesmos termos e condições, acompanhar consulta, exame ou sessão de tratamento de saúde de filhos menores, sob sua guarda legal ou com deficiência, devidamente comprovados; do cônjuge, companheiro (a); dos pais, madrasta, padrasto ou curatelados. Nesses casos, o comprovante médico deve atestar a necessidade do acompanhamento. São aceitos atestados ou documentos equivalentes dos seguintes profissionais da área de saúde: médico; cirurgião-dentista; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; psicólogo e terapeuta ocupacional¹⁷⁷.
- **Licença Nojo (LN):** até oito dias em razão do falecimento de cônjuge, filhos, pais, irmãos e companheiro (a); e até dois dias nos casos de falecimento de avós, netos, sogros, padrasto ou madrasta¹⁷⁷.
- **Licença para tratamento de saúde (Licença Saúde - LS):** no prazo de até 24 horas da data do afastamento, o servidor ou representante deve comparecer a Seção de Pessoal com atestado médico, contendo dados do profissional atestante e Código da Doença, para expedição de guia e posterior perícia médica na cidade de SP¹⁷⁷.

É importante esclarecer que em razão da permissão de apenas uma FM ao mês, a partir do segundo dia de ausência, considera-se LS, sendo necessário perícia médica.

- **Licença Médica Meio Expediente (LMME):** o servidor poderá entrar após o início do expediente, retirar-se antes de seu término ou dele ausentar-se temporariamente, até o limite de 3 horas diárias, para fins de consulta médica, desde que sujeito à jornada de 40 horas semanais¹⁷⁷.
- **Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família (LMDPF):** o servidor poderá obter licença por motivo de doença do cônjuge ou de parente até o 2º grau. O familiar doente deverá se submeter à perícia médica no Departamento de Perícias Médicas (mesmo procedimento da licença para tratamento de saúde). O servidor fica obrigado a reassumir o exercício quando da perícia médica ficar comprovada a cessação do motivo que determinou a licença (artigo 67, do Decreto nº 29.180/88) ¹⁷⁷.
- **Doação de Sangue (DS):** de acordo com o Artigo 97 da Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990: poderá o servidor ausentar-se do serviço, sem qualquer prejuízo (Redação dada pela Medida Provisória nº 632, de 2013), por um dia, para doação de sangue¹⁸². Nos casos de homens: máximo quatro vezes ao ano com intervalo mínimo de dois meses; para mulheres: máximo três vezes ao ano com intervalo mínimo de três meses. O atestado deverá ser fornecido por órgão oficial ou conveniado. (Inc. XII do art. 78 e art. 122, do EFP; Inc. XII do art. 16 da Lei 500/74; Informação UCRH nº 82/2010; e Art. 37 da Portaria MS nº 2712, de 12/11/2013)¹⁷⁷.

Taxa de ocupação (Tempo total da SO utilizada)

O indicador **Taxa de ocupação** foi obtido com base nas 12 horas de SOs disponíveis durante os 5 dias úteis da semana (conforme rotina da unidade).

Para fins de cálculos, utilizou-se dados em minutos, adotando-se como denominador o valor de 720 minutos disponíveis por SO nos dias úteis.

A taxa de ocupação foi calculada analisando o uso efetivo da capacidade operacional do Centro Cirúrgico. Para as avaliações, considerou-se o tempo total de uso da SO, acrescido do tempo gasto na limpeza e preparo da SO¹⁸³. Esse intervalo entre as cirurgias é denominado de tempo de *turnover*, que vai desde a saída de um paciente da SO até a entrada do paciente seguinte¹⁸.

O tempo efetivo dos procedimentos cirúrgicos foi obtido por meio de anotações em livros de registros de cirurgias e prontuários de pacientes, nos quais constam dados do início e término da cirurgia (entrada e saída do paciente na SO).

Para o *turnover*, obteve-se a média de 20 minutos, determinado após registro do tempo do intervalo entre as cirurgias por um período de 3 meses, sendo nele considerado o período desde a saída de um paciente e entrada do próximo (limpeza e preparo da SO).

5.4 ANÁLISES ESTATÍSTICA

Para registro dos dados, utilizou-se recursos de computação por meio do processamento no Sistema *Microsoft Excel*^R.

A análise dos dados foi realizada mediante tratamento estatístico adequado para o desenho proposto. Os resultados obtidos na pesquisa foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões – DP (variáveis quantitativas) ou por frequências simples/relativas e percentuais (variáveis qualitativas).

Para análise do questionário, aplicou-se o teste Qui-quadrado de tendência para verificar os números de acertos (pré e pós-testes).

O teste Qui-quadrado, visa encontrar valores de dispersão para duas variáveis nominais e avaliar a associação existente entre as variáveis qualitativas.

Os indicadores de qualidade foram analisados utilizando-se um modelo linear generalizado com distribuição de Poisson seguido do teste de comparação múltipla de Wald para avaliar as diferenças mensais em cada situação considerada. Aplicou-se também o teste Qui-quadrado para diferença de proporção para maioria dos indicadores, com exceção dos indicadores Taxa de absenteísmo e Taxa de ocupação em que se utilizou o teste t de *Student* (método utilizado para avaliar as diferenças entre as médias de dois grupos).

Considerou-se o valor de $p < 0,05$ como nível de significância e o programa utilizado para realizar as análises foi o Programa SAS, for Windows, versão 9.3.

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esse estudo seguiu os preceitos éticos e legais preconizados pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁸⁴.

O projeto de pesquisa foi primeiramente submetido à aprovação da Comissão Científica do hospital cenário da pesquisa. Posteriormente, foi cadastrado na Plataforma Brasil, sob o nº 46901015.0.0000.5411, que o direcionou ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESP (Universidade Estadual Paulista), sendo obtida a aprovação da Universidade para o desenvolvimento da pesquisa por meio do parecer nº 1.168.387, em 03 de agosto de 2015 (Anexo 1).

Devido ao caráter da pesquisa, aplicou-se o TCLE, documento pelo qual o sujeito e/ou seu representante legal autoriza sua participação voluntária na pesquisa, após explicação completa sobre a natureza do estudo, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esse possa acarretar (Apêndice 2).

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 ETAPA I – ESCOLHA DO INDICADOR

Para implantação na unidade estudada, selecionou-se 20 indicadores de qualidade, dentre eles 11 assistenciais e nove gerenciais (quadro 11).

Quadro 11 – Relação de indicadores de qualidade (assistenciais/gerenciais) implantados na unidade de Centro Cirúrgico. Bauru, 2016

INDICADORES DE QUALIDADE	
ASSISTENCIAIS	
Incidência de erro de medicação	
Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	
Incidência de lesão de pele	
Incidência de quase falha relacionada à administração de medicação	
Incidência de queda de pacientes	
Intercorrências decorrentes do uso de eletrocirurgia	
Taxa de complicações em Sala de Recuperação Pós-Anestésica	
Taxa de complicações relacionadas à anestesia	
Taxa de pacientes com Profilaxia Antimicrobiana Cirúrgica (PAC)	
Taxa de pacientes com preparo de área cirúrgica	
Taxa de perdas ou extravios de espécimes cirúrgicas	
GERENCIAIS	
Taxa de absenteísmo de enfermagem	
Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem	
Taxa de cirurgias suspensas/dia	
Taxa de ISC em cirurgias limpas	
Taxa de mortalidade operatória	
Taxa de registro de enfermagem incompletos no período perioperatório	
Taxa de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória realizada	
Taxa de Visitas Pré-Operatórias de Enfermagem realizada	
Taxa de ocupação (Tempo total da SO utilizada)	

As particularidades dos indicadores selecionados, como fórmulas para cálculo das taxas, fontes de informações, periodicidade da coleta e polaridade estão demonstradas nos Apêndice 4.

A polaridade de um indicador define o direcionamento do seu cálculo. Existem indicadores que, quanto maior forem as suas taxas, melhores serão os resultados

(Taxa de VPOE) e aqueles nos quais essas taxas, quando elevadas, são consideradas ruins (Taxa de ISC em cirurgias limpas)¹⁸⁵.

6.2 ETAPA II – CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento foi elaborado pensando-se na necessidade de determinar o numerador e denominador, para que isso possibilitasse a criação do indicador (informação) com base nos dois dados coletados (Apêndice 1).

O pré-teste do instrumento contendo os indicadores de qualidade específicos em Centro Cirúrgico, realizado por 30 dias, permitiu verificar a aplicabilidade do instrumento de acordo com a realidade da unidade. Esse teste viabilizou efetuar as correções necessárias antes do início efetivo da coleta de dados.

As correções feitas no instrumento, referiram-se à periodicidade da coleta (se diária ou mensal), havendo a inclusão do indicador **Taxa de ocupação (Tempo total da SO utilizada)** e exclusão do indicador, **Taxa de inspeção de instrumental cirúrgico**, uma vez que corresponde as atividades do CME.

O quadro 12 apresenta as principais particularidades e características do instrumento de coleta de dados.

Quadro 12 – Particularidades e características do instrumento de coleta de dados.
Bauru, 2016

PARTICULARIDADES DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalado em um computador na unidade, por meio de planilhas do Programa <i>Microsoft Office Excel</i>[®]. Esses tipos de instrumentos podem ser implantados por meio impresso ou em planilhas no <i>Excel</i>[®], disponíveis em servidores de rede local; ▪ Foram determinadas as características gerais a serem registradas diária ou mensalmente de cada um dos eventos estudados, baseando-se no número de eventos ocorridos e o número de indivíduos sob risco de gerar um determinado evento; ▪ Os indicadores foram agrupados de acordo com as principais atividades desenvolvidas na unidade; ▪ Os dados são totalizados por meio de fórmulas específicas do programa, sendo calculado a taxa para cada indicador implantado; ▪ Para os indicadores com coleta mensal, os dados são registrados no primeiro dia do mês subsequente à coleta; ▪ Para os indicadores com coleta diária, os dados são registrados sempre no dia seguinte das ocorrências. Ao término do mês, eles são totalizados nas planilhas mensais e transcritos para condensados individuais elaborados especificamente para cada um dos indicadores implantados; ▪ O indicador Taxa de ISC em cirurgias limpas, possui forma de coleta diferenciada, uma vez que esse levantamento é feito em parceria com a CCIH. Para os pacientes com cirurgias ambulatoriais, realiza-se a observação e a análise dos prontuários no retorno médico; e para os internados, o acompanhamento é feito nas enfermarias do hospital.

A forma de coleta dos dados referente aos indicadores de qualidade (coleta diária), com registro realizado sempre no dia seguinte às ocorrências (prospectiva), vem contribuindo para observação das informações em sua totalidade, evitando subnotificações.

6.3 ETAPA III - IMPLANTAÇÃO DO INDICADOR

Após a elaboração do instrumento para coleta de dados, foi realizado o processo educativo (treinamento) para implantação dos indicadores no Centro Cirúrgico, em horário e local previamente agendados, de acordo com a rotina e disponibilidade da equipe, com o intuito de não prejudicar o funcionamento da unidade e de modo a envolver grande parte da equipe de enfermagem. O treinamento ocorreu em dois momentos distintos (manhã e tarde), porém em um único dia, o que permitiu o envolvimento de 18 dos 20 colaboradores alocados na unidade de Centro Cirúrgico,

uma vez que um estava de LS e o outro trata-se da pesquisadora principal que o aplicou junto à equipe

O objetivo dessa etapa, além de implantar os indicadores no Centro Cirúrgico, foi envolver os membros da equipe de enfermagem na busca pela qualidade dos processos gerenciais e assistenciais.

O processo educativo, baseado nos níveis de avaliação propostos por Donald Kirkpatrick¹⁵⁴, ocorreu no horário de trabalho dos colaboradores, o que facilitou o comparecimento, porém, por vezes, dificultou o desenvolvimento contínuo do processo de aprendizagem, uma vez que havia fatores intervenientes externos que desviavam a atenção, como telefone, campanha, entre outros.

Vale ressaltar que, por decisão dos pesquisadores, esse processo foi realizado após o pré-teste do instrumento de coleta de indicadores, para haver tempo de avaliar e aperfeiçoar o mesmo. Essa particularidade do processo proporcionou apresentar à equipe um instrumento melhor estruturado.

Durante a realização do pré-teste do instrumento de coleta de dados, alguns colaboradores questionavam a pesquisadora sobre a atividade desenvolvida, ocorrendo assim breves abordagens sobre o tema. Esse fato pode ter influenciado nos resultados do pré-teste do processo educativo.

A tabela 1 demonstra o perfil dos colaboradores envolvidos no processo educativo para implantação dos indicadores na unidade de Centro Cirúrgico.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico, segundo as variáveis independentes (N=18). Bauru, 2016

Variáveis independentes (N=18)	
Sexo - N (%)	
Feminino	17 (94,44)
Masculino	1 (5,55)
Valor de p*	p<0,0001
Idade – Anos	
Média ± DP	49,94 ± 10,54
Mediana	47,50
Mínimo	34,00
Máximo	67,00
Tempo de Profissão – Anos	
Média ± DP	19,72 ± 8,59
Mediana	16,50
Mínimo	9,00
Máximo	38,00
Atuação em Centro Cirúrgico - Anos	
Média ± DP	7,99 ± 5,71
Mediana	7,00
Mínimo	0,17
Máximo	20,00
Escolaridade - N (%)	
Ensino Médio	11 (61,11)
Ensino Superior	7 (38,89)

*Teste qui-quadrado

Observa-se, quanto à caracterização dos participantes do treinamento, o predomínio do sexo feminino (94,44%), com idade média de 49,94 ± 10,54 anos, e extremos que vão de 34,00 a 67,00 anos, o que demonstra a heterogeneidade quanto a essa variável. Referente à variável tempo de profissão, observou-se atuação na área de enfermagem há mais de nove anos, chegando a um total de 38,00 anos, com média de 19,72 ± 8,59 anos e mediana de 16,50 anos, do que é possível deduzir a possibilidade de conhecer ou ter experiência com o objeto de estudo.

Quanto à variável tempo de atuação em Centro Cirúrgico, encontrou-se uma variação de dois meses a 20 anos, representadas por uma média de 7,99 ± 5,17 anos e mediana de 7,00 anos, o que também pode ter influenciado no nível de conhecimento sobre o objeto de estudo.

Com relação à variável escolaridade, sete dos colaboradores envolvidos na pesquisa (38,89%) possuíam nível superior em diferentes áreas, dentre elas,

enfermagem, direito, letras e serviço social, porém quatro desses atuam como auxiliares de enfermagem na unidade em razão de concurso público. Essa informação, referente ao nível de instrução dos envolvidos na pesquisa, sugere conhecimento sobre o objeto de estudo. Os 11 colaboradores restantes (61,11%) possuem nível técnico (auxiliares de enfermagem).

A tabela 2 demonstra os resultados do pré e pós-teste das questões objetivas (Apêndice 3) aplicadas no treinamento proposto aos colaboradores envolvidos na implantação dos indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico.

Tabela 2 – Resultados das questões objetivas aplicadas no pré e pós-teste no processo educativo. Bauru, 2016

Questão	Pré-teste		Pós-teste		Valor de p*
	Acertos (%)	Erros (%)	Acertos (%)	Erros (%)	
2	11 (61,11) (SIM)	7 (38,88) (NÃO)	9 (50,00) (SIM)	9 (50,00) (NÃO)	0,5023
3	17 (94,44)	1 (5,55)	17 (94,44)	1 (5,55)	1,000
4	15 (83,33)	3 (16,66)	16 (88,88)	2 (11,11)	0,6299
5	14 (77,77)	4 (22,22)	18 (100,00)	0 (0,00)	0,0399
6	8 (44,44)	10 (55,55)	11 (61,11)	7 (38,88)	0,3166
7	6 (33,33)	12 (66,66)	16 (88,88)	2 (11,11)	0,0006
9	13 (72,22)	5 (27,77)	15 (83,33)	3 (16,66)	0,4227
10	2 (11,11)	16 (88,88)	2 (11,11)	16 (88,88)	1,0000
11	18 (100,00)	0 (0,00)	16 (88,88)	2 (11,11)	0,1456
12	16 (88,88)	2 (11,11)	18 (100,00)	0 (0,00)	0,1456
13	17 (94,44)	1 (5,55)	18 (100,00)	0 (0,00)	0,3105
14	16 (88,88)	2 (11,11)	18 (100,00)	0 (0,00)	0,1456
15	13 (72,22)	5 (27,77)	17 (94,44)	1 (5,55)	0,0736
16	15 (83,33)	3 (16,66)	17 (94,44)	1 (5,55)	0,2888

***Teste qui-quadrado de tendência**

As respostas analisadas permitiram identificar diversas características relevantes no contexto do questionário em foco, proporcionando tanto o aprimoramento do instrumento de pesquisa como a identificação de diversos fatores importantes a esta temática.

A questão 2 (Apêndice 3) merece maiores esclarecimentos em virtude de sua abordagem. Indagou-se os colaboradores participantes do treinamento se trabalham ou já trabalharam em instituições/unidades de saúde em que os indicadores são utilizados para mensurar a qualidade dos processos desenvolvidos. Adotou-se como resposta as opções SIM e NÃO, sendo necessário especificar os locais. No pré-teste, observa-se que 11 (61,11%) dos participantes disseram que já atuaram em locais em que se empregam os indicadores para mensuração da qualidade, e no pós-teste esse número reduziu para nove (50,00%). Dois dos participantes confundiram no pré-teste os indicadores de qualidade com os indicadores químicos/biológicos utilizados no processo de esterilização de materiais no CME, o que é comprovado por menor número de respostas “SIM” no pós-teste. Essa confusão foi relatada à pesquisadora no momento destinado ao esclarecimento de dúvidas durante o treinamento.

De modo geral, observa-se maior número de acertos no pós-teste, porém, considerando-se os valores de p , nota-se discreta diferença entre o pré e pós-teste, sendo observada associação estatisticamente significativa com $p < 0,05$, apenas nas questões 5 e 7. Esse resultado pode ser justificado pela formação acadêmica e tempo de atuação em Centro Cirúrgico dos colaboradores envolvidos e também pela realização de pré-teste do instrumento de coleta de dados previamente ao treinamento.

Além das questões objetivas, o questionário (Apêndice 3) contemplou perguntas abertas, com o propósito de identificar e conhecer as opiniões dos colaboradores sem fornecer alternativas que influenciassem em suas respostas. Os resultados do pré e pós-teste estão representados na tabela 3.

Tabela 3 – Resultados das questões abertas aplicadas no pré e pós-teste no processo educativo. Bauru, 2016

Questões	Pré-teste			Pós-teste			Valor de p*
		N	% Acertos		N	% Acertos	
1	Registros	23		Registros	32		0,1995
	Acertos	18	78,26	Acertos	29	90,62	
	Erros	05		Erros	03		
8	Registros	30		Registros	41		0,0026
	Acertos	18	60,00	Acertos	37	90,24	
	Erros	12		Erros	04		
17	Registros	34		Registros	35		0,3725
	Acertos	30	88,23	Acertos	33	94,28	
	Erros	04		Erros	02		

*Teste qui-quadrado de Tendência

Por se tratar de questões que permitem uma diversidade de respostas, estas foram categorizadas e os registros foram classificados em acertos e erros.

A questão número 1 referiu-se aos conhecimentos dos colaboradores em relação aos indicadores de qualidade em saúde. Conforme descrito na tabela 3, o pós-teste possibilita inferir maior compreensão sobre o tema, representada por 90,62% de acertos comparados com os 78,26% no pré-teste. Essas diferenças, embora importantes, não são consideradas, estatisticamente distintas, em razão do valor de $p=0,1995$.

Na questão 8 foi solicitado aos participantes exemplos de indicadores que pudessem ser utilizados na unidade de Centro Cirúrgico. No pré-teste, apenas 60,00% dos registros feitos pelos participantes do treinamento foram considerados assertivos, em contraste com os 90,24% no pós-teste, o que evidencia maior apreensão do conteúdo por parte dos colaboradores ($p=0,0026$).

A questão 17 abordou sobre os benefícios e resultados que a implantação dos indicadores de qualidade pode trazer para unidade de Centro Cirúrgico. Essa pergunta proporcionou uma diversidade de respostas que caracterizaram a percepção dos colaboradores sobre esse assunto, demonstrando uma expectativa e conhecimento prévio de tal temática, representado por 88,23% de acertos no pré-teste e 94,28% no pós-teste, sendo assim, essa diferença, embora também importante, não é considerada estatisticamente significativa ($p=0,3725$).

6.4 ETAPA IV – COLETA E ANÁLISE DO INDICADOR

Nos 12 meses de coleta de dados, foram obtidos dados de uma série de variáveis a serem destacadas nos tópicos seguintes. Em função deles, realizou-se a análise de seis indicadores de qualidade, obtendo-se, assim, os resultados da pesquisa.

6.4.1 Perfil dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico

Durante o período de coleta de dados, totalizou-se na unidade 595 procedimentos cirúrgicos, com média de $49,58 \pm 17,52$ e mediana de 55,00 procedimentos mensais. Do total, 523 (87,90%) foram procedimentos ambulatoriais e 72 (12,10%) foram realizados em pacientes internados, havendo diferença estatística significativa entre as taxas em razão do valor de $p < 0,0001$.

Das três especialidades atendidas – dermatologia, ortopedia e oftalmologia, nota-se o predomínio das cirurgias dermatológicas, totalizando 484 (81,34%) procedimentos, seguidas pelas especialidades ortopedia, com 79 (13,28%) e oftalmologia com 32 (5,38%) procedimentos. Esses números mostram a presença significativamente superior ($p < 0,0001$) da especialidade dermatologia.

A distribuição do sexo dos pacientes submetidos a procedimentos na unidade de Centro Cirúrgico é de 282 (47,39%) do sexo feminino e 313 (52,61%) do sexo masculino. Apesar de maior número de atendimentos ao sexo masculino, essa diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0,08198$).

A idade variou entre 1,58 (1 ano e 7 meses) e 104 anos, com média geral de $59,36 \pm 18,04$ anos e mediana de 62,00 anos.

A caracterização dos atendimentos de acordo com as variáveis: sexo, idade, especialidades cirúrgicas e tipo de atendimento, estão apresentados pela tabela 4.

Tabela 4 – Perfil dos atendimentos realizados no Centro Cirúrgico (N=595). Bauru, 2016

Variáveis (N=595)	
Idade – Anos	
Média ± DP	59,36 ± 18,04
Mediana	62,00
Máximo	104,00
Mínimo	1,58
Sexo - N (%)	
Feminino	282 (47,39)
Masculino	313 (52,61)
Valor de p*	0,08198
Tipo de atendimento	
Internação - N (%)	
Média ± DP	6,00 ± 3,64
Mediana	6,00
Máximo	12,00
Mínimo	0,00
Ambulatorial - N (%)	
Média ± DP	43,58 ± 15,19
Mediana	45,00
Máximo	63,00
Mínimo	21,00
Valor de p*	p<0,0001
Especialidades cirúrgicas	
Dermatologia – N (%)	
Média ± DP	40,33 ± 14,05
Mediana	43,00
Máximo	60,00
Mínimo	19,00
Ortopedia – N (%)	
Média ± DP	6,58 ± 3,50
Mediana	6,00
Máximo	12,00
Mínimo	1,00
Oftalmologia – N (%)	
Média ± DP	2,67 ± 1,50
Mediana	3,00
Máximo	5,00
Mínimo	0,00
Valor de p*	p<0,0001

*Teste qui-quadrado para diferença de proporção

O comparativo entre as especialidades cirúrgicas atendidas na unidade, bem como os tipos de atendimentos estão também ilustrados nas figuras 4 e 5 a seguir.

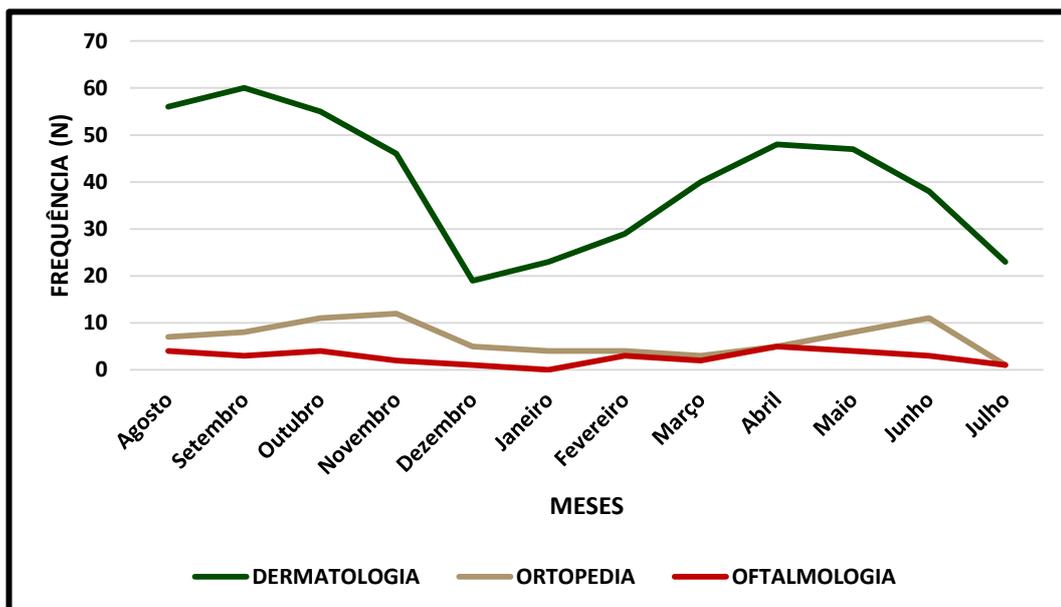


Figura 4 – Distribuição dos procedimentos cirúrgicos de acordo com as especialidades (agosto de 2015 a julho de 2016) (N=595). Bauru, 2016

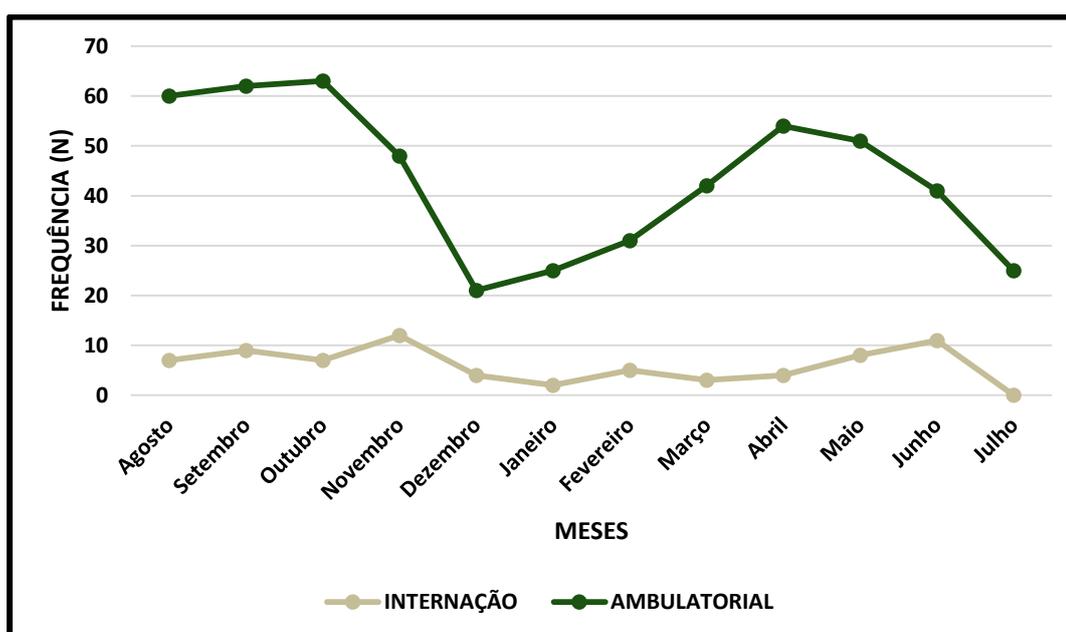


Figura 5 – Distribuição dos procedimentos cirúrgicos de acordo com os tipos de atendimentos (agosto de 2015 a julho de 2016) (N=595). Bauru, 2016

6.4.2 Indicadores de Qualidade em Centro Cirúrgico

A análise individualizada dos indicadores de qualidade selecionados demonstra particularidades descritas a seguir.

6.4.2.1 Taxa de cirurgias suspensas

Para o indicador **Taxa de cirurgias suspensas**, aplicou-se a fórmula proposta pelo CQH¹⁶⁵ (número de cirurgias suspensas/mês pelo número de cirurgias programadas/mês X 100).

Dos 722 procedimentos anestésico-cirúrgicos programados no período de coleta de dados, 127 foram suspensos, evidenciando taxa de suspensão cirúrgica de 17,59%, com média de 17,02% \pm 4,79% e mediana de 16,67%, conforme dados apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Taxa de cirurgias suspensas/mês. Bauru, 2016

Anos	Meses	Nº de cirurgias suspensas	Nº de cirurgias programadas	Taxa de Cirurgias Suspensas (%)
2015	Agosto	22	89	24,72
	Setembro	15	86	17,44
	Outubro	14	84	16,67
	Novembro	21	81	25,93
	Dezembro	5	30	16,67
2016	Janeiro	5	32	15,63
	Fevereiro	7	43	16,27
	Março	10	55	18,18
	Abril	8	66	12,12
	Maiο	5	64	7,81
	Junho	10	62	16,13
	Julho	5	30	16,67
TOTAL		127	722	17,59
MP (medida de posição), MD (medida de dispersão)				%
Média \pm DP				17,02 \pm 4,79
Mediana				16,67
Valor de p*/mês				p= 0,2751

*Teste qui-quadrado para diferença de proporção

A tabela 5 aponta ainda que, nos meses de agosto (24,72%) e novembro (25,93%) de 2015, as taxas de cirurgias suspensas foram maiores em relação aos demais meses de coleta. Em contrapartida, o mês de maio de 2016 destacou-se em razão da menor taxa apresentada (7,81%). Apesar dessas diferenças, os percentuais nos meses não são estatisticamente diferentes ($p= 0,2751$). A figura 6 ilustra esses dados.

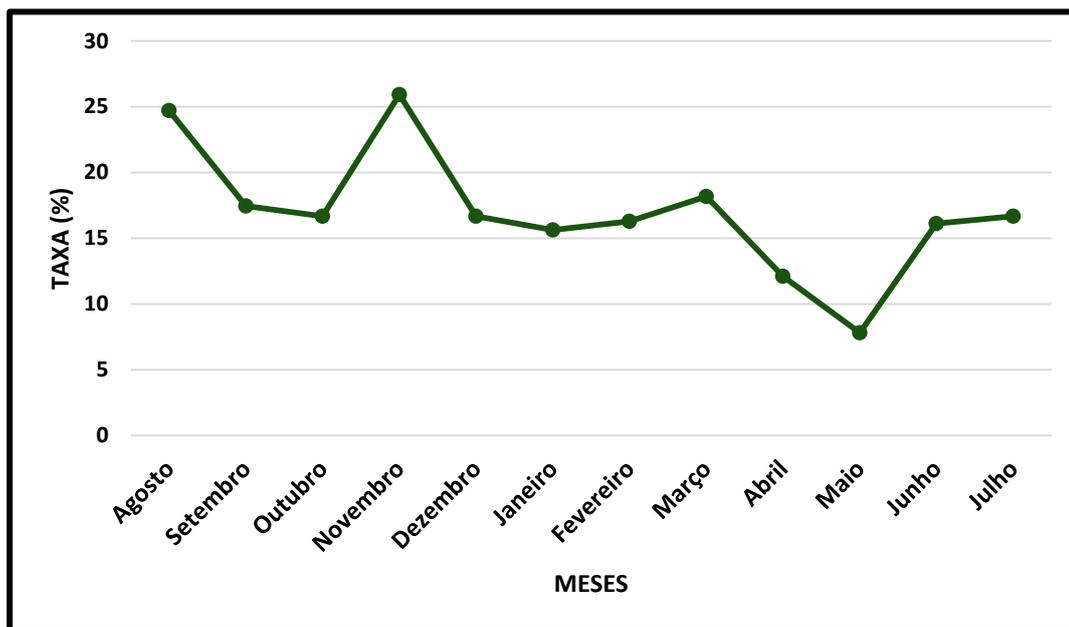


Figura 6 – Distribuição das suspensões cirúrgicas (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016

No que diz respeito a caracterização dos procedimentos cirúrgicos suspensos, observa-se que das 127 cirurgias suspensas, 54 (42,52%) ocorreram em procedimentos envolvendo pacientes do sexo masculino e 73 (57,48%) do sexo feminino, havendo diferença significativa para essa variável ($p=0,02389$). A média de idade dos pacientes com cancelamentos cirúrgicos foi de $57,06 \pm 20,11$ anos, variando entre 1,00 ano e 104,00 anos, com mediana de 58,00 anos.

