



MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

ROBERTA STOCHERO NASCIMENTO

**GESTÃO DE PROCESSOS DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO
PACIENTE ADULTO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CIRURGIA CARDÍACA
SEGURA**

RIO DE JANEIRO

2023

ROBERTA STOCHERO NASCIMENTO

GESTÃO DE PROCESSOS DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO
PACIENTE ADULTO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CIRURGIA CARDÍACA
SEGURA

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências Cardiovasculares, do Instituto
Nacional de Cardiologia, como pré-
requisito à obtenção do título de Mestre
em Ciências Cardiovasculares.

Orientadoras:

Dr^a. Tereza Cristina Felipe Guimarães

Dr^a. Marília de Moraes Vasconcellos

RIO DE JANEIRO

2023

N244g Nascimento, Roberta Stochero.

Gestão de processos da visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto e sua contribuição para a cirurgia cardíaca segura / Roberta Stochero Nascimento. – Rio de Janeiro, 2023.

119 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências Cardiovasculares) Instituto Nacional de Cardiologia – INC

1. Período pré-operatório. 2. Enfermagem de Centro Cirúrgico. 3. Cuidados Pré-operatórios 4. Segurança do paciente. 5. Procedimentos cirúrgicos cardíacos I. Título.

ROBERTA STOCHERO NASCIMENTO

**GESTÃO DE PROCESSOS DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO
PACIENTE ADULTO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CIRURGIA CARDÍACA
SEGURA**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências Cardiovasculares, do Instituto
Nacional de Cardiologia, como pré-
requisito à obtenção do título de Mestre
em Ciências Cardiovasculares.

Aprovada em: 18/01/2023

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a. Tereza Cristina Felipe Guimarães
Orientador (a)
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof.^a Dr^a. Marília de Moraes Vasconcellos
Co-orientador (a)
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof. Dr. Luiz Fernando Rodrigues
Membro interno
Instituição

Prof. Dra. Andrea Lorenzo
Membro interno
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof. Dra. Thalita Gomes
Membro externo
MPEA - UFF

Prof. Dr. Helena Rey
Membro interno (suplente)
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof.^a. Dr^a. Lilian Prado
Membro externo (suplente)
Instituto Nacional de Cardiologia

Este trabalho é dedicado a todos os enfermeiros que se empenham em prestar um cuidado de qualidade, seguro e científico, mesmo com as dificuldades impostas pelas condições de trabalho, desvalorização e precarização da assistência de Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus pela minha vida e saúde. Aos meus pais, Florentino e Dirce, que me ensinam a sempre perseverar em meus objetivos. Ao meu esposo Henrique e filhos Teo, Maria Eliza e Matheus, por suportarem minha ausência e surtos. Às minhas queridas cinco Marias: minha avó Maria do Carmo, minha tias Leda Maria, Tania Maria e Wania Maria que me apoiaram para realização do pré-vestibular e proporcionaram o início do meu sucesso profissional e pessoal, e minha quinta Maria, Penha que foi fundamental no cuidado de minha família enquanto me dedicava aos estudos. Às minhas amigas de profissão que são grandes inspirações: Carla Franca, Andrea Canuto, Debora Holanda, Denise Castanheira e Marcia Cristina. Às minhas incansáveis, inspiradoras e pacientes orientadoras, Tereza e Marília, por todo aprendizado e dedicação a esse estudo.

RESUMO

Introdução: A visita pré-operatória de enfermagem é uma das atividades realizadas pelo enfermeiro do Centro Cirúrgico. Este estudo tem como objeto: a visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto que será submetido a cirurgia cardíaca.

Objetivos: Principal: Propor a estruturação do processo de visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico ao paciente adulto a ser submetido a cirurgia cardíaca. E secundários: Mapear o processo de visita pré-operatória de enfermagem em cirurgia cardíaca, no paciente adulto; Descrever o fluxo da visita pré-operatória de enfermagem no INC; Recomendar melhorias no processo de visita pré-operatória em cirurgia cardíaca do paciente adulto.

Método: Pesquisa-ação com aplicação da ferramenta de mapeamento de processo. O estudo foi realizado em um hospital quaternário no Rio de Janeiro que realiza cirurgias cardíacas diariamente. Para a estruturação do processo da atividade da visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto, foi utilizado um mapa de operacionalização com uso de ferramentas de gestão da qualidade, com as seguintes etapas: 1) Identificação do problema e oportunidades com análise do processo crítico; 2) Definição do escopo; 3) Análise do instrumento de visita pré-operatória de adulto realizadas no ano de 2018 e aplicação de questionário com os enfermeiros que realizam a visita pré-operatória de enfermagem, utilizando instrumento com perguntas fechadas; 4) Desenho do processo com a construção do fluxograma do processo em questão, utilizando a ferramenta SIPOC; 5) Redesenho do processo com reunião com os enfermeiros utilizando a técnica de *brainstorming*; 6) Aplicação da Matriz de esforço e impacto para a priorização e categorização das tarefas e ações; 7) Proposta de plano de ação para implantação de mudanças. **Resultados:** A análise das visitas pré-operatórias do paciente adulto e dos questionários aplicados, demonstrou um cenário de variabilidade neste processo, permitindo desenhar o processo e o fluxograma da atividade. A reunião de *brainstorming* e a aplicação da matriz de esforço e impacto para priorização de ações de melhorias resultou em um plano de ação com propostas para o processo e a reformulação do instrumento. Os produtos gerados foram: relatório para o gestor do Centro Cirúrgico/INC, fluxograma da visita pré-operatória, procedimento operacional padrão (POP) da visita pré-operatória de enfermagem do adulto; instrumento de visita pré-operatória de enfermagem do adulto reformulado;

tutorial de preenchimento do instrumento; indicadores (contido no POP) para monitorar resultados e verificar a continuidade ou não do ponto crítico; e proposta de um plano de ação para implementar as mudanças. **Conclusão:** Este estudo confirma que o conceito de mudanças propostas a partir das práticas em saúde, validadas pelo uso de ferramentas de gestão, podem diminuir a variabilidade clínica e trazer melhorias para a assistência.

Palavras-chave: Período Pré-operatório; Enfermagem de Centro Cirúrgico; Cuidados Pré-Operatórios; Segurança do Paciente; Procedimentos Cirúrgicos Cardíacos

ABSTRACT

Introduction: The preoperative nursing visit is one of the activities performed by nurses in the Surgical Center. This study has as its object: the preoperative nursing visit of the adult patient who will undergo cardiac surgery. **Objectives:** Main: To structure the process of preoperative visit performed by the nurse of the surgical center to the adult patient to be submitted to cardiac surgery. And secondary: Map the process of preoperative nursing visit in cardiac surgery, in adult patients; describe the flow of the preoperative nursing visit at the INC; recommend improvements in the preoperative visit process in adult cardiac surgery patients. **Method:** Action research with application of the process mapping tool. The study was carried out in a quaternary hospital in Rio de Janeiro that performs cardiac surgeries daily. For the structuring of the activity process of the preoperative nursing visit of the adult patient, an operationalization map was used with the use of quality management tools, with the following steps: 1) Identification of the problem and opportunities with analysis of the critical process ; 2) Scope definition; 3) Analysis of the adult preoperative visit instrument carried out in 2018 and application of a questionnaire with the nurses who perform the preoperative nursing visit, using an instrument with closed questions; 4) Design of the process with the construction of the flowchart of the process in question, using the SIPOC tool; 5) Redesign of the process with a meeting with nurses using the brainstorming technique; 6) Application of the Effort and Impact Matrix for prioritizing and categorizing tasks and actions; 7) Proposal of an action plan for implementing changes. **Results:** The analysis of the preoperative visits of the adult patient and the applied questionnaires showed a scenario of variability in this process, allowing the design of the process and the activity flowchart. The brainstorming meeting and the application of the effort and impact matrix to prioritize improvement actions resulted in an action plan with proposals for the process and the reformulation of the instrument. The products generated were: report for the manager of the Surgical Center/INC, flowchart of the preoperative visit, standard operating procedure (SOP) of the adult's preoperative nursing visit; reworked preoperative nursing visit instrument for adults; instrument filling tutorial; indicators (contained in the SOP) to monitor results and verify the continuity or not of the critical point; and proposal of an action plan to implement the changes. **Conclusion:** This study confirms that the concept of changes proposed

from health practices, validated by the use of management tools, can reduce clinical variability and bring improvements to care.