Os dados apresentados pela tabela 6, apontam que, dentre as especialidades médicas que tiveram, com maior frequência, seus procedimentos cirúrgicos cancelados no período estudado, foi predominantemente a cirurgia dermatológica com 96 (75,59%) procedimentos suspensos, seguida da cirurgia ortopédica, 23 (18,11%) e da oftalmológica, 8 (6,30%), havendo diferença significativa entre tais especialidades em razão do valor de $p<0,0001$. Acredita-se que as taxas são maiores na dermatologia devido ao predomínio na unidade estudada.

Tabela 6 – Dados demográficos dos pacientes/procedimentos cirúrgicos suspensos (N=127). Bauru, 2016

Dados demográficos (N=127)	
Pacientes	
Idade – Anos	
Média ± DP	57,06 ± 20,11
Mediana	58,00
Máximo	104,00
Mínimo	1,00
Sexo - N (%)	
Feminino	73 (57,48)
Masculino	54 (42,52)
Valor de p*	0,02389
Especialidades cirúrgicas	
Dermatologia – N (%)	
Média ± DP	8,00 ± 4,59
Mediana	7,00
Máximo	16,00
Mínimo	3,00
Ortopedia – N (%)	
Média ± DP	1,92 ± 1,62
Mediana	2,00
Máximo	5,00
Mínimo	0,00
Oftalmologia – N (%)	
Média ± DP	0,67 ± 0,78
Mediana	0,50
Máximo	2,00
Mínimo	0,00
Valor de p*	p<0,0001

*Teste qui-quadrado para diferença de proporção

Referente aos motivos que ocasionaram as suspensões cirúrgicas, de acordo com o referencial utilizado, devem ser considerados aqueles cujas causas não dependam do paciente (externas), porém nos meses de coleta de dados, a principal causa geradora dos cancelamentos dos procedimentos anestésico-cirúrgicos foi o absenteísmo do usuário, ou seja, o **não comparecimento dos pacientes**, correspondendo a 27,56% dos cancelamentos. Outros motivos de cancelamentos aparecem na sequência, como a falta de condições clínicas dos pacientes (19,69%) e os motivos referentes aos profissionais médicos (18,11%), abrangendo cirurgiões, residentes e anestesiólogos. Diante do contexto das abordagens, para análise dos dados, considerou-se todos motivos que ocasionaram a suspensão de procedimentos cirúrgicos na unidade, conforme a tabela 7.

Tabela 7 – Causas das suspensões cirúrgicas (agosto de 2015 a julho de 2016) (N=127). Bauru, 2016

Causas das suspensões	TOTAL	
	N	%
Não comparecimento do paciente	35	27,56
Paciente sem condições clínicas	25	19,69
Motivos referentes ao profissional médico	23	18,11
Desistência por parte do paciente	10	7,87
Cura/desaparecimento da lesão	8	6,30
Erro de agendamento	8	6,30
Falta de materiais/equipamentos	5	3,94
Mudança de conduta	5	3,94
Realizou o procedimento em outra unidade	3	2,36
Falta de jejum/preparo	2	1,57
Transferência para outra instituição	1	0,79
Falta de acompanhante	1	0,79
Óbito (antes da data do procedimento)	1	0,79
TOTAL	127	100,00

6.4.2.2 Taxa de ISC em cirurgias limpas

A coleta de dados referente ao indicador de qualidade, **Taxa de ISC em cirurgias limpas**, seguiu as orientações do CQH⁵³. Para obtenção da taxa, calculou-se o quociente entre o número de casos de ISC em cirurgias limpas por especialidade (dermatologia, ortopedia e oftalmologia) e o número total de cirurgias limpas de cada especialidade X 100.

No período do estudo, foram realizados 521 procedimentos anestésico-cirúrgicos classificados como limpos (427 dermatológicos, 52 ortopédicos e 42 oftalmológicos). Dessas cirurgias, 14 pacientes apresentaram ISC, representando uma incidência de infecção de 2,69%.

A tabela 8 apresenta as taxas de ISC do Centro Cirúrgico.

Tabela 8 – Taxa de ISC em cirurgias limpas por especialidade/mês. Bauru, 2016

Anos	Meses	Dermatologia			Ortopedia		
		Nº de infecções	Nº de cirurgias	Taxa (%)	Nº de infecções	Nº de cirurgias	Taxa (%)
2015	Agosto	0	53	0,00	0	4	0,00
	Setembro	2	58	3,45	0	5	0,00
	Outubro	2	43	4,65	0	8	0,00
	Novembro	1	41	2,44	1	10	10,00
	Dezembro	0	14	0,00	0	4	0,00
2016	Janeiro	1	19	5,26	0	4	0,00
	Fevereiro	1	26	3,85	0	3	0,00
	Março	0	36	0,00	0	2	0,00
	Abril	2	40	5,00	0	4	0,00
	Mai	0	46	0,00	0	4	0,00
	Junho	1	30	3,33	0	3	0,00
	Julho	3	23	14,29	0	1	0,00
	TOTAL		13	427	3,04	1	52
MP e MD				%			%
	Média±DP	1,08±1,00	35,58±13,80	3,52±3,97	0,08±0,29	4,33±2,46	0,83±2,89
	Mediana	1,00	38,00	3,39	0,00	4,00	0,00
	Máximo	3,00	58,00	14,29	1,00	10,00	10,00
	Mínimo	0,00	14,00	0,00	0,00	1,00	0,00
	Valor de p*			0,0030			

*Teste qui-quadrado para diferença de proporção

Os procedimentos dermatológicos predominam entre as cirurgias limpas realizadas no Centro Cirúrgico e sua taxa de infecção foi representada por 3,04%, com média mensal de 3,52% ± 3,97 e mediana 3,39%. O mês de julho (2016) evidenciou taxa de infecção superior aos demais meses de coleta (14,29%), havendo a necessidade de identificar as causas da ocorrência.

Na ortopedia, obteve-se taxa de 1,92% de infecção, com média de 0,83% ± 2,89% e mediana de 0,00%. Igualmente, a dermatologia apresentou no mês de novembro (2015) importante taxa de infecção (10,00%).

Essas taxas devem ser consideradas significativas, principalmente do ponto de vista clínico, uma vez que são adotadas medidas para controle de infecções na unidade, demandando, assim, estudos para conhecer os motivos que as causaram.

Na oftalmologia, dos 42 procedimentos cirúrgicos realizados no período de coleta de dados, classificados como limpos, não foram observadas infecções.

O valor de p (0,0030) apresentado pela tabela 8, demonstra a existência de diferenças estatísticas significantes entre as taxas de infecções das especialidades atendidas na unidade.

A figura 7 ilustra esses dados, permitindo comparativo entre as taxas de infecções em cirurgias limpas nas três especialidades atendidas no Centro Cirúrgico.

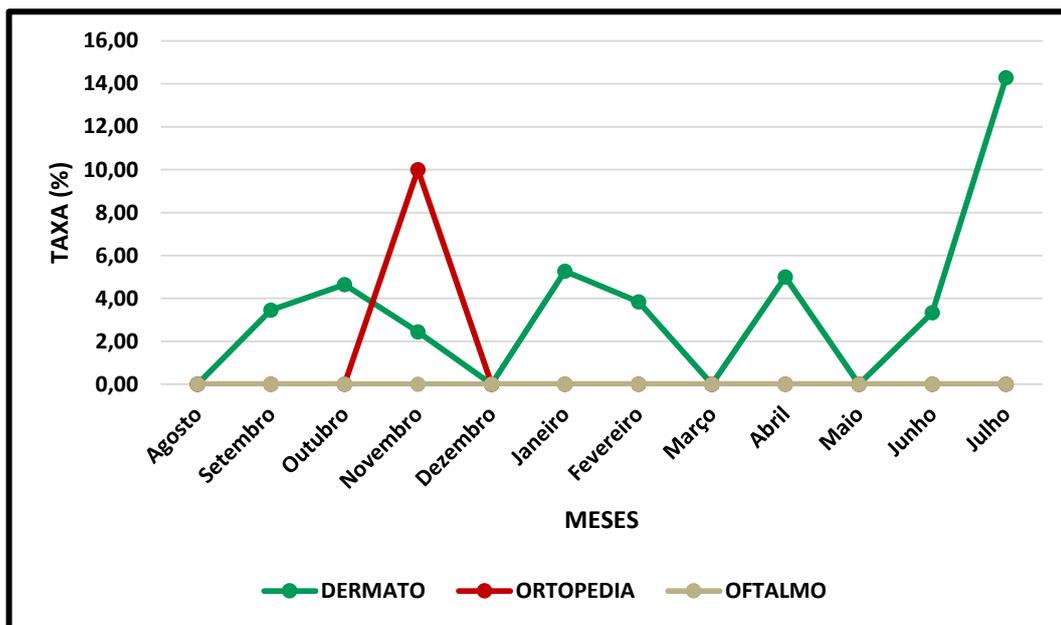


Figura 7 – Distribuição das taxas de ISC em cirurgias limpas de acordo com as especialidades atendidas no Centro Cirúrgico (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016

Em relação ao perfil dos pacientes com ISC, predominou o sexo feminino, 71,43% (10 pacientes), com idade entre 22 e 85 anos, média de $65,64 \pm 17,10$ anos e mediana de 71,50 anos.

Na análise da presença de comorbidades, identificou-se que 7 (50%) dos pacientes que apresentaram ISC possuíam comorbidades, dentre elas Hipertensão Arterial, enfisema pulmonar, cardiopatias, com destaque para o Diabetes Mellitus (DM).

Quanto aos aspectos da incisão cirúrgica no pós-operatório, cinco pacientes (35,71%) apresentaram secreção purulenta, quatro (28,57%) apresentaram eritema, três (21,43%) sinais flogísticos e dois (14,29%) deiscência dos pontos. Vale dizer que apesar de ter sido encontrada presença de secreção cirúrgica, não foi realizada cultura para identificação do agente causador, por não ser prática da CCIH.

Durante a coleta de dados, pouco se observou o uso da PAC no pré-operatório, abstendo-se ao intraoperatório (37,72% das cirurgias), minutos antes da incisão em cirurgias ortopédicas.

Com relação à antibioticoterapia prescrita para o tratamento das ISC no pós-operatório, destacou-se como escolha, a Cefalexina, de cinco a 15 dias de acordo com a prescrição médica, representada por 78,57% das prescrições.

Analisou-se, ainda, o tempo de duração dos procedimentos cirúrgicos em minutos, oscilando entre 20 e 120 minutos. Da amostra, 28,57% foram operados em até 60 minutos e a maioria (71,43%) em até 120 minutos (2 horas).

Os dados referentes às variáveis descritas, estão demonstrados na tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes com ISC segundo variáveis: sexo; idade; comorbidades; sinais e sintomas; medicações utilizadas no tratamento e tempo cirúrgico (N=14). Bauru, 2016

Variáveis (N=14)	
Sexo - N (%)	
Feminino	10 (71,43)
Masculino	4 (28,57)
Valor de p*	0,05878
Idade – Anos	
Média ± DP	65,64 ± 17,10
Mediana	71,50
Máximo	85,00
Mínimo	22,00
Comorbidades - N (%)	
Com comorbidades	7 (50,00)
Sem comorbidades	7 (50,00)
Sinais e sintomas - N (%)	
Secreção purulenta	5 (35,71)
Eritema	4 (28,57)
Sinais flogísticos	3 (21,43)
Deiscência de pontos	2 (14,29)
Medicações - tratamento - N (%)	
Cefalexina	11 (78,57)
Azitromicina	1 (7,14)
Clindamicina	1 (7,14)
Medicação tópica	1 (7,14)
Tempo cirúrgico - N (%)	
Até 60 minutos	4 (28,57)
De 60 a 120 minutos	10 (71,43)

*Teste qui-quadrado para diferença de proporção

6.4.2.3 Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem

O indicador de qualidade, **Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem**, seguiu as orientações do CQH³¹, sendo obtido o quociente entre o número de acidentes de trabalho/mês pelo número de trabalhadores ativos no período/mês X 100.

Em relação ao número de colaboradores/mês, foram considerados: 20 colaboradores nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2015 e janeiro de 2016; e 19 colaboradores nos demais meses de coleta de dados.

A tabela 10 e a figura 8 trazem dados referentes à taxa de acidentes de trabalho ocorridos entre os colaboradores da enfermagem (auxiliares de enfermagem e enfermeiros) alocados no Centro Cirúrgico, de acordo com os meses de coleta de dados.

Tabela 10 – Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem/mês (auxiliares de enfermagem e enfermeiros). Bauru, 2016

Anos	Meses	Nº de acidentes de trabalho/mês	Nº de trabalhadores ativos no período/mês	TAXA (%)
2015	Agosto	0	19	0,00
	Setembro	2	19	10,52
	Outubro	0	20	0,00
	Novembro	2	20	10,00
	Dezembro	0	20	0,00
2016	Janeiro	0	20	0,00
	Fevereiro	1	19	5,26
	Março	0	19	0,00
	Abril	0	19	0,00
	Maio	0	19	0,00
	Junho	0	19	0,00
	Julho	0	19	0,00
TOTAL		5	232	2,15
MP e MD				%
Média ± DP				2,15 ± 4,08
Mediana				0,00
Máximo				10,52
Mínimo				0,00

*Teste qui-quadrado para diferença de proporção

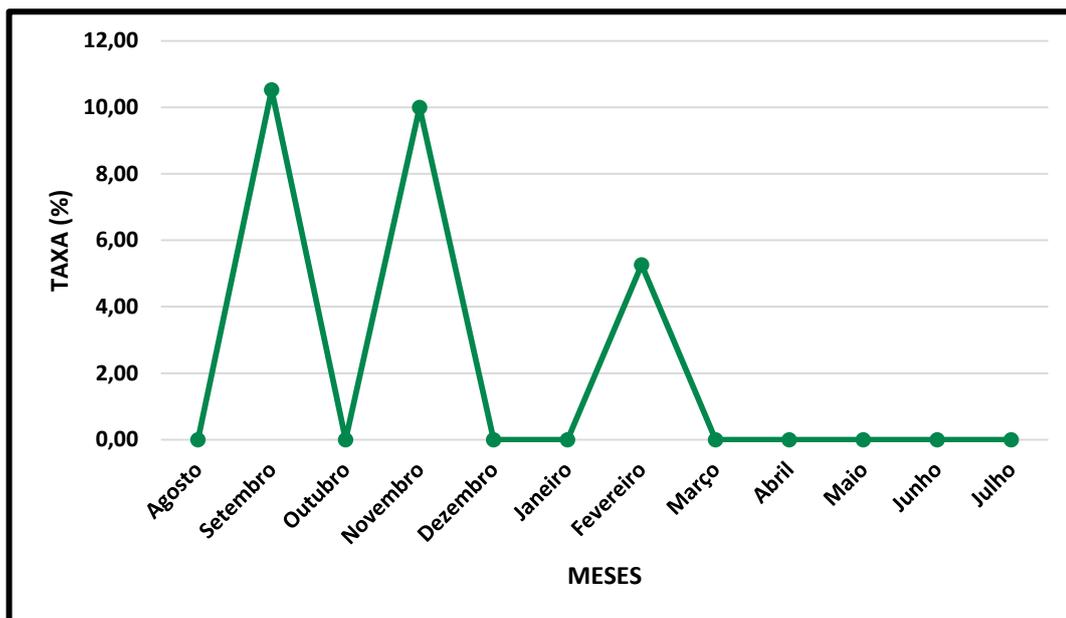


Figura 8 – Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem/mês (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016

Nota-se que no período de coleta de dados foram totalizados cinco acidentes de trabalho entre os membros da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico, com média de $2,15\% \pm 4,08$ e mediana de $0,00\%$ acidentes/mês.

Os resultados obtidos apontam maiores taxas nos meses de setembro ($10,52\%$) e novembro de 2015 ($10,00\%$) (tabela 10 e figura 8).

Vale citar que, do total de acidentes ocorridos, quatro ($80,00\%$) foram com auxiliares de enfermagem e apenas um ($20,00\%$) com enfermeiro, não havendo diferença significativa entre as categorias em razão do valor de $p=0,2059$, sendo todos profissionais do sexo feminino, com média de idade de $47,40 \pm 11,50$ anos e mediana de $45,70$ anos (tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos colaboradores com registros de acidentes de trabalho, segundo as variáveis: sexo, idade, categoria profissional e tipo de acidente – riscos (N=5). Bauru, 2016

Variáveis (N= 5)	
Sexo – N (%)	
Feminino	5 (100,00)
Masculino	0 (0,00)
Valor de p*	0,0114
Categoria Profissional – N (%)	
Auxiliar de enfermagem	4 (80,00)
Enfermeiro	1 (20,00)
Valor de p*	0,2059
Idade – Anos	
Média ± DP	47,40 ± 11,50
Mediana	45,70
Máximo	60,00
Mínimo	35,00
Tipos de Acidentes (riscos) – N (%)	
Biológico	5 (100,00)
Físico	0 (0,00)
Químico	0 (0,00)
Outros (ergonômicos/trajeto)	0 (0,00)

*Teste qui-quadrado para diferença de proporção

Esse indicador foi também categorizado de acordo com os tipos de riscos (acidentes biológicos, físicos, químicos e outros) encontrados na literatura, já descritos anteriormente¹⁷⁸. Os dados obtidos indicam que o principal motivo dos acidentes entre os profissionais de enfermagem da unidade se deve àqueles ocorridos com material biológico (tipo perfuro cortante) correspondendo à 100% dos casos.

6.4.2.4 Taxa de registros incompletos de enfermagem no período perioperatório

O indicador de qualidade, **Taxa de registros incompletos de enfermagem no período perioperatório**, foi obtido por meio do quociente entre o número de prontuários com registros de enfermagem incompletos no período perioperatório/mês, pelo número de prontuários (pacientes) submetidos a procedimentos cirúrgicos/mês X 100.

A tabela 12 expressa mensalmente as taxas de registros incompletos no período estipulado para coleta de dados.

Tabela 12 – Taxa de registros incompletos no período perioperatório/mês. Bauru, 2016

Anos	Meses	Nº de registros de enfermagem incompletos no período perioperatório	Nº de pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos	Taxa de registros de enfermagem incompletos no Período perioperatório (%)
2015	Agosto	9	67	13,43
	Setembro	16	71	22,54
	Outubro	6	70	8,57
	Novembro	6	60	10,00
	Dezembro	4	25	16,00
2016	Janeiro	2	27	7,41
	Fevereiro	11	36	30,56
	Março	3	45	6,67
	Abril	8	58	13,79
	Maiο	7	59	11,86
	Junho	8	52	15,38
	Julho	3	25	12,00
TOTAL		83	595	13,94
MP e MD				%
Média ± DP				14,02 ± 6,77
Mediana				12,72
Máximo				30,56
Mínimo				6,67

*Teste qui-quadrado para diferença de proporção

Do total de 595 prontuários avaliados no período de agosto de 2015 a julho de 2016, obteve-se uma taxa de registros incompletos de enfermagem igual a 13,94%, com média de $14,02 \pm 6,77\%$ e mediana de 12,72%.

Os resultados demonstram taxas elevadas no mês de setembro de 2015 (22,53%), com queda importante no mês de outubro, representado por 8,45%, possivelmente em razão de treinamento realizado com a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico. No mês de fevereiro de 2016, nota-se aumento na taxa representada por 30,55%, o que exigiu nova intervenção junto aos colaboradores. Esses dados se encontram ilustrados na figura 9.

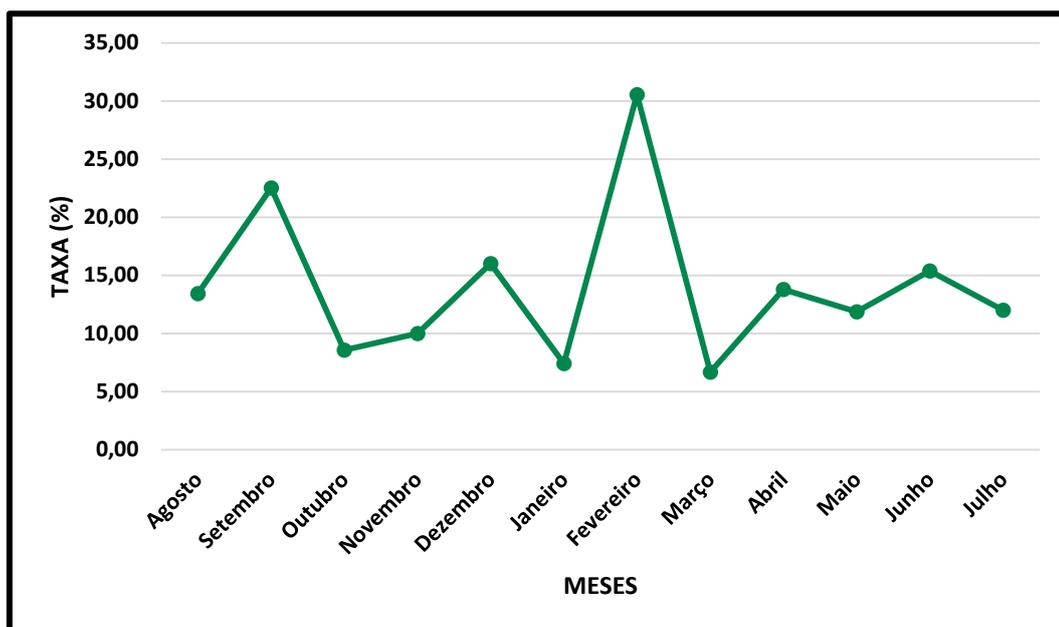


Figura 9 – Taxa de registros incompletos de enfermagem no período perioperatório (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016

Vale ressaltar que não foram encontrados prontuários sem o total preenchimento da equipe de enfermagem, sendo assim observado apenas registros incompletos. Dados delineados na tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos percentuais de preenchimento dos registros de enfermagem do Centro Cirúrgico (N=595). Bauru, 2016

Percentual de preenchimento (N=595)		
Preenchimento	N (%)	Valor de p*
Completo	512 (86,05)	<0,0001
Incompleto	83 (13,95)	
Não preenchido	0 (0,00)	

*Teste qui-quadrado para diferença de proporção

6.4.2.5 Taxa de absenteísmo de enfermagem

O indicador de qualidade, **Taxa de absenteísmo de enfermagem**, foi demonstrado de acordo com a categoria de profissionais alocados na unidade de Centro Cirúrgico (auxiliares de enfermagem e enfermeiros).

Para categoria profissional, considerou-se:

Enfermeiros/mês: quatro colaboradores em todos os meses de coleta;

Auxiliares de enfermagem/mês: 16 colaboradores nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2015 e janeiro de 2016; 15 nos demais meses de coleta de dados.

Para carga horária dos profissionais, considerou-se:

114 horas/colaborador: em fevereiro 2016;

120 horas/colaborador: em outubro e novembro 2015; janeiro e abril de 2016;

126 horas/colaborador: em agosto e setembro de 2015; maio e julho de 2016;

132 horas/colaborador: em dezembro de 2015; março e junho de 2016.

Para fins de cálculo, adotou-se o quociente entre o número de horas/homens ausentes/mês, pelo número de horas/homens/trabalhadas/mês X 100, o qual é uma orientação do CQH³¹.

Com o levantamento dos dados, evidenciou-se 145 dias de ausências no período estipulado para coleta de dados, sendo 116 considerados como dias de ausências não previstas e 29 como previstas. Dentre eles, 50 dias ocorreram em 2015 e 95 dias em 2016.

Considerando as horas do absenteísmo, totalizou-se 1056 horas de ausências, sendo 900 entre os auxiliares de enfermagem e 156 horas entre os enfermeiros.

Somando o absenteísmo das duas categorias profissionais obteve-se média de $6,53 \pm 6,61\%$ e mediana de 4,42%, variando entre 2,46 e 26,43%.

A tabela 14 apresenta as taxas mensais do absenteísmo das duas categorias profissionais da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico.

Tabela 14 – Taxa de absenteísmo de enfermagem (horas/mês) dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Bauru, 2016

Anos	Meses	Auxiliares de enfermagem			Enfermeiros		
		Nº de horas/ Homens ausentes	Nº de horas/ homens trabalhadas	Taxa (%)	Nº de horas/ homens ausentes	Nº de horas/ homens trabalhadas	Taxa (%)
2015	Agosto	24	1890	1,27	6	504	1,19
	Setembro	48	1890	2,54	0	504	0,00
	Outubro	72	1920	3,75	6	480	1,25
	Novembro	120	1920	6,25	6	480	1,25
	Dezembro	108	1920	5,63	6	480	1,25
2016	Janeiro	48	1920	2,50	0	480	0,00
	Fevereiro	66	1710	3,86	0	456	0,00
	Março	156	1980	7,88	6	528	1,14
	Abril	60	1800	3,33	0	480	0,00
	Maiο	42	1890	2,22	12	504	2,38
	Junho	84	1980	4,24	0	528	0,00
	Julho	72	1890	3,81	114	504	22,62
TOTAL		900	22710	3,96	156	5928	2,63
MP e MD				%	%		
Média ± DP				3,94 ± 1,87	2,59 ± 6,35		
Mediana				3,78	1,16		
Máximo				7,88	0,00		
Mínimo				1,27	22,62		
Valor de p*					0,4926		

* Teste t de Student

A tabela 14 traz resultados do absenteísmo nas duas categorias profissionais, incluindo MP e MD. Entre os auxiliares de enfermagem, o absenteísmo apresentou taxa de 3,96%, com média de 3,94 ± 1,87% e mediana de 3,78%. Entre os enfermeiros, a incidência é representada por taxa inferior (2,63%), com média de 2,59 ± 6,35% e mediana de 1,16%. Embora haja distinções entre as taxas do absenteísmo entre as categorias profissionais, essa diferença não é considerada significativa do ponto de vista estatístico em razão do valor de p (0,4926).

Referente à variável sexo, na categoria auxiliares de enfermagem, 93,28% das ausências ocorreram entre os colaboradores do sexo feminino e 6,72% entre o sexo masculino. Entre os enfermeiros, todas as ausências ocorreram no sexo feminino, uma vez que não existem profissionais do sexo masculino nessa unidade. Esses dados indicam a existência de diferença significativa entre os sexos em razão do valor de p (<0,0001) (tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição dos dias de ausências de acordo com a categoria profissional e sexo. Bauru, 2016

Dias de ausência (sexo/categoria profissional)			
Sexo	Auxiliares de enfermagem N (%)	Enfermeiros N (%)	Valor de p*
Feminino	111 (93,28)	26 (100,00)	<0,0001
Masculino	08 (6,72)	0 (0,00%)	

*Teste qui-quadrado de tendência

A figura 10 ilustra os dados, ao demonstrar simultaneamente as taxas de absenteísmo das categorias de enfermagem atuantes na unidade de Centro Cirúrgico, permitindo visibilidade aos dados. Nota-se que embora o absenteísmo mensal seja maior entre os auxiliares de enfermagem, no mês de julho essa taxa sobressaiu entre os enfermeiros.

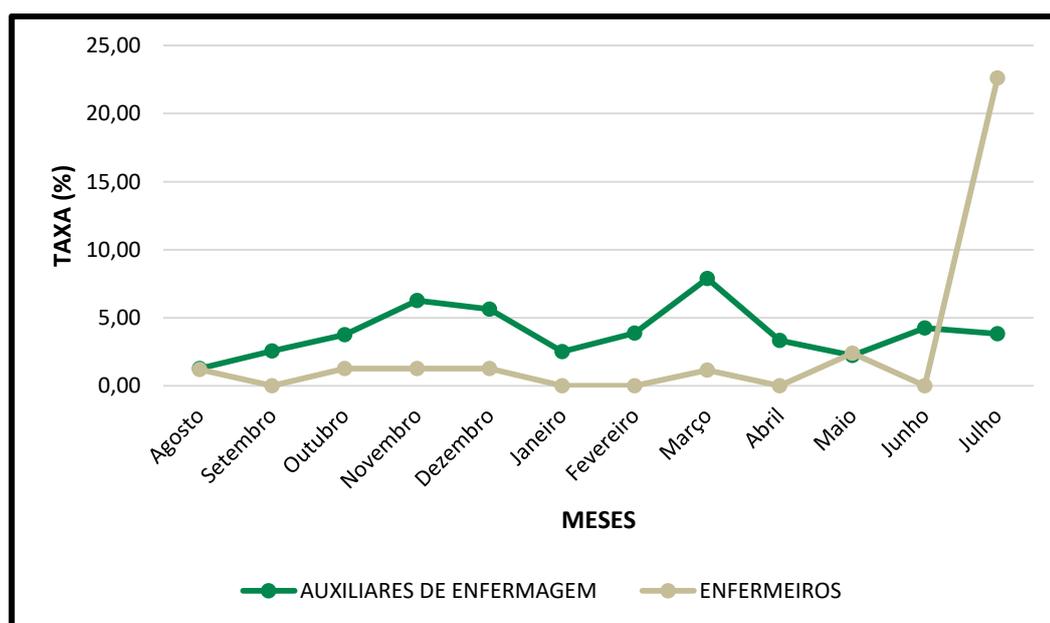


Figura 10 – Taxa de absenteísmo de enfermagem – Categorias: auxiliares de enfermagem e enfermeiros (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016

Referente as causas do absenteísmo, os dados foram calculados levando em consideração a carga horária de 6 e 12 horas para cada colaborador de acordo com a escala de trabalho mensal.

A tabela 16 apresenta o absenteísmo dos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico de acordo com os tipos de ausências, durante todo o período de coleta de dados.

Verifica-se que entre os auxiliares de enfermagem, as FA são responsáveis pelo maior contingente de ausências (67,34%), principalmente as não programadas (38,67%).

Entre os enfermeiros, embora a taxas gerais sejam inferiores, a principal causa do absenteísmo foram as ausências relacionadas a LS (69,23%), principalmente no último mês de coleta, período em que um dos profissionais realizou doação de medula óssea.

Tabela 16 – Causas do absenteísmo (agosto 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016

Causas	Auxiliares de enfermagem		Enfermeiros		TOTAL	
	Horas	%	Horas	%	Horas	%
ABONADA (programada)	258	28,67	6	3,85	264	25,00
ABONADA (não programada)	348	38,67	24	15,38	372	35,23
FALTA JUSTIFICADA	30	3,33	0	0,00	30	2,84
FALTA INJUSTIFICADA	0	0,00	0	0,00	0	0,00
FALTA MÉDICA	60	6,67	12	7,69	72	6,82
LICENÇA NOJO	48	5,33	0	0,00	48	4,55
LICENÇA SAÚDE	132	14,67	108	69,23	240	22,73
LMME	0	0,00	6	3,85	6	0,57
DOAÇÃO DE SANGUE	6	0,67	0	0,00	6	0,57
LMDPF	18	2,00	0	0,00	18	1,70
TOTAL	900	100,00	156	100,00	1056	100,00

A figura 11 disponibiliza dados de um ano de coleta de dados sobre absenteísmo na unidade de Centro Cirúrgico, permitindo a comparação entre os principais motivos e entre as categorias profissionais.

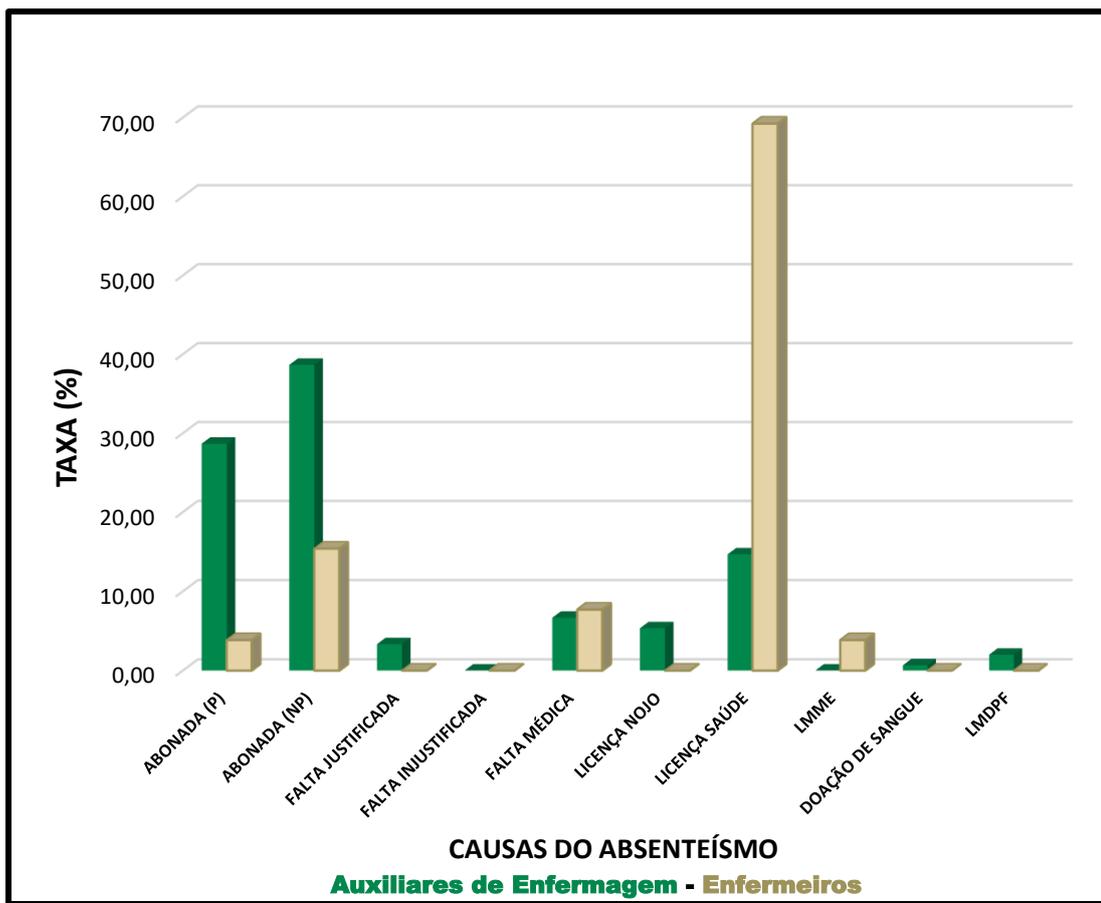


Figura 11 – Distribuição das causas do absenteísmo entre as categorias de enfermagem (auxiliares de enfermagem e enfermeiros) (agosto de 2015 a julho de 2016). Bauru, 2016

6.4.2.6 Taxa de ocupação (Tempo total da SO utilizada)

A **Taxa de ocupação** de um Centro Cirúrgico, corresponde ao uso efetivo da capacidade operacional da unidade.

Para o estudo, calculou-se o tempo total (em minutos) de uso da SO acrescido ao tempo gasto na limpeza e preparo da SO (*turnover*), dividido pelo total de horas que o Centro Cirúrgico estava disponível diariamente (720 minutos por SO) X 100, conforme rotina de funcionamento (dias úteis).

O tempo de *turnover* foi calculado desde o momento da saída do paciente anterior da sala até a entrada do próximo, contabilizando média de $19,83 \pm 2,59$ minutos e mediana de 20,00 minutos de intervalo entre as cirurgias.

O Centro Cirúrgico conta com duas SOs, que aqui serão descritas como SO 1 e SO 2. Optou-se por calcular a taxa de ocupação por SO, devido à estrutura física e aos equipamentos utilizados nas mesmas.

Nesse contexto, nota-se maior utilização da SO 2, devido a sua taxa de ocupação média de $18,90 \pm 5,49\%$ e mediana de $17,69\%$, contrapondo a ocupação da SO 1 que teve média de $13,81 \pm 4,72\%$ e mediana $14,46\%$, havendo, assim, diferença significativa entre as mesmas em razão do valor de $p=0,0236$.

A média geral da taxa de ocupação do Centro Cirúrgico, foi de $16,35 \pm 4,73\%$, com mediana de $16,34\%$. Esses dados estão apresentados pela tabela 17.

Tabela 17 – Taxa de ocupação das SOs (1, 2 e total) do Centro Cirúrgico/mês. Bauru, 2016

Anos	Meses	SO 1 (%)	SO 2 (%)	TOTAL (%)
2015	Agosto	19,54	31,75	25,64
	Setembro	18,68	22,28	20,48
	Outubro	19,24	24,90	22,07
	Novembro	14,38	20,90	17,64
	Dezembro	12,96	14,99	13,98
2016	Janeiro	9,32	12,69	11,00
	Fevereiro	9,94	15,28	12,61
	Março	9,06	18,07	13,56
	Abril	16,63	17,30	16,97
	Maiο	14,55	20,10	17,32
	Junho	16,74	14,69	15,72
	Julho	4,70	13,82	9,26
MP e MD		%	%	%
	Média ± DP	$13,81 \pm 4,72$	$18,90 \pm 5,49$	$16,35 \pm 4,73$
	Mediana	14,46	17,69	16,34
	Máximo	19,54	31,75	25,64
	Mínimo	4,70	12,69	9,26
	Valor de p*		0,0236	

*Teste t de Student

A figura 12 ilustra a taxa de ocupação das SO 1, SO 2 e total, permitindo comparação entre o uso efetivo das mesmas.

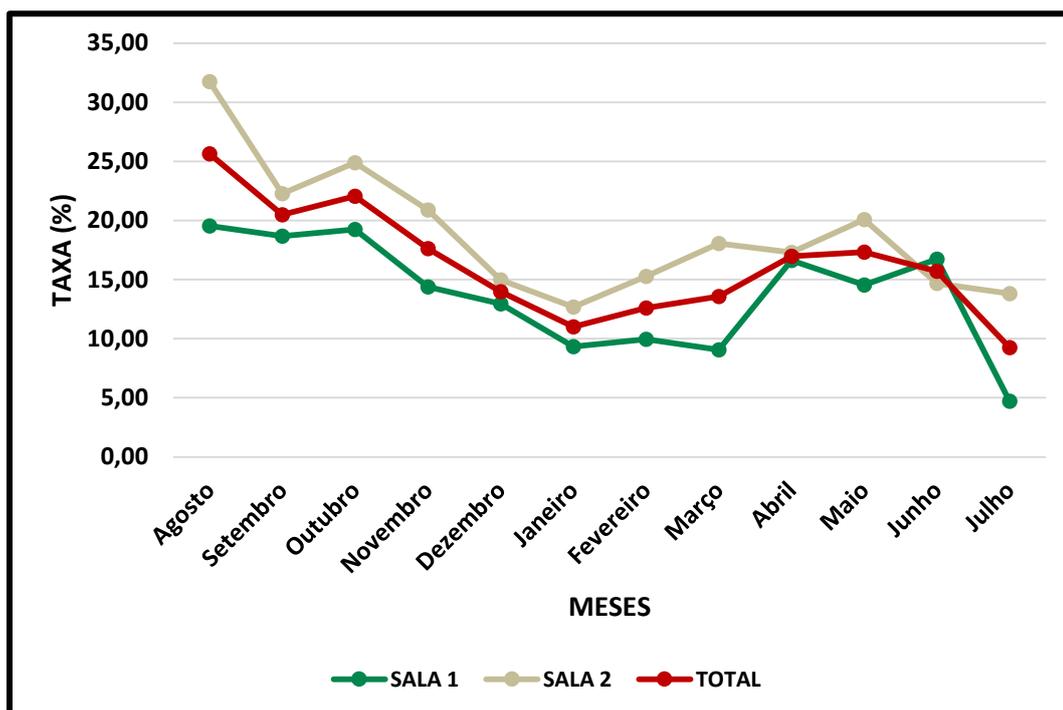


Figura 12 – Taxa de ocupação SO 1, SO 2 e Total (agosto de 2015 a julho de 2016).
Bauru, 2016

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

7.1 ETAPA I – ESCOLHA DO INDICADOR

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, foi necessária observação e levantamento de dados, bem como monitoramento dos processos inerentes ao Centro Cirúrgico, considerando as especificidades e particularidades da unidade. A escolha dos indicadores implantados contou com informações e registros disponíveis em documentos da unidade referente aos processos assistenciais e gerenciais, e principalmente com o olhar apurado do profissional de enfermagem no reconhecimento das principais necessidades instaladas.

Selecionou-se, para pesquisa, 20 indicadores de qualidade, dentre eles 11 assistenciais e nove gerenciais, o que permitiu abarcar os diversos processos de trabalho desenvolvidos na unidade, refletindo e mensurando a qualidade até então desconhecida pelos profissionais atuantes e identificar os principais pontos a serem readequados na busca de melhorias dos processos desenvolvidos no local.

A literatura aponta diversas dificuldades quanto a seleção e o uso dos indicadores. No Brasil, ainda existe uma lacuna relacionada a quais indicadores melhor representam a qualidade dos processos de enfermagem em instituições hospitalares³¹.

Na década de 1990, os indicadores utilizados nos hospitais norte-americanos foram adotados no Brasil, porém com pouca adequação. Posteriormente, iniciativas foram surgindo, com o objetivo de adaptar esses indicadores à realidade brasileira, podendo ser citado como exemplo as publicações do Programa CQH adotados para essa pesquisa³¹.

Os indicadores de enfermagem constituem-se em um suporte importante e relevante dentro de um hospital, pois estão atrelados à maioria dos processos que envolvem a assistência dos pacientes, sendo notados desde os procedimentos primários de triagem até a assistência integral de pacientes críticos, com amplitude operacional e de gestão. Seu acompanhamento, de forma multiprofissional nos diferentes setores, é indispensável às rotinas hospitalares e de cuidados à saúde¹⁸⁶.

O número de indicadores a serem selecionados e monitorados poderão ser gerenciados segundo os riscos inerentes ao tipo de assistência prestada, que deverá

ser sempre focada na segurança do paciente e nos possíveis riscos que poderão surgir de acordo com o tipo de cuidado e potencialidades de danos¹⁸⁷.

Para que um indicador atenda ao objetivo proposto, o mesmo deve ser mensurável, claro, objetivo e útil, para que possa levar ao processo de melhoria contínua, cabendo ao enfermeiro conhecer as informações mínimas e indispensáveis para monitoramento da prática assistencial, utilizando-se disso para avaliação e melhoria da assistência à saúde³².

Assim, a elaboração dos indicadores, pelos serviços de enfermagem, requer a busca de eixos condutores que apontem para a necessidade de se considerar as políticas assistenciais, educacionais e gerenciais em saúde; a missão e a estrutura organizacional; os programas e as propostas de trabalho das instituições, bem como os recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis e as expectativas da clientela atendida^{21, 32}.

Essa preocupação com escolha adequada dos indicadores, se dá, justamente, para evitar falhas como levantar indicadores que não condizem com a realidade do serviço, ou seja, indicador que não provocará melhoras e não levará a lugar nenhum. Dessa forma, essa fundamentação nas necessidades locais e que melhor representem a realidade dos processos da unidade, proporciona a obtenção de resultados cuja análise faz parte das estratégias gerenciais e, para que o enfermeiro consiga ter êxito na elaboração de um instrumento para essa finalidade, é necessário que o mesmo tenha clareza da realidade da assistência, que lhe será essencial e servirá de embasamento³².

Esse cuidado proporciona, além de uma melhor tomada de decisão¹¹, ações pró-ativas na promoção da melhoria da qualidade assistencial¹⁸⁸.

Cabe ressaltar que essa escolha baseada no contexto da unidade fornecerá informações preciosas sobre a qualidade do cuidado, o que ajudará a identificar áreas com necessidades de mudanças na prática, bem como contribuirá para reformular e modernizar o serviço de enfermagem¹⁸⁸.

Observou-se no presente estudo a existência de alguns indicadores inerentes à realidade local, bem como suas variações segundo prioridades de instituição. Destarte, a pesquisa contemplou indicadores de qualidade específicos de Centro Cirúrgico, capazes de traduzir a realidade assistencial e gerencial, permitindo visão global dos processos desenvolvidos no local.

Diante de todo o exposto, torna-se tarefa desafiadora a introdução de conceitos e/ou a cultura da qualidade e segurança do paciente, especialmente a de monitoramento dessas atividades por meio de indicadores, como ferramentas de gestão¹⁸⁹. Por isso, a escolha dos indicadores de qualidade abordados neste estudo demandou pesquisa bibliográfica apurada, na busca de evidências científicas e o reconhecimento estreito dos processos locais para que se chegasse a um consenso de uma lista com indicadores que refletissem a qualidade e segurança do paciente, trazendo-as às realidades e práticas institucionais existentes, de modo a gerar coletas factíveis que pudessem ser incorporadas às diversas rotinas.

7.2 ETAPA II – CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A elaboração e validação de indicadores que possibilitam a comparação entre unidades hospitalares e outras instituições têm sido uma preocupação dos gestores dos serviços hospitalares³¹.

Nessa abordagem, a construção de indicadores de qualidade para avaliação de serviços de saúde, envolve toda estrutura gerencial de elaboração que requer a busca de eixos condutores que apontem para a necessidade de se considerar aspectos das políticas assistenciais, educacionais e gerenciais em saúde¹²⁹.

Dessa forma, essa importante etapa do estudo envolve um processo de percepção e conhecimento das principais partes envolvidas – gerentes e equipe, o que torna a avaliação dos serviços de saúde relevante devido à possibilidade de conhecer a realidade da instituição, identificar fragilidades e potencialidades¹⁹⁰.

Os instrumentos utilizados para coleta e síntese dos dados sobre os indicadores de qualidade consistem em instrumentos essenciais para tomada de decisão e gestão hospitalar que permite prestar uma assistência em condições adequadas aos usuários¹⁹⁰.

Para a construção dos instrumentos utilizados na presente pesquisa, tomou-se como base estudos pertinentes ao processo de escolha e implantação de indicadores em serviços hospitalares. Um estudo qualitativo descritivo-exploratório auxiliou a presente pesquisa no que diz respeito a identificação de elementos constitutivos de indicadores de qualidade de atividades gerenciais¹⁹¹.

Para medir, avaliar ou quantificar informações clínicas, muitas vezes é necessário atentar para os critérios de significância e precisão dos instrumentos de medida que serão utilizados. O critério de validade diz respeito à capacidade do instrumento em medir de fato o que se propõe. Processos avaliativos, no entanto, devem utilizar informações válidas, pois, somente com a aplicação dessas medidas se evita os riscos de distorcer o comportamento da equipe¹⁹².

Para que os enfermeiros possam elaborar instrumentos que avaliem os resultados dos processos de trabalho, necessitam estar embasados em informações que traduzam a realidade da assistência de forma direta ou indireta. Nessa óptica, ressalta-se a importância de trabalhar com avaliação dos resultados do cuidado ao paciente, objetivando aferir a qualidade da assistência de maneira precisa, consistente e abrangente, possibilitando análises nos âmbitos intra e extrainstitucional e reflexões sobre os diferentes contextos de sua prática profissional²¹.

O instrumento de coleta de dados adotado no presente estudo, foi baseado em uma das ferramentas da qualidade conhecida como folha e/ou lista de verificação, que deve garantir a facilidade dos registros, bem como permitir uma visão global dos dados coletados, traduzindo facilmente a realidade da unidade e dos fatos que a representam.

A folha e/ou lista de verificação é uma das sete ferramentas da qualidade e é considerada a mais simples delas. Apresenta uma maneira de organizar e apresentar os dados em forma de um quadro, tabela ou planilha, facilitando dessa forma, a coleta e análise dos dados. A utilização dessa ferramenta, além de economizar tempo, elimina o trabalho de se desenhar figuras ou escrever números repetitivos, não comprometendo a análise dos dados¹⁹³ e permitindo rápida percepção da realidade e imediata interpretação da situação, ajudando a diminuir erros e confusões.

Via de regra, os indicadores são construídos com base em uma expressão matemática, utilizando-se como numerador o total de eventos ocorridos e como denominador, a população de risco²¹.

O Excel é uma importante ferramenta por possibilitar o armazenamento e condensação dos dados, facilitando a consulta, o acompanhamento e a formação de uma série histórica, o que poderá ser útil em diversas situações, incluindo o estabelecimento de novas metas.

O instrumento elaborado permite a abordagem prospectiva dos dados, considerando-se que a subnotificação dos mesmos seja restrita, o que confere maior veracidade aos resultados obtidos. Os estudos prospectivos permitem mensurar as variáveis ou fatores de interesse de um modo completo, válido e preciso, primeiro porque se determinam exposições no presente sem ter que recorrer à memória dos indivíduos, ou outras fontes indiretas, o que poderia enviesar a determinação; e segundo, porque as determinações são feitas antes do resultado esperado. Por outro lado, o caráter prospectivo desses estudos também permite analisar a relação entre os fatores em estudo e vários resultados esperados, o que não é possível com outros estudos¹⁹⁴.

O pré-teste do instrumento de coleta de dados, antes da sua implantação, permite ao pesquisador evidenciar possíveis falhas existentes, como inconsistência ou complexidade dos dados levantados; ambiguidades ou linguagem inacessível; entre outros, possibilitando efetuar correções e adequação do instrumento de modo a apresentar aos usuários um instrumento melhor estruturado.

Analisando a fidedignidade e confiabilidade dos instrumentos de pesquisa, um estudo realizado em 2012, referente a instrumentos utilizados em pesquisas científicas com abordagem quantitativas destacou as opiniões de especialistas sobre a temática¹⁹⁵.

Para Marconi e Lakatos (2003), por meio do teste piloto, pode ocorrer: estimativa dos resultados, alteração das hipóteses, modificação das variáveis, como também a relação entre as mesmas. Dessa forma, oferecendo maior segurança e precisão para o desenvolvimento da pesquisa¹⁹⁶.

Essas autoras¹⁹⁶, ressaltam ainda que o pré-teste necessita ser aplicado em uma amostra reduzida, que não deve fazer parte da amostra final, quando efetivamente serão analisados os resultados coletados para a realização do estudo. Gil¹⁹⁷ corrobora com essa questão, indicando que o teste piloto deve ter a participação da população o mais similar possível daquela que efetivamente constará na pesquisa. No presente estudo, esses aspectos foram contemplados.

7.3 ETAPA III - IMPLANTAÇÃO DO INDICADOR

Atualmente, um dos principais desafios para instituições de saúde que buscam a qualidade na prestação de cuidados relaciona-se à avaliação dos resultados destes serviços. Pautado em indicadores, este método requer a reestruturação de uma cultura baseada no processo educativo, para então desmistificar a resistência dos profissionais quanto a registros e intercorrências que necessitam de notificação para que não haja distorções nos resultados posteriores⁵⁶.

O estilo gerencial ainda utilizado pelas organizações carece de mudanças que devem passar de um paradigma central autoritário, que enfatiza o treinamento pela padronização de condutas, para uma educação que privilegie o outro como ser pensante e criativo, capaz de se corresponsabilizar pela execução de suas atividades¹⁹⁸.

Paradigma esse que corresponde aos pressupostos da aprendizagem significativa e também da educação permanente em saúde, segundo se compreende. No entanto, as ações educativas em enfermagem são, ainda, marcadas por atividades instrucionais prescritivas e pontuais¹⁹⁹.

A exemplo, a literatura mostra a predominância de ações educativas que se distanciam da concepção de integralidade e do trabalho em equipe, enfatizando que tais ações reiteram o modelo clínico de assistência individual, com fragmentação das ações, que raramente são avaliadas¹⁹⁹.

Reconhece-se que, embora os processos de avaliação desenvolvidos no Brasil não estejam aquém dos encontrados internacionalmente, observa-se na literatura, o predomínio de uma prática pouco sistematizada, particularmente na área de prestação de serviços de saúde. Esse fato torna a tarefa de análise dos resultados obtidos em treinamentos, extremamente desafiadora²⁰⁰.

Para implantação dos indicadores de qualidade na presente pesquisa, adotou-se o processo educativo como estratégia de abordagem e envolvimento dos colaboradores alocados na unidade de Centro Cirúrgico, seguindo uma das principais metodologias de mensuração de resultados proposta por Donald Kirkpatrick.

Na perspectiva, considera-se que o sucesso das intervenções formativas depende em parte da capacidade de estabelecer uma estratégia avaliativa que suporte o processo de formação, antes, durante e após o momento de aprendizagem,

evidenciando o seu contributo positivo e relevante para o desempenho da organização. O modelo de avaliação de Kirkpatrick é um dos instrumentos mais reconhecidos e utilizados no desenho de estratégias de avaliação, porque não se limita a avaliar as reações dos envolvidos e os resultados de aprendizagem, mas valoriza a transferência de conhecimentos, competências e atitudes para o contexto de trabalho, assim como o seu impacto nos resultados do negócio^{155, 201, 202}.

Os resultados obtidos na pesquisa demonstraram a importância da avaliação do aprendizado para identificar a apreensão do conhecimento transmitido no processo de treinamento.

Na comparação dos resultados do pré-teste e do pós-teste do processo educativo, é evidenciada a assimilação do conhecimento por parte dos participantes no pós-teste, o que sugere a eficácia do repasse dos conteúdos propostos, bem como sua contribuição para o desenvolvimento da aprendizagem organizacional.

No questionário aplicado aos colaboradores do Centro Cirúrgico, nota-se que em algumas perguntas, as diferenças obtidas entre o pré e o pós-teste não foram estatisticamente significativas devido ao valor de *p*. Entretanto, tais dados são importantes no que diz respeito a apreensão dos conhecimentos percebidos no dia a dia de trabalho, uma vez que a pesquisadora principal atua na unidade estudada.

Acredita-se que o nível de conhecimento evidenciado no pré-teste, deve-se ao perfil dos colaboradores da unidade, no que se refere ao tempo de profissão na enfermagem (19,72 anos), ao tempo de atuação em Centro Cirúrgico (7,99 anos) e à escolaridade (ensino médio 61,11% e superior 38,89%), podendo sugerir contato prévio com o objeto de estudo. O fato do pré-teste do instrumento de coleta de dados ter sido realizado um mês antes do treinamento também é um fator que pode ter influenciado nos resultados, uma vez que durante o manuseio do instrumento alguns colaboradores questionavam a pesquisadora sobre a atividade, havendo, assim, pequenas abordagens ao tema.

Por meio desses resultados, pôde-se também avaliar a necessidade de aprofundamento de alguns conceitos que não obtiveram um resultado expressivo em termos de assimilação e retenção, sendo ferramenta norteadora para pesquisadora na melhoria do processo de treinamento.

Nota-se de modo geral, que a avaliação da eficácia do treinamento, não se restringe somente à avaliação do aprendizado, e sim da composição dos quatro níveis

propostos por Kirkpatrick (reação, aprendizado, comportamento e resultado). A aplicação desses níveis serve de instrumento norteador para o desenvolvimento do processo de aprendizagem organizacional.

Em muitas organizações de saúde, as técnicas mais viáveis de aplicação da avaliação de treinamento consistem nos níveis de reação e aprendizagem, não obtendo informações fundamentais da cadeia dos demais níveis (individual e organizacional) para uma avaliação consistente e conclusiva. Em geral, não possuem metodologias ou instrumentos adequados que permitam analisar a relação entre as variáveis, nem conhecer o que pode agregar valor ao indivíduo, ao local de trabalho e à organização. Embora a literatura indique grandes avanços relacionados à avaliação de treinamento, esse conhecimento gerado tem sido pouco aplicado na prática das instituições de saúde²⁰⁰.

É fato que os conhecimentos adquiridos em atividades educacionais nem sempre são praticados em decorrência de problemas organizacionais e gerenciais²⁰³. Sabendo, ainda, que a aplicação do aprendido na prática – impacto – depende, dentre outros, das condições de trabalho, além de avaliar a aquisição de conhecimento pós-treinamento, é indispensável apreciar aspectos do ambiente onde ocorre a ação, objeto do treinamento²⁰⁰.

Quanto à dificuldade em utilizar indicadores para avaliar a qualidade dos resultados de processos assistenciais, em estudo recente, constatou-se que 94,9% dos enfermeiros participantes relataram algum tipo de dificuldade ao iniciar o trabalho com essa ferramenta²⁰⁴. Resultado confirmado em outro estudo, no qual se lê que, apesar do desenvolvimento da utilização de indicadores nos últimos anos, ainda não foram produzidos modelos capazes de padronizar a gestão de informação nos hospitais, devendo cada instituição desenvolver suas competências na utilização dos mesmos²⁰⁵.

Assim, é razoável reconhecer que nem sempre o enfermeiro possui esse conhecimento, resultando em dificuldade para a utilização adequada de indicadores para mensurar a assistência de enfermagem. Essa dificuldade, entretanto, pode trazer desvantagens para a instituição, uma vez que os indicadores não são apenas ferramentas de controle, mas, principalmente, uma maneira sistematizada de melhor compreender e conhecer a realidade organizacional, além de analisar a validade das estratégias definidas pela empresa²⁰⁶.

O estudo, citado anteriormente, sobre as dificuldades do enfermeiro na utilização de indicadores de processos²⁰⁴, corrobora o presente estudo no sentido de que parte dos participantes do processo educativo não tiveram contato teórico e/ou prático com o tema durante a formação, não sendo conteúdo contemplado nos currículos da maior parte dos estabelecimentos de ensino, necessitando ser urgentemente revista pelos cursos oferecidos na área de enfermagem.

Não se pode deixar de mencionar que para se implantar um sistema de medição, por meio de indicadores, é necessário que a instituição adote processos gerenciais, escritos, segundo políticas e ou programas, que garantam a sistematização de rotinas que possam ser medidas de forma efetiva e diária, por meio de buscas ativas e/ou sentinelas^{189, 207}.

Também, é importante que, além dos cuidados referentes à seleção e implantação dos indicadores, sejam estabelecidos planos de melhorias para gerenciar processos como: o ciclo do PDCA (*Plan, Do, Control, Act*); controles pró-ativos (gerenciamento de riscos); controles reativos (método de análise e solução de problemas); controles de melhorias (sistema de medição); controle das não conformidades; *benchmarking* (técnica que acompanha processos de organizações concorrentes ou não, que sejam reconhecidas como representantes das melhores práticas); satisfação dos clientes e ferramentas de manutenção do sistema^{208, 209}.

7.4 ETAPA IV – COLETA E ANÁLISE DO INDICADOR

Durante a coleta de dados, foi possível observar e acompanhar as variações nas taxas dos indicadores implantados na unidade, permitindo maior visibilidade aos processos locais.

Uma vez coletados os dados dentro de um determinado período de tempo, são realizados os fechamentos para que isso se transforme em informação útil para a assistência/gerenciamento. Assim, o foco principal, é fazer com que os dados coletados sejam transformados em informações objetivas e que tenham credibilidade, sendo atribuído ao que foi medido um valor numérico.

Nesse contexto, a análise dos indicadores é considerada como o ponto essencial para avaliação dos processos desenvolvidos na unidade, por permitir verificar as principais ocorrências e se os processos estão se desenvolvendo dentro

do esperado ou se existem pontos a serem alterados. Na existência de algo diferente do pretendido, trabalha-se com a análise dos fatores contribuintes e com os planos de ação, focados na melhoria desses processos.

É notório que os indicadores de enfermagem se constituem em um suporte importante e relevante dentro de um hospital, pois estão atrelados à maioria dos processos que envolvem a assistência aos pacientes, com amplitude operacional e de gestão. Seu acompanhamento, de forma multiprofissional nos diferentes setores, é indispensável às rotinas hospitalares e de cuidados à saúde¹⁸⁶.

Para que se consiga trabalhar de forma adequada e em prol da instituição, os indicadores devem proporcionar conhecimento suficiente para embasar uma tomada de decisão baseada em evidências e de forma confiável, o que pode ser resultado da utilização de meios padronizados de elaboração, como por exemplo, o uso de fórmulas.

Os enfermeiros que trabalham com indicadores e ferramentas da qualidade têm a percepção de que a utilização de ambos em conjunto colabora para a melhoria assistencial e melhoria da qualidade, enfatizando o trabalho voltado ao registro de falhas no processo¹¹.

7.4.1 Perfil dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico

Ao abordar os procedimentos cirúrgicos realizados na unidade estudada, durante o período de um ano destinado a coleta de dados, tem-se a cirurgia ambulatorial como destaque entre os procedimentos mais realizados, correspondendo a 87,90% dos atendimentos.

A *International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)*, define cirurgia ambulatorial como uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efetuada em regime de internação, cuja alta ocorre poucas horas após o procedimento, sem necessidade de pernoite hospitalar²¹⁰. Esse modelo cirúrgico apresenta múltiplas vantagens em relação à cirurgia com internação, destacando-se menor tempo de espera, menor alteração da vida dos pacientes, maior conforto na sua recuperação, menores custos, maior eficiência orçamental e baixa incidência de complicações²¹⁰.

Perfazendo comparativo entre as três especialidades atendidas na unidade, nota-se o predomínio dos procedimentos dermatológicos (81,34%), quando comparados as outras duas especialidades (ortopedia e oftalmologia).

As cirurgias dermatológicas são realizadas por diversos motivos na unidade estudada, merecendo destaque os casos de Carcinoma Baso e Espino Celular. As cirurgias oftalmológicas e ortopédicas ocorrem, em sua grande maioria, para correção de deformidades ocasionadas por doenças como a exemplo da Hanseníase, que além de comprometer a pele, seus anexos, mucosas e outras estruturas subjacentes, produzindo pele anidrótica, inelástica, cicatricial, alopecia de sobrancelhas e cílios, acarreta também deformidades em pavilhão auricular, nariz e afonia; ataque específico aos troncos nervosos periféricos, produzindo paralisias motoras e deformidades secundárias por desuso; comprometimento específico de terminações nervosas periféricas superficiais, com transtornos de sensibilidade, os quais originam importantes deformidades secundárias e mutilações; ataque específico ao globo ocular; destruição não específica em casos hiperreativos de outras estruturas com especificidade funcional, tais como o globo ocular, as articulações, os tendões, os ligamentos e os ossos²¹².

Para melhor compreensão da dinâmica dos agendamentos cirúrgicos, vale expor que a maioria dos casos ocorrem durante os atendimentos ambulatoriais a pacientes referenciados por diferentes unidades vinculadas ao SUS, onde se prioriza a gravidade das lesões e a idade dos pacientes, uma vez que, por tratar-se de hospital de referência no atendimento a doenças dermatológicas, existe considerável número de pacientes com a necessidade de realizar intervenções cirúrgicas.

Nesse contexto faz-se necessário compreender que a atenção à saúde de nível terciário segundo o MS se constitui num conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços mais qualificados. As principais áreas que compõem este nível de atenção são os procedimentos cirúrgicos em geral e assistência a pacientes portadores de doenças crônicas²¹³, como é o caso da instituição em estudo.

Os dados obtidos nos mostram ainda o predomínio do sexo masculino (52,61%) entre os atendimentos cirúrgicos, que contrapõem estudo anteriormente realizado na mesma instituição, em que se identificou maior incidência de Carcinomas Basocelulares em mulheres em relação aos homens²¹⁴. Considerando que grande

parte dos pacientes acometidos por essa patologia são encaminhados para exérese em Centro Cirúrgico, esses dados refutam os achados da presente pesquisa, porém corroboram com grande parte da literatura publicada²¹⁵.

Nesse mesmo estudo previamente realizado com os pacientes da instituição, notou-se importante acometimento dos casos de câncer de pele em pacientes mais jovens, podendo esses dados serem parcialmente explicados pela cultura da pele bronzeada e o maior tempo disponível para o lazer. Entretanto, os pacientes com mais de 60 anos foram os mais afetados pela neoplasia, consoante com o restante da literatura até então analisada²¹⁴ e com o presente estudo, que evidenciou média de idade de $59,36 \pm 18,04$ anos e mediana de 62 anos.

7.4.2 Análise dos indicadores selecionados para pesquisa

7.4.2.1 Taxa de cirurgias suspensas

A importância de se estudar a suspensão cirúrgica como um indicador de produtividade, deve-se ao fato de permitir aos profissionais a avaliação e análise de aspectos relevantes ao atendimento e ao cuidado prestado. Esta análise possibilita a identificação das dificuldades apresentadas no fluxo de informações e também na dinâmica de trabalho da unidade cirúrgica²¹⁶.

A taxa reduzida de cancelamentos cirúrgicos é um dos indicadores de qualidade que representa a eficiência da gestão do serviço. Suspender cirurgias implica subutilização do cenário cirúrgico, aumento da fila de espera dos usuários e de custo institucional²¹⁷.

A taxa de suspensão no período estudado foi de 17,59%. Estudos semelhantes, encontraram taxas de suspensão menores: 5,1%²¹⁸, 6,38%²¹⁹, 11,4%²²⁰, 12%²²¹, 14,14%²²², 16%²²³, 17%²²⁴ e 17,3%²²⁵ e maiores 19,50%²²³, 19,91%²²⁶, 27,33%²²³ e 33%²²⁷.

Nos últimos tempos, além de ser considerado um indicador gerencial, a suspensão de cirurgias também tem sido abordada como um indicador de qualidade da assistência, sendo assim alvo de estudos por pesquisadores da área. Algumas pesquisas sugerem investigações sobre a ocorrência de cancelamento de cirurgias realizadas por instituições públicas e de ensino e questionam se este evento é mais

comum neste tipo de instituição devido às suas características específicas²¹⁸. Nesse contexto, o desafio do cancelamento cirúrgico aumenta para o gestor, em razão de apresentarem taxas maiores quando comparadas às de outros tipos de hospitais²²⁸.

Estudo recente realizado em unidades de internação hospitalares no Complexo Assistencial de uma Faculdade pública no município de Marília (SP), encontrou taxa próxima a pesquisa, correspondente a 19,75% de suspensão em relação ao total de cirurgias programadas²²⁹.

As taxas de cancelamentos poderiam ser reduzidas, a exemplo de outros países. Uma experiência no Reino Unido que utilizou a auditoria como processo de intervenção, revelou uma redução de 42,90% dos cancelamentos cirúrgicos por meio da implantação de medidas assistenciais, administrativas e estruturais, como melhor distribuição dos leitos, avaliação clínica prévia ao agendamento e melhor comunicação com o paciente, discutindo-se data da cirurgia e sua conveniência, além de orientação pré-operatória²³⁰.

Pesquisa multicêntrica, conduzida em 82 serviços cirúrgicos da Alemanha, verificou taxa de 12,4% de cancelamentos cirúrgicos em hospitais universitários, ou seja, 2,23 vezes maior quando comparados aos comunitários de médio e pequeno porte (5,00%)²²⁸. Estudos recentes revelam que os hospitais universitários brasileiros superam essa taxa de cancelamento, perfazendo de 16,1%²³¹ a 17,3%²²⁵.