Keywords: Preoperative Period, Operating Room Nursing; Preoperative Care; Patient Safety; Cardiac Surgical Procedures

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação funcional da <i>New York Heart Association</i>	22
Figura 2 – Fatores associados a ocorrências de doença arterial coronariana	23
Figura 3 – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (Primeira Edição)	28
Figura 4 – Simbologias para fluxograma	36
Figura 5 - Ferramenta SIPOC (<i>Supplier, Input, Process, Outputs e Customer</i>)	43
Figura 6 – Pontuação do impacto e esforço/complexidade	45
Quadro 1 - Registro do diagnóstico das visitas pré-operatórias de enfermagem do adulto analisadas do ano de 2018.	47
Quadro 2 - Registro de pontos críticos na tarefa da visita pré-operatória de enfermagem.	51
Quadro 3 - Registro de sugestões para melhoria de pontos críticos na tarefa da visita pré-operatória de enfermagem.	52
Quadro 4 : Matriz de esforço x impacto com as priorizações de ações.	53
Figura 7 - Matriz de esforço x impacto com as priorizações de ações.	55
Figura 8 – Fluxograma de Visita Pré-operatória de Enfermagem do Paciente Adulto	56
Figura 9 – Formulário de visita pré-operatória: Parte 1	58
Figura 10 – Formulário de visita pré-operatória: Parte 2	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Registros de riscos identificados durante visita pré-operatória de enfermagem em 2018. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.	48
Tabela 2: Tempo de atividade no CC do INC dos enfermeiros que realizam a visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.	49
Tabela 3: Enfermeiros com pós graduação em cardiologia que realizam a visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.	49
Tabela 4: Enfermeiros com pós graduação em cetro cirúrgico que realizam a visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.	49
Tabela 5: Momento da realização da visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.	50
Tabela 6: Responsabilidade pela visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.	50
Tabela 7: Produção técnica do estudo: “Gestão de processos da visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto e sua contribuição para a cirurgia cardíaca segura”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Coronavírus
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
INC	Instituto Nacional de Cardiologia
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JC	<i>Joint Commission</i>
JCI	<i>Joint Comission International</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAEP	Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória
SIPOC	<i>Supplier, Input, Process, Outputs e Customer</i>
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico
TAVI	Implante por cateter de bioprótese de válvula aórtica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL CONCEITUAL	20
2.1 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA E VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	20
2.2 CARDIOPATAS E CIRURGIA CARDÍACA	22
2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE E CIRURGIA SEGURA	24
2.4 COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	30
2.5 GESTÃO DE PROCESSO	32
3 METODOLOGIA	39
3.1 TIPO DE ESTUDO	39
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	39
3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
3.4 COLETA DE DADOS	41
3.4.1 Etapa 1: Identificação do problema e oportunidades com análise do processo crítico	41
3.4.2 Etapa 2: Definição do escopo	42
3.4.3 Etapa 3: Análise do processo em curso	42
3.4.4 Etapa 4: Mapeamento do processo crítico (desenho do processo)	43
3.4.5 Etapa 5: Redesenho do processo	44
3.4.6 Etapa 6: Identificação e seleção das causas mais prováveis do problema; definição de priorização das ações propostas	44
3.4.7 Etapa 7: Proposta de um plano de ação para implementar as mudanças ao processo do Centro Cirúrgico/INC	45
4 RESULTADOS DO ESTUDO	47
5 DISCUSSÃO	60
6 CONCLUSÃO	64
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
8 PRODUÇÃO TÉCNICA	67
REFERÊNCIAS	68

ANEXOS	74
ANEXO 1 - FICHA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM ADULTO	74
ANEXO 2 - FICHA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	76
PEDIATRA	
APÊNDICES	78
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS ENFERMEIROS	78
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
APÊNDICE 3 – APRESENTAÇÃO BRAINSTORMING	86
APÊNDICE 4 – RELATÓRIO PARA O CENTRO CIRÚRGICO DO	
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	93
APÊNDICE 5 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DA	
VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO ADULTO	106
APÊNDICE 6 – TUTORIAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO	115
APÊNDICE 7 – PROPOSTA DE UM PLANO DE AÇÃO PARA	
IMPLEMENTAR AS MUDANÇAS	117

1 INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem ou consulta de enfermagem caracteriza-se como instrumento para orientar o cuidado e o registro da prática em enfermagem. Consiste em cinco etapas interdependentes: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição/planejamento da assistência de enfermagem, implementação da assistência e evolução/avaliação de enfermagem.¹

Autores propuseram a aplicação da consulta de enfermagem, ou seja, a sistematização da assistência ao paciente a ser submetido a cirurgia, com base em um cuidado individual, integral e participativo documentado por todo o período perioperatório.²

A Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), método organizacional do processo de trabalho do enfermeiro visa a satisfação do paciente em todo o período cirúrgico e um atendimento de qualidade mais seguro. A visita pré-operatória de enfermagem está incluída na SAEP como etapa de pré-operatório imediato, ou seja, 24 horas antes do início da cirurgia.²

A Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/1987 – Lei do Exercício Profissional da Enfermagem garante a execução do exercício profissional nos estabelecimentos de saúde e a consulta e prescrição de enfermagem como atividade privativa ao enfermeiro³, por sua vez, a visita pré-operatória de enfermagem está embasada nesta legislação.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 564/2017 – Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem garante como direito, no seu artigo 14, aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade. E também determina como dever, no artigo prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente; no artigo 39 esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem; e no artigo 40 orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.⁴

Do mesmo modo a Resolução COFEN nº 358 de 2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Determina em seu artigo 1º que o processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.¹

Considerando que incidentes relacionados à assistência constituem um problema de saúde pública, motivo pelo qual o movimento pela segurança do paciente caminha para repensar os processos assistenciais, e que tem como objetivo identificar a possibilidade de ocorrência de falhas e danos evitáveis.⁵ As organizações de saúde têm criado estratégias de cuidado com o objetivo de minimizar riscos e aumentar a segurança de pacientes, profissionais e do ambiente, a fim de tornar a assistência à saúde adequada e efetiva.⁶

Segundo dados disponíveis pelas organizações de saúde em todas as esferas,⁶⁻¹⁰ a falha de comunicação e da circulação de informações é a maior causa de incidentes relacionados à segurança do paciente na assistência à saúde, alavancada pela crescente complexidade e fragmentação no cuidado.⁷ Este fato se torna mais evidente em processos de trabalho que envolvem profissionais de diferentes áreas, equipamentos e tecnologias, exemplo do que ocorre com a assistência à saúde.

A visita pré-operatória de enfermagem se apresenta como um exemplo deste processo de comunicação, no qual as informações comunicadas devem garantir a continuidade e a qualidade da assistência. Deste modo, a fragilidade e falhas neste processo, reconhecida e identificada como fator contribuinte em inúmeras publicações, aponta para a necessidade de estruturação da comunicação entre equipes interdisciplinares.⁷⁻¹⁰

Esta visita no referido local de pesquisa tem a finalidade de verificar as conformidades para realização da cirurgia, fornecer informações ao paciente e familiares, antecipar a soluções de possíveis problemas e checagem de insumos para a realização da cirurgia, buscando minimizar os riscos externos a cirurgia, contribuindo para o cumprimento do programa cirúrgico, da missão e metas da instituição.