Dessa forma, o hospital cenário do estudo, considerado também como de ensino e pesquisa, uma vez que abriga Residência Médica em Dermatologia, apresenta percentagem de cancelamento cirúrgico equivalente, quando comparado às taxas de instituições nacionais (16,1% a 17,3%), porém superiores às internacionais (12,4%) com as mesmas características.

As taxas de suspensões cirúrgicas reveladas pela pesquisa, apontam elevação importante nos meses de agosto e novembro de 2015 (24,71% e 25,60% respectivamente), com queda em maio de 2016 (7,81%). Analisando o contexto da unidade, não se observou razão específica que explicasse tais diferenças, apenas que nesses meses as taxas de agendamentos são superiores aos demais estudados.

Alguns estudos observaram a sazonalidade dos cancelamentos cirúrgicos, sendo apresentados os maiores índices de suspensão de cirurgias, com destaque para oftalmologia, nos meses de inverno²³².

Mediante essa problemática do cancelamento cirúrgico, alguns autores atribuem, como funções do segmento agendamento cirúrgico – Ambulatório, a realização do planejamento cirúrgico e a confirmação das condições pré-operatórias. Na Tanzânia, uma pesquisa indicou que grande parte dos cancelamentos cirúrgicos podem ser evitados, quando o planejamento do processo de agendamento e internação consideram as limitações estruturais existentes na instituição, tais como: o número de leitos, SOs, recursos humanos, entre outros²³³.

Estudo realizado no Rio de Janeiro aponta a importância de prevenir os cancelamentos cirúrgicos, considerando os custos gerados com materiais, recursos humanos e perda de credibilidade por parte dos pacientes cirúrgicos²³⁴.

A presente pesquisa caracterizou os pacientes com cirurgias canceladas, sendo assim abordadas as variáveis sexo, idade e especialidade cirúrgica.

Referente ao sexo, as taxas de cancelamento foram maiores entre o sexo feminino (57,48%), corroborando com os dados de outro estudo no qual pessoas do sexo feminino apresentaram 83,3% de cancelamentos cirúrgicos²²¹.

Encontrou-se diferença significativa nas taxas de suspensões cirúrgicas entre as três especialidades atendidas na unidade, representada pelo valor de $p < 0,0001$. Acredita-se que as taxas são maiores na dermatologia (75,59%) em razão de seu predomínio na unidade estudada.

A ortopedia aparece em segundo lugar, com 18,11% das suspensões. Um estudo recente sobre cancelamentos cirúrgicos em cirurgias eletivas, realizado em um hospital universitário, corrobora com o presente estudo ao apresentar a especialidade ortopedia como o segundo maior índice de cancelamento²³⁵. Outros estudos também apresentam resultados semelhantes quanto aos índices de cancelamentos cirúrgicos na especialidade ortopedia^{217, 222, 224}.

Referente à variável idade dos pacientes que tiveram seus procedimentos cirúrgicos cancelados, obteve-se média de 57,05 ± 20,11 anos e variação de um a 104 anos. O presente estudo apresenta média de idade superior quando comparado com estudo sobre cancelamentos cirúrgicos em um hospital escola, cujos dados apontam idade média de 43,1 ± 24,2 anos (variação de 6 meses a 80 anos)²³⁰.

Dentre os motivos que ocasionaram as suspensões cirúrgicas, durante o período de coleta de dados, o não comparecimento do cliente predominou perante os demais. Esse absenteísmo para realização do procedimento no dia agendado,

corroborar com a literatura, trazendo, ainda, como principal causa, o desconhecimento da data por parte dos pacientes²²⁶ e o tempo de espera entre o agendamento e a realização da cirurgia²³⁶.

Um estudo sobre a confirmação de presença de usuário nas cirurgias eletivas por telefone como estratégia para reduzir o absenteísmo, mostrou taxas de cancelamentos cirúrgicos por essa razão iguais a 18,1%, que embora inferiores aos da pesquisa (27,56%), apoiam os dados obtidos²³⁷.

No contexto da pesquisa, essa estratégia de confirmação via telefone é adotada para todos os pacientes ambulatoriais, realizada sempre pelas enfermeiras do Centro Cirúrgico, uma semana antes do procedimento. Nesse momento são confirmados dados referente à data e horário da cirurgia; jejum pré-operatório; necessidade de acompanhante (principalmente nos casos de pacientes idosos) e são esclarecidas dúvidas quanto ao procedimento e uso de medicações. Ou seja, além do agendamento pelo setor ambulatorial, momento em que os pacientes saem com cartão contendo os dados do dia e horário das cirurgias, o enfermeiro do Centro Cirúrgico também faz a confirmação via telefone como estratégia para redução dos cancelamentos.

Além da ineficiência na comunicação com os pacientes para confirmação do procedimento, pesquisa realizada em quatro hospitais universitários de Boston – EUA, verificou que a comunicação não efetiva entre residentes e cirurgiões também geram danos aos pacientes cirúrgicos, ocasionando consideráveis taxas de suspensões²³⁸.

Estudo realizado na Universidade da Pensilvânia - EUA, revelou que pacientes cirúrgicos internados possuem maiores chances de terem seus procedimentos suspensos, quando comparados aos ambulatoriais, uma vez que aumentam as falhas no preparo pré-operatório dentro da própria unidade hospitalar²³⁹.

Outros estudos, também realizados em hospitais universitários (EUA e Noruega) revelam como a principal causa de cancelamentos cirúrgicos, as condições clínicas desfavoráveis à cirurgia e a falta de leitos²⁴⁰.

Essa condição clínica desfavorável apresentada pelos pacientes com cirurgias canceladas constituem, em alguns estudos, um dos principais motivos de cancelamentos, o que também corrobora com a presente pesquisa uma vez que esse motivo apareceu em segundo lugar.

Em estudo recente, as condições clínicas desfavoráveis do paciente atingiram uma taxa de 2,1%²³⁵, que embora importante, é inferior a taxa apresentada pela presente pesquisa.

De modo geral, a literatura apresenta estudos sobre a temática que indicam que todas as instituições de saúde são afetadas pela suspensão cirúrgica, causando prejuízos tanto para a instituição, quanto para os profissionais e pacientes que dependem do procedimento cirúrgico para o restabelecimento de sua saúde^{218, 227}.

Alguns autores^{230, 241} destacam em seus estudos a ampliação das discussões sobre este aspecto por considerarem que os cancelamentos dos procedimentos eletivos são evitáveis e minimizados quando estratégias para melhoria da qualidade são adotadas pelas instituições. Entre essas, citam a necessidade do planejamento e do controle da rotina cirúrgica a partir dos resultados relacionados a motivos estruturais como a falta de leitos, além das condições clínicas inadequadas dos pacientes e o absenteísmo, como as principais justificativas para o cancelamento dos procedimentos cirúrgicos, o que também foi evidenciado nesta pesquisa.

Estratégias como a visita pré-operatória e o acompanhamento pré-operatório dos pacientes, visando estabilizar sua condição clínica antes da cirurgia, são apontadas como alternativas viáveis para diminuir as suspensões por esse motivo²¹⁹.

Certamente, a SAEP possibilita, além da avaliação pré-operatória do paciente, a comunicação intra-setorial e profissional para garantir a continuidade do cuidado durante a internação, a qual vem sendo implementada por muitas instituições brasileiras, como estratégia para redução das taxas de suspensões cirúrgicas²⁴². A unidade estudada apresentou taxas de 100% de VPOE, realizadas aos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos no período de coleta de dados.

Em todo esse contexto, nota-se que a problemática da suspensão cirúrgica ainda é insuficientemente pesquisada, sendo necessárias investigações que aprofundem sobre esta temática, para que os profissionais fiquem atentos às consequências e busquem criar um ambiente seguro, eficaz e capaz de responder às necessidades dos pacientes²¹⁶.

Assim, é primordial que o cancelamento de cirurgias seja monitorado e discutido com a finalidade de trazer soluções compatíveis com a realidade de cada instituição, por meio da sensibilização de gestores das instituições em relação a problemática da suspensão cirúrgica e seus desdobramentos. Para tanto, dados

estatísticos e indicadores atualizados são indispensáveis como ferramentas para a criação de políticas institucionais visando a redução das taxas de suspensão cirúrgica²¹⁶.

O enfermeiro, como elemento atuante na interface em todas as fases do perioperatório, é considerado elemento fundamental nesse processo²¹⁶, juntamente com toda a equipe cirúrgica, que deve colaborar na elaboração de justificativas claras e pertinentes, acerca das razões de cancelamentos de cirurgias^{225, 232}.

7.4.2.2 Taxa de ISC em cirurgias limpas

No ambiente hospitalar, mais da metade dos EA decorrem de cuidados cirúrgicos e aproximadamente 50% destes são considerados evitáveis²⁴³. Dentre os EA mais comuns em pacientes cirúrgicos estão a infecção da ferida operatória²⁴³, considerada evitável dependendo da assistência prestada no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório²⁴⁴. Nesse sentido, todos os profissionais envolvidos nessas etapas são responsáveis pela qualidade do cuidado e segurança do paciente, inclusive enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na prevenção e controle de infecção e demais EA²⁴⁵.

A ISC é considerada uma das maiores e mais importantes complicações pós-operatórias, principalmente devido a seus altos índices de morbidade e mortalidade, altos custos referentes ao tratamento, além da questão litigiosa, que está diretamente ligada a uma assistência sem qualidade²⁴⁶.

São consideradas entidades que merecem relevância por representarem a complicação mais comum dos procedimentos cirúrgicos e por corresponderem, em média, a 15% de todas as infecções hospitalares²⁴⁷.

Sendo assim, a ISC é apontada como um dos mais importantes sítios de infecção, levando a um aumento médio de 60% no período de internação, além de demandar grandes esforços para sua prevenção, sendo suplantada pela infecção urinária e infecção do sítio respiratório. No Brasil, em média, 11% das cirurgias resultam em algum tipo de infecção, e algumas estimativas apontam para um percentual de 15%, de acordo com a ANVISA, de probabilidade de um paciente internado contrair algum tipo de infecção¹⁸⁴.

Vale ressaltar que nas ISC, o tempo correspondente ao período de incubação varia de 3 a 8 dias após a cirurgia, sendo este período influenciado pelas variáveis de classificação do ferimento¹⁷⁴. A CCIH do hospital estudado, segue esse pressuposto uma vez que realiza busca ativa dos pacientes/prontuários no retorno médico agendado de 7 a 10 dias após o procedimento.

Referente às taxas de ISC no Brasil, o estudo de maior relevância foi o realizado pelo MS, em 1999, o qual fez referência a uma taxa de ISC de 11%, sobre o total de procedimentos realizados²⁴⁸.

A taxa de ISC do Centro Cirúrgico em abordagem, foi inferior ao estudo anteriormente citado, totalizando 2,69% e assim considerado como aceitável, quando comparado à taxa ISC esperada para o tipo de procedimento cirúrgico estudado (cirurgia limpa) que é de 1% a 5%, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*²⁴⁹.

As taxas elevadas de infecção em cirurgias limpas e potencialmente contaminadas podem também indicar quebra da técnica asséptica, servindo como índice de comparação entre hospitais e equipes, guardadas as devidas ressalvas^{250, 251}.

Estudo realizado sobre a temática em um hospital de ensino de Rio Branco-Acre²⁵², encontrou a prevalência de ISC de 3,68%, o que se aproxima das taxas obtidas no presente estudo, estando assim dentro dos padrões preconizados pelo CDC. Corrobora também com outros estudos nacionais e internacionais, mostrando que o referido hospital tem controle sobre esse tipo de infecção.

Os dados da pesquisa não apontam diferença estatística entre os sexos dos pacientes acometidos pela ISC ($p=0,05878$). Rosenthal et al.²⁵³ se referem, em seu estudo, que a variável sexo não influencia na ISC. Essa afirmação é feita também por Petrosillo et al.²⁵⁴.

Algumas pesquisas demonstram a prevalência de ISC em pacientes do sexo masculino²⁵⁵⁻²⁵⁷. Os mecanismos pelos quais os homens podem estar mais predispostos a desenvolver este tipo de infecção em relação às mulheres ainda não são conhecidos. Uma das hipóteses sugere que os homens, por terem maior número de folículos pilosos, podem estar mais predispostos ao crescimento bacteriano e às infecções, porém ainda são necessários estudos para melhor elucidação da problemática²⁵⁷.

A média de idade dos pacientes que foram acometidos pela ISC foi de 65,64 anos, variando entre 22 a 85 anos. Considera-se que o risco cirúrgico não aumenta apenas com a idade, com exceção dos pacientes com 70 anos ou mais, mas também deve ser considerada em conjunto com patologias associadas, como coronariopatias, pneumopatias, disfunção renal, doenças sistêmicas graves²⁵⁸, entre outras.

No entanto, um estudo²⁵⁹ retrata que de 2.139 pacientes observados, não foi encontrada associação significativa da idade com a incidência de ISC. Tal resultado foi relatado também por um outro estudo mais recente²⁶⁰.

Nesse contexto, a literatura não traz um consenso referente à essa variável, mas sabe-se que os extremos de idade, – menores de um ano e maiores de 60 anos –, podem favorecer o desenvolvimento da ISC, pertencendo assim ao grupo sob maior risco de ISC²⁶¹. O resultado do presente estudo mostra-se consoante com a afirmação, pois a maior parte dos casos de ISC aconteceu em indivíduos com mais de 60 anos de idade.

Embora a ISC seja concebida como multifatorial, a equipe cirúrgica tem papel fundamental na prevenção dos fatores relacionados ao procedimento cirúrgico durante o pré e intraoperatório, seja no tocante ao número de pessoas na sala de cirurgia, ao trânsito e à conversa excessiva de profissionais dentro da SO no momento do procedimento cirúrgico, a movimentação das portas, ao sistema de ventilação, à decisão pelo momento e tipo da PAC, a paramentação e preparo adequado da pele do paciente (área operatória) e das mãos da equipe cirúrgica (degermação)²⁶². Esses cuidados foram observados no local do estudo, com ressalva para a realização de tricotomia e o uso da PAC, uma vez que a instituição não conta com protocolos específicos.

Várias medidas são propostas para prevenir ISC, e a PAC destaca-se como sendo indispensável em muitos procedimentos cirúrgicos. Esta se caracteriza pela administração endovenosa de agente antimicrobiano profilático, a fim de que a sua concentração bactericida atinja níveis séricos e teciduais quando a incisão é realizada e durante a cirurgia. Isso visa reduzir a carga microbiana de contaminação intraoperatória e, para cumprir com êxito sua função, deve ser administrada até uma hora antes da incisão cirúrgica¹⁴⁵.

Essa prática, restringiu-se apenas ao intraoperatório de cirurgias ortopédicas, momentos antes da incisão cirúrgica, totalizando 37,72% dos procedimentos

realizados, conforme prescrição médica, o que evidencia a inexistência de prática padronizada. Em relação ao antimicrobiano utilizado, predominou o uso da Cefalosporina (Cefazolina), o que é igualmente evidenciado em estudo recente sobre a temática²⁶³.

Em relação ao predomínio do uso das Cefalosporinas, nos contextos internacional e nacional, a prática de seleção do antimicrobiano também segue essa tendência de uso, sendo os agentes profiláticos cirúrgicos amplamente utilizados e recomendados. São efetivos contra muitos microrganismos gram-positivos e gram-negativos, seguros e de baixo custo^{264, 265}.

Assim, considera-se a PAC como um dos mais importantes métodos disponíveis para prevenir^{262, 266} e reduzir as ISC sendo seu uso consagrado principalmente em cirurgias limpas^{145, 266-269}.

Em contraste ao presente estudo, pesquisa desenvolvida em um Centro Cirúrgico localizado na região Noroeste do Paraná, constatou melhores práticas quanto ao uso da PAC ao apresentar dados que correspondem a 81% de uso nas cirurgias limpas, potencialmente contaminadas e contaminadas. Entretanto, na maioria delas (66,6%), o antimicrobiano não foi administrado dentro de uma hora antes da incisão cirúrgica²⁶³.

Interessante mencionar um estudo de intervenção conduzido no Canadá, país desenvolvido e com condições econômicas mais favoráveis que as do Brasil, que apresentou taxa de 5,9% de adesão ao tempo correto da PAC²⁷⁰. Semelhantemente, no Brasil, também se verifica variação na adequação do tempo de administração da PAC^{264, 265}.

Quanto à paramentação da equipe cirúrgica, recomenda-se o uso de luvas cirúrgicas estéreis, máscaras e gorros cobrindo os cabelos durante todos os procedimentos^{249, 269, 271, 272}. Embora o desprendimento de microrganismos provenientes da pele, mucosa e cabelos da equipe cirúrgica seja um fato comprovado, não há evidências que demonstrem a relação entre o uso da paramentação e a redução da incidência de ISC^{145, 249, 269}.

Contudo, o uso dessas barreiras parece minimizar a exposição de pacientes aos microrganismos oriundos da equipe cirúrgica e vice-versa^{145, 249}. Nessa perspectiva, observou-se a adesão correta da paramentação entre os membros da equipe.

O uso de adornos/acessórios pela equipe cirúrgica nas mãos e braços não é incentivado pelos *guidelines*, pois contribui para omitir a sujeira e dificultar o contato do agente antisséptico com a área degermada, além de facilitar a perfuração das luvas utilizadas. Entretanto, não existem evidências científicas suficientes entre o uso desses itens e o risco de ISC^{249, 269, 271, 272}. A adesão a essa recomendação pelos profissionais foi satisfatória, uma vez que não observou-se o uso de anéis/alianças, pulseiras, braceletes ou relógios na unidade, o que corrobora com estudo realizado em Centro Cirúrgico de um hospital universitário público de grande porte de Belo Horizonte²⁴⁴.

A escolha da solução antisséptica para preparo da pele deve ser pautada no conhecimento da eficácia do produto, custo e facilidade de uso²⁷³. Várias evidências apontam que produtos à base de clorexidina para a preparação da pele para a cirurgia mostram-se melhores que outros produtos para a descolonização bacteriana^{262, 274}. Neste estudo, observou-se a adequada adesão dos cirurgiões, residentes e anestesiólogos que atuam no Centro Cirúrgico a este produto, com exceção da oftalmologia que opta pelo uso do iodopovidona tópica (PVPI) a 5 ou 10% como profilaxia por ser consagrado pela literatura e pela prática oftalmológica. Essa medida profilática é capaz de eliminar bactérias presentes no saco conjuntival e borda dos cílios pelo efeito bactericida do produto²⁷⁵. Essa prática é recomendada pelo Manual de Ajuste de Condutas do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO)²⁷⁶.

Uma das medidas preconizada para a prevenção de ISC no pré-operatório não foi observada, a exemplo da remoção dos pelos (tricotomia). Esse procedimento foi realizado em todos os pacientes com cirurgias em área pilosa, com lâmina simples (aparelho de barbear). No que se refere à remoção de pelos, a recomendação de acordo com *guidelines* nacionais e internacionais é de que os mesmos não sejam retirados a menos que interfiram na cirurgia. Nos casos de remoção, é recomendada a utilização de tricotomizadores elétricos imediatamente antes da cirurgia^{249, 269, 271, 277}.

Referente às classificações das ISC, notou-se que essas são em sua grande maioria nomeadas como superficiais²⁷⁸.

Para compreensão das ISC, alguns autores a diagnosticam utilizando como padrão-ouro a presença de secreção purulenta, enquanto outros relatam que não há padrão-ouro para esse diagnóstico, pois o julgamento é subjetivo e sujeito a variações,

dependendo muito das definições utilizadas, do conhecimento e do olhar individual de cada avaliador^{278, 279}.

Diante dessa perspectiva, nota-se que 35,71% das ISC identificadas pelo estudo, podem adotar o padrão-ouro no que se refere ao diagnóstico, por apresentarem secreção purulenta no local operado.

De acordo com a literatura, vários fatores podem contribuir para a ocorrência da ISC, dentre eles, o DM, a obesidade^{280, 281}, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)^{282, 283}, a idade^{255, 282}, o sexo feminino^{280, 284}, a reexploração esternal por sangramento^{281, 285, 286}, a transfusão de sangue^{286, 287}, o tempo de internação pré-operatória^{249, 255}, a higienização inadequada das mãos^{249, 288, 289}, entre outros, como o uso da PAC no momento correto^{149, 289}, as condições clínicas do paciente, o tempo de cirurgia prolongado e o número de profissionais na SO²⁸⁹.

Os principais fatores de risco associados à ISC estão listados no quadro 13.

Quadro 13 – Características dos pacientes/cirurgias associadas à ISC

CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE	CARACTERÍSTICAS DA CIRURGIA
Idade	Preparo pré-operatório da pele
Estado nutricional	Tricotomia pré-operatória
DM	Antissepsia pré-operatória das mãos e antebraços da equipe cirúrgica
Fumo	Ambiente da SO
Obesidade	Roupas e campos cirúrgicos
Colonização por microrganismos	Esterilização dos instrumentos
Infecção coexistente em um local remoto do corpo	Técnica cirúrgica: hipotermia, trauma aos tecidos, vísceras ocas, remoção de tecidos desvitalizados, drenos cirúrgicos e material de sutura, erradicação de espaço morto
Resposta imune alterada	Duração da operação
Duração da internação pré-operatória	PAC

Fonte: Segundo Desafio Global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas, 2009¹⁴⁵

Nesse contexto, a presença de comorbidades é considerada um fator extremamente importante para o prognóstico do paciente, principalmente a presença de DM, que foi a de destaque na pesquisa, por retardar o processo de cicatrização tecidual²⁹⁰.

O DM, devido as suas alterações metabólicas, ocasionam complicações importantes, como a deficiência na cicatrização que acomete os pacientes diabéticos com pobre controle glicêmico. Assim, tais fatores podem ser entendidos como “características que estão associadas a um maior risco de adoecer”, porém, a sua presença ou ausência não garante que a infecção ocorra^{291, 292}.

Referente à duração dos procedimentos cirúrgicos e sua relação com a ISC, o presente estudo observou que em todos os casos, as durações das cirurgias não excederam 120 minutos. A literatura²⁵⁸ considera que a duração do procedimento cirúrgico, quando elevada, é um dos fatores desencadeantes de ISC.

Embora em realidade adversa ao cenário da pesquisa, em um estudo prospectivo multicêntrico com 4.718 pacientes submetidos a cirurgias abdominais não cólon-retais, os autores concluíram que o tempo operatório excedente a 120 minutos foi o mais importante fator de risco para as complicações infecciosas²⁹³. Outros autores também fizeram a mesma observação em procedimentos de modo geral²⁹⁴⁻²⁹⁸.

Para tratamento das ISC, observou-se a prescrição de 78,57% dos casos, de Cefalexina de cinco a 15 dias. Essa escolha pode estar associada a estudos que demonstram a eficácia desse medicamento no tratamento de infecções da pele e de tecidos moles, assim como nas infecções traumáticas e do pós-operatório²⁹⁹.

Diante desse cenário e em virtude da alta cada vez mais precoce, principalmente ocorrida entre os procedimentos ambulatoriais, faz-se necessário a adoção de medidas de vigilância que extrapolem os cuidados intra-hospitalares, pois a subnotificação não apenas traduz taxas irreais de infecção de um determinado serviço, mas também impede a implementação de medidas eficazes para o controle e prevenção de suas complicações. Neste âmbito, torna-se importante a implementação de um “Ambulatório de Egressos” da cirurgia com ênfase na notificação, diagnóstico e tratamento precoce, na tentativa de minimizar os riscos inerentes ao paciente e, conseqüentemente, os gastos públicos³⁰⁰. Embora não dessa forma denominado, o hospital sede do estudo conta com esse tipo de cuidado, uma vez que todos os pacientes são acompanhados rigorosamente no pós-operatório pelo serviço ambulatorial, conforme prazo já descrito anteriormente.

Logo, é importante considerar que o êxito para a vigilância e diagnóstico das ISC está diretamente relacionado com o envolvimento dos diversos níveis de saúde e

de todos os profissionais que atuam na assistência ao paciente cirúrgico. A assimilação e implementação dos procedimentos corretos por quem assiste ao paciente e a necessária integração com a equipe da CCIH é fundamental na prevenção e controle das infecções. Porém, de nada adianta o conhecimento do fenômeno e das medidas preventivas, se quem presta assistência não as adota no seu fazer profissional³⁰¹.

7.4.2.3 Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem

Segundo o referencial teórico utilizado para pesquisa, acidente de trabalho é aquele que ocorre no exercício do trabalho a serviço da instituição, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou perda, ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho³¹.

Os riscos de acidentes no local de trabalho estão relacionados a arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, iluminação insuficiente, eletricidade, armazenamento impróprio ou outras situações de risco que podem contribuir para a ocorrência de acidentes³⁰².

Os achados referentes às taxas de acidentes de trabalho com profissionais alocados na unidade de Centro Cirúrgico, de acordo com a literatura, remete-se ao estresse a que são submetidos os trabalhadores destas unidades, relacionado ao ritmo de trabalho acentuado e ao desgaste físico proporcionado por este ambiente. A tensão constante e a rápida tomada de decisões podem gerar momentos de desatenção, ocasiões em que, geralmente, ocorrem os acidentes graves³⁰³. Esta afirmação corrobora com estudo realizado³⁰⁴ sobre acidentes de trabalho em um hospital universitário na cidade de Passo Fundo (Rio Grande do Sul). Outro estudo sobre a temática aponta que a maior parte (24,1%) dos acidentes da instituição se deram com colaboradores da unidade de Centro Cirúrgico, justificando este achado pelo grande número de procedimentos invasivos e ocasiões de emergência ocorridos nesta unidade³⁰³.

No presente estudo predominaram os acidentes de trabalho ocorridos com profissionais do sexo feminino (100,00%), entre a categoria de auxiliares de enfermagem (80,00%), com média de $47,40 \pm 11,50$ anos. Esses dados corroboram com estudo sobre acidentes de trabalho com material biológico entre profissionais da

saúde, realizado na cidade do Rio de Janeiro, em que 85,2% dos acidentes ocorreram entre profissionais do sexo feminino, sendo a profissão mais acometida a de técnicos/auxiliares de enfermagem (54,1%)³⁰⁵.

Outros estudos vão ao encontro da presente pesquisa, ao identificar a predominância dos acidentes entre os colaboradores do sexo feminino³⁰⁶⁻³¹¹. Esses dados podem estar associados ao fato de que cerca de 90% do contingente da enfermagem no Brasil ser formada predominantemente por mulheres³¹².

Esses dados podem ser justificados também pelo fato de que a mulher, ao se inserir no mercado de trabalho, além de contribuir para o aumento da renda familiar, submete-se à dupla ou à tripla jornada de trabalho, conciliando frequentemente as suas atividades profissionais com as atividades domésticas, o que propicia desgaste físico e emocional³¹³.

A equipe de enfermagem quando comparada a outras categorias profissionais da saúde tem destaque no que tange a acidentes ocupacionais. Em revisão integrativa sobre o assunto, esse dado é citado em diversas publicações por outros autores da área³¹⁴.

Acredita-se que a causa base para este tipo de acidente, ocorrido com o referido grupo de profissionais da enfermagem, provavelmente tem ligação direta com a majoritariedade desta classe dentro das instituições de saúde. Pode-se dizer ainda que esta categoria é predominantemente feminina, o que justifica o resultado encontrado a respeito da prevalência deste tipo de acidentes entre as mulheres³⁰³.

A supremacia dos auxiliares de enfermagem como categoria profissional mais exposta a esse tipo de acidente corrobora com os resultados de outros estudos³¹¹. Esses profissionais estão presentes em todos os momentos da assistência ao paciente, sendo a eles atribuídas as tarefas de cuidados diretos, administração de medicamentos, participação efetiva nas urgências e emergências e manuseio/preparo de instrumentos cirúrgicos após a utilização³¹².

Dessa forma, a produção de serviços de saúde para esses profissionais tem como núcleo central a produção de cuidados, que têm início na divisão de tarefas, contida na própria lei de regulamentação do exercício da profissão³¹⁵.

Outro estudo apresenta a proporção entre as taxas de acidentes nas categorias profissionais da equipe de enfermagem. Nota-se que ocorrem menores taxas entre enfermeiros (10,6%) e técnicos (12,8%) quando comparados aos auxiliares (40,4%).

Isso pode ser explicado pelo fato dos auxiliares estarem expostos em maior número e com carga horária superior. Estes profissionais, possivelmente, executam vários procedimentos invasivos, que aumentam substancialmente a probabilidade da ocorrência do acidente³¹⁶.

Em relação à idade, a média obtida pela presente pesquisa contrapõe estudo recente sobre a temática, que traz como resultado o predomínio dos acidentes da faixa etária entre 30 e 42 anos³¹⁶.

Esses dados relacionados à idade dos colaboradores acidentados em ambiente de trabalho, infere que para os profissionais mais jovens a ocorrência pode estar relacionada a inexperiência, insegurança e imaturidade, enquanto para os trabalhadores com maior faixa etária, tem-se observado a justificativa atrelada ao excesso de confiança na realização de procedimento de rotina³⁰⁶.

Diante da categorização dos acidentes de trabalho (acidentes biológicos, físicos e químicos) na presente pesquisa, conclui-se que os acidentes com material biológico (tipo perfuro cortante) predominaram na unidade, correspondendo à 100% dos casos notificados no período de coleta de dados.

Para compreensão da dinâmica dos acidentes de trabalho, vale expor que de acordo com o manual de prevenção de acidentes de trabalho da SES do Rio Grande do Sul³¹⁷, o risco ocupacional é diretamente proporcional ao perigo envolvido durante o trabalho e inversamente proporcional à utilização das medidas preventivas.

O risco biológico é proveniente do contato dos trabalhadores com micro organismos, sobretudo vírus e bactérias, que podem levar à aquisição de doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Hepatites³⁰². Na enfermagem, a exposição da equipe a cargas biológicas advém da manipulação de pacientes com doenças transmissíveis e infectocontagiosas, ferida cirúrgica, desinfecção e esterilização de materiais contaminados, entre outros. Como agravantes, a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em quantidade e qualidade adequadas e a ausência de treinamento influenciam na ocorrência de acidente de trabalho³⁰⁶.

Nessa perspectiva, observa-se a ênfase a este tipo de risco, quando em uma revisão de literatura, são identificados diversos artigos sobre a temática. O acervo literário traduz uma visão limitada acerca dos riscos inerentes ao profissional de enfermagem, enfatizando assim o risco biológico³¹⁴.

Um estudo recente sobre a ocorrência de acidente de trabalho com exposição a material biológico potencialmente contaminado, aponta que 53,8% dos profissionais envolvidos na pesquisa, foram vítimas desse tipo de acidente. Destes, 52,1% por perfurocortantes e 18,2% por exposição à mucosa e/ou pele não íntegra³¹⁸.

O encontro com este registro estatístico suscita a reflexão de que o profissional de enfermagem contrapõe o seu papel de cuidador com a negligência ao autocuidado. Ao incorporar uma exaustiva rotina às demandas profissionais, fragiliza sua participação ativa por melhores condições de trabalho e minimiza a percepção das condições de riscos ocupacionais que podem resultar em adoecimento e acidentes de trabalho³¹⁴.

Portanto, muitos desses acidentes podem ser evitados, adotando-se rigorosamente as medidas de precaução padrão; treinamentos repetidos pela equipe da Educação Continuada, abordando entre vários outros assuntos, o descarte correto dos materiais e a importância da notificação; visitas recorrentes em curto período de tempo da equipe do SEESMT. A percepção do risco pelo trabalhador influencia o seu comportamento e conseqüentemente, a sua exposição ao risco³¹⁹.

Para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais entre profissionais da saúde, a Norma Regulamentadora - NR 32, representa a principal normatização brasileira e possui três grandes eixos. O primeiro é a capacitação contínua dos trabalhadores, o segundo define os programas que tratam dos riscos e, por fim, o terceiro eixo determina as medidas de proteção contra os riscos ocupacionais³²⁰. Tendo em conta o discutido previamente, o cumprimento da NR 32 poderá trazer grandes economias financeiras aos serviços de saúde, bem como maior segurança aos colaboradores no desempenho das suas funções³²¹.

7.4.2.4 Taxa de registros incompletos de enfermagem no período perioperatório

Segundo a proposta Humaniza SUS³²², o prontuário transdisciplinar na saúde estimula e fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre profissionais, favorecendo a troca de conhecimentos, inclusive com os pacientes e familiares³²³.

O Centro Cirúrgico é um setor que está constantemente em movimento. Em consequência do fluxo, do porte e da quantidade de cirurgias a serem feitas, o tempo fica escasso para a equipe de enfermagem realizar as tarefas obrigatórias dentro dos

prazos estipulados. Os EA nessa área acabam sendo resultantes da falta de registros no prontuário³²⁴.

A assistência realizada no Centro Cirúrgico faz parte de um conjunto de atividades que inclui a auditoria, que exige um trabalho coletivo, juntamente à equipe multiprofissional³²⁵.

A auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico se dá por meio da análise das anotações de enfermagem, descrições cirúrgicas e anestésicas, comparando-as com as cobranças realizadas e o débito de SRPA. Essas atividades incluem os períodos pré, trans e pós-operatório. A enfermagem deve estar presente na assistência e na gerência de todas as etapas em que o paciente é submetido, em especial nos processos de auditoria³²⁵.

Dessa forma, ao analisar a sistemática do indicador, nota-se que as várias categorias que atuam no desenvolvimento dos processos de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliares de enfermagem), com competências e atribuições bem definidas, fazem com que a atuação nos prontuários seja mais frequente, resultando em probabilidade maior de possíveis causas de não conformidade, o que corrobora com recente estudo³²⁶. Nesse cenário, o enfermeiro é o agente determinante para levar a equipe multidisciplinar a construir alicerces em relação aos registros de enfermagem, sendo estes os principais marcadores de qualidade da assistência³²⁷.

Deve-se considerar a anotação de enfermagem como um importante meio de comunicação para a equipe, pois além de indicar as ações realizadas, possibilita uma sequência na continuidade da assistência³²⁸. No âmbito hospitalar, por exemplo, ela compreende o registro da evolução do paciente durante a internação, abrange diversos aspectos (subjetivos: sentimentos e emoções manifestadas pelo paciente; e objetivos: dados clínicos do paciente) e respalda ética e legalmente o profissional responsável pelo cuidado, uma vez que oferece informações referentes à assistência prestada pela equipe de enfermagem e dados administrativos³³.

Do ponto de vista ético e legal, somente o registro da execução de uma atividade pode, de fato, assegurar que esta foi realizada pelo profissional de enfermagem³²⁹. Com isso, esse registro é imprescindível por promover maior visibilidade da categoria profissional e contribuir para a integralidade do cuidado prestado ao paciente³³⁰.

Considerando todas as atribuições legais e responsabilidades contidas no prontuário, além de seu caráter multiprofissional, esse conjunto de informações é susceptível a imprecisões em seus registros, fazendo-se necessária uma análise apurada e imparcial de seu conteúdo, realizada por meio da auditoria³³¹.

O prontuário do paciente é um meio de comunicação escrita elaborado por uma equipe multidisciplinar, facilitando a coordenação e a continuidade do planejamento da saúde³²³.

Dessa forma, a anotação deve ser valorizada, uma vez que é um dos meios para avaliar o cuidado prestado ao cliente a partir da adoção de indicadores de qualidade que mensuram tanto o processo como os resultados da assistência de enfermagem, existindo correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado^{33, 136}.

A qualidade dos registros sobre o atendimento prestado aos pacientes é uma preocupação crescente nas instituições, considerando que informações insuficientes afetam e interpõem-se à qualidade do cuidado realizado, principalmente quando relacionado aos dados de identificação que, quando incompletos, podem comprometer a segurança do paciente³³².

Um dado que merece destaque na presente pesquisa é que todos (100%) os pacientes atendidos na unidade, receberam a visita do profissional enfermeiro no pré-operatório, aplicando-se a VPOE, integrante da SAEP. Esse dado demonstra a qualidade do atendimento na unidade, uma vez que o registro das etapas da SAEP deve ser avaliado em virtude da sua importância como facilitador da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o paciente^{333, 334}.

Um estudo sobre a avaliação da qualidade das anotações de enfermagem, não traz a mesma experiência, uma vez que dados sobre a sistematização, apresentaram percentuais muito elevados de não preenchimento³³².

O não preenchimento correto dos itens de um prontuário, demonstra a não ocorrência de uma boa qualidade nos registros, o que pode afetar o cuidado, ou seja, a realização da assistência individualizada, baseada nas necessidades humanas básicas afetadas de cada paciente³³².

É notório que existem dificuldades especiais para a assistência de enfermagem nos hospitais, que advêm da necessidade de conciliação entre as atividades

assistenciais e gerenciais, devido ao aumento do fluxo e gravidade dos pacientes e da dificuldade de manter a quantidade necessária da equipe de enfermagem³³³.

Dessa forma, o registro inadequado da realização dos procedimentos de enfermagem pode colocar em dúvida a sua realização, visto que, se não existe registro, não há como se garantir que foi executado. Além de motivar questionamentos sobre a realização do procedimento, o registro não realizado de forma adequada promove falha na comunicação entre as equipes de enfermagem, comprometendo, assim, a continuidade do cuidado³³⁵.

Analisando o percentual de preenchimento dos prontuários dos pacientes atendidos no Centro Cirúrgico, no que se refere aos registros da equipe de enfermagem, com base no Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente¹⁸⁰, nota-se que 13,94% dos prontuários foram preenchidos de forma incompleta, não havendo, portanto, prontuários sem total preenchimento por parte da equipe de enfermagem. Em contraste à presente pesquisa, dados apresentados por um estudo que avaliou a qualidade dos registros de enfermagem realizados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário público, evidenciou taxas consideráveis de não preenchimento dos prontuários³³⁶.

Diante das taxas encontradas pela pesquisa, superiores principalmente nos meses de setembro de 2015 e fevereiro de 2016 (22,54% e 30,56% respectivamente), realizou-se intervenções junto aos membros da equipe visando a capacitação e melhorias na qualidade, principalmente no que diz respeito aos registros/anotações de enfermagem.

Vale ressaltar que esses registros incompletos foram todos detectados ainda na unidade de Centro Cirúrgico, em tempo de realizar as adequações antes do encaminhamento ao SAME, evitando erros em prontuários para análises futuras e que descaracterizem a assistência prestada.

No contexto das anotações de enfermagem, é válido considerar que todas as intercorrências assistidas pela enfermagem, quando anotadas no momento exato, trazem eficiência por parte da enfermagem e ação imediata. A qualidade dos registros das ações prestadas reflete a prestação da assistência e a produtividade do trabalho. Quanto mais detalhadas forem as anotações, maiores serão as informações para direcionar a terapêutica do cuidar pela equipe multiprofissional³²⁴.

A comunicação escrita na forma de anotações de enfermagem é essencial, uma vez que a prática do cuidado gera inúmeras informações que não devem ser perdidas. Sendo assim, a contínua capacitação e o aprimoramento do processo de registros das condutas de enfermagem são necessários para a garantia da qualidade do cuidado³³⁷.

É imprescindível salientar a importância de uma melhor documentação das ações e intervenções realizadas pela equipe de enfermagem, lembrando que os registros devem traduzir o máximo de conhecimento sobre as condições de saúde dos indivíduos, incluindo-se tanto os aspectos referentes a procedimentos quanto a necessidades, queixas e evolução dos pacientes, pois as anotações comprovam o trabalho da enfermagem, sendo função dos enfermeiros liderar e acompanhar a efetivação desse registro³³².

Assim, diante de toda complexidade que envolve o Centro Cirúrgico, cabe ao enfermeiro e a toda equipe cirúrgica vigilância constante, atuando de forma preventiva, traçando ações que garantam a segurança do paciente em todas as etapas do procedimento cirúrgico⁴⁵, as documentando de modo a garantir a qualidade e continuidade da assistência por meio de registros adequados de enfermagem.

7.4.2.5 Taxa de absenteísmo de enfermagem

Ao verificar a produção literária sobre o indicador de qualidade referente ao absenteísmo, muito se encontrou sobre o absenteísmo doença, o que sugere a necessidade de novos estudos que retratem os afastamentos como um todo. A presente pesquisa preocupou-se em abordar esse indicador de modo abrangente, seguindo tanto o referencial adotado pelo estudo (CQH³¹), como as orientações específicas propostas para servidores Estatutários¹⁷⁵.

O significado da palavra absenteísmo traduz a falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais. Suas causas podem ser determinadas por motivos variados, como: problemas de saúde ou doenças, acidentes do trabalho, problemas de saúde em pessoas da família, gestação e parto, casamento e também por faltas que não são justificadas legalmente³³⁸.

Esse indicador, na enfermagem, em sua maioria, está relacionado à sobrecarga de trabalho, diminuição da qualidade da assistência e elevação de custos na

instituição³³⁹. Tal fato explica a pertinência a ele atribuída em estudo recente sobre a opinião dos enfermeiros frente a esse indicador, sendo inferido que os profissionais da categoria diretamente ligados à assistência de enfermagem vivenciam com maior proximidade as consequências do não comparecimento de trabalhadores ao serviço³⁴⁰.

O absenteísmo constitui-se em problema preocupante para gestores, devido ao seu impacto sobre o paciente, comprometendo sua segurança e a qualidade da assistência^{341, 342}, sendo considerado como um revés em diferentes países, por acarretar elevado custo econômico para as instituições³⁴³.

Para o trabalhador, desencadeia um efeito cascata, gerando sobrecarga^{344, 345} e insatisfação para com o trabalho e organização^{346, 347}. Os custos gerados por essas elevadas taxas, têm sido considerados relevantes^{348, 349}.

Este trabalho abordou tanto as ausências previstas como as não previstas, como forma de promover melhor visualização da realidade desse indicador na unidade estudada. As ausências não previstas, têm sido identificadas em alguns países como uma das principais questões que comprometem a força de trabalho da enfermagem. Sua importância é destacada pela OMS, que investiga indicadores de absenteísmo entre esses profissionais^{345, 346}.

No Brasil, o Programa CQH propõe indicadores específicos sobre a temática, disponibilizando informações para nortear a gestão, o que orientou os pesquisadores na obtenção dos dados para compor o indicador na atual pesquisa.

As taxas do absenteísmo encontrados no estudo são consideradas relativamente baixas, quando comparados a outros países da América do Sul, como Venezuela que apresentou taxa de 7% para os enfermeiros³⁵⁰.

Em comparação a estudos realizados em diversas realidades brasileiras, como em hospitais de Cacoal (83,3%)³⁴⁹, alguns hospitais da rede no Sul-Sudeste, como em Porto Alegre (79,2%)³⁵¹, São José do Rio Preto (75,4%)³⁵², São Bernardo do Campo (hospital público - 83%)³⁵³, os índices obtidos são considerados inferiores.

Outros estudos sobre a temática também revelam taxas consideráveis do absenteísmo, quando equiparadas ao estudo atual, como 88,4%³⁵², 87,8%³⁵⁴ e 74,2%³⁵⁵.

A pesquisa revela também o predomínio das taxas de absenteísmo entre os auxiliares de enfermagem, porém sem diferença significativa quando comparada à

outra categoria profissional da unidade, representada pelo valor de p (0,4926). Essa informação corrobora com recente estudo sobre a temática³⁵⁶.

Assim, diante dos dados, podemos considerar que quanto mais baixo o nível hierárquico ocupado pelos trabalhadores da equipe de enfermagem, maior a probabilidade de afastamentos por motivo de adoecimento³⁵⁷.

A maior ocorrência de absenteísmo entre técnicos e auxiliares de enfermagem pode estar relacionada à menor remuneração, menor exigência de instrução técnico-científica e à maior necessidade de esforço físico na execução do cuidado ao paciente³⁵⁸.

Estudo sobre os fatores relacionados ao absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem desenvolvido em um hospital universitário público de alta complexidade, encontrou valores semelhantes aos dados da pesquisa, referente à categoria profissional com maiores taxas de absenteísmo³⁵⁶. A maior prevalência de ausências não previstas nas categorias de nível médio de formação educacional foi observada também em outro estudo³⁵⁹.

Este dado é preocupante, pois esses profissionais representam o maior contingente da força de trabalho da equipe de enfermagem. Suas ausências comprometem a assistência prestada e, conseqüentemente, desestruturam a equipe por gerar sobrecarga de atividades aos demais trabalhadores³⁶⁰.

Dado similar é descrito em estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, no qual os autores relataram que os enfermeiros tendiam a assumir papel de liderança na equipe, que exige maior assiduidade; apresentando assim menor risco de contaminação e de doenças³⁶¹.

Embora prevalente entre os auxiliares de enfermagem, no mês de julho de 2016, o absenteísmo entre os enfermeiros teve umas das maiores taxas da unidade durante todo o período de coleta de dados. Isso se deve a LS para doação de medula óssea realizada por um dos profissionais alocados no Centro Cirúrgico.

Esse tipo de licença segundo o referencial teórico utilizado, não deve ser considerada, assim como nos casos de férias e outras licenças legais, quando acima de 15 dias ininterruptos, porém, na presente realidade, o colaborador apresentou atestado de oito dias no início do mês e de mais 10 dias ao término do mesmo, sendo assim considerado para fins de cálculos da pesquisa.

Independente da categoria profissional, o índice elevado de absenteísmo desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os profissionais presentes, reduz a produção e aumenta o custo operacional, podendo comprometer a qualidade da assistência prestada ao paciente³⁵¹.

Este estudo mostra ainda a predominância do sexo feminino no absenteísmo, o que se justifica pelo perfil do trabalhador de enfermagem ser formado predominantemente por mulheres, encontrando assim valores semelhantes em um estudo sobre o absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário³⁶⁰.

Estudo realizado com servidores municipais de Goiânia, no período de 2005 a 2010, num quadro de efetivos de 28.230 servidores, dos quais 47,5% tiveram pelo menos uma licença médica no período, foram registradas 40.578 licenças médicas para tratamento de saúde, concedidas a 13.408 servidores que se ausentaram 944.722 dias. O perfil dos servidores licenciados por afastamentos, caracterizou-se por predomínio de mulheres (52,0%)³⁶². Esses dados corroboram com outros estudos sobre a temática^{356, 363}, no que diz respeito a variável sexo.

Diferentes estudos identificaram que o absenteísmo varia segundo sexo, idade, ocupação, nível de responsabilidade e regime de trabalho, entre outros^{364, 365}. Todavia, estudos apontam para a necessidade de informações comparativas entre os setores do hospital e que correlacionem o absenteísmo por doença ao ambiente e à natureza do trabalho, e a características individuais^{365, 366}.

Nota-se em pesquisas recentes que referente ao local de trabalho, a unidade de Centro Cirúrgico foi identificada como sendo a responsável pelos maiores registros de ausência em Hospitais^{356, 365}, o que demanda estudo sobre essa perspectiva.

Referente aos motivos que ocasionaram o absenteísmo no Centro Cirúrgico, nota-se que as FA (67,34%) representaram o maior percentual de ausências na categoria dos auxiliares de enfermagem, sendo que a maioria não são previamente programadas, correspondendo a 54,05% desse motivo. Entre os enfermeiros, esses dados são representados pela LS (69,23%). Observa-se que os demais tipos de ausências, embora presentes e importantes, apresentam relevância inferior para este indicador.

Estudos sobre o absenteísmo-doença apontam a licença médica como principal motivo do absenteísmo da equipe de enfermagem, merecendo atenção dos gerentes

dos serviços de saúde e pesquisadores, por ser apontado como alto índice de ocorrência^{354, 358}.

Os dados obtidos com essa pesquisa demonstram ainda o caráter multifatorial do absenteísmo, que contribui para aumentar sua complexidade. Ressalta-se, então, a necessidade das organizações possuírem programas de controle de ausência que identifiquem essas causas, verifiquem as justificativas das ausências e comuniquem informações sobre as consequências do absenteísmo, pois pequenas reduções nesse índice podem trazer razoável economia à organização e melhoria na qualidade de vida do profissional e na qualidade do atendimento prestado ao usuário do serviço de saúde³⁵⁷.

Estudo longitudinal realizado no Canadá identificou seis fatores que interferiam na redução do absenteísmo: horário de trabalho não flexível; número insuficiente de profissionais de enfermagem; estresse domiciliar e no trabalho; condições inadequadas de trabalho; baixos salários; comunicação com superiores e com colegas; e falta de incentivo para que os trabalhadores não utilizassem atestado e problemas relativos a saúde³⁶⁷.

É importante nessa temática considerar também, a influência do modelo organizacional, da motivação para o trabalho, do desgaste psíquico em lidar com o sofrimento e o adoecimento como causas do absenteísmo, a fim de se atenuar seus efeitos negativos na qualidade da assistência de enfermagem³⁵⁷.

Contudo, observaram-se lacunas no conhecimento a respeito de pesquisas que contextualizem as subjetividades inerentes ao absenteísmo, na percepção dos profissionais de enfermagem, e as estratégias a serem adotadas pelas instituições para amenizar este problema³⁶⁸.

Os resultados dos indicadores de absenteísmo trazem fragilidades no mundo do trabalho, que possibilitarão aos gestores estabelecer ações para combater os agravos que envolvem o absenteísmo e, conseqüentemente, a sua redução. Além disso, pode contribuir para a discussão das implicações ético-profissionais das práticas cotidianas da equipe de enfermagem e das estratégias para o enfrentamento dos desafios postos pelo processo de trabalho³⁶⁰.

As instituições hospitalares normalmente focam a sua prioridade no atendimento ao doente, muitas vezes se esquecendo da saúde dos profissionais que executam o trabalho. Assim, é importante adotar políticas e ações de saúde que

tenham o trabalhador como foco, com vistas a assegurar a promoção da saúde e a prevenção de agravos ocupacionais, de modo a garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente³⁶⁰.

É imprescindível que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, por serem os profissionais que lideram as equipes, busquem medidas voltadas à prevenção do absenteísmo. Conhecer o ambiente laboral pode colaborar para a implementação de ações preventivas voltadas para a saúde dos trabalhadores, reduzindo o sofrimento físico, psíquico e social, bem como os custos³⁶⁹.

Recomenda-se que sob a liderança do enfermeiro sejam realizadas atividades de promoção de um trabalho educativo, com foco na prevenção e com vistas à conscientização dos profissionais. Deve-se incentivar novos hábitos de vida, por meio de palestras preventivas, planejamento de exercícios laborais no ambiente de trabalho com o auxílio do profissional educador físico. Podem ser instituídas pausas nas atividades e intervenção nos postos de trabalho para detectar possíveis riscos. Estar atento ao bem-estar físico e emocional da equipe no ambiente de trabalho é uma atribuição do líder³⁶⁹.

7.4.2.6 Taxa de ocupação (Tempo total da SO utilizada)

O Centro Cirúrgico é um setor singular dentro de qualquer hospital, atraindo atenção por diversos aspectos, dentre eles: evidência dos resultados, complexidade das operações realizadas, decisiva ação curativa e por ser o local mais oneroso do hospital¹⁸³.

Assim como o hospital do estudo, muitos outros estão se preocupando com a taxa de ocupação e a capacidade cirúrgica máxima, monitorando a produtividade do Centro Cirúrgico^{183, 370}.

A eficiência dos serviços prestados nesta unidade pode ser caracterizada por monitoramento da pontualidade das cirurgias, tempo mínimo entre as mesmas, flexibilidade na utilização das SOs disponíveis, capacidade no atendimento de emergências e encaixes de cirurgias extras, além da baixa taxa de suspensão de cirurgias e alta utilização de SO^{371, 372}.

Ao abordar a taxa de ocupação, faz-se necessário, dentre diversos fatores importantes, considerar o intervalo entre cirurgias, também referido como tempo

de *turnover* ou tempo de rodada de sala, que pode ser abordado de diferentes maneiras, de acordo com a perspectiva do profissional envolvido. Para enfermeiros, ele significa o tempo decorrido desde a saída do paciente anterior até a entrada do próximo e inclui o tempo de limpeza e preparo da SO; para os anesthesiologistas, esse tempo corresponde desde que um paciente é encaminhado à SRPA até o procedimento de indução do paciente seguinte e, finalmente, para os cirurgiões, o tempo decorrido desde o fechamento da ferida cirúrgica até a incisão do novo paciente³⁷³. Independente da abordagem, é importante salientar que o tempo de *turnover* inclui o tempo de limpeza e preparo da SO, mas não a demora entre os casos³⁷⁴.

O cálculo do intervalo entre cirurgias (tempo de *turnover*), seguiu orientações de estudos anteriores sobre o assunto¹⁸, sendo efetuado considerando-se a saída de um paciente da SO até a entrada do paciente seguinte. Nesse intervalo estão inclusos, a limpeza e a desmontagem da SO, o preparo dos materiais e equipamentos para cirurgia seguinte, até a entrada do próximo paciente.

Dessa forma, durante a coleta de dados, ao analisar os registros feitos pela equipe, notou-se que não havia padronização no que se referia ao tempo operatório (início e término da cirurgia), totalizando por vezes tempo irreal de utilização das salas. Diante do fato, realizou-se trabalho educativo junto à equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico, para readequação desses dados, sendo assim estipulada a marcação de dois horários distintos. O primeiro registro corresponde à permanência total do paciente na sala, ou seja, desde a entrada até a saída do mesmo da SO. O segundo corresponde ao procedimento propriamente dito, ou seja, o registro é feito desde a abertura dos materiais e equipamentos estéreis até o fechamento do curativo. Essas particularidades adotadas para registro dos dados feitos pela equipe, devem-se principalmente às especificidades dos procedimentos que são realizados na unidade.

É importante ressaltar, que esse tempo despendido ao intervalo entre os procedimentos cirúrgicos, em momento algum, durante a coleta de dados, ocasionou atrasos ou cancelamentos cirúrgicos.

Após análise do tempo de *turnover*, por período de três meses, chegou-se à 20 minutos de intervalo entre os procedimentos cirúrgicos, corroborando com outros estudos, dentre eles um desenvolvido em hospital do interior do Estado de SP¹⁸³ e

outro, em um hospital universitário de grande porte no Estado do Paraná. Esse último, encontrou uma média de 22 ± 17 minutos e mediana de 21 minutos, tempo ideal para limpeza de SO após um procedimento e o preparo da sala para receber outro paciente que seria submetido a cirurgia “a seguir”³⁷⁵.

Existem estudos que trazem intervalos maiores entre as cirurgias, como o realizado em um Centro Cirúrgico de um hospital escola de capacidade extra, localizado no interior do Estado de SP. Nessa unidade, obteve-se 35,6 minutos de *turnover*¹⁸. Em outra investigação³⁷⁴, realizada em unidades de Centros Cirúrgicos americanas, consideradas como de melhores práticas, obteve-se tempo médio de *turnover* menor do que 25 minutos.

O tempo de limpeza e preparo da SO e a adequada administração dos intervalos de utilização das salas de cirurgia constituem-se em importantes fatores para promover eficiência dos serviços prestados pelo Centro Cirúrgico. A redução do intervalo de tempo entre as cirurgias, do tempo de limpeza e preparo da SO possibilitam a realização de maior número de procedimentos por SO, ampliando, dessa forma, a capacidade produtiva da unidade. Considerando a significativa representatividade de pacientes cirúrgicos na receita hospitalar, a utilização máxima da capacidade cirúrgica favorece melhor gerenciamento de recursos²³⁰.

Os cancelamentos cirúrgicos também interferem nos processos, pois esses estão interligados com a ocupação das SO, sendo que, muitas vezes, essas salas ficam montadas aguardando e somente depois de algum tempo é que acontece a comunicação de suspensão da cirurgia, trazendo custos adicionais à instituição e causando desconforto, tanto para os pacientes quanto para os demais profissionais envolvidos^{183, 220}.

Esses dados sobre os tempos necessários para o adequado funcionamento do Centro Cirúrgico demonstram a necessidade de sair do empírico e passar a mensurar os fatos com foco na avaliação dos resultados, para poder, então, multiplicar os conhecimentos e o aprendizado³⁷⁶.

Um estudo recente desenvolvido em uma instituição de saúde de SP, criou e implantou um processo para otimizar a utilização de SO chamada de “Giro de Sala”, cujos resultados demonstram a facilitação do trabalho da equipe, diante da dinâmica do Centro Cirúrgico, proporcionando vantagens a todos os envolvidos: paciente, profissionais e instituição³⁷⁷.

Os resultados do presente estudo, no que diz respeito à adequação dos registros do tempo cirúrgico, padronização do tempo de *turnover* das SO, valorizam o desempenho global do Centro Cirúrgico ao gerar resultados efetivos. Os planos de ação e de gestão baseados em fatos e processos de controle e avaliação dos resultados proporcionam ambiente de qualidade e uma assistência mais humanizada ao cliente cirúrgico³⁷⁷.

No tocante à taxa de ocupação, em estudo prospectivo desenvolvido em um hospital terciário e privado, localizado no interior do Estado de SP, obteve taxa de ocupação de 80,41%¹⁸³, valor este superior aos dados obtidos por esta pesquisa. Na literatura estrangeira³⁷⁸, essa taxa foi citada em torno de 85-95%, porém, as características do Centro Cirúrgico se diferem às do presente estudo. Na literatura nacional, encontrou-se ainda taxa de ocupação média de 66% em um hospital universitário³⁷⁹.

No Centro Cirúrgico cenário dessa pesquisa, nota-se que SO 2 apresenta maiores taxas de ocupação, uma vez que é a sala de escolha principalmente nas cirurgias que envolvem procedimentos anestésicos de maior complexidade e maior número de membros da equipe cirúrgica, pois além de possuir aparelho de anestesia com tecnologia mais avançada, apresenta maior dimensão no que se refere à estrutura física.

Em contrapartida, a SO 1 apresenta menores taxas de ocupação por não possuir os atrativos anteriormente citados, porém é a sala de escolha no que diz respeito às cirurgias oftalmológicas, uma vez que possui aparelho específico (microscópio) para tal procedimento.

Analisando mês a mês os dados referentes ao tempo total de SO utilizada, nota-se queda importante na taxa de ocupação de ambas as salas nos meses que correspondem ao período de férias dos médicos residentes em dermatologia e dos demais cirurgiões, preceptores e anesthesiologistas. Nesse momento, prioriza-se a concessão de férias aos colaboradores de enfermagem.

Vale salientar, que os residentes em dermatologia, quando escalados para o Centro Cirúrgico, concomitantemente a essa atividade, atuam também no ambulatório designado como "Procedimento", em que são realizados cuidados estéticos e corretivos relacionados à especialidade. Dessa forma, esses profissionais dividem suas agendas entre os dois setores, não podendo realizar qualquer procedimento

nessas áreas sem a presença dos preceptores. Essas particularidades podem contribuir e até justificar as razoáveis taxas de ocupação das SOs do Centro Cirúrgico.

Essas taxas são consideradas inferiores quando comparadas às taxas de ocupação descritas na literatura. É importante considerar que nos períodos em que não estão ocorrendo cirurgias propriamente ditas, a equipe de enfermagem alocada na unidade está envolvida em outras atividades já descritas anteriormente.

Um dado importante e que merece ser descrito, é que durante todo o período de coleta de dados, observou-se a necessidade de encaixes de cirurgias não programadas na agenda cirúrgica, que embora se tratassem de procedimentos eletivos, não sofreram resistência ou negação por parte da gestão da unidade.

Assim é importante evidenciar que a utilização efetiva da SO tem sido meta perseguida pelos enfermeiros alocados no Centro Cirúrgico estudado, assim como pela maioria dos enfermeiros gestores de Centros Cirúrgicos. A ociosidade é considerada desperdício invisível, mas percebido nos resultados das instituições hospitalares³⁸⁰.

Nesse sentido, é de extrema importância a participação do enfermeiro gestor no processo de avaliação da qualidade e da produtividade nessa unidade, detectando e redesenhando atividades que não estão em conformidade, realizando seu monitoramento contínuo e comparando seus achados com os encontrados nos hospitais de melhores práticas¹⁸.

CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

O presente estudo sobre a implantação e análise dos indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico de um hospital público especializado em dermatologia, permitiu chegar às conclusões descritas de acordo com os objetivos propostos.

- **Seleção dos indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico propostos na literatura e adequados às características do hospital:** a identificação e seleção dos principais indicadores de qualidade referentes aos processos de trabalho inerentes ao Centro Cirúrgico, de acordo com as características e particularidades do hospital, bem como a compreensão da sua dinâmica por meio da busca na literatura, permitiram a escolha de 20 indicadores, assistenciais e gerenciais, que proporcionaram abordagem e visibilidade ao contexto do trabalho desenvolvido na unidade.

- **Construção de instrumento estruturado para coleta de dados no Centro Cirúrgico:** após seleção dos indicadores, construiu-se um instrumento de coleta de dados, que devido a suas características e modo de abordagem, permitiu à equipe mensurar e conhecer os processos nos quais estão inseridos em suas rotinas de trabalho.

A padronização dos registros dos dados e a coleta realizada sempre no dia seguinte à ocorrência dos eventos, facilitaram o acesso rápido à informação, permitindo intervenções imediatas, melhorando gradativamente o trabalho desenvolvido no local.

O pré-teste, ao qual o instrumento foi submetido antes de sua implantação, possibilitou aos pesquisadores a observação das informações em sua totalidade; a identificação de falhas e pontos a serem corrigidos e a realização de alterações essenciais, o que facilitou a sua adequação ao contexto do trabalho local.

- **Implementação de indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico, por meio de capacitação da equipe de enfermagem:** o método de treinamento utilizado no processo de implantação dos indicadores, com abordagens pré e pós processo educativo, com referencial teórico norteador, e cuidados com a escolha do dia, horário e local, mostrou-se efetivo, por viabilizar o envolvimento da maioria dos integrantes da equipe de enfermagem atuante na unidade cenário desta pesquisa e por possibilitar o contado direto e prático com a temática, por vezes até então desconhecida por alguns dos envolvidos.

O treinamento realizado um mês após o pré-teste do instrumento de coleta de dados propiciou apresentar à equipe um instrumento melhor estruturado.

Alguns fatores podem ter influenciado nas diferenças dos resultados do pré e do pós-teste do treinamento, como por exemplo: tempo de atuação na área da saúde; formação acadêmica (que podem sugerir contato prévio com o tema) e abordagens feitas com alguns membros da equipe durante o pré-teste do instrumento de coleta de dados.

- **Análise dos resultados dos indicadores implantados:** a coleta e análise dos indicadores por período de um ano permitiu conhecer a realidade dos processos assistenciais e gerenciais da unidade, incluindo sazonalidade, férias e faltas da equipe, entre outros dados.

Após observação estreita dos dados da pesquisa, optou-se por analisar apenas seis indicadores dos 20 implantados na unidade. Primeiramente, delineou-se o perfil dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico, sendo possível observar um maior número de procedimentos ambulatoriais (87,90%), na especialidade dermatologia (81,34%), em pacientes do sexo masculino (52,61%), com média de idade de 59,36 anos.

No que diz respeito aos indicadores de qualidade, a taxa de suspensão cirúrgica foi de 17,59%, ocorrendo em sua maioria em pacientes do sexo feminino (57,48%), com média de 57,06 anos. A dermatologia foi a especialidade com a maior taxa de suspensão cirúrgica (75,59%) e os principais motivos que ocasionaram o evento foi o não comparecimento do paciente (27,56%), seguido da falta de condições clínicas (19,69%).

Referente ao indicador taxa de ISC em cirurgias limpas, obteve-se incidência de 2,69% no período de coleta, com predomínio dos casos na dermatologia (3,52%). As infecções acometeram principalmente pacientes do sexo feminino (71,43%), com média de idade de 65,64 anos, em cirurgias que não excederam 120 minutos. A presença de secreção purulenta foi o principal sinal encontrado nas lesões que caracterizaram a ISC (35,71%) e a Cefalexina foi o antibiótico de escolha na maioria dos casos (78,57%). Um dado importante observado foi a inexistência de protocolo para PAC que necessita ser revisto pelos profissionais da instituição.

Os acidentes de trabalho, embora tenham sido pouco frequentes na unidade durante a coleta de dados, apresentaram resultados que demandam intervenções

educativas. Os acidentes biológicos (100,00%) envolvendo profissionais do sexo feminino (100,00%), predominaram na unidade. Os auxiliares de enfermagem foram os profissionais mais acometidos pelo evento (80,00%), com média de idade de 47,40 anos.

O indicador taxa de registros incompletos, apresentou dados até então desconhecidos pela equipe. Embora as correções sejam feitas na própria unidade, não acarretando maiores problemas, a média foi considerável (14,02%), o que também exigiu intervenções educativas.

O absenteísmo dos colaboradores alocados na unidade apresentou taxas superiores entre os auxiliares de enfermagem (3,96%), com destaque para as FA não programadas (38,67%). Entre os enfermeiros, essas taxas são inferiores (2,63%), sobressaindo entre os motivos a LS (69,23%).

A taxa de ocupação da SO foi um dos principais indicadores implantados nessa unidade. A identificação e o levantamento desses dados, até então desconhecidos pelos membros da equipe, proporcionaram a padronização de diversas rotinas, dentre elas: do tempo de *turnover*, registros referentes ao tempo de uso efetivo da SO, entrada e saída dos pacientes, tempo de limpeza, entre outros. A taxa igual a 16,35% nos mostrou a necessidade de readequar a agenda cirúrgica, seja intervindo na problemática dos cancelamentos cirúrgicos ou em formas de aumentar esses números junto aos cirurgiões atuantes na unidade.

Esse estudo permitiu, além de conhecer o contexto dos processos de trabalho da unidade de Centro Cirúrgico, envolver toda equipe na busca pela qualidade do cuidado. Nota-se que os indicadores proporcionaram ajustes em procedimentos e rotinas da prática diária, com boa aceitação e envolvimento por parte dos membros da equipe.