Apontando, de modo pertinente, que o cuidado pode causar algum tipo de dano, Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *primum non nocere*, que

significa – primeiro não cause o dano.¹¹ Ao longo da história, pesquisadores e profissionais envolvidos no cuidado em saúde contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, como, por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Leman Cochrane. Por intermédio deles foi possível conhecer a importância da transmissão da infecção pelas mãos, da organização do cuidado, da criação de padrões de qualidade em saúde, da avaliação dos estabelecimentos de saúde, da variabilidade clínica e da medicina baseada em evidência.¹¹

Uma referência importante é que a qualidade do cuidado recebe inúmeras definições, dentre elas, a versão do Instituto de Medicina dos EUA que a compreende como o grau com que os serviços de saúde, voltados para o cuidar de pacientes, aumentam as chances de produzir os resultados desejados.¹²

Neste sentido a segurança e a qualidade no cuidado em saúde devem ser pensadas na combinação de estratégias adaptadas ao contexto no qual está inserido o paciente e seus cuidadores de forma a otimizar as abordagens específicas e a adesão dos profissionais a essas estratégias.¹³ Dentro desta concepção, sendo um direito do paciente receber assistência à saúde de qualidade, os serviços devem oferecer atenção efetiva, eficiente, segura, de modo a alcançar uma boa experiência para o paciente durante todo o processo.⁹

Agregado a esse contexto de trabalho extremamente importante para troca de informação entre o paciente e equipes, a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC ANVISA nº 36, determinou em 2013, a implementação do Núcleo de Qualidade e Segurança em todas as instituições de assistência à saúde, que dentre outras atividades, acompanha os processos assistenciais através de indicadores e, ao observar oportunidades de melhorias, propor ações.¹⁴

O Ministério da Saúde através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)/ Fiocruz, instituiu no mesmo ano protocolos de segurança para áreas da saúde, dentre estes o Protocolo para Cirurgia Segura, que deve ser aplicado.

”...em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêutico, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde. ” ¹⁴

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2018 ocorreram no Brasil 68.163 cirurgias cardiovasculares, deste

3438 foram realizadas no estado do Rio de Janeiro.¹⁵ Esses números demonstram a magnitude e possibilidades da assistência de enfermagem ao paciente a ser submetido a cirurgia cardiovascular e corrobora para estudos que otimizem e busquem melhorias nos processos de assistência perioperatória.

Durante a vivência da prática de visita pré-operatória, ao observar possíveis oportunidades de melhorias, surgiu então o anseio de agregar mais qualidade, segurança e valor para o cuidado ao paciente e, deste modo, melhorar sua experiência no período da internação. O foco do processo de enfermagem é o paciente e as intervenções prescritas são aquelas que satisfazem as necessidades do paciente de maneira segura.¹⁶

Desse modo, as considerações abordadas foram o ponto de partida para definir a realização deste estudo. No referido local da pesquisa, a visita pré-operatória de Enfermagem é realizada pelo Enfermeiro plantonistas diurno do centro cirúrgico e da sala híbrida como parte de suas atividades diárias.

As visitas ocorrem para todas as cirurgias realizadas com esternotomia, além de procedimentos de Implante por cateter de bioprótese de válvula aórtica (TAVI) e endopróteses. O enfermeiro plantonista noturno do centro cirúrgico é responsável pela realização da visita do paciente que está na lista de espera no caso de algum impedimento para a realização da cirurgia marcada eletivamente (“paciente em *stand by*”).

A atividade da visita pré-operatória de enfermagem é realizada no dia anterior a cirurgia e geralmente tem a duração de 60 minutos. Ocorre diariamente, logo após o término do atendimento às cirurgias/procedimentos eletivos e de urgência/emergência. Consiste na coleta de informações em prontuário e prescrição; orientações ao paciente e familiares presentes; e o exame físico do paciente agendado para cirurgia no dia seguinte.

Para tal prática utiliza-se um documento impresso, diferenciado para aplicação em pacientes adultos e pediátricos (anexo 1 e 2), exclusivo para este fim, preenchido em duas vias manualmente, na qual uma via é inserida no prontuário para acesso das demais equipes e a outra é encaminhada para o centro cirúrgico para que as informações sejam compartilhadas com os demais enfermeiros.

Ao avaliar um paciente no pré-operatório imediato, deve-se considerar fatores, como porte da cirurgia, duração do procedimento, tipo de anestesia, estado físico

geral, idade, gravidade da doença, estado nutricional, riscos no transoperatório e possíveis complicações no pós-operatório.¹⁷

Refletir sobre a visita pré-operatória realizada pela enfermagem é revisitar e analisar tal processo, entendendo sua contribuição para um cuidado integral ao paciente e sua real importância na implementação do Protocolo de cirurgia segura do INC e Ministério da Saúde.

Mediante as considerações explicitadas, para além do cumprimento de recomendações ou cumprimento de legislações, a fim de cuidar de maneira responsável, técnica e profissional, e minimizar riscos e auxiliar no processo de autocuidado e recuperação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, surge como objeto de estudo: **A visita pré-operatória de enfermagem ao paciente adulto que será submetido a cirurgia cardíaca.**

Nesse cenário foi definido como objetivo principal: **Propor a estruturação do processo de visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico ao paciente adulto a ser submetido a cirurgia cardíaca.** E para objetivos secundários: **mapear o processo de visita pré-operatória de enfermagem em cirurgia cardíaca, no paciente adulto; descrever o fluxo da visita pré-operatória de enfermagem no Instituto Nacional de Cardiologia; recomendar melhorias no processo de visita pré-operatória.**

Diante do exposto, após análise e estudo, a melhoria deste processo pode trazer benefícios no tempo de internação pré-operatória e pós-operatória, contribuindo para um menor custo das internações cirúrgicas e fluxo de leitos mais eficaz, com reflexos positivos no tempo de espera na fila para cirurgias o que acarreta benefícios para toda a sociedade e agrega valor à assistência prestada.

2 REFERENCIAL CONCEITUAL

2.1 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA E VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

A visita pré-operatória de Enfermagem é parte integrante da chamada Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). A SAEP é método organizacional do processo de trabalho do enfermeiro com o intuito de promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente. Por sua vez, o Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento de etapas sequenciais e interligadas entre si, que promove a sistematização do cuidado, exigindo-se do profissional o raciocínio clínico para a obtenção das necessidades do indivíduo cuidado. Portanto, deve-se ser desenvolvida pelo Enfermeiro com uso de seus conhecimentos científicos.¹⁸

Na resolução do COFEN 358/2009 dispõem que a SAEP organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem.¹⁹

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:¹⁹

I – Histórico de Enfermagem – tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem a; e representam a base para a seleção das ações ou intervenções de saúde;

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas;

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem;

V – Avaliação de Enfermagem – processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O PE é a base de sustentação as ações de enfermagem assistencial, promoção de saúde e prevenção de complicações pós-operatórias. O enfermeiro também tem papel importante na proteção aos direitos do paciente.²⁰

Os objetivos da PE são o levantamento e análise das necessidades do paciente; suporte ao paciente e familiares para compreensão do seu processo saúde-doença, tratamento cirúrgico proposto, suas consequências e riscos; redução dos riscos inerentes ao centro cirúrgico, bem como a garantia de recursos humanos e materiais necessários ao procedimento; implementação da assistência de Enfermagem individualizada e integral.

A assistência de Enfermagem perioperatória é realizada em diversos períodos, tais como: Pré-operatório imediato, transoperatório, recuperação pós-anestésica, pós-operatório imediato e pós-operatório tardio.

No período pré-operatório é realizado o preparo do paciente para o procedimento cirúrgico. Esse preparo não é somente físico/biológico, mas também psicossocial.²¹ É fundamental para garantir a participação do indivíduo no seu processo de tratamento, recuperação e autocuidado.²¹

Seja uma cirurgia eletiva ou de emergência, é um evento de estresse para o paciente, podendo culminar com alterações sistêmicas graves e até mesmo suspensão da cirurgia.²⁰ Nessas circunstâncias, o enfermeiro tem fundamental importância na realização de uma visita pré-operatória completa, bem estruturada e fundamentada cientificamente.

Os objetivos da visita pré-operatória são identificar, reduzir ou minimizar o nível de ansiedade do doente, promover uma assistência de enfermagem individualizada, sanar dúvidas e necessidades do paciente e familiares em relação ao ato anestésico-cirúrgico, fornecer um cuidado contínuo entre a unidade de internação e centro cirúrgico, elaborar plano de cuidados individualizados com uma assistência qualificada no CC, estreitar o relacionamento entre o Enfermeiro do CC e o paciente e a equipe da unidade de internação, verificar o preparo físico do paciente como, condições de higiene, vestuário, remoção de próteses, joias, sondas, drenos e cateteres; avaliar se o prontuário está completo, com anotações, jejum, medicações pré-anestésicas, sinais vitais, esclarecer sobre as rotinas e atingir a satisfação profissional e do paciente.

2.2 CARDIOPATAS E CIRURGIA CARDÍACA

O coração é um órgão muscular com quatro câmaras que tem a função de bombear o sangue através dos vasos no sistema circulatório sistêmico e pulmonar. Encontra-se protegido por um saco pericárdio, na cavidade torácica, atrás do esterno, entre os pulmões.¹⁶ As doenças do aparelho cardiovascular podem acometer diversas estruturas e sua causa e desenvolvimento são decorrentes de fatores sociais, ambientais e genéticos.²¹

Dentre as doenças do sistema cardiovascular, destaca-se a insuficiência cardíaca, a mais frequente de todas. Define-se, pela Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda,¹⁹ que a insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica caracterizada pela incapacidade do coração de exercer a função de bombeamento sanguíneo de forma adequada, resultando em um comprometimento do funcionamento do organismo.

Tal patologia, pode ser avaliada mediante a gravidade dos sinais e sintomas mediante a utilização do sistema de classificação funcional da *New York Heart Association* (Figura 1).²²

Classes	Descrição
Grau I	Assintomático, início da falência, sem limitações. Atividade física usual não causa fadiga, dispneia ou palpitações
Grau II	Discreta limitação da atividade física: estes pacientes estão confortáveis no repouso. Atividade física usual resulta em fadiga, palpitações, dispneia e angina
Grau III	Limitação significativa da atividade física: apesar dos pacientes permanecerem confortáveis em repouso, menos que atividade física usual pode levar o paciente a apresentar sintomas. Sintomas aos mínimos esforço
Grau IV	Instabilidade em realizar qualquer atividade física sem desconforto: sintomas de insuficiência cardíaca estão presentes até no repouso e qualquer atividade física leva a desconforto

Figura 1 - Classificação funcional da *New York Heart Association*
 Fonte: The Criteria Committee of the New York Heart Association

Outro exemplo de patologia cardíaca frequente é a doença arterial coronariana, que possui uma diversidade de fatores de riscos associados. Observe na figura a seguir (Figura 2):¹⁶

Fatores Modificáveis ▪ Colesterol ▪ Hipertensão arterial ▪ Tabagismo ▪ Obesidade ▪ Diabetes Melito ▪ Estresse psicológico ▪ Tipo de personalidade ▪ Inatividade física
Fatores Não Modificáveis ▪ Idade ▪ Sexo ▪ Genética ▪ Raça ▪ Condição Menstrual
Fatores contribuintes adicionais ▪ Níveis elevados de homocisteína ▪ Níveis elevados da proteína C-reativa

Figura 2 – Fatores associados a ocorrências de doença arterial coronariana
 Fonte: Rothrock JC, 2007¹⁶.

Os fatores de riscos, também, em casos de doença arterial coronariana, poderão ser um dos quesitos que determinam a conduta de tratamento da cardiopatia e orientar o cuidado.

Nesse sentido, se faz necessário a avaliação de diversos aspectos relacionados para definição adequada do tratamento de acordo com a doença e paciente. Algumas vezes, a alternativa terapêutica viável para insuficiência cardíaca e doenças arterial coronariana é a cirurgia cardíaca, que possibilita a reabilitação da qualidade de vida e saúde do paciente.²³

Em 1896, após um reparo do ventrículo direito após uma facada sofrida por um paciente, deu-se início a intervenções cirúrgicas cardíacas.¹⁶

Em 1953, Gibbon corrigiu um defeito do septo atrial utilizando circulação extracorpórea, uma técnica que permite a oxigenação e bombeamento do sangue circulante durante uma fase de uma cirurgia cardíaca quando o coração está parado para, por exemplo, reparar ou substituir um tecido, e desta forma conseguir isolar o coração sem provocar anóxia cerebral.

Ainda no decorrer do século XX foram feitos inúmeros avanços com abordagens de revascularização do miocárdio e primeiro implante de próteses valvares, ambos em 1960.¹⁶

A cirurgia cardíaca é abordagem final e mais invasiva do tratamento das cardiopatias, pode ser realizada por escopia, com a inserção de dispositivos via

femorais, ou por cirurgia aberta com a realização de esternotomia mediana ou minitoracotomia.

Para realizá-la,, é necessário o uso de anestesia geral, que induz um estado inconsciente reversível, obtido através de medicações venosas e inalatórias causando amnésia, inconsciência, analgesia, relaxamento muscular e bloqueio dos reflexos autonômicos.

Após a realização do procedimento cirúrgico, o paciente deverá receber assistência cardiointensiva em unidade apropriada, devendo ter monitorizado sinais vitais, sinais cardiológicos, drenos e sangramento, curativos, cateteres venosos e arteriais, função renal, nível de consciência, perfusão periférica, temperatura corpórea e qualquer alteração sistêmica.

Devido à complexidade da cirurgia, tempo de realização, riscos inerentes ao procedimento, a realização de anestesia geral em muitos pacientes pode causar temor e ansiedade em relação a sua realização. Cabe a enfermagem, juntamente, com a equipe multidisciplinar minimizar os anseios e riscos para o paciente.

2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE E CIRURGIA SEGURA

Nos últimos anos, a segurança do paciente tem sido reconhecida como um ponto de importância global com o entendimento de que a exposição ao sistema de saúde, extremamente complexo, pode gerar danos.