A limitação do estudo refere-se ao mesmo ser realizado em um hospital especializado não permitindo que os dados sejam generalizados para outras realidades. No entanto, o propósito da pesquisa foi conhecer o contexto específico de uma unidade hospitalar e possibilitar que, por meio dos indicadores de qualidade implantados, os processos assistenciais e gerenciais sejam embasados em referenciais consolidados e reflitam na melhoria da qualidade aos usuários desse hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da busca pela qualidade dos serviços de saúde, a utilização dos indicadores de qualidade tem sido cada vez mais discutida e estudada entre os gestores nos mais diversos cenários da área da saúde. Nesse contexto, mensurar o desempenho do Centro Cirúrgico passou a ser indispensável para obtenção de melhores resultados nos processos de trabalho, reduzindo, assim, custos operacionais, riscos de EA, promovendo a segurança e a satisfação, tanto da equipe atuante, como do paciente sob seus cuidados.

A seleção, a implantação e a análise dos indicadores de qualidade no contexto do Centro Cirúrgico, com base na literatura pertinente e compatíveis com a realidade da assistência e gestão desenvolvidas no local, proporcionou transparência aos processos em que o cuidado e a gestão estão inseridos, levando à maior percepção do cenário e identificação dos principais pontos falhos a serem revistos, uma vez que as decisões passaram a ser baseadas em evidências.

A realização da gerência do cuidado de enfermagem, fundamentada em avaliações periódicas por indicadores, impulsiona os profissionais na busca pela melhoria dos serviços, além de permitir a compreensão da qualidade assistencial e gerencial.

A construção de instrumentos adequados contendo indicadores factíveis e específicos à realidade da unidade, em planilhas de fácil acesso e manuseio, permitiram visibilidade e condensação dos dados coletados, o que facilitou a posterior análise.

A maioria dos profissionais alocados no Centro Cirúrgico e envolvidos na assistência/gestão da unidade foram treinados e capacitados de modo a compreenderem a importância da utilização dos indicadores em suas rotinas. Sendo assim, todo esse processo foi desenvolvido de forma simples, sistematizada e organizada em local e horário pré-estabelecidos, o que possibilitou o envolvimento de praticamente toda equipe. Na atual contextualização, essa abordagem facilitou o desempenho, aprendizado e a otimização do trabalho.

O treinamento como fator de desenvolvimento para os profissionais, além de ter facilitado o processo de implantação dos indicadores, gerou conhecimentos acerca dos processos assistenciais e gerenciais nos quais estão inseridos.

Os resultados obtidos com a implantação dos indicadores de qualidade demonstraram valorização da performance global do Centro Cirúrgico e se mostraram efetivos em diversos aspectos, incluindo a clareza de processos e dados até então desconhecidos pela equipe.

O estudo permitiu, além de implantar indicadores de qualidade na unidade e verificar principais pontos a serem revistos, tornar visível a qualidade dos processos locais, uma vez que vários dos indicadores implantados não foram considerados significativos para apresentação e discussão neste estudo, visto que encontraram taxas iguais a zero, como é o caso dos indicadores referentes à queda, erros e quase erros relacionados à administração de medicamentos, extubação não planejada, intercorrências decorrentes do uso de eletrocirurgia, perdas ou extravios de espécimes cirúrgicas, casos novos de lesão de pele, complicações em SRPA, mortalidade, entre outros.

Os planos de ação e de gestão baseados em fatos concretos e em processos de controle e de avaliação dos resultados são geradores de qualidade dos serviços e auxiliam na prestação de uma assistência mais humanizada, segura e menos sujeita a riscos evitáveis para o paciente e equipe cirúrgica.

Nota-se diante do desenvolvimento da atual pesquisa, que o enfermeiro é peça fundamental nesse processo de mensuração da qualidade por meio de indicadores, uma vez que atua na prática assistencial e também administrativa, estando envolvido nas decisões e estratégias orçamentárias das instituições de saúde, gerenciando recursos humanos, materiais e financeiros. Dessa maneira, esse profissional atua diretamente nos resultados e no equilíbrio entre qualidade, quantidade e custos. Obter esses dados por meio dos indicadores faz com que os processos saiam do empírico e passem, então, a mensurar a realidade de cada processo, medindo os resultados e multiplicando os conhecimentos e o aprendizado.

Importante expor, que até o momento, não existiam indicadores que norteassem as atividades desenvolvidas nas diversas áreas da instituição. Dessa forma, esta pesquisa instigou profissionais envolvidos na gestão da qualidade a desenvolverem instrumentos contendo indicadores de qualidade, sendo assim o ponto de partida para a implantação dessa ferramenta nas demais unidades da instituição.

Acredita-se que os achados deste estudo possam contribuir para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho em saúde, implantação de programas de

qualidade e busca por processos de acreditação que certificam a excelência do trabalho desenvolvido. A mensuração dos indicadores de qualidade direciona as ações dos gestores para implantação de melhores práticas e capacitação dos profissionais por meio da identificação das necessidades efetivamente instaladas.

O aperfeiçoamento da cultura de segurança, o incentivo à notificação de eventos, a análise e discussão de suas causas e da cultura organizacional são importantes medidas para a transformação do cenário nas instituições de saúde e, por conseguinte, são ações necessárias para a continuidade do processo pela busca da qualidade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 Fusco SFB, Spiri WC. Análise dos indicadores de qualidade de centros de material e esterilização de hospitais públicos acreditados. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):426-33.
- 2 Escrivão Jr A. Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo [relatório]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas; 2004.
- 3 Pena MM, Melleiro MM. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):197-203.
- 4 Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988;260(12):1743-8.
- 5 Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Qual Rev Bull.* 1992;20(6):975-92.
- 6 Altman DE, Clancy C, Blendon RJ. Improving patient safety-five years after the IOM report. *N Engl J Med.* 2004;351(20):2041-3.
- 7 Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. The 100,000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA.* 2006;295(3):324-7.
- 8 Vituri DW, Évora YDM. Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(5):660-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680525i>.
- 9 Bazzanella NAL, Slob E. A auditoria como ferramenta de análise para a melhoria da qualidade no serviço prestado. *Cad Saude Desenvol.* 2013;3(2):50-65.
- 10 D’Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. The movement for quality in healthcare and nursing services. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2006 [cited 2016 Jul 24];59(1):84-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1>.
- 11 Franco JN, Barros BPA, Vaidotas M, D’Innocenzo M. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2010 [cited 2016 Jun 10];63(5):806-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/18.pdf>.
- 12 Padilha KG. Iatrogenic occurrences and the quality focus. *Rev Lat-Am Enfermagem [Internet].* 2001 [cited 2016 Aug 6];9(5):91-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7804.pdf>.
- 13 Cunha ICKO, Feldman LB. Nursing service assessment: identification of process criteria in hospital accreditation programs. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2005 [cited 2016 Aug 6];58(1):65-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a12.pdf>.

- 14 Foulkes M. Nursing metrics: measuring quality in patient care. *Nurs Stand* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 6];25(42):40-5. Available from: <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2011.06.25.42.40.c8582>.
- 15 Matsuda LM, Évora YDM. Ações desenvolvidas para satisfação no trabalho da equipe de enfermagem de uma UTI-Adulto. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2006 [cited 2016 Aug 6];5 Supl:49-56. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5154/3339>.
- 16 Pertence PP, Melleiro MM. The implementation of a quality management tool at a University Hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 6];44(4):1024-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_24.pdf.
- 17 Munhoz S, Ramos LH, Cunha ICKO. Efficiency and efficacy of nursing performance in technical procedures. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2016 Aug 6];61(1):66-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/10.pdf>.
- 18 Jericó MC, Perroca MG, Penha VC. Mensuração dos indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2011;19(5):1239-46.
- 19 Marshall M, Leatherman S, Mattke S, OECD Health Promotion, Prevention and Primary Care Panel. Selecting indicators for the quality of health promotion, prevention and primary care at the health systems level in OECD countries. Paris: OECD; 2004. (Health technical paper; n.16).
- 20 Kraus TW, Büchler MW, Herfarth C. Relationships between volume, efficiency, and quality in surgery: a delicate balance from managerial perspectives. *World J Surg*. 2005;29(10):1234-40.
- 21 Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):88-91.
- 22 Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCL, Melo MRAC, Bernardes A. Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. *Cogitare Enferm*. 2015;20(4):798-804.
- 23 Riley R, Manias E. Foucault could have been an operating room nurse. *J Adv Nurs*. 2002;39(4):316-24.
- 24 Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas. 6a ed. São Paulo: SOBECC; 2013.
- 25 Fernandes HMLG, Peniche ACG. Percepção da equipe de enfermagem do centro cirúrgico acerca da acreditação hospitalar em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Esp):22-8. doi: 10.1590/S0080-623420150000700004.

- 26 Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Russell Localio A, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324(6):377-84.
- 27 Secanell M, Orrego C, Vila M, Vallverdú H, Mora N, Oller A, et al. A surgical safety checklist implementation: experience of a start-up phase of a collaborative project in hospitals of Catalonia, Spain. *Med Clin*. 2014;143 Suppl 1:17-24.
- 28 Zapata AIP, Samaniego MG, Cuéllar ER, Esteban EMA, de la Cámara AG, López PR. Detection of adverse events in general surgery using the « Trigger Tool» methodology. *Cir Esp*. 2015;93(2):84-90. doi: 10.1016/j.ciresp.2014.08.007.
- 29 Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Requena J, Terol E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21(6):408-14.
- 30 Spruce L. Back to basics: implementing the surgical checklist. *AORN J*. 2014;100(5):465-76.
- 31 Núcleo de Apoio de Gestão Hospitalar. Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. 2a ed. São Paulo: APM/CREMESP; 2012.
- 32 Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev Lat-Am Enfermagem [Internet]*. 2011 [cited 2016 Aug 4];19(5):[09 telas]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421964024.pdf>.
- 33 D'Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006.
- 34 Tronchin DMR, Meleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, Tronchin DMR, Peres HHC, Massarollo MCKB, Fernandes MFP, Ciampone MHT, et al. Gerenciamento em enfermagem. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.77-107.
- 35 Domiciano V, Fonseca AS. Tempo médio para atendimento do cliente em um departamento de emergência de um hospital privado. *Nursing*. 2008;11(119):182-8.
- 36 Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):213-9.
- 37 Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. *Rev Gauch Enferm*. 2011;32(4):797-806.

- 38 Carvalho L. Padrões mínimos de organização de hospitais. *Rev Paul Hosp*. 1973;21(3):107-10.
- 39 Joint Commission International. The international essentials of healthcare quality and patient safety [Internet]. Oak Brook: JCI; 2010 [cited 2016 Aug 8]. Available from: <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/International-Essentials-for-Quality-and-PatientSafety>.
- 40 Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *Mundo Saude*. 2011;35(5):319-31.
- 41 Schout DN, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(4):935-44.
- 42 Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
- 43 Santos ARS, Santos LD, Scalco D, Servat ME, Polacinski E. Sistema de gestão da qualidade: diretrizes para implementação da ISO 9001. In: 4a Semana Internacinal de Engenharia e Economia FAHOR; 2014 Nov 5-7; Horizontina. Horizontina: FAHOR; 2014 [cited 2016 Mar 25]. Available from: http://www.fahor.com.br/publicacoes/sief/2014/Sistema_de_gestao_da_qualidade.pdf.
- 44 Quality Consult. O que muda na versão 2015 da norma ISO 9001 [Internet]. São Paulo; 2015 [cited 2016 Mar 24]. Available from: <http://www.qualityconsult.com.br/index.php/iso-9001-versao-2015/>.
- 45 Santos MC, Rennó CSN. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Rev Adm Saude*. 2013;15(58):27-36.
- 46 Souza RCF, Tavares MC, Souza Neto JA, Martins HC. A qualidade de serviços em duas unidades de atendimento integradas do estado de Minas Gerais na percepção de seus usuários. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2014;12(2):51-8.
- 47 Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Pádua RX, Vituri DW, Rossaneis MA. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. *Semina Cienc Biol Saude*. 2013;34(2):187-94. doi: 10.5433/1679-0367.2013v34n2p187.
- 48 Vuori H. A qualidade da saúde. *Divulg Saude Debate*. 1991;1(3):17-25.
- 49 Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity and purpose, diversity of means. *Inquiry*. 1988;25(1):173-92.
- 50 Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev*. 1980;37(7):653-98.

51 Alves VLS. Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo: Martinari; 2009.

52 Tronchin DMR, Naves LK, Lima R, Melleiro MM. Avaliação da assistência de enfermagem: o emprego de indicadores. In: Leite MMJ, Martini JG, Felli VEA, editores. Programa de atualização em enfermagem (PROENF). Artmed: Porto Alegre; 2010. p.9-22.

53 Núcleos de Apoio a Gestão Hospitalar. Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de Indicadores Recursos Humanos. São Paulo: NAGEH Pessoas; 2014. 31 p.

54 Caldana G, Gabriel CS, Rocha FLR, Bernardes A, Françolin L, Costa DB. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013. [cited 2016 Abr 15];15(4):915-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>.

55 Barbosa LR, Melo MRAC. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [cited 2016 Mar 24];61(3):366-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300015>.

56 Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Indicadores de desempenho em serviços de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. Rev RENE. [internet]. 2011 [cited 2016 Mai 28];12(1):189-97. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_html_site/a25v12n1.html.)

57 Oliveira JLC, Papa MAF, Wisniewski D, Inoue KC, Costa MAR, Matsuda LM. Qualidade do cuidado: concepções de graduandos de enfermagem. REME Rev Min Enferm. 2015;19(1):29-35. doi: 10.5935/1415-2762.20150003.

58 Vincent C. Segurança do paciente. Orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.

59 Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. Rev Lat-Am Enfermagem. 2014;22(3):454-60. doi: 10.1590/0104-1169.3241.2437.

60 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2013. (Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).

61 Massoco ECP, Melleiro MM. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. REME Rev Min Enferm. 2015;19(2):187-95. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150034>.

62 Cavalcante AKCB, Rocha RC, Nogueira LT, Avelino FVSD, Rocha SS. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. Rev Cuba Enferm. 2015;31(4).

63 Carvalho V. Da enfermagem hospitalar: um ponto de vista. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(3):640-4.

64 Leape LL. Scope of problem and history of patient safety. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(1):1-10.

65 Nunes FDO, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SS. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 29];6(2):841-847. Available from: <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/6-841.php>.

66 Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2013;47(4):791-8.

67 World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme. Genebra: WHO; 2005.

68 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2013 [cited 2015 Nov 12]. (Boletins Informativos). Available from: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%2001%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>.

69 Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Centro colaborador para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente [Internet]. Rio de Janeiro: Proqualis/Icict/Fiocruz; 2013 [cited 2015 Nov 23]. Available from: <http://proqualis.net/>.

70 Pereira MD, Souza DF, Ferraz F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Inova Saude.* 2014;3(2):55-87.

71 Bueno AAB, Fassarella CS. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. *Rev Rede Cuid Saude.* 2012;6(1):72-81.

72 Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2016 Mar 30]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

73 National Patient Safety Foundation. Livres de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de *To Err Is Human*. Boston: National Patient Safety Foundation; 2015 [cited 2016 Aug 18]. Available from: https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm_portugues-br.pdf.

74 Berenholtz SM, Dorman T, Ngo K, Pronovost PJ. Qualitative review of intensive care unit quality indicators. *J Crit Care*. 2002;17(1):1-12.

75 Berg M, Meijerink Y, Gras M, Goossensen A, Schellekens W, Haeck J, et al. Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. *Health Policy*. 2005;75(1):59-73.

76 Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(4):921-34.

77 American Society for Healthcare Risk Management. An overview of the patient safety movement in healthcare. *Plast Surg Nurs*. 2006;26(3):116-20.

78 Kazandjian VA, Wicker K, Ogunbo S, Silverman N. Understanding safer practices in health care: a prologue for the role of indicators. *J Eval Clin Pract*. 2005;11(2):161-70.

79 Catalano K. JCAHO's national patient safety goals 2006. *J Perianesth Nurs*. 2006;21(1):6-11.

80 Allegranzi B, Storr J, Dziekan G, Leotsakos A, Donaldson L, Pittet D. The first global patient safety challenge "Clean Care is Safer Care": from launch to current progress and achievements. *J Hosp Infect*. 2007;65 Suppl 2:115-23.

81 Agency for Healthcare Research and Quality. Making Health Care Safer: a critical analysis of patient safety practices [Internet]. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 2001 [cited 2015 Sept 10]. Available from: <http://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/>.

82 Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHDB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):728-35.

83 Quinto Neto A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Rev Adm Saude*. 2006;8(33):152-8.

84 Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 1999.

85 Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. *Rev Eletronica Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 27];13(2):347-54. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/pdf/v13n2a22.pdf.

86 Paese F, Dal Sasso GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):302-10.

- 87 Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in healthcare. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(2):109-15.
- 88 Naveh E, Katz-Navon T, Stern Z. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. *Manage Sci*. 2005;51(6):948-60.
- 89 Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire – short form 2006 para o Brasil. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2012;20(3):575-82.
- 90 Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL, Menezes RMP. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2014 [cited 2015 Jun 20];8 Suppl 1:2507-12. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853>.
- 91 Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.
- 92 Patient Safety Network. Glossary [Internet]. Rockville: PSNet; 2016 [cited 2016 Aug 18]. Available from: <http://www.psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>.
- 93 Health and Safety Commission. Organizing for safety: third report of the human factors study group of ACSNI. London: HMSO; 1993.
- 94 Groves PS. The relationship between safety culture and patient outcomes: results from pilot meta-analyses. *West J Nurs Res*. 2014;36(1):66-83.
- 95 Pronovost P, Ravitz A, Stoll R, Kennedy S. Transforming patient safety: a sector-wide systems approach. Report of the Wish Patient Safety Forum 2015 [Internet]. Al Rayyan: World Innovation Summit for Health; 2015 [cited 2015 Nov 19]. Available from: <http://dnpnfts5nbrdps.cloudfront.net/app/media/1430>.
- 96 World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: WHO; 2009. (final technical report).
- 97 Ferreira RA, Pangaio AMWS, Bernardes RR, Lima SS. Segurança do paciente e os eventos adversos: erro profissional ou do sistema? *Rev Rede Cuid Saude*. 2014;8(3):23-8.
- 98 Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2008;16(4):746-51.
- 99 Bates DW, Gawande AA. Error in medicine: what have we learned? Minnesota: Medical Association; 2000.

- 100 Ralston JD, Larson EB. Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. *J Postgrad Med.* 2005;51(1):61-7.
- 101 Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery.* 2014;18(1):122-9.
- 102 Reason JT. Foreword. In: Bogner MS, editor. *Human error in medicine.* Hillsdale: L. Erlbaum Associates; 1994. p. vii-xv.
- 103 Rogers AE, Hwagn WT, Schott LD, Aiden LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurse and patient safety. *Health Aff (Millwood).* 2004;23(4):202-12.
- 104 Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JS, Miasso AI. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):76-83.
- 105 Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. *Rev Eletronica Enferm [Internet].* 2010 [cited 2016 Feb 1];12(3):422. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>.
- 106 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery™: practical approaches to implementation [Internet]. Oak Brook Terrace: JCAHO; 2004 [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://www.jcrinc.com/consulting.asp?durki=7445>.
- 107 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União.* 1 Abr 2013.
- 108 Lopez MFA, Wegner W. Eventos adversos no cuidado da criança: concepções de familiar/cuidador na atenção básica. *Rev Cienc Saude.* 2013;6(3):190-6.
- 109 Vieira APM, Kurcgant P. Quality indicators of the management of human resources in nursing: point of view of registered nurses. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(1):11-5.
- 110 Duarte IG, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. *Rev Adm Saude.* 2006;8(31):63-70.
- 111 Tironi LF, Silva LCE, Vianna SM, Médici AC. Critérios para a geração de indicadores de qualidade e produtividade no serviço público. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1991. (Texto para discussão; n 238).
- 112 Mota NVVP, Melleiro MM, Tronchin DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. *Rev Adm Saude.* 2008;10(40):124-30.

- 113 Escrivão Júnior A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(3):655-66.
- 114 Gouvêa C, Travassos C, Caixeiro F, Carvalho LS, Pontes B. Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos. Rio de Janeiro: Proqualis, ICICT/Fiocruz; 2015.
- 115 Fechine R. Indicadores de sustentabilidade como instrumentos para avaliação de programas de coleta seletiva na cidade de Salvador-BA [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014.
- 116 Marques LRV. Avaliação e proposta de indicadores: a contribuição do ENADE na gestão das bibliotecas universitárias [Internet] [dissertação]. Planaltina: Faculdade de Planaltina, Universidade de Brasília; 2015 [cited 2016 Apr 9]. Available from: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19173/1/2015_LussaraRibeiroVieiraMarques.pdf.
- 117 McGlynn EA, Asch SM. Developing a clinical performance measure. *Am J Prev Med*. 1998;14 Suppl 3:14-21.
- 118 Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(6):523-30.
- 119 Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(4):358-64.
- 120 Marshall M, Klazinga N, Leatherman S, Hardy C, Bergmann E, Pisco L, et al. OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *Int J Qual Health Care*. 2006;18 Suppl 1:21-5.
- 121 Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008;56(6):415-23.
- 122 Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia. Rio de Janeiro: MEDSI; 2002.
- 123 Merchán-Hamann E, Tauil PL, Costa MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. *Inf Epidemiol SUS*. 2000;9(4):273-84.
- 124 Jannuzzi, PM. Indicadores socioeconômicos na gestão pública. Florianópolis: UFSC; 2009.
- 125 Ministério do Planejamento (BR). Secretaria de Gestão. Melhoria da gestão pública por meio da definição de um guia referencial para medição do desempenho da gestão, e controle para o gerenciamento dos indicadores de eficiência, eficácia e de resultados do programa nacional de gestão pública e desburocratização. Produto

4: guia referencial para medição de desempenho e manual para construção de indicadores. Brasília: AECID, Ministério do Planejamento; 2009.

126 Luongo J, organizador. Gestão de qualidade em saúde. São Paulo: Rideel; 2011.

127 Gouvêa C. Indicadores para Monitoramento da Qualidade em Saúde - Foco na Segurança do Paciente. [Internet]. Published on 27 de maio de 2015. [cited 2016 Apr 6]. Available from: <http://pt.slideshare.net/Proqualis/indicadores-para-monitoramento-da-qualidade-em-sade-foco-na-segurana-do-paciente>.

128 Tribunal de Contas da União (BR). Manual de auditoria operacional. Brasília: TCU; 2010.

129 Cintra EA, Pinto AC, Sousa EO, Rosa EV, Lima IA, Rodrigues SO. Use of quality indicators for evaluation of nursing care nurses opinion. J Health Sci Inst. 2010; 28(1):29-34.

130 Kluck M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão de qualidade assistencial do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. Rev Adm Saude. 2002;4(16):27-32.

131 Bittar OJNV. Indicadores de quantidade e qualidade em saúde. Rev Adm Saude. 2001;3(12):21-8.

132 Ferreira J. Revisão de conceitos. In: Sistema de indicadores padronizados para gestão hospitalar. Porto Alegre: SIPAGEH; 2004.

133 Carvalhêdo HMAC. Análise do cumprimento de programas e instrumentos de controle no município de Piraí. In: Anais do 6o Congresso CONSAD de Gestão Pública; 2013; Brasília. Brasília: CONSAD; 2013.

134 Rocha ESB, Trevizan MA. Quality management at a hospital's nursing service. Rev Lat-Am Enfermagem. 2009;17(2):240-5.

135 Vituri DW, Évora YDM. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. Rev Lat-Am Enfermagem. 2014;22(2):234-40. doi: 10.1590/0104-1169.3262.2407.

136 Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):313-17.

137 Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013;22(4):1124-33.

138 Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. Mundo Saude. 2005;29(2):161-8.

139 Barbosa ESB, Trevizan MA. Quality management at a hospital's nursing service. Rev Lat-Am Enfermagem [Internet]. 2009 [cited 2016 Apr 10];17(2):240-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200016>.

140 Fundação Prêmio Nacional de Qualidade. Rumo à excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional. São Paulo: FPNQ/CQH; 2006.

141 American Nurses Association. Nursing facts [Internet]. Silver Spring: ANA; 2015 [cited 2015 Dec 12]. Available from: <http://www.nursingworld.org/readrom/tsdemogr.htm>.

142 Jacques JPB, Ribeiro RP, Martins JT, Rizzi DS, Schmidt DRC. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico. Semina Cienc Biol Saude. 2015;36(1 Supl):25-32. doi: 10.5433/1679-0367.2014v35n2p25.

143 Avila MAG, Fusco SFB, Gonçalves IR, Caldeira SM, Padovani CR, Yoo HHB. Tempo de limpeza e preparo de sala: relação com o porte cirúrgico e perspectivas profissionais. Rev Gauch Enferm. 2014;35(2):131-9.

144 Reus LH, Tittoni J, Cargnin DM, Dias LRR, Oliveira RG, Silva PM. O olhar sobre o corpo: a formação dos profissionais de saúde em um centro cirúrgico In: Anais da 15o ENABRAPSO [Internet]. Maceió: ABRAPSO; 2009 [cited 2016 Jan 5]. Available from: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/357.%20o%20O olhar%20sobre%20o%20corpo.pdf.

145 Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agencia Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

146 Hourneaux Junior F, Dias CAF, Eboli MP. Avaliação de resultados em educação corporativa: análise dos níveis de avaliação de Kirkpatrick-Phillips e sua relação com o Balanced Scorecard. In: Anais do 37o Encontro da ANPAD; 2013; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ANPAD; 2013.

147 Mourão L. Avaliação de programas públicos de treinamento: um estudo sobre o impacto no trabalho e na geração de empregos [tese]. Brasília: Universidade Nacional de Brasília; 2004.

148 Chiavenato I. Gestão de pessoas. 2a ed. Rio de Janeiro: Campus; 2004.

149 Milkovich GT, Bourdreau JW. Administração de recursos humanos. São Paulo: Atlas; 2010.

150 Bohlander G, Snell S. Administração de recursos humanos. 14a ed. São Paulo: Cengage-Learning; 2011.

151 Feitosa GS, Silva ERR. A relevância do treinamento e desenvolvimento de pessoas: um estudo de caso na Faculdade Metropolitana. *Cad Esc Neg.* 2014;1(12):27-38.

152 Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10015. Gestão da qualidade: diretrizes para treinamento. Rio de Janeiro: ABNT; 2001.

153 Guimarães S, Campos JP. Em busca da eficácia em treinamento. São Paulo: Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento; 2008.

154 DETCOM Educação e Comunicação Corporativa. Retorno em educação corporativa deve ser mensurado [Internet]. Quatro Barras: Detcom; 2014 [cited 2016 Jan 22]. Available from: http://dtcom.com.br/wp-content/uploads/2014/02/A4_Dtcom_whitepaper_roi_vfinal3.pdf.

155 Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: the four levels. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2006.

156 Ruas WJ. Avaliação de eficácia do treinamento: o uso e a importância da avaliação do aprendizado para a aprendizagem organizacional. *Pos Rev* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 22];8. Available from: <http://blog.newtonpaiva.br/pos/e8-ad01-avaliacao-de-eficacia-do-treinamento-o-uso-e-a-importancia-da-avaliacao-do-aprendizado-para-a-aprendizagem-organizacional/>.

157 Businessballs. Trabalho ético e aprendizagem de vida [Internet]. Kent; 2015. [cited 2015 Sept 15]. Available from: www.businessballs.com.

158 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.

159 U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Principles of epidemiology in public health practice: an introduction to applied epidemiology and biostatistics [Internet]. 3rd ed. Atlanta: CDC; 2012 [cited 2016 Apr 12]. Available from: http://www.cdc.gov/osels/scientific_edu/ss1978/SS1978.pdf.

160 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

161 Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

162 Sucigan DHI, Félix G, Perin MS, Bicalho MB, Astolphi M. Estudos Observacionais [Internet]. Campinas: Unicamp; 2016 [cited 2016 Apr 14]. Available from: <http://www.ime.unicamp.br/~nancy/Cursos/me172/Cap4.pdf>.

163 Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saude.* 2003;12(4):189-201.

- 164 Instituto Lauro de Souza Lima [Internet]. Bauru: ILSL; 2015 [cited 2015 Aug 21]. Available from: <http://www.ilsl.br/perfil.htm>.
- 165 Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH. São Paulo: APM/CREMESP; 2009.
- 166 Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Hotelaria. São Paulo: APM/CREMESP; 2015.
- 167 Hospital TotalCor. Indicadores de processos assistenciais [Internet]. São Paulo; 2016 [cited 2016 Apr 4]. Available from: <http://www.totalcor.com.br/#!/hospital/qualidade-seguranca-paciente/indicadores-assistenciais>.
- 168 Machline C, Pasquini AC. Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades. Mundo Saúde. 2011;35(3):290-9.
- 169 Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Indicadores de qualidade [Internet]. São Paulo: COREN; 2010 [cited 2016 Apr 2]. Available from: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_26.pdf.
- 170 Sistema Estadual de Bibliotecas Públicas. Aprender Sempre [Internet]. São Paulo: SisEB; 2015 [cited 2015 Dec 14]. Available from: http://www.aprendersempre.org.br/arqs/9%20-207_ferramentas_qualidade.pdf.
- 171 Construção e Análise de Indicadores. Sistema FIEP: serviço social da indústria do estado do Paraná. Curitiba: SESI; 2010.
- 172 Marcondes E. Viéses em estudos epidemiológicos. WebArtigos [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 30]. Available from: <http://www.webartigos.com/artigos/vieses-em-estudos-epidemiologicos/42040/>.
- 173 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Metas de desempenho, indicadores e prazos de execução. Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral. Universidade Federal do Paraná [Internet]. Brasília; 2015 [cited 2016 Mar 2]. Available from: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/metas_de_desempenho_hc_e_maternidade_ufpr.pdf/a1e859a1-5586-4802-a092-f16bef9bc8e6.
- 174 Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.616, de 12 de Maio de 1998. Diretrizes e Normas para a Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 13 Maio 1998; sec. 1.
- 175 Yokoe DS, Mermel LA, Anderson DJ, Arias KM, Burstin H, Calfee DP, et al. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008;29 Suppl 1:S12-21.

176 Tribunal Superior do Trabalho. O que é acidente de trabalho [Internet]. Brasília; 2016 [cited 2016 Apr 30]. Available from: <http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/o-que-e-acidente-de-trabalho>.

177 Secretaria da Saúde de São Paulo. Cartilha do servidor público estadual [Internet]. São Paulo: SES/SP; 2012 [cited 2016 Jun 14]. (Cartilha 9). Available from: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/ggp/cartilhas/cartilha9-servidorpublico.pdf>.

178 Ministério do Trabalho (BR). Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 NR - 5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. In: Segurança e Medicina do Trabalho [Internet]. 29a ed. São Paulo: Atlas; 1995 [cited 2016 Feb 6]. (Manuais de legislação; nº. 16). Available from: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/tipos_de_riscos.html.

179 Presidencia da Republica (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Federal nº 8.154 de 28 de dezembro de 1990. Altera a redação do § 3º do art. 8º da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990 e dá outras providências. Brasília; 1990.

180 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do paciente e outros Documentos de Enfermagem. [Internet]. 2016. [cited 2016 out 08]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>.

181 Instituto Lauro de Souza Lima. Instrução Conjunta da Divisão de Administração e Seção de Pessoal nº01/2012 de 13 de março de 2012. Bauru: ILSL; 2012.

182 Presidencia da Republica (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos [Internet]. Artigo 97 da Lei nº 8.112, de 11 de Dezembro de 1990 [cited 2016 Jun 5]. Available from: <http://www.jusbrasil.com.br/busca?q=Art.+97+da+Lei+8112%2F90>.

183 Nepote MHA, Monteiro IU, Hardy E. Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral. Rev Lat-Am Enfermagem. 2009;17(4):529-34.

184 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa CONEP. Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.

185 Marco conceitual de indicadores estratégicos. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). [cited 2016 Apr 30]. Available from: file:///C:/Users/User/Downloads/indicadores_estrategicos.pdf.

186 Fugaça NPA, Cubas MR, Carvalho DR. Utilização de Indicadores Balanceados como ferramenta de gestão na Enfermagem. Rev Lat-Am Enfermagem. 2015;23(6):1049-56. doi: 10.1590/0104-1169.0670.2648.

187 Hinrichsen SL, Hinrichsen PEG, Vilella TAS, Oliveira CLF, Campos M, Sabino G, et al. Seleção de indicadores assistenciais para o monitoramento da qualidade em saúde. *Rev Adm Saude*. 2011;13(53):199-206.

188 McCance T, Telford L, Wilson J, MacLeod O, Dowd A. Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *J Clin Nurs*. 2012;21(7-8):1145-54.

189 Campos VF. TQC: controle da qualidade total no estilo japonês. 8a ed. São Paulo: INDG; 2004.

190 Fontenele MFM. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um hospital geral de Fortaleza. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2016 May 28];15 Supl 1:1315-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700040&script=sci_arttext.

191 Fontes CMB, Olbrich SRLR, Juliani CMCM. Indicadores da assistência de enfermagem: revisão bibliográfica em base nacional e internacional. *Convibra* [Internet]. 2016 [cited 2016 May 10]. Available from: http://www.convibra.org/upload/paper/2013/61/2013_61_6686.pdf.

192 Vituri DW, Matsuda LM. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):429-37.

193 Peinado J, Graeml AR. Administração da produção: operações industriais e serviços. Curitiba: UnicenP; 2007.

194 MedStatWeb. Desenhos de estudo: estudos de coorte [Internet]. Porto; 2016 [cited 2016 May 22]. Available from: http://stat2.med.up.pt/cursop/print_script.php3?capitulo=desenhos_estudo&numero=4&titulo=Desenhos%20de%20estudo.

195 Barroso ALR. Instrumentos de pesquisa científica qualitativa: vantagens, limitações, fidedignidade e confiabilidade. *EFDeportes* [Internet]. 2012;17(172). Available from: <http://www.efdeportes.com/>.

196 Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2003.

197 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2002.

198 Bueno AA, Bernardes A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1):45-53.

199 Silva MAS, Pimenta CAM, Cruz DALM. Treinamento e avaliação sistematizada da dor: impacto no controle da dor do pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):84-92.

200 Bastos LFL, Ciampone MHT, Mira VL. Avaliação de suporte à transferência e impacto de treinamento no trabalho dos enfermeiros. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2013;21(6):1274-81. doi: 10.1590/0104-1169.2913.2364.

201 Cranberry. Cranberry toolbox: avaliação da formação [Internet]. Lisboa: Cranberry; 2016 [cited 2016 Jul 16]. Available from: <http://www.cranberryabc.com/wp-content/uploads/2014/12/Cranberry-CBT-Avaliacao-Formacao-Kirkpatrick.pdf>.

202 Nickols F. Leveraging the Kirkpatrick model: validation vs evaluation [Internet]. Mt Vernon: Distance Consulting; 2013 [cited 2016 Jul 16]. Available from: www.nichols.us.

203 Murofuse NT, Rizzotto MLF, Muzzolon ABF, Nicola AL. Diagnosis of the situation of health workers and the training process at a regional center for professional health education. *Rev Lat-Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 6];17(3):314-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692009000300006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1692009000300006>.

204 Menezes PIFB, D'Innocenzo M. Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):571-7.

205 Oliveira SBO. Gestão por processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.

206 Kiyam FM. Proposta para desenvolvimento de indicadores de desempenho como suporte estratégico [dissertação]. São Carlos: Universidade de São Paulo; 2001.

207 Institute for Healthcare Improvement. Overview of the 100,000 Lives Campaign [Internet]; Cambridge: IHI; 2004 [cited 2016 Jul 30]. Available from: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/100kCampaignOverviewArchive.htm>.

208 Balestrin F, Resende JM. Síntese da organização de corpo clínico de uma rede hospitalar privada: a experiência da Rede VITA. In: Silva HMS, Kaemmerer A, Schout D, editores. *Gestão do corpo clínico: experiência dos Hospitais da ANAHP*. Rio de Janeiro: Medbook; 2008. p. 17-29.

209 Instituto Qualisa de Gestão. Accreditation Canada [Internet]. São Paulo: IQG; 2016 [cited 2016 Jul 30]. Available from: <http://www.iqg.com.br/acreditacao-cchsa.php>.

210 Lemos P, Jarret P, Philip B, editors. *Day surgery, development and practice*. London: International Association for Ambulatory Surgery; 2006.

211 Improvement NHS Institute for Innovation and. *Treat Day Surgery as the Norm*. 2008.

- 212 Arvello JJ. Prevenção de incapacidades físicas e reabilitação em hanseníase. In: Duerksen F, Virmond M, editores. Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 1997 [cited 2016 Jun 26]. p. 35-48. Available from: http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/DUERKSEN,%20FRANK/introducao/PDF/preven_hansen.pdf.
- 213 Ministério da Saúde (BR). Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série Cadernos de Planejamento).
- 214 Nigro MHMF, Brandão LSG, Coelho APCP, Motta LM, Bastazini Júnior I. Estudo epidemiológico do carcinoma basocelular no período de 2010 a 2013 em um hospital de referência em dermatologia na cidade de Bauru, São Paulo. Surg Cosmet Dermatol. 2015;7(3):232-5.
- 215 Ferreira FR, Pevide BC, Rodrigues RF, Nascimento LFC, Alvarenga Lira ML. Differences in age and topographic distribution of the different histological subtypes of basal cell carcinoma, Taubaté (SP), Brazil. An Bras Dermatol. 2013;88(5):726-30.
- 216 Nascimento LA, Tillvitz LR, Fonseca LF. Suspensão cirúrgica: o ângulo estatístico de um problema de repercussões humanas. Rev enferm UFPE. 2013;7(esp):6592-600. doi: 10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201305.
- 217 Kumar R, Gandhi R. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. J Anaesthesiol Clin Pharmacol [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 26];28(1):66-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275976/>.
- 218 Perroca MG, Jerico MC, Facundin SD. Monitoring cancellations of surgical procedures: an indicator of organizational performance. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 [cited 2016 Jun 26];41(1):113-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100015.
- 219 Barbeiro FMS. Why surgeries are canceled? A study about the causes, rates and consequences in a general hospital in Rio de Janeiro. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 26];2(4):1353-62. Available from: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/55453_6398.PDF.
- 220 Pittelkow E, Carvalho R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. Einstein [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 26];6(4):416-21. Available from: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF /988-Einsteinv6n4port416-421.pdf>.
- 221 Fonseca KAD, Oliveira LBJ, Beraldo AFCA, Araújo DAC. Hospital management indicators: monitoring and analysis of the cancellation of surgeries in the HU/CAS - UFJF under the PROHOSP. HU Rev [Internet]. 2009 [cited 2016 Jun 26];35(3):199-207. Available from: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/629/255>.
- 222 Barbosa MH, Goulart DMM, Andrade EV, De Mattia AL. Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. Enferm Glob. 2012;(26):174-83.

223 Landim FM, Paiva FDS, Fiuza MLT, Oliveira EP, Pereira JG, Siqueira IA. Analyses of the related factors for surgery suspension at a general surgery service of médium complexity. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2009 [cited 2016 Jun 26];36(4):283-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000400002.

224 Nascimento LA, Tillvitz LR, Garcia AC, Fonseca LF. Além das taxas de suspensão cirúrgica: uma análise de seus reais motivos. In: *Anais do 7o Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*; 2011; Maringá. Maringá: CESUMAR; 2011.

225 Macedo JM, Kano JA, Braga EM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Rev SOBECC*. 2013;18(1):26-34.

226 Paschoal MLH, Gatto MAF. Rate of surgery cancellation at a university hospital and reasons for patients' absence from the planned surgery. *Rev Lat-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2016 Jun 26];14(1):48-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100007.

227 Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancellation of scheduled surgeries in a university hospital: an exploratory study. *Rev Lat-Am Enfermagem* [Internet]. 2000 [cited 2016 Jun 26];8(4):59-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400009&script=sci_arttext.

228 Schuster M, Neumann C, Neumann K, Braun J, Geldner G, Martin J, et al. The effect of hospital size and surgical service on case cancellation in elective surgery: results from a prospective multicenter study. *Anesth Analg* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 26];113(3):578-85. Available from: <http://journals.lww.com/anesthesiaanalgesia/pages/articleviewer.aspx?year=2011&issue=09000&article=00022&type=abstr>.

229 Rodrigues LC, Juliani CM. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. *Einstein*. 2015;13(1):96-102. doi: 10.1590/S1679-45082015GS3235.

230 Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2007b set/out [cited 2016 Jun 26];15(5):1018-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a20.pdf

231 Cihoda JH, Alves JR, Fernandes LA, de Souza Neto EP. The analysis for the causes of surgical cancellations in a Brazilian university hospital. *Care Manag J* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 7];16(1):41-7. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/cmanj/2015/00000016/00000001/art00005?token=005e1f9d3f960f9224bd2396720297d76345f7b514a46247a7b4d573a6d3f6a4b6e4e395e4e6b6331c93c1afac2164>.

- 232 Magri MPF, Espíndola RF, Santhiago MR, Mercadante EF, Kara Júnior N. Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 26];75(5):333-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000500007&lng=en.
- 233 Chalya PL, Gilyoma JM, Mabula JB, Simbila S, Ngayomela IH, Chandika AB, et al. Incidence, causes and pattern of cancellation of elective surgical operations in the University Teaching Hospital in the Lake Zone, Tanzania. *Afr Health Sci*. 2011;11(3):438-43.
- 234 Sá SPC, Carmo TG, Canale LS. Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico. *Enferm Glob* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 26];10(23):190-9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300014&lng=es.
- 235 Botazini NO, Toledo LD, Souza DMST. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. *Rev SOBECC*. 2015;20(4):210-9.
- 236 Garcia MA, Spiri WC. Suspensão de cirurgias eletivas em um hospital-escola. *Rev SOBECC*. 2007;12(4):15-9.
- 237 Avila MAG, Bocchi SCM. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):193-7.
- 238 Elbardissi AW, Regenbogen SE, Greenberg CC, Berry W, Arriaga A, Moorman D, et al. Communication practices on 4 Harvard surgical services: a surgical safety collaborative. *Ann Surg* [Internet]. 2009 [cited 2016 Jun 26];250(6):861-5. Available from: <http://journals.lww.com/annalsofsurgery/pages/articleviewer.aspx?year=2009&issue=12000&article=00001&type=abstract>.
- 239 Xue W, Yan Z, Barnett R, Fleisher L, Liu R. Dynamics of elective case cancellation for inpatient and outpatient in an academic center. *J Anesth Clin Res*. 2013;4(5):314.
- 240 Seim AR, Fagerhaug T, Ryen SM, Curran P, Saether OD, Myhre HO, et al. Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. *Surg Innov*. 2009;16(2):173-80.
- 241 Zafar A, Mufti TS, Griffin S, Ahmed S, Ansari JA. Cancelled elective general surgical operations in Ayub teaching hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad* [Internet]. 2007 [cited 2011 Set 7];19(3):64-7. Available from: [www.http://nml.nih.gov/pubmed/18444594](http://nml.nih.gov/pubmed/18444594).
- 242 Almeida RSS, Barros MM, Souza SEM. Implantação de um instrumento de coleta de dados perioperatórios. *Rev SOBECC*. 2009;14(2):41-6.

- 243 Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais no Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):523-35.
- 244 Oliveira AC, Gama CS. Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(5):767-74. doi: 10.1590/S0080-623420150000500009.
- 245 Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(4):376-81.
- 246 Moraes CM, Galvão CM. Infecção do sitio cirúrgico: análise da produção científica na enfermagem. *Rev SOBECC.* 2006;11(2):22-31.
- 247 Watanabe A, Kohnoe S, Shimabukuro R, Yamanaka T, Iso Y, Baba H, et al. Risk factors associated with surgical site infection in upper and lower gastrointestinal surgery. *Surg Today.* 2008;38(5):404-12.
- 248 Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2013 [cited 2016 Jun 28]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>.
- 249 Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20(4):247-78.
- 250 Ferraz AAB, Ferraz EM. Infecção latente de sítio cirúrgico: hipótese ou realidade? *Rev Col Bras Cir.* 2003;30(2):148-52.
- 251 Freitas PF, Campos ML, Cipriano ZM. Aplicabilidade do índice de risco do sistema NNIS na predição da incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em um hospital universitário no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2000;46(4):358-62.
- 252 Aguiar APL, Prado PR, Opitz SP, Vasconcelos SP, Faro ARMC. Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em um hospital na Amazônia Ocidental Brasileira. *Rev SOBECC.* 2012;17(3):60-70.
- 253 Rosenthal R, Weber WP, Zwahlen M, Misteli H, Reck S, Oertli D, et al. Impacto of Surgical Training on Incidence of Surgical Site Infection. *World J Surg.* 2009;33(6):1165-73.
- 254 Petrosillo N, Drapeau CMJ, Nicastrì E, Martini L, Ippolito G, Moro ML, et al. Surgical site infections in italian hospital: a prospective multicenter study. *BMC Infect Dis.* 2008;8(34):1-9.
- 255 Filsoufi F, Castillo JG, Rahmanian PB, Broumand SR, Silvay G, Carpentier A, et al. Epidemiology of deep sternal wound infection in cardiac surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2009;23(4):488-94.

- 256 Ennker IC, Malkoc A, Pietrowski D, Vogt PM, Ennker J, Albert A. The concept of negative pressure wound therapy (NPWT) after poststernotomy mediastinitis: a single center experience with 54 patients. *J Cardiothorac Surg.* 2009;4:5.
- 257 Risnes I, Abdelnoor M, Almdahl SM, Svennevig JL. Mediastinitis after coronary artery bypass grafting risk factors and long-term survival. *Ann Thorac Surg.* 2010;89(5):1502-9.
- 258 Courtney TM. *Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna.* 17a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- 259 Kasatpibal N, Norgaard M, Sorensen HT, Schonheyder HC, Jamulitrat S, Chongsuvivatwong V. Risk of surgical site infections and efficacy of antibiotic prophylaxis: a cohort of appendectomy patients in Thailand. *BMC Infect Dis.* 2006;6(111):1-7.
- 260 Mawalla B, Mshana SE, Chalya PL, Imirzalioglu C, Mahalu W. Predictors of surgical site infections among patients undergoing major surgery at Bugando Medical Centre in Northwestern Tanzania. *BMC Surg.* 2011;11(21):1-7.
- 261 Batista TF, Rodrigues MCS. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico pós-alta hospitalar em hospital de ensino do Distrito Federal, Brasil: estudo descritivo retrospectivo no período 2005-2010. *Epidemiol Serv Saude.* 2012;21(2):253-64.
- 262 Alexander JW, Solomkin JS, Edwards MJ. Updated recommendations for control of surgical site infection. *Ann Surg.* 2011;253(6):1082-93.
- 263 Tostes MFP, Maran E, Raimundo LS, Mai LD. Prática da profilaxia antimicrobiana cirúrgica como fator de segurança do paciente. *Rev SOBECC* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 20];21(1):13-21. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/37/13>.
- 264 Schmitt C, Lacerda RA, Padoveze MC, Turrini RN. Applying validated quality indicators to surgical antibiotic prophylaxis in a Brazilian hospital: learning what should be learned. *Am J Infect Control.* 2012;40(10):960-2.
- 265 Guilarde AO, Pacheco IT, Gomes LVR, Lima VAB, Pacheco JP, Souza MA. Avaliação da antibioticoprofilaxia cirúrgica em hospital universitário. *Rev Patol Trop.* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 3];38(3):179-85. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/8124/5843>.
- 266 Anderson DJ. Surgical site infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2011;25(1):135-53.
- 267 Greene LR. Guide to the elimination of orthopedic surgery surgical site infections: an executive summary of the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology elimination guide. *Am J Infect Control.* 2012;40(4):384-6.

- 268 Lundine KM, Nelson S, Buckley R, Putnis S, Duffy PJ. Adherence to perioperative antibiotic prophylaxis among orthopedic trauma patients. *Can J Surg.* 2010;53(6):367-72.
- 269 Spruce L. Back to basics: preventing surgical site infection. *AORN J.* 2014;99(5):600-11.
- 270 Forbes SS, Stephen WJ, Harper WL, Loeb M, Smith R, Christoffersen P, et al. Implementation of evidence-based practices for surgical site infection prophylaxis: results of a pre- and postintervention study. *J Am Coll Surg.* 2008;207(3):336-41.
- 271 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Surgical Site Infection: prevention and treatment of surgical site infection.* London: RCOG; 2008.
- 272 Braswell ML, Spruce L. Implementing AORN recommended practices for surgical attire. *AORN J.* 2012;95(1):122-37.
- 273 Hemani ML, Lepor H. Skin preparation for the prevention of surgical site infection: which agent is best? *Rev Urol.* 2009;11(4):190-5.
- 274 Darouiche RO, Wall Jr MJ, Itani KM, Otterson MF, Webb AL, Carrik MM, et al. Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine for surgical-site antisepsis. *N Engl J Med.* 2010;362(1):18-26.
- 275 Gomes RLR. Endoftalmite. *Universo Vis [Internet].* 2015 [cited 2016 Jul 5];(83). Available from: <http://www.universovisual.com.br/endoftalmite/993/>.
- 276 Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Manual de ajuste de condutas 2012.* 6a ed. São Paulo: CBO; 2012.
- 277 Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. *Prevenção da infecção de sítio cirúrgico.* São Paulo: APECIH; 2009.
- 278 Pavanello RSC, Akemi SC, Paulin LD, Lacerda RA, Uchikawa GK. A problemática do monitoramento das infecções de sítio cirúrgico e a necessidade de padronização de critérios para seu diagnóstico e notificação. *Enferm Glob [Internet].* 2005 [cited 2016 Jun 28];(7):1-6. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/466/492>.
- 279 Dantas RAS, Aguillar OM. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2001;9(6):31-6.
- 280 Ahmed D, Cheema FH, Ahmed YI, Schaeffle KJ, Azam SI, Sami SA, et al. Incidence and predictors of infection in patients undergoing primary isolated coronary artery bypass grafting: a report from a tertiary care hospital in a developing country. *J Cardiovasc Surg.* 2011;52(1):99-104.

- 281 Mannien J, Wille JC, Kloek JJ, van Benthem BH. Surveillance and epidemiology of surgical site infections after cardiothoracic surgery in The Netherlands, 2002–2007. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;141(4):899-904.
- 282 Ariyaratnam P, Bland M, Loubani M. Risk factors and mortality associated with deep sternal wound infections following coronary bypass surgery with or without concomitant procedures in a UK population: a basis for a new risk model? *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2010;11(5):543-6.
- 283 Diez C, Koch D, Kuss O, Silber RE, Friedrich I, Boergermann J. Risk factors for mediastinitis after cardiac surgery: a retrospective analysis of 1700 patients. *J Cardiothorac Surg.* 2007;2:23.
- 284 Trussel J, Gerkin R, Coates B, Brandenberger J, Tibi P, Keuth J, et al. Impact of a patient care pathway protocol on surgical site infection rates in cardiothoracic surgery patients. *Am J Surg.* 2008;196(6):883-9.
- 285 Baillot R, Cloutier D, Montalin L, Côté L, Lellouche F, Houde C, et al. Impact of deep sternal wound infection management with vacuum-assisted closure therapy followed by sternal osteosynthesis: a 15-year review of 23,499 sternotomies. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010;37(4):880-7.
- 286 Magedanz EH, Bodanese LC, Guaragna JC, Albuquerque LC, Martins V, Minossi SD, et al. Risk score elaboration for mediastinitis after coronary artery bypass grafting. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010;25(2):154-9.
- 287 Mohnle P, Snyder-Ramos SA, Miao Y, Kulier A, Böttiger BW, Levin J, et al. Postoperative red blood cell transfusion and morbid outcome in uncomplicated cardiac surgery patients. *Intensive Care Med.* 2010;37(1):97-109.
- 288 Rebmann T, Kohut K. Preventing mediastinitis surgical site infections: executive summary of the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology's elimination guide. *Am J Infect Control.* 2011;39(6):529-31.
- 289 Tartari E, Mamo J. Pre-educational intervention survey of healthcare practitioners' compliance with infection prevention measures in cardiothoracic surgery: low compliance but internationally comparable surgical site infection rate. *J Hosp Infect.* 2011;77(4):348-51.
- 290 Silva MAAR, Cesarreti AL, Ribeiro IU. *Enfermagem na unidade de centro cirúrgico.* 2a ed. São Paulo: EPU; 1997.
- 291 Roese A, Lopes MJM. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. *Rev Gauch Enferm.* 2004;25(1):98-111.
- 292 Poveda VB. *Análise dos fatores predisponentes à infecção do sítio cirúrgico em gastrectomia [dissertação].* Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.

293 McHugh SM, Hill AD, Humphreys H. Intraoperative technique as a factor in the prevention of surgical site infection. *J Hosp Infect.* 2011;78(1):1-4.

294 De Senne ECV. Avaliação de prevalência e fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em colecistectomia videolaparoscópica antes e após a implantação da vigilância pós-alta [dissertação]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2011.

295 Ata A, Valerian BT, Lee EC, Bestle SL, Elmendorf SL, Stain SC. The effect of Diabetes Mellitus on surgical site infections after colorectal and noncolorectal general surgical operations. *Am Surg.* 2010;76(7):697-702.

296 Rocha-Almazán M, Sánchez-Aguilar M, Belmares-Taboada J, Esmer-Sánchez D, Tapia-Perez JH, Gordillo-Moscoso A. Infeccion del sitio operatorio en cirugía abdominal no traumática. *Cir Cir.* 2008;76(2):127-31.

297 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Antibiotic prophylaxis in surgery: a national clinical guideline. Edinburg: SIGN; 2008.

298 Rodrigues ALS, Miranda AC, Dourado CJC, Almeida DPR, Brito NB, Araújo RS. Avaliação de pacientes quanto à infecção de sítio cirúrgico, em um hospital público de Belém-PA. *Rev Para Med.* 2014;28(1):23-30.

299 MedicinaNet. Cefalexina [Internet]. Porto Alegre: MedicinaNet; 2016 [cited 2016 Aug 5]. Available from: <http://www.medicinanet.com.br/bula/8057/cefalexina.htm>.

300 Feitosa RGF, Fernandes AM, Narciso Jr J, Araújo Jr ON, Costa FA, Cavalcante LDW. Análise da incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas do aparelho digestivo no Hospital Geral de Fortaleza. *Medicina.* 2014;47(2):157-64.

301 Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MA. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(2):250-7.

302 Ministério do trabalho e emprego (BR). Secretaria de segurança e saúde no trabalho. Portaria n.º 25, de 29 de dezembro de 1994. *Diário Oficial da União.* 30 de dezembro de 1994, sec. 1, p. 21280-2. Brasília 1994.

303 Lima LM, Oliveira CC, Rodrigues KMR. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas: 2004 a 2008. *Esc Anna Nery.* 2011;15(1):96-102.

304 Jorge R, Poletto M, Almeida AS, Eickhoff CM, Fontana M. Acidentes biológicos em hospital universitário. *Rev Med HSVP.* 2000;11(26):19-22.

305 Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Esc Anna Nery.* 2009;13(3):508-16.

- 306 Ribeiro EJM, Shimizu HE. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(5):535-40.
- 307 Marziale MHP, Santos HEC, Cenzi CM, Rocha FLR, Trovó MEM. Consequências da exposição ocupacional a material biológico entre trabalhadores de um hospital universitário. *Esc Anna Nery.* 2014;18(1):11-6. doi: 10.5935/1414-8145.20140002.
- 308 Canini SRMS, Gir E, Hayashida M, Machado AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2002;10(2):172-8.
- 309 Caixeta RB, Barbosa-Branco A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Cad Saude Publica.* 2005;21(3):737-46.
- 310 Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante em trabalhadores de enfermagem. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2004;12(1):36-42.
- 311 Dias MAC, Machado AA, Santos BMO. Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico. *Medicina.* 2012;45(1):12-22.
- 312 Sêcco IAO, Leroux AMR, Santos CF et al. Epidemiologia dos acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de hospital público do Paraná. *UNOPAR Cient Cienc Biol Saude.* 2002;4(1):37-43.
- 313 Balsamo AC, Felli VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. *Rev Lat-Am Enferm.* 2006;14(3):346-53.
- 314 Oliveira QB, Santos RS, Santos CMF. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. *Rev Enferm Contemp.* 2013;2(1):32-52.
- 315 Donatelli S, Vilela RAG, Almeida IM, Lopes MGR. Acidente com material biológico: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. *Saude Soc.* 2015;24(4):1257-72. doi: 10.1590/S0104-12902015136790.
- 316 Machi Jr A, Quairos A, Domingues JN, Ferreira A, Paixão S, Sá NL, et al. Desfechos de acidentes de trabalho com exposição a agente biológico. *J Hum Growth Dev.* 2014;24(3):249-54.
- 317 Secretaria Estadual de Saúde. Trabalhadores da saúde: prevenindo acidentes e evitando riscos no ambiente de trabalho. Porto Alegre: Centro Estadual de Vigilância em Saúde; 2006.
- 318 Valim MD, Marziale MH, Hayashida M, Richart-Martínez M. Ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado em

enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(3):280-6. doi <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400047>.

319 Oliveira AC, Gonçalves JA. Acidente com material biológico entre os profissionais de saúde; uma análise de cobertura vacinal para a Hepatite B no cenário Brasileiro. *Rev enferm UFPE on line.* 2010;1(1):82-7. doi:<http://dx.doi.org/10.5205/0101200710>.

320 Ministry of Health (BR). Secretary for Health Care. Programmed Strategic Actions Department. Exposure to biological materials. Brasília: Ministry of Health; 2006.

321 Cordeiro R. Suggestion of an inverse relationship between perception of occupational risks and work-related injuries. *Cad Saude Public.* 2002;18(1):45-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100005>.

322 Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da política Nacional Humanização. Humaniza SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2016 Aug 5]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf> .

323 Mesquita AMO, Deslandes SF. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saude Soc.* 2010;19(3):664-73.

324 Oliveira DR, Jacinto SM, Siqueira CL. Auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico. *Rev Adm Saude.* 2013;15(61):151-8.

325 Medrado SSR, Moraes MW. Auditoria de enfermagem no centro cirúrgico: atuação do enfermeiro auditor. *Rev SOBECC.* 2011;16(1):56-63.

326 Filho IP, Benessiuti MAT. Conformidade no prontuário do paciente: um desafio permanente. *Rev Adm Saude.* 2013;15(61):159-68.

327 Silva MJM, Silva MCS, Bezerra SLC, Santos YCC. Auditoria de Enfermagem na qualidade de assistência no centro cirúrgico. In: *Anais do 19º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem; 2013; Vitória.* Vitória: CBCENF; 2013.

328 Venturine DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(5):570-7.

329 Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Cartilha de anotações de enfermagem: aspectos éticos e legais; 2008 [Internet]. São Paulo: Coren; 2009 [cited 2016 Jul 11]. Available from: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagemcorensp.pdf>.

330 Pimpão FM, Lunardi Filho WD, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem. *Cienc Cuid Saude [Internet].*

- 2010 [cited 2016 Jul 2];9(3):510-7. Available from:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9336/6642>.
- 331 Camelo SHH, Pinheiro A, Campos D, Oliveira TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *Rev Eletronica Enferm*. 2009;11(4):1018-25.
- 332 Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Esc Anna Nery*. 2012;16(3):576-81.
- 333 Repetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(3):325-9.
- 334 Padilha EF. Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2010.
- 335 Andrade CR, Chianca TCM, Werli AR, Couto CR. Avaliação da qualidade do registro do balanço hidroeletrólítico. *Rev Enferm Hosp [Internte]*. 2009 [cited 2016 Jul 2];1(1):3-4. Available from:
<http://www.enf.ufmg.br/ojs/index.php/reonline/article/viewFile/8/17>.
- 336 Padilha EF, Haddad MCFL, Matsuda LM. Qualidade dos registros de enfermagem em Terapia Intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. *Cogitare Enferm*. 2014;19(2):239-45.
- 337 Corrijo AR, Oguisso T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais 1957-2005. *Rev Bras Enferm*. 2006;56(n esp):454-8.
- 338 Magalhães NAC, Farias SNP, Mauro MYC, Donato M, Domingos AM, Oliveira EC. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):224-30.
- 339 Lopes PC, Ventramim P, Stramasso LV. Indicadores relacionados a flebite. In: Leão ER, Silva CPR, Alvarenga DC, Mendonça SHF, organizadores. *Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. São Caetano do Sul: Yendis; 2010.
- 340 Cavalcante PS, Rossaneis MA, Haddad MCL, Gabriel CS. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(6):787-93. doi:
<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.7052>.
- 341 Unruh L, Joseph L, Strickland M. Nurse absenteeism and workload: negative effect on restraint use, incident reports and mortality. *J Adv Nurs*. 2007;60(6):673-81.

- 342 Sancinetti TR, Soares AVN, Lima AFC, Santos NC, Melleiro MM, Fugulin FMT, et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):1007-12.
- 343 Roelen CA, Bultmann U, Groothoff J, Rhenen WV, Mageroy N, Moen BE, et al. Physical and mental fatigue as predictors of sickness absence among Norwegian nurses. *Res Nurs Health*. 2013;36(5):453-65.
- 344 Campos EC, Juliani CMCM, Palhares VC. O absenteísmo da equipe de enfermagem em unidade de pronto socorro de um hospital universitário. *Rev Eletronica Enferm [Internet]*. 2009 [cited 2016 Jul 2];11(2):295-302. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a09.htm>.
- 345 Rajbhandary S, Basu K. Working conditions of nurses and absenteeism: is there relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. *Health Policy [Internet]*. 2010 [cited 2016 Jul 2];97:2-3. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0168851010001120/1-s2.0-S0168851010001120-main.pdf?_tid=328102d4-949c-11e3-97f6-00000aacb35d&acdnat=1392288613_b30bd19743336f6f3b183508dce3ebf6.
- 346 Moret L, Anthoine E, Paillé C, Tricaud-Vialle S, Gerbaud L, Giraud-Roufast A, et al. Relationship between inpatient satisfaction and nurse absenteeism: an exploratory study using WHOPATH performance indicators in France. *BMC Res Notes [Internet]*. 2012 [cited 2016 Jul 2];5:83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305420/>.
- 347 Aguiar GAS, Oliveira JR. Absenteísmo: suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. *Rev Cienc Gerenc*. 2009;13(18):95-113.
- 348 Pereira AA, Corso A, Meoti S, Camargo ME, Cruz MR. Absenteísmo: um estudo de caso em um hospital universitário. *Sci Plena [Internet]*. 2011 [cited 2016 Jul 2];7(10):1-9. Available from: <http://www.scienciaplena.org.br/ojs/index.php/sp/article/viewFile/256/198>.
- 349 Junkes MB, Pessoa VF. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. *Rev Lat-Am Enfermagem [Internet]*. 2010 [cited 2016 Jul 2];18(3):114-21. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_16.pdf.
- 350 Garcia-Prado A, Chawla M. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. *Healthy Policy Plan [Internet]*. 2006 [cited 2016 Aug 4]. 21(2):91-100. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/21/2/91>.
- 351 Silva DPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2000;8(5):44-51.

- 352 Barboza DB, Soler ZASG. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrência com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2003;11(2):177-83.
- 353 Paulino EF. Índice de absenteísmo de profissionais de enfermagem alocados em um hospital público [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 2]. Available from: <https://www.linkedin.com/pulse/%C3%ACndice-de-absente%C3%ADsmo-na-equipe-enfermagem-elaine-fantini>.
- 354 Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla IML, Giné NA, Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):616-23.
- 355 Becker SG, Oliveira MLC. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2008;16(1):54-9.
- 356 Bargas EB, Monteiro MI. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de Enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(6):538-49.
- 357 Furlan JAS, Stancato K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. *Rev Adm Saude* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 6];15(60):111-20. Available from: file:///C:/Users/User/Downloads/RAS_60_111-120.pdf.
- 358 Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT, et al. Absenteeism - disease in the nursing staff: relationship with the occupation tax. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2016 Jul 04];43(Esp.2):1272-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a23v43s2.pdf.
- 359 Fakih FT, Tanaka LH, Carmagnani MI. Nursing staff absences in the emergency room of a university hospital. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):378-85.
- 360 Marques DO, Pereira MS, Souza ACS, Vila VSC, Almeida CCOF, Oliveira EC. Absenteeism: illness of the nursing staff of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):594-600. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680516>.
- 361 Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MJ, Rotenberg L. A multifactorial approach to sickness absenteeism among nursing staff. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):259-68.
- 362 Leão ALM, Barbosa-Branco A, Rassi Neto E, Ribeiro CAN, Turchi MD. Sickness absence in a municipal public service of Goiânia, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 2];18(1):262-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/en_1415-790X-rbepid-18-01-00262.pdf.
- 363 Mininel VA, Felli VEA, Silva EJ, Torri Z, Abreu AP, Branco MTA. Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. *Rev Lat-*

Am Enfermagem. 2013;21(6):1290-7. doi: 10.1590/0104-1169.2992.2366.
www.eerp.usp.br/rlae.

364 Laisne F, Lecomte C, Corbiere M. Biopsychosocial determinants of work outcomes of workers with occupational injuries receiving compensation: a prospective study. *Work*. 2013;44(2):117-32.

365 Belita A, Mbindyo P, English M. Absenteeism amongst health workers: developing a typology to support empiric work in low income countries and characterizing reported associations. *Hum Resour Health*. 2013;11(1):34.

366 Silva DM, Marziale MH. Conditions of work versus absenteeism/illness in the nursing job. *Cienc Cuid Saude*. 2006;5 Suppl:166-72.

367 Gaudine A, Saks AM, Dawe D, Beaton M. Effects of absenteeism feedback and goal-setting interventions on nurses' fairness perceptions, discomfort feelings and absenteeism. *J Nurs Manag*. 2013;21(3):591-602.

368 Abreu RMD, Gonçalves RMDA, Simoes ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3):386-93. doi 10.5935/0034-7167.20140051.

369 Valente GSC, Souza AS, Ferreira LHF, Silva AH. Occupational diseases: absenteeism for the prevalence of pain in the musculoskeletal system in nursing professionals working in the surgical center. *J Nurs UFPE [Internet]*. 2010 [cited 2016 Jul 30];4(4):1669-74. Available from:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1081>.