O relatório “Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro”, publicado em 1999 e divulgado pelo Institute of Medicine, apontou que o número de mortes anuais causadas por erros médicos nos Estados Unidos da América equivaleria à 8ª causa de morte naquele país. Esta publicação foi balizada por um estudo intitulado *Harvard Medical Practice Study* (HMPS), publicado no *New England Journal of Medicine* em 1991. Alinhado a este contexto, o relatório indicou que tais erros não ocorreram por uma má prática da assistência e sim por deficiência nos processos, afirmando que a correção destas falhas processuais poderia ser reduzida em até 90%.²⁴

Esta publicação marcou o que hoje é chamado de moderno movimento de Segurança do Paciente, mobilizando a classe médica e o público em geral e, também, organizações de diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente, tomando, assim, proporções importantes, fruto da constatação de que a

ocorrência de eventos adversos, incidentes que geram diferentes graus de dano ao paciente, envolviam custos sociais e econômicos consideráveis.²⁵

A questão da segurança do paciente dentro do sistema de saúde tornou-se, portanto, prioritária para o aprimoramento da qualidade da assistência. Há um reconhecimento de que a maioria dos erros na área da saúde é cometida por profissionais competentes e a prevenção, muitas vezes, envolve a incorporação dos profissionais em um sistema que antecipa e capta falhas antes que estas ocorram.²⁵

A temática segurança do paciente teve seu advento de trabalho sistemático na década de 90 com uma preocupação inicial na qualidade e focada no dano. Por exemplo, no Reino Unido o desenvolvimento de gestão de riscos visava reduzir o número de processos judiciais.¹³

Essa abordagem pretendia identificar e contabilizar os erros e depois encontrar formas de preveni-los. No entanto, não teve grande êxito devido a subnotificação de incidentes.¹³

Com o desenvolvimento de tecnologias e a necessidade de prestar um cuidado mais seguro e de qualidade, foram sendo desenvolvidas novas técnicas de identificação e tratamento de erros e incidentes na saúde. Nos modelos iniciais a identificação do erro era centrada na culpabilização do profissional executor.¹³

A partir de 2005 ocorreu a introdução de uma nova forma de olhar os eventos inesperados e sua abordagem estaria centrada na cultura de segurança, com intervenções multifacetadas e trabalho em equipe.¹³

Paralelo a esse cenário de tentativas de minimização de danos, organizações internacionais discutiam a atenção da problemática de segurança do paciente.

Durante a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2002, foi recomendado à Organização Mundial da Saúde (OMS) e aos Estados Membros uma maior atenção ao problema da segurança do paciente.

Em 2004, foram avaliadas estatísticas preocupantes que explicitavam um volume anual de cirurgias maiores sendo estimado entre 187–281 milhões de operações, ou aproximadamente uma operação para cada 25 seres humanos vivos anualmente. Consiste em quase o dobro do volume anual de nascimentos em 2006, sendo considerado substancial volume com consequências à saúde pública.²⁶

Nesse mesmo ano de 2004 criou-se a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados

Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais. Um elemento central do trabalho da Aliança é a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente.

O Primeiro Desafio Global focou as infecções relacionadas com a assistência à saúde, envolvendo: higienização das mãos, procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros, segurança do sangue e de hemoderivados, administração segura de injetáveis e de imunobiológicos e segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos.

No segundo Desafio Global para a Segurança do paciente a atenção foi direcionada para fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, que são, inquestionavelmente, componentes essenciais da assistência à saúde. No entanto, persiste a necessidade de se investir na busca de melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, que resulte progressivamente em mais vidas salvas e mais incapacidades preveníveis.²⁶

No terceiro Desafio Global para a segurança do paciente, em 2017, o foco foi abordar as fragilidades nos sistemas de saúde que levam a erros de medicação e os graves danos que isso pode causar. A OMS visa reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países.

A iniciativa estabelece maneiras de melhorar a forma como os medicamentos são prescritos, distribuídos e consumidos, e o aumento da conscientização entre os pacientes sobre os riscos associados ao uso indevido de medicações.

Em 2008, um estudo sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que um em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo trabalho revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico.¹⁴

Nesse cenário o Ministério da Saúde em parceria com Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em 2009, publicou o manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas com objetivo de contribuir para percepção do risco e um olhar diferenciado a prática efetiva de medidas preventivas, que potencializam os avanços tecnológicos observados na assistência cirúrgica.²⁶

Em 2013, o Ministério da Saúde, publicou a legislação sobre políticas e práticas voltadas à segurança do paciente e gestão dos riscos nos serviços de saúde com a portaria MS nº 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente

(PNSP) e criou o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP).

Posteriormente, foi publicada Portaria MS nº 1.377, de 09 de julho de 2013, que aprovou 3 protocolos básicos de segurança do paciente, quais sejam, Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Prevenção de Úlcera por Pressão. A Portaria MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprovou o Protocolo de Prevenção de Quedas, o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.

Em julho de 2013, também, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC ANVISA nº 36, que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e deu outras providências, como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Para o desenvolvimento do Plano de Segurança foi estabelecido a implementação dos protocolos de segurança previstos na legislação brasileira, que são alinhados com as Metas de Segurança da OMS:²⁶

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;
3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;
4. Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;
6. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas.

Em cumprimento a legislação, os estabelecimentos de saúde deveriam apresentar um Núcleo de Segurança do Paciente e desenvolver um Plano de Segurança do Paciente. Esse plano deveria conter as ações a serem realizadas em prol da Segurança e Qualidade dos serviços prestados aos pacientes, dentre elas a abordagem da Cirurgia Segura.

Nesse mesmo ano, em julho, também, foi publicado o Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério da Saúde/ANVISA/Fiocruz que tem como finalidade determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS.¹⁴

Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de “Verificação”. Um estudo holandês mostrou queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%.¹⁴

A Lista de “Verificação” divide a cirurgia em três fases:

I - Antes da indução anestésica;

II - Antes da incisão cirúrgica; e

III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

A Figura 3 abaixo explicita os itens a serem verificados pela equipe multidisciplinar em cada etapa da lista de verificação.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
☐ PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO	☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO	☐ O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA	☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO	☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	☐ EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS	☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO	☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?	☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
O PACIENTE POSSUI:	☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?	☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
ALERGIA CONHECIDA? ☐ NÃO ☐ SIM	☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)
VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? ☐ NÃO ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS	☐ A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA	Assinatura
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? ☐ NÃO ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS		

Figura 3 – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (Primeira Edição)
 Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

A lista de verificação e o plano de segurança do paciente para Cirurgia Segura podem e devem ser adaptados de acordo com a realidade de cada instituição, tornando-se mais eficaz e efetivo.

As intervenções em segurança do paciente podem ser definidas como qualquer prática que reduza a probabilidade de eventos adversos ou danos, injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde não relacionadas à evolução natural da doença de base e que ocasionam lesões mensuráveis, como resultado da assistência em saúde.²⁷

O movimento pela Segurança do Paciente estimula e pretende mudanças na cultura dos processos assistenciais buscando a identificação das falhas antes que estas causem danos aos pacientes. Portanto, ao afirmar que a segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade dos serviços de saúde, a segurança e a qualidade passam a ser conceitos indissociáveis.⁶

Falhar, segundo dicionários, significa não acontecer o que se esperava, faltar à obrigação ou à promessa, cometer falha, incorrer em erro. Porém, na perspectiva da área de saúde, os termos sobre segurança do paciente muitas vezes se sobrepõem.²⁸

Se faz necessário que as falhas relacionadas aos cuidados de assistência sejam tratadas de forma distintas das que ocorrem por questões de morbidade e mortalidade subjacentes às condições médicas dos pacientes, sendo a análise e intervenção no processo uma das alternativas para mudar esse quadro.

Atualmente, fica claro que o centro da gravidade da segurança do paciente foi transferido para eventos/danos adversos como o foco de medidas e intervenções. Neste contexto, a não distinção entre eventos evitáveis e não evitáveis pode gerar uma percepção pública de que todos os eventos adversos são resultados de erros, o que não é verdadeiro. Como um ponto de referência, estudos de casos de danos a pacientes hospitalizados revelam que cerca de metade dos casos poderiam ter sido identificados.²⁵

Uma estrutura hospitalar contempla uma complexidade abrangente e contempla inúmeros processos de trabalho. Essa complexidade e seu entendimento determinarão o desenvolvimento de estratégias fundamentais para enfrentamento das demandas e falhas identificadas como preveníveis.²⁵

A implicação financeira dos erros cometidos no cuidado ao paciente e de eventos adversos é bastante ampla. O relatório do *Institute of Medicine* (IOM) estimou que o custo total nacional (nos EUA) para eventos adversos evitáveis, no final da década de 1990, foi entre 17 e 29 bilhões de dólares, valor mantido até 2011. No entanto, existem implicações diretas com os pacientes e familiares que não podem ser mensurados, se revelando em ansiedade, danos e até morte.²⁵

Com trabalho de equipe e a comunicação concreta e efetiva pode haver redução das falhas evitáveis o que intervém nas consequências ao atingir pacientes e colaboradores.²⁹ Sendo assim, os profissionais de saúde devem coordenar suas atividades ao exercerem tarefas interdependentes, desempenharem papéis

específicos e compartilharem os objetivos comuns em qualidade e segurança no cuidado.

2.4 COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Durante a visita pré-operatória de enfermagem há um estreitamento da comunicação entre o centro cirúrgico e a unidade de internação. Essa troca de informações está vinculada às ações interligadas das unidades para que no processo de transferência haja a continuidade do cuidado, prevenindo falhas e contribuindo para segurança e qualidade na assistência.

Em 2006, ao emitir metas internacionais de segurança do paciente, a *Joint Commission* (JC), sugeriu que as organizações de saúde utilizassem comunicação padronizada no momento de troca de informações de setores ou unidades que oportunizasse sanar dúvidas de ambos os lados.

A atenção voltada para a troca de informações na assistência à saúde, em especial a assistência perioperatória, proporciona a compreensão mais sensível de melhores práticas de comunicação nos contextos: estrutural e interpessoal.

O processo de comunicação em unidades de saúde, como instrumento efetivo, constitui um dos grandes desafios da assistência. Os avanços científicos e as inovações ocorrem com celeridade na área de saúde, fazendo-se necessário focar em condutas que facilitem ações em segurança e qualidade a assistência à saúde, assim, tornam-se a comunicação eficaz e efetiva.

Mesmo que as definições de comunicação variem de acordo com o referencial teórico, todas incluem cinco fatores fundamentais: um emissor, um receptor, um meio, uma mensagem e um efeito.⁸

A padronização de diversos instrumentos de trabalho se justifica pela diversidade da assistência à saúde, associado às variações do desempenho humano, tornando a comunicação uma estratégia para a segurança. Em algumas áreas, como na aviação civil, a adoção de ferramentas, comportamentos e comunicação padronizados são uma estratégia eficaz para aumentar a segurança, estimular o trabalho em equipe e reduzir riscos nos processos, pois uma falha na comunicação traz graves dificuldades para a continuidade das atividades, podendo ser fatal. Intervenções em processos padronizados podem determinar eventos catastróficos determinados pela sucessão de falhas/erros. O erro é sistêmico e institucional, por

isso está ligado diretamente a uma falha em processos internos, conforme publicado em vários estudos sobre segurança e gerenciamento de riscos.²⁹⁻³⁰

Nota-se, portanto, que os processos de melhoria na comunicação nos ambientes de assistência à saúde são importantes metas a serem perseguidas. Em estudos de eventos sentinela analisados pela *Joint Commission International (JCI)*, 63% das causas primárias estão diretamente relacionadas a falha de comunicação e, desse percentual, aproximadamente, a metade ocorre em passagens de plantão das equipes e transferência de pacientes, momentos em que a transmissão correta da informação é fundamental para a continuidade da assistência segura. A comunicação ineficiente, também, é responsável por 20% dos eventos adversos relacionados com erros de medicação.³¹⁻³⁴

Promover uma cultura de segurança é fundamental. Dessa forma, é recomendado traçar estratégias de reconhecimento, mapeamento e planos de ação para intervir e evitar danos ao paciente. Quando há o reconhecimento dos fatores, que prejudicam a assistência e a segurança do paciente, se trabalha no viés da humanização do erro, da admissão de falhas e da aprendizagem.

A qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde tem papel relevante nas ações de melhoria da assistência e suas falhas têm sido associadas à diminuição da qualidade e o surgimento de eventos adversos.^{11,35-36} Uma comunicação eficaz proporciona o compartilhamento de ideias e informações relevantes para a segurança no cuidado, além de influenciar na tomada de decisões clínicas, cirúrgicas e administrativas, ao proporcionar um melhor planejamento da assistência. Informações atualizadas são a base para o processo de decisão das intervenções clínicas.

Dessa forma, a comunicação efetiva é uma ferramenta que estabelece a segurança necessária para a equipe e pacientes, além de proporcionar inúmeros outros benefícios, tais como a possibilidade de compartilhamento de informações; percepções diferentes sobre um mesmo fato clínico; a visão global da assistência; a possibilidade de rever resultados e obter melhorias; provas da efetividade dos processos de trabalho realizados; facilitação do trabalho em grupo favorecendo a relação interpessoal, a interdisciplinaridade e a cooperação entre equipes; o direcionamento da administração dos problemas na continuidade da assistência e a garantia do fluxo de informações.^{11,30,37} No entanto, é importante frisar que a

comunicação é também influenciada pela forma de organização das equipes e pode ser diferente dentro da mesma instituição e depender do modo de trabalho do gestor.³⁸

Ferramentas padronizadas na área da saúde são uma opção para comunicação eficaz.³⁹ A visita pré-operatória proporciona a possibilidade de troca de informações entre as equipes, para isso deve estar instrumentalizada com um impresso específico e pertinente a avaliação que se destina, além de possuir treinamento adequado a sua aplicação.

2.5 GESTÃO DE PROCESSO

De acordo com recomendações internacionais a gestão da qualidade em saúde, modelo de gerenciamento que busca a eficiência e eficácia organizacionais, controle e qualidade dos bens e serviços bem como o uso de ferramentas e métodos de gestão, já é uma obrigatoriedade no atendimento aos pacientes. Para viabilizar um atendimento que englobe a melhoria contínua na qualidade se faz necessário análise documental e a utilização de ferramentas de gestão.⁴⁰⁻⁴¹

A qualidade pode ser conceituada como o grau de excelência no cuidado da saúde. Essa excelência é multidimensional. Para isso, existe um consenso amplo em relação à ideia de que o cuidado de saúde deve ser seguro, efetivo, centrado na pessoa, oportuno, eficiente e equitativo.⁴⁰

Para realizar uma gestão que possa reunir e integrar esforços para que se obtenha resultados favoráveis, sugere-se a utilização da gestão de processo que vai possibilitar conhecer, fazer funcionar, avaliar, controlar e melhorar os resultados obtidos nos processos de uma organização.⁴¹

A gestão de processos tem seu desenvolvimento no estudo do modelo de Deming, a partir da constância de propósitos que procurou criar em todos os trabalhadores o sentimento de satisfação e orgulho no trabalho em equipe e no aprendizado. Este estudo demonstrou ser possível verificar que os resultados efetivos têm uma relação de dependência com o processo, a estrutura e o meio ambiente.⁴¹

A estrutura pode ser definida pelos recursos materiais, estrutura física, recursos humanos e instrumentos de gestão. Já o processo é definido como toda tecnologia envolvida nos cuidados ao paciente. Outros autores definem processo como um conjunto de atividade de trabalho inter-relacionadas que requer recursos, implicando em um valor agregado a fim de obter resultados.⁴²

De modo geral pode-se citar processo como um grupo de atividades realizadas numa sequência lógica com objetivo de produzir um bem ou serviço.⁴³ Diante dessa perspectiva, este estudo utilizou a gestão de processo por meio do mapeamento de processos.