370 Sousa CS, Akamine J. Aplicação de indicadores para análise de desempenho do centro cirúrgico. *Rev Adm Saude [Internet]*. 2008 [cited 2016 May 3];10(41):147-50. Available from: http://www.cqh.org.br/files/RAS41_Aplica%C3%A7%C3%A3o%20de%20indicadores.pdf.

371 Dexter F, Macario A. Changing allocations of operating room time from a system based on a historical utilization to one where the aim is to schedule as many surgical cases as possible. *Anesth Analg*. 2002;94(5):1272-9.

372 Kopriva CJ. Efficiency in operation room management. Annual refresher course lectures and clinical update program. 1994;5(2):30-1.

373 Surgery Management Improvement Group [Internet]. Ann Arbor: SMI Group; 2016 [cited 2016 Aug 6]. Available from:
www.surgerymanagement.com/presentations/rapid-operation-room-turnover1.php.

374 Dexter F, Epstein RH, Marcon E, Ledolter J. Estimating the incidence of prolonged turnover times and delays by time of day. *Anesthesiology*. 2005;102(6):1242-8.

375 Conchon MF, Fonseca LF, Elias ACGP. Atraso cirúrgico: o tempo como um indicador de qualidade relevante. In: Anais do 7o EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar; 2011; Maringá. Maringá: CESUMAR; 2011.

376 Nepote MHA. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores quantitativos e qualitativos. Rev Adm Saúde [Internet]. 2008 [cited 2016 Aug 3];10(40):103-12. Available from: http://www.cqh.org.br/files/RAS_21_An%C3%A1lise%20do%20desempenhoCC.pdf.

377 Lopes JO, Carvalho R. Criação e implantação do processo de “Giro de Sala”: relato de experiência. Rev SOBECC. 2014;19(3):173-7.

378 Tyler DC, Pasquariello CA, Chen CH. Determining optimum operating room utilization. Anesth Analg. 2003;96(3):1114-21.

379 Joaquim ED. Análise de um novo centro cirúrgico para o hospital universitário Cajuru: estudo de caso baseado em simulação computacional. [dissertação]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná/PUCPR; 2005.

380 Lage WM. Uma metodologia de custos de ociosidade em organizações hospitalares-necessidade, oportunidade e resultados [Internet]. [cited 2016 Jul 3]. Available from: <http://www.intercostos.org/documentos/Moreira%20Lage.pdf>.

381 Brito MFP, Galvão CM. Os cuidados de enfermagem no uso da eletrocirurgia. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS). 2009 jun;30(2):319-27.

382 SÍTIO CIRÚRGICO. Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. 2009.

383 Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão da literatura. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):34-42.

384 Popov DCS, Peniche ACG. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós anestésica. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):953-61.

APÊNDICES

APÊNCIDE 1 - Modelo de instrumento de coleta de dados implantado no Centro Cirúrgico. Bauru, 2016

	INSTITUIÇÃO / UNIDADE
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="margin: 0;">LOGO INSTITUCIONAL</p> </div>	RESPONSÁVEL:
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DIÁRIOS - INDICADORES DE QUALIDADE EM CENTRO CIRÚRGICO	

TAXA DE CIRURGIAS SUSPENSAS

INCADORES / DATAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	TAXA					
Nº de cirurgias suspensas/dia																																						
Nº de cirurgias programadas/dia																																						
Não comparecimento do paciente																																						
Nº de cirurgias suspensas/dia																																						
Paciente sem condições clínicas																																						
Nº de cirurgias suspensas/dia																																						
Falta de materiais / equipamentos																																						
Nº de cirurgias suspensas/dia																																						

LOGO INSTITUCIONAL	INSTITUIÇÃO / UNIDADE
	RESPONSÁVEL:
	INDICADOR: TAXA DE ABSENTEÍSMO DE ENFERMAGEM

AUXILIAREM DE ENFERMAGEM					ENFERMEIROS					TOTAL
ANO	MÊS	Nº DE HORAS/HOMENS AUSENTES	Nº DE HORAS/HOMENS TRABALHADAS	TAXA	ANO	MÊS	Nº DE HORAS/HOMENS AUSENTES	Nº DE HORAS/HOMENS TRABALHADAS	TAXA	
ANO	Janeiro				ANO	Janeiro				
	Fevereiro					Fevereiro				
	Março					Março				
	Abril					Abril				
	Maio					Maio				
	Junho					Junho				
	Julho					Julho				
	Agosto					Agosto				
	Setembro					Setembro				
	Outubro					Outubro				
	Novembro					Novembro				
	Dezembro					Dezembro				

LOGO INSTITUCIONAL	INSTITUIÇÃO / UNIDADE		
	RESPONSÁVEL:		
	INDICADOR: TAXA DE ACIDENTES DE TRABALHO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM		

ANO	MÊS	Nº DE ACIDENTES DE TRABALHO	Nº DE TRABALHADORES ATIVOS NO PERÍODO/MÊS	TAXA
ANO	Janeiro			
	Fevereiro			
	Março			
	Abril			
	Maiο			
	Junho			
	Julho			
	Agosto			
	Setembro			
	Outubro			
	Novembro			
	Dezembro			

TAXA DE ACIDENTES DE TRABALHO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
TIPOS DE RISCOS

ANO	MÊS	BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO	OUTROS	TOTAL
ANO	Janeiro					
	Fevereiro					
	Março					
	Abril					
	Maió					
	Junho					
	Julho					
	Agosto					
	Setembro					
	Outubro					
	Novembro					
	Dezembro					
TOTAL						

ANO	MÊS	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
ANO	Janeiro		
	Fevereiro		
	Março		
	Abril		
	Maió		
	Junho		
	Julho		
	Agosto		
	Setembro		
	Outubro		
	Novembro		
	Dezembro		
TOTAL			

LOGO INSTITUCIONAL	INSTITUIÇÃO / UNIDADE
	RESPONSÁVEL:
	INDICADOR: TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA

ANO	MÊS	Nº de óbitos operatórios (até 7 dias após a cirurgia)	Nº de pacientes submetidos à cirurgias/mês	TAXA
ANO	Janeiro			
	Fevereiro			
	Março			
	Abril			
	Mai			
	Junho			
	Julho			
	Agosto			
	Setembro			
	Outubro			
	Novembro			
	Dezembro			

LOGO INSTITUCIONAL	INSTITUIÇÃO / UNIDADE				
	RESPONSÁVEL:				
	INDICADOR: TOTAL DE CIRUGIAS POR ESPECIALIDADE (DERMATOLOGIA, ORTOPEDIA E OFTALMOLOGIA)				

ANO	MÊS	DERMATOLOGIA	ORTOPEDIA	OFTALMOLOGIA	TOTAL
ANO	Janeiro				
	Fevereiro				
	Março				
	Abril				
	Maio				
	Junho				
	Julho				
	Agosto				
	Setembro				
	Outubro				
	Novembro				
	Dezembro				
TOTAL					

	INSTITUIÇÃO / UNIDADE	
	RESPONSÁVEL:	
	INDICADOR: TAXA DE CIRURGIAS SUSPENSAS/MÊS	

ANO	MÊS	Nº DE CIRURGIAS SUSPENSAS/MÊS	Nº DE CIRURGIAS PROGRAMADAS/MÊS	TOTAL
ANO	Janeiro			
	Fevereiro			
	Março			
	Abril			
	Maio			
	Junho			
	Julho			
	Agosto			
	Setembro			
	Outubro			
	Novembro			
	Dezembro			

	INSTITUIÇÃO / UNIDADE	
	RESPONSÁVEL:	
	INDICADOR: TAXA DE OCUPAÇÃO (TEMPO TOTAL DE SALA OPERATÓRIA UTILIZADA)	

SALA OPERATÓRIA – 1				
ANO	MÊS	TEMPO TOTAL DE SALA UTILIZADA/MÊS	TEMPO DE SALA DISPONÍVEL/MÊS	TAXA
ANO	Janeiro			
	Fevereiro			
	Março			
	Abril			
	Maiο			
	Junho			
	Julho			
	Agosto			
	Setembro			
	Outubro			
	Novembro			
	Dezembro			

SALA OPERATÓRIA - 2					
ANO	MÊS	TEMPO TOTAL DE SALA UTILIZADA/MÊS	TEMPO DE SALA DISPONÍVEL/MÊS	TAXA	TOTAL
ANO	Janeiro				
	Fevereiro				
	Março				
	Abril				
	Maiο				
	Junho				
	Julho				
	Agosto				
	Setembro				
	Outubro				
	Novembro				
	Dezembro				

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Bauru, 2016

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da Pesquisa: Indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico especializado em Dermatologia: da implantação à análise.

Nome da orientadora: Prof.^a Dra. Wilza Carla Spiri

Nome do Pesquisador: Mestranda Juliana Aparecida Baldo Amaral

O Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), que tem como finalidade implantar e analisar os indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico, no qual o Sr. (Sra.) está alocado. Esta pesquisa pretende aprofundar o conhecimento acerca dos indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico, visando ampliar a compreensão sobre o objeto de estudo. Pelo fato de o (a) Sr. (Sra.) atuar na referida unidade, poderá contribuir para melhoria da qualidade dos processos de trabalho desenvolvidos.

O (a) Sr. (Sra.) será submetido (a) a um processo educativo (treinamento) que será realizado pela pesquisadora, durante seu turno de trabalho, sobre os indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico. O processo consistirá em apresentação do tema por meio de recursos informatizados e aplicação de dois questionários para verificação de seus conhecimentos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, sendo garantido total sigilo do seu nome e demais dados que possibilitem sua identificação, bem como dos resultados individuais dos questionamentos. Os dados apresentados serão relativos ao coletivo dos trabalhadores e não individuais. Os dados coletados serão utilizados em pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua relação com o pesquisador ou com a Instituição. O (a) Sr. (Sra.) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, e-mail e o endereço do pesquisador e do orientador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Ao participar desta pesquisa o (a) Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto, porém, esperamos que este estudo proporcione conhecimentos acerca do objeto de estudo e

melhorias nos processos de trabalho. O (a) Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar dessa pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após esclarecimentos sobre a pesquisa, eu decidi, livre, esclarecida e voluntariamente, participar deste estudo, entretanto sem identificar-me.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos.

Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome de quem aplicou o termo: Juliana Aparecida Baldo Amaral

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

- **Pesquisadora:** Mestranda Juliana Aparecida Baldo Amaral, Enfermeira, aluna regular do Programa de Mestrado Profissional de Enfermagem da Unesp, Botucatu – SP. Fone (14) 98126.2868. Rua Teizi Tokuhara, nº 01-120, Bauru-SP.
- **Orientadora:** Prof.^a Dra. Wilza Carla Spiri, Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp), Distrito de Rubião Jr, S/N, Botucatu-SP, Fone: (14)38801320. E-mail: wilza@fmb.unesp.br.
- **Comitê de Ética em Pesquisa:** Chácara Butignoli s/n, Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo, CEP: 18618-970, Fone: (14) 3880-1313.

APÊNDICE 3 – Questionário aplicado à equipe de enfermagem como parte do processo educativo sobre a implantação dos indicadores de qualidade com ênfase em Centro Cirúrgico (pré e pós-teste). Bauru, 2016



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



Faculdade de Medicina de Botucatu

Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Curso Mestrado Profissional

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – INDICADORES DE QUALIDADE

Nome do servidor	
Idade	
Escolaridade	
Tempo de profissão	
Tempo de atuação no Centro Cirúrgico	
Local/data da aplicação do questionário	

OBSERVAÇÃO: Sua participação será de grande importância para o desenvolvimento da pesquisa a ser realizada pela aluna do Mestrado Profissional da Universidade Estadual Paulista (UNESP/FMB), Juliana Aparecida Baldo Amaral, portadora do Rg. 30.102.563-0, bem como contribuirá para melhoria dos processos pelos quais a assistência e gestão dos serviços de enfermagem são prestados/desenvolvidos na unidade de Centro Cirúrgico.

De acordo com seus conhecimentos sobre Qualidade, Indicadores de Qualidade e Centro Cirúrgico e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responda aos seguintes questionamentos.

1) Qual o seu entendimento sobre Indicadores de Qualidade em saúde?

2) Você já trabalhou em alguma instituição de saúde em que os indicadores foram utilizados para melhorar a qualidade dos processos desenvolvidos no local?

() Sim () Não

Qual (is):

3) O que se leva em consideração para avaliar a qualidade do Centro Cirúrgico?

- a) Estrutura da Unidade, os processos de trabalho realizados e os resultados obtidos.
- b) O desejo da chefia e dos trabalhadores para que todos estejam satisfeitos.
- c) A determinação dos usuários para o atendimento de suas necessidades.
- d) A determinação da diretoria para que todos os procedimentos sejam realizados.

4) A qualidade em serviços de saúde é considerada um conjunto de atributos que incluem:

- a) Nível de excelência profissional.
- b) Uso eficiente de recursos.
- c) Riscos reduzidos aos usuários.
- d) Alto grau de satisfação dos pacientes.
- e) Todas as alternativas anteriores.

5) Assinale a alternativa que representa Indicadores de Qualidade utilizados em hospitais gerais.

- a) Taxa de analfabetismo, Número de profissionais de saúde por habitantes e Taxa de prevalência de hanseníase.
- b) Índice de Infecção Hospitalar, Taxa de ocupação e Taxa de absenteísmo.
- c) Taxa de analfabetismo, Taxa de crescimento da população e Índice de envelhecimento.
- d) Taxa de homicídios, Índice de desenvolvimento humano e Coeficiente de mortalidade neonatal tardia.

6) Os Indicadores de Saúde se tornam construções estatísticas que permitem:

- I) Avaliar o estado de saúde das populações.
- II) Propor ações destinadas a melhorar a saúde, mantê-la e/ou prevenir as doenças e suas complicações.
- III) Planejar, administrar e avaliar as ações de saúde.
- IV) Propor medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças.

São verdadeiras:

- a) I, II, III, IV
- b) I, II, III
- c) I, III, IV
- d) II, III, IV
- e) Nenhuma das alternativas

7) São exemplos de Indicadores de Qualidade em Saúde:

- () Taxa de Mortalidade Infantil.
- () Número de viaturas per capita.
- () Quedas.
- () PIB per capita.
- () Esperança média de vida.
- () Número de profissionais de saúde por número de habitantes.
- () Taxa de obesidade.
- () Valor do salário mínimo nacional.
- () Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (VM).
- () Número de médicos Deputados.
- () Taxa de extubação não planejada.

8) Cite alguns exemplos de indicadores de qualidade que poderíamos utilizar nesta Unidade de Centro Cirúrgico.

Responda às questões de 9 a 16 utilizando V para VERDADEIRO e F para FALSO:

9. () Os Indicadores de Qualidade, são representados por variáveis numéricas em que o Numerador é considerado o evento de interesse e o Denominador, a população sob risco do evento.
10. () Os profissionais de saúde utilizam os Indicadores de Qualidade para monitorar e avaliar eventos que acometem: os usuários, a equipe médica e as organizações de saúde.
11. () Os Indicadores de Qualidade, uma vez implantados, não devem ser medidos de forma periódica e contínua. Seu acompanhamento semestral é suficiente para representar a realidade gerencial e assistencial da unidade de saúde.
12. () Os Indicadores de Qualidade devem demonstrar sua evolução ao longo do tempo, permitindo comparação com referenciais internos e externos, norteando seu processo de gestão e sinalizando possíveis desvios.
13. () Os Indicadores são considerados instrumentos de mensuração para o gerenciamento, avaliação e planejamento das ações em saúde.
14. () O levantamento dos Indicadores de Qualidade ainda é a forma mais fácil de mensurar, comparar e agregar o juízo de valor ante o encontrado e o ideal estabelecido, e para tanto, necessitam ter sua coleta e sistematização bem planejadas, como forma de facilitar o desempenho das atividades para melhoria dos processos de trabalho.
15. () Um único Indicador, desde que bem elaborado, é capaz de retratar a realidade da assistência prestada.
16. () Inúmeros Indicadores podem ser utilizados no bloco operatório, tanto os relacionados à estrutura, como os de processos e de resultados.

17) Para você, quais os benefícios e resultados que a implantação dos indicadores de qualidade poderá trazer para Unidade de Centro Cirúrgico?

Agradeço a sua participação,

Juliana Ap. Baldo Amaral
Aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem
UNESP/FMB

APÊNDICE 4 - Indicadores de Qualidade implantados na unidade de Centro Cirúrgico. Bauru, 2016

INDICADORES	FÓRMULAS PARA CÁLCULOS	FONTE	PERIODICIDADE DA COLETA	POLARIDADE
Incidência de erro de medicação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de erros relacionados à administração de medicamento}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes/dia}} \times 100$	CQH 2012 ³¹	Diária	Quanto menor melhor
Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de extubação não planejada}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes intubados/dia}} \times 100$	CQH 2012 ³¹	Diária	Quanto menor melhor
Incidência de lesão de pele	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de lesão de pele}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes/dia}} \times 100$	CQH 2012 ³¹	Diária	Quanto menor melhor
Incidência de quase falha relacionada à administração de medicação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de quase falha relacionados à administração de medicamentos}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes/dia}} \times 100$	CQH 2012 ³¹	Diária	Quanto menor melhor
Incidência de queda de paciente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de quedas}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes/dia}} \times 1000$	CQH 2012 ³¹	Diária	Quanto menor melhor

Intercorrências decorrentes do uso de eletrocirurgia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intercorrências decorrentes do uso de eletrocirurgia}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes/dia submetidos à eletrocirurgia}} \times 100$	ARTIGO (Os cuidados de enfermagem no uso da eletrocirurgia. 2009 ³⁸¹)	Diária	Quanto menor melhor
Taxa de absenteísmo de enfermagem	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas/homem ausentes}}{\text{N}^\circ \text{ de horas/homem trabalhadas}} \times 100$	CQH 2012 ³¹	Mensal	Quanto menor melhor
Taxa de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acidentes de trabalho}}{\text{N}^\circ \text{ de trabalhadores ativos no Centro Cirúrgico/mês}} \times 100$	CQH 2012 ³¹	Mensal	Quanto menor melhor
Taxa de cirurgias suspensas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias suspensas}}{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias agendadas}} \times 100$	CQH 2009 ¹⁶⁵	Diária	Quanto menor melhor
Taxa de complicações em SRPA	$\frac{\text{Taxa de complicações em SRPA}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos na RPA}} \times 100$	ARTIGO (As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. 2009 ³⁸⁴).	Diária	Quanto menor melhor

Taxa de complicações relacionadas à anestesia	$\frac{\text{Taxa de complicações relacionadas à anestesia}}{\text{Nº de pacientes com anestesia}} \times 100$	PROQUALIS ⁶⁹	Diária	Quanto menor melhor
Taxa de ISC em cirurgias limpas	$\frac{\text{Nº de casos de ISC em cirurgias limpas/mês}}{\text{Nº de cirurgias limpas/mês}} \times 100$	CQH 2014 ⁵⁷ PROQUALIS ⁶⁹	Mensal	Quanto menor melhor
Taxa de mortalidade operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos até 7 dias após a cirurgia}}{\text{Nº de pacientes submetidos à cirurgia/mês}} \times 100$	CQH 2009 ¹⁶⁵ PROQUALIS ⁶⁹	Mensal	Quanto menor melhor
Taxa de pacientes com preparo de área cirúrgica (no pré-operatório)	$\frac{\text{Nº de pacientes com preparo de área cirúrgica}}{\text{Nº de paciente/dia}} \times 100$	ANVISA (Sítio Cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2009 ³⁸²).	Diária	Quanto maior melhor
Taxa de pacientes com PAC	$\frac{\text{Nº de pacientes com PAC}}{\text{Nº de paciente/dia}} \times 100$	ANVISA (Sítio Cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2009 ³⁸²).	Diária	Quanto maior melhor

Taxa de perdas ou extravios de espécimes cirúrgicas	$\frac{\text{Taxa de perdas ou extravios de espécimes cirúrgicas}}{\text{Total de espécimes cirúrgicas/dia}} \times 100$	ARTIGO (Uso de indicadores na gestão de um Centro Cirúrgico. 2006 ¹¹⁰).	Diária	Quanto menor melhor
Taxa de registros de enfermagem incompletos no período perioperatório	$\frac{\text{Nº de prontuários com registros de enfermagem incompletos no período perioperatório/dia}}{\text{Nº de pacientes/dia}} \times 100$	- COFEN ¹⁸⁰ - ARTIGO (Assistência no período de recuperação pós-anestésica. 2003 ³⁸³)	Diária	Quanto menor melhor
Taxa de SAEP realizada	$\frac{\text{Nº de SAEP realizada}}{\text{Nº de pacientes/dia}} \times 100$	ARTIGO (Assistência no período de recuperação pós-anestésica. 2003 ³⁸³).	Diária	Quanto maior melhor
Taxa de VPOE realizada	$\frac{\text{Nº de VPOE realizada}}{\text{Nº de pacientes/dia}} \times 100$	ARTIGO (Assistência no período de recuperação pós-anestésica. 2003 ³⁸³).	Diária	Quanto maior melhor
Tempo total da SO utilizada (taxa de ocupação)	$\frac{\text{Tempo total da SO utilizada/dia}}{\text{Tempo de SO disponível/dia}} \times 100$	ARTIGOS (Mensuração de indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre as cirurgias, 2011 ¹⁸ e Associação	Diária	Quanto maior melhor

		entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral. 2009 ¹⁸³) e CQH 2015 ¹⁶⁶ .		
--	--	--	--	--

OBS: O denominador, **número de pacientes/dia**, corresponde ao número de pacientes efetivamente submetidos a procedimentos cirúrgicos/dia.

APÊNDICE 5 – Particularidades dos indicadores de qualidade analisados na pesquisa. Bauru, 2016

INDICADORES	DEFINIÇÕES	DESCRIÇÕES/OBSERVAÇÕES	FONTES DE INFORMAÇÃO LOCAIS
<p align="center">Taxa de Cirurgias Suspensas¹⁶⁵</p>	<p>Relação percentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Número de cirurgias suspensas: total de cirurgias suspensas dentro do período analisado, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambiente cirúrgico. Exemplo: cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento. Se houver suspensão no dia da cirurgia, a mesma deverá ser contabilizada. - Número de cirurgias agendadas: cirurgias programadas e previamente agendadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avisos de cirurgias - Agenda cirúrgica
<p align="center">Taxa de ISC em cirurgias limpas^{57, 69}</p>	<p>Relação percentual entre o número de casos de ISC em cirurgias limpas e o número total de procedimentos cirúrgicos limpos no período.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não notificar ISC de procedimentos cirúrgicos realizados em sítio com infecção. - Não notificar ISC de procedimentos cirúrgicos que caracterizem exclusivamente punção e/ou drenagem. - Cirurgias ambulatoriais deverão ser notificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - CCIH - Livros de cirurgias - Prontuários de pacientes
<p align="center">Taxa de Absenteísmo de enfermagem³¹</p>	<p>Relação percentual entre o número de horas/homens ausentes e o número de horas/homem trabalhadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Número de horas/homens ausentes: número mensal de horas ausentes dos trabalhadores, independente do regime de trabalho do estabelecimento de saúde. - Número de horas/homens trabalhadas: número total de horas trabalhadas dos colaboradores previstas para cada um no período. • Considerar: todas as faltas, inclusive as justificadas, todas as licenças por doenças, doação de sangue, alistamento eleitoral e militar, atendimento à convocação judicial e as suspensões motivadas pela aplicação de medidas disciplinares. Não incluir: férias e licenças legais (acima de 15 dias ininterruptos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de trabalho

<p>Taxa de Acidente de Trabalho com profissionais de enfermagem³¹</p>	<p>Relação percentual entre o número de acidentes de trabalho e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital (para o estudo, considerado apenas o Centro Cirúrgico).</p>	<p>- Número de trabalhadores ativos no período/mês: é o número total de trabalhadores que compõe o quadro de pessoal de enfermagem, independente do vínculo empregatício (CLT, CLF ou cooperados), incluindo as férias.</p>	<p>- Fichas de notificação de acidentes de trabalho - Escalas de plantão</p>
<p>Taxa de registros de enfermagem incompletos no período perioperatório <small>180, 383</small></p>	<p>Relação percentual entre o número de prontuários com registros de enfermagem incompletos no período perioperatório e o número de paciente/dia submetidos à procedimentos cirúrgicos.</p>	<p>- Número de prontuários com registros de enfermagem incompletos no período perioperatório: número de prontuários com falta e/ou erros de preenchimento. - Número de pacientes/dia submetidos a procedimentos cirúrgicos: o denominador deverá representar somente os prontuários de pacientes efetivamente submetidos a procedimentos cirúrgicos.</p>	<p>- Prontuários de pacientes</p>
<p>Taxa de ocupação (Tempo total da SO utilizada)^{18, 183, 166}</p>	<p>O tempo total de SO utilizada baseia-se no cálculo do tempo de uso efetivo destinado aos procedimentos cirúrgicos, acrescido ao intervalo entre as cirurgias (tempo de <i>turnover</i>), dividido pelo tempo de SO disponível (720 minutos/SO/dia úteis)</p> <p>Observação: <i>turnover</i> considerado para o estudo: 20 minutos.</p>	<p>✓ Tempo total da SO utilizada/dia: - Tempo de uso efetivo da SO, incluindo desde a entrada até a saída do paciente da SO, acrescido ao tempo de <i>turnover</i>. ✓ Tempo de <i>turnover</i>: tempo decorrido desde a saída do paciente até a admissão do paciente seguinte. - Abrange: - Tempo de limpeza: tempo mensurado desde a entrada do Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) na SO até a finalização da limpeza concorrente. - Tempo pós-limpeza e de preparo: tempo decorrido a partir da saída do SHL e entrada da circulante para preparo da SO até a admissão do próximo paciente. ✓ Tempo de SO disponível/dia: número total de horas (e/ou minutos) que as SOs estão disponíveis em um dia de trabalho.</p>	<p>- Livros de registros de cirurgias - Prontuários de pacientes - Tabela elaborada no Excel para registro do tempo de <i>turnover</i></p>

**APÊNDICE 6 - Solicitação de autorização para coleta de dados no hospital.
Bauru, 2016**

_____, ____ de _____ de _____

Ilmo (a) Sr (a)
Diretora

Venho solicitar autorização para realizar coleta de dados nesta instituição, com ciência da Diretoria, referente ao projeto de pesquisa intitulado: “Indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico especializado em Dermatologia: da implantação à análise”, que tem por objetivo: avaliar a implantação dos indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico do Instituto Lauro de Souza Lima.

Aproveito o ensejo para esclarecer que se trata de uma pesquisa para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), sob a orientação da Prof.^a Dr^a Wilza Carla Spiri.

Coloco em evidência que o projeto será submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Contando com sua colaboração, coloco-me à disposição para outros esclarecimentos. No aguardo de sua resposta, aproveito a oportunidade para renovar meu protesto de estima e consideração.

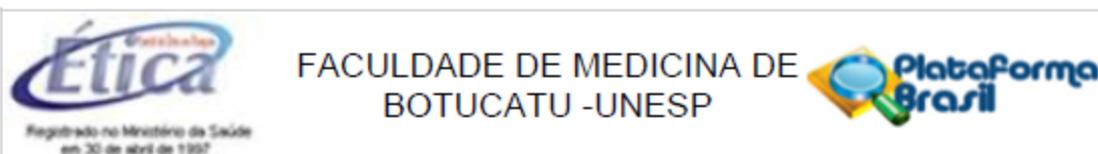
Atenciosamente,

Juliana Aparecida Baldo Amaral (Pesquisadora)

Diante dos esclarecimentos acima, autorizo a coleta de dados da referida pesquisa neste hospital.

_____, ____ de _____ de _____

ANEXO - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico

Pesquisador: Juliana Aparecida Baldo Amaral

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46901015.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.168.387

Data da Relatoria: 03/08/2015

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa para implantação de indicadores de qualidade e avaliação dos resultados, no Centro Cirúrgico do Instituto Lauro de Souza Lima, em Bauru.

Após estudo observacional, serão implantados indicadores de qualidade que posteriormente terão sua eficácia testada. As enfermeiras do Centro Cirúrgico participarão do processo coletando dados utilizando os instrumentos contendo os indicadores de qualidade e no aprimoramento do processo e do instrumental.

Metodologia:

Implantação dos indicadores de qualidade, após a pesquisadora ter já realizado observação e levantamento de dados no CC, referente a perfil epidemiológico/características das cirurgias realizadas, bem como atuação da equipe da enfermagem no período perioperatório e na sala de recuperação pós-anestésica. O levantamento e observação dos dados foram feitos por meio de análise de livros de registros de cirurgias, impressos específicos da unidade e prontuários de pacientes.

A partir dessa análise, será construído um instrumento estruturado, composto por indicadores,

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

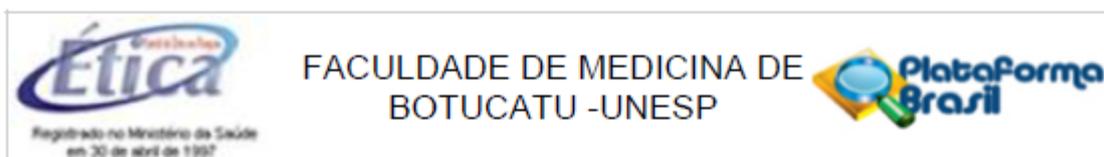
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.168.387

que caracterizarão as cirurgias e as atividades desenvolvidas na unidade, que possibilitará o registro diário de dados referentes às diversas fases do período perioperatório.

Nesse processo será de fundamental importância, a participação das 3 enfermeiras detectando e redesenhando atividades que não estão em conformidade.

Sujeitos da Pesquisa: 0

Critério de Inclusão: prejudicado

Critério de exclusão: prejudicado

Patrocinador Principal: Consta como Financiamento Próprio. Custo estimado de R\$ 2.500,00.

Cronograma de Execução: de junho/2015 a Fevereiro/2017 (

Objetivo acadêmico: Mestrado Profissional

Pesquisadora: Juliana Aparecida Baldo Amaral. Orientadora: Dra. Wilza Carla Spiri

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Avaliar a implantação dos indicadores de qualidade no Centro Cirúrgico do Instituto Lauro de Souza Lima.

Secundários:

- Implantar indicadores de qualidade em Centro Cirúrgico,
- Avaliar os resultados dos indicadores implantados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há.

Benefícios: Contribuição para melhoria da qualidade da assistência e gerenciamento das atividades ocorridas no Centro Cirúrgico.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

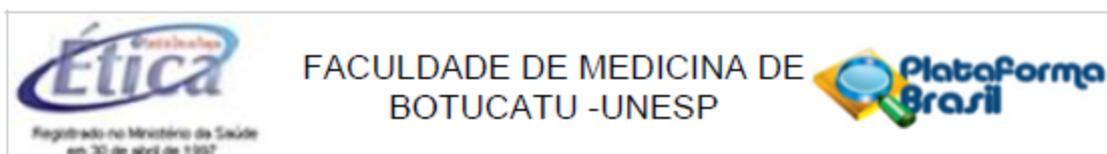
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.168.387

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os itens e informações necessárias à avaliação ética foram descritos adequadamente e foram apresentados os termos e declarações exigidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados devidamente preenchidos e assinados o Documento de Anuência Institucional do Escritório de Apoio à Pesquisa, a Folha de Rosto e a Declaração do Dep. de Enfermagem, além da autorização e anuência do Instituto Lauro de Souza Lima.

Quanto ao TCLE, há solicitação de sua dispensa, por tratar-se coleta de dados por observação e registros de procedimentos.

Recomendações:

Sugestões:

- Alterar o cronograma do Projeto Completo, que consta início em março de 2015, (word) com o documento PB Informações Básicas do Projeto, que consta início em junho de 2015,

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho poderá contribuir no processo de qualidade do Centro Cirurgico do Hospital Lauro Souza Lima. Possui metodologia adequada e não contem riscos aos participantes. Está adequado no que preceitua a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os pesquisadores devem garantir a confidencialidade dos pacientes. Pode ser aprovado sem necessidade de envio ao Conep.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

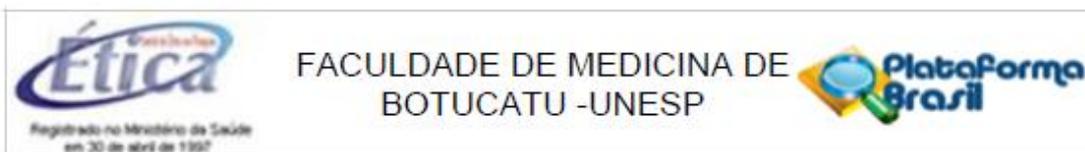
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 03/08/2015, sem necessidade de envio à CONEP. Os pesquisadores devem garantir a confidencialidade dos pacientes

Alertamos aos pesquisadores sobre a necessidade de enviar o respectivo "Relatório Final de Atividades" tão logo o presente estudo seja concluído. Essa documentação deve ser enviada via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO"

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.168.387

BOTUCATU, 03 de Agosto de 2015

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br