Para entender a grandeza do mapeamento de processo faz-se necessário o entendimento de algumas definições operacionais:⁴⁴

- Macroprocesso: é um processo que geralmente envolve mais de uma função dentro da estrutura organizacional e sua operação tem um impacto significativo sobre o funcionamento da organização. Quando um Macroprocesso é relativamente complexo para ser modelado no nível de atividade, muitas vezes, é dividido em subprocessos;
- Processo: é um conjunto de atividades lógicas, relacionadas e sequências que a partir de uma entrada de um fornecedor, agrega-lhe valor, e produz uma saída para um cliente;
- Subprocesso: é uma porção do processo principal que contém um objetivo específico do processo principal;
- Atividade: são as ações a serem realizadas dentro de um processo ou subprocesso. São realizados usualmente por unidades (uma pessoa, um sistema, um departamento). Uma atividade é normalmente documentada numa instrução. A instrução irá documentar as tarefas a serem executadas para concluir a atividade;
- Tarefa: são elementos individuais e/ou subconjuntos de uma atividade. Normalmente, tarefas relatam como um item é executado especificamente.

O mapeamento de processos tem sido a estratégia utilizada pelas instituições para se conhecer profundamente e reconhecer seus pontos fortes e nós críticos, além de colaborar na prevenção e solução de problemas, na eliminação de redundâncias e no aumento da produtividade.⁴⁴⁻⁴⁵

Nas instituições de assistência à saúde, o “produto final” se traduz em cuidado ao cliente (paciente ou profissionais) de forma direta (recepção, cirurgias, procedimentos) ou indireta (resultado de exames, serviço de lavanderia, manutenção e infraestrutura hospitalar).

Na atividade de mapeamentos de processos é realizado o levantamento de fluxo de atividade, onde o desenho sistêmico possibilite descobrir as áreas e funções

envolvidas. O objetivo é permitir a gestão deles, ou seja, que possibilite medir, atuar e melhorar em cada ponto.⁴¹

Neste contexto o mapeamento de processo traz benefícios para organizações porque identifica processos necessários para as diferentes operações, estabelece entradas e saídas do processo, atribui responsabilidade e autoridade em cada etapa do processo, mapeia as interações existentes entre processos, determina indicadores mensuráveis e objetivos para monitoração da atividade, aplica técnicas analíticas para determinar falhas potenciais nos processos, utilizando estratégias para o gerenciamento e melhoria dos processos.

Para auxiliar o entendimento e a resolução dos problemas identificados ao longo do mapeamento de um determinado processo, ferramentas de gerenciamento da qualidade poderão ser utilizadas para as diversas intervenções, tais como *brainstorming*, fluxograma, matriz de priorização, SIPOC, dentre outras.

As Ferramentas de Gestão da Qualidade são resultado da produção técnica de auxílio a gestão, portanto administrativas, desenvolvidas a partir da década de 50, inicialmente nos Estados Unidos da América e posteriormente no Japão, em especial em fábricas automotivas.⁴⁶⁻⁴⁷

São técnicas e métodos que fornecem dados, informações e meios, que ajudam, embasam e dão respaldo a tomada de decisões nas instituições. Reduzem os riscos e aumentam a assertividade das ações de modo mais fácil, rápido e preciso, agregando qualidade ao resultado. Portanto a gestão da qualidade implica no uso de diferentes ferramentas que vão metrificar e apontar o que precisa ser melhorado.⁴⁷

A inovação, segundo o Manual de Oslo, é a implementação de um produto (bem ou serviço) novo ou melhorado, ou um processo, ou método organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas.³ A chamada geração de ideias constitui um dos desafios principais das instituições que procuram realizar inovações de modo sistemático.⁴⁸

Os Métodos, Técnicas e Ferramentas para Inovação (MTF-Is) são os meios para aumentar a competitividade, definidos como o conjunto de métodos, técnicas e ferramentas que suportam o processo de inovação nas empresas ajudando-as de forma sistemática para atender novos desafios do mercado.⁴⁸

O *brainstorming* surge como MTF-I para propor soluções para as deficiências identificadas e tornou-se um meio de geração de ideias amplamente utilizado em muitas instituições.^{47,49-50}

Foi desenvolvido formalmente em 1957 por um publicitário chamado Alex Osborn¹ e pode ser utilizada em qualquer contexto. As premissas para seu desenvolvimento são uma equipe engajada na solução de um problema⁴⁹, e a liberdade de ser criativo ao gerar ideias para uma possível solução de um problema.

Osborn desenvolveu regras com o intuito de melhorar a produtividade ou a criatividade do grupo.^{46-47,50} Como o objetivo era reunir um grupo para compartilhar e gerar ideias, o autor propôs definir um líder para que as etapas sejam executadas corretamente e de maneira organizada, evitando possíveis conflitos; incentivar todos os participantes a dar ideias, sem medo, pois quanto mais pessoas participarem, mais ideias diferentes surgirão. Mesmo que nem todas sejam utilizadas, isso deve estimular a criatividade das pessoas envolvidas; nenhuma ideia pode ser criticada, pois quantidade é necessária, ou seja, quanto mais ideias, melhor, pois o processo de criação necessita que um pensamento saia da frente para que venha o próximo. Quando o fluxo se esgotar ou quando houver um número suficiente de ideias, sintetizar e agrupar em categorias; as ideias devem ser registradas, pois, dessa forma, nada do que foi falado na reunião de *Brainstorming* será esquecido e isso facilitará a análise. Em seguida, deve ser feita uma análise crítica sobre as ideias sugeridas e observar se estão voltadas para o foco do problema e se são viáveis.⁴⁶⁻⁴⁷

Na tentativa de eliminar os fatores inibitórios de produção causados pelo *brainstorming* em grupo, surgiram algumas variações como, por exemplo, o *brainstorming* eletrônico em que todos os participantes geram suas ideias ao mesmo tempo, porém sem bloquear uns aos outros. Outras variações são os chamados *brainwriting*, o qual representa a geração de ideias por meio de tiras de papel. Em situações como, por exemplo, a pandemia do Coronavírus durante o qual houve restrição de contato entre membros de equipes, a utilização deste método foi o escolhido para ser aplicado.^{46-47,51}

A ferramenta do fluxograma é uma representação gráfica que permite visualização dos passos de um processo em sequência lógica, de encadeamento de atividades e decisões.⁴² Também, promove e facilita a participação dos envolvidos com o intuito de desenvolver o processo proposto de forma a contemplar todas as etapas primordiais e minimizar os custos, além de viabilizar a realização de todas as atividades necessárias.⁴²

O fluxograma consiste na representação gráfica de todas as etapas que compõem um processo, de forma sequencial e analítica.

Abaixo estão identificadas as simbologias utilizadas para a sua construção (Figura 4): ⁵²



Figura 4 – Simbologias para fluxograma
Fonte: adaptado Damélio, 2014.⁵²

Para criação de um fluxograma é recomendado seguir 6 passos:

- Definir início e fim do processo;
- Manter sentido esquerda para direita, de cima para baixo;
- Utilizar os símbolos apresentados;
- Manter a mesma distância entre os símbolos;
- Evitar cruzamentos de setas;
- Identificar outputs do processo.

O SIPOC está entre as ferramentas de gestão visual para o mapeamento de processos mais usadas porque identifica de forma simples cinco elementos e deste modo é possível ter uma visão clara sobre o processo:⁴⁷ (Fornecedores (suppliers), Entradas (inputs), Atividades (process), Saídas (outputs) e Clientes (customers)).

O SIPOC, em português, fornecedores, entradas, processo, cliente, é uma ferramenta que busca identificar todos os elementos relevantes de um projeto. Essa ferramenta permite a visão de todas as inter-relações dentro do processo, evidenciando suas interfaces e o impacto destas interfaces na qualidade do resultado e contribuindo assim para desenvolver uma visão da organização voltada para o processo.⁵³

Analisando todos esses fatores, será possível atuar em pontos específicos do processo, identificando gargalos e propondo soluções para promover melhorias do

processo. Dessa forma, Supplier compreende os indivíduos, departamentos e organizações envolvidos nas etapas do processo; inputs compreendem as informações e materiais fornecidos; process compreende os passos ou atividades que transformam entradas em produto final; output compreende os resultados dos serviços ou produtos finais; customer compreende os indivíduos, departamentos ou organização que recebem os produtos finais.²⁷

A matriz Esforço versus Impacto é uma outra ferramenta de gestão que serve para priorização de atividades e problemas e pode ser usada para qualquer tipo de projeto ou tarefas a cumprir. O principal objetivo é melhorar a utilização do tempo e planejar a execução de projetos prioritários.^{47,53}

A vantagem dessa matriz é a possibilidade de identificar os ganhos rápidos maximizando a produtividade, e assim priorizar as ações que trazem maiores resultados com menor esforço. Com isso, o foco e a concentração aumentam. Pode ser aplicada com a participação dos membros da equipe. Tende a gerar consenso, atuando como um fator de motivação.

É formada por uma grade composta por quatro áreas para a categorização das tarefas e ações identificadas após uma análise da situação em questão. A ordenação ocorre de acordo com o esforço gasto em cada ação e o impacto que ela representa no projeto.⁵³

Em relação ao eixo “esforço”, considera-se o trabalho da equipe necessário para que um problema seja solucionado. O eixo “impacto” entende-se pelo ganho e pelas consequências positivas obtidas com a resolução do problema.

Assim é possível elaborar uma estratégia para usar o tempo de forma mais objetiva, considerando novas ações ou mudanças de atitude que priorizem o quadrante de baixo esforço e alto impacto.⁴⁷

Para começar a usar uma matriz de prioridade, são necessárias as seguintes etapas: listar projetos, metas e prioridades atuais, sejam tarefas diárias, projetos contínuos ou iniciativas estratégicas maiores; considerar cada item em uma escala numérica e crescente e, a seguir, classificar cada tarefa de acordo com o impacto dela na empresa ou no projeto. Por exemplo, nenhum, baixo, médio ou alto impacto para uma determinada ação como, por exemplo, reduzir falhas e aumentar eficiência. Usar a mesma escala para medir cada item na sua lista por nível de esforço necessário para cumprir tal ação, como por exemplo custo, prazo, áreas envolvidas, dentre

outros; mapear e traçar estrategicamente as atividades em quadrantes apropriados na matriz e priorizar, delegar ou desconsiderar adequadamente.

As ações encontradas no quadrante da Matriz Esforço x Impacto de Baixo esforço e Alto impacto são as mais importantes. As ações nesse quadrante, quando realizadas, trazem bons resultados, ou seja, são muito produtivas e de alto impacto. Por esse motivo, elas devem ser priorizadas.

As atividades presentes no quadrante Alto esforço e Alto impacto, quando realizadas, geram resultados expressivos. Porém, muito tempo é gasto para realizá-las, ou então é um processo muito custoso. Por isso, deve-se ter cuidado especial neste quadrante para definir quais tarefas são viáveis de serem realizadas e quais podem ser evitadas.

As tarefas do quadrante Baixo esforço e Baixo impacto requerem pouco esforço e os resultados são de baixo impacto, sendo aconselhável verificar se a ação é realmente necessária. Por demandarem pouco esforço, elas podem ser realizadas entre períodos de uma tarefa e outra.

As ações que ficam no quadrante Alto esforço e Baixo impacto, quando realizadas, não trazem resultados relevantes, pois demandam muito tempo para serem realizadas. Além disso, o impacto que geram não é muito significativo.

Por essa razão, essas ações devem ser evitadas sempre que possível, sendo que o indicado é realizá-las somente quando forem realmente necessárias.^{46-47,54-55}

Portanto, ao considerar que qualidade é a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos e custos para os pacientes, em caso de identificação de oportunidades de melhorias é necessário o diagnóstico situacional, a definição da estratégia a ser adotada, formação de equipe capacitada, por meio de ferramentas de gestão de processos, preparo de documentação a ser utilizada, implementação e treinamento de todos os envolvidos.

Após execução, realizar auditoria da implantação para acompanhamento de resultados para aperfeiçoar, de modo constante e contínuo no processo de melhorias a fim de alcançar a excelência pela qualidade e difundir as novas práticas por toda a organização.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo teve como proposta metodológica a Pesquisa-ação com aplicação de ferramentas da qualidade para o mapeamento de processo. O mapeamento de processo é uma ferramenta utilizada para descrever cada processo, analisá-lo e redesenhá-lo.⁴⁵

Pesquisa-ação é uma estratégia metodológica utilizada em pesquisas onde se pretende que haja a participação dos envolvidos para análise de problemas, proposição de melhorias e sua aplicação prática para transformação da tarefa, sendo assim, torna-se um importante instrumento de construção coletiva, interação e cooperação.⁵⁶

Para alcançar os objetivos propostos foi utilizado o mapeamento de processo como ferramenta técnica para a elaboração de mapa de processo da atividade de visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto.

A construção do mapa de processo com fluxograma é descritiva e visual apresentando a estrutura da visita pré-operatória pelos enfermeiros.

Para mapear e documentar o processo foram percorridas as seguintes etapas:

- 1) Identificação do problema e oportunidades
- 2) Definição de escopo
- 3) Análise do processo em curso
- 4) Mapeamento do processo crítico (desenho do processo)
- 5) Redesenho do processo
- 6) Identificação e seleção das causas mais prováveis do problema; definição de priorização das ações propostas.
- 7) Proposta de um plano de ação para implementar as mudanças ao processo ao CC/INC.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário foi em instituição quaternária de alta complexidade do Sistema Único de Saúde, com realização de cirurgias cardíacas diárias e que a visita pré-operatória

de enfermagem do adulto estivesse implantada, Instituto Nacional de Cardiologia (INC).

A escolha deste instituto teve as seguintes motivações: 1) Trata-se de um instituto quaternário com abordagem cirúrgica realizada diariamente; 2) É uma unidade que cumpre as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde referente à segurança do paciente e com a condução da cirurgia segura; 3) Trará maior eficiência e assertividade na ação do enfermeiro que realiza a visita pré-operatória; 4) Agregará qualidade no cuidado/assistência de enfermagem prestado ao cliente.

Em 1973, com a necessidade de criação de um centro especializado em cardiologia foi criado o INC das Clínicas de Laranjeiras. Posteriormente com o nome de Hospital de Cardiologia de Laranjeiras passou a desenvolver, exclusivamente, atendimento médico assistencial na área de Cardiologia.

No ano 2000, com a excelência de seus serviços prestados, tornou-se referência do Ministério da Saúde para a realização de treinamento, pesquisa e formulação de políticas de saúde atuando com a denominação de Instituto Nacional de Cardiologia.³⁸

O presente hospital está localizado no bairro de Laranjeiras, na zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, caracteriza-se por um hospital público, com gestão federal do Ministério da Saúde, especializado e de grande porte, onde oferecendo atendimento gratuito, a portadores de doenças cardíacas e possui número de leitos entre 150 e 500.

Tem como missão “Promover a saúde cardiovascular, formar profissionais, desenvolver e disseminar conhecimentos e tecnologias para o desenvolvimento social e econômico do país”.⁵⁷

Tem como característica ser referência do Ministério da Saúde no tratamento de alta complexidade em doenças cardíacas.

Trata-se, portanto, de um hospital referência para cirurgia cardíaca adulto e infantil, com atendimento especializado no âmbito estadual e nacional. O Instituto possui 59 leitos de UTI, 93 leitos de internação, 2171 colaboradores. E no ano de 2017 foram realizadas 3353 internações, 67234 consultas ambulatoriais e 1137 cirurgias, segundo plano de segurança do paciente do INC.³⁸

O centro cirúrgico deste estabelecimento possui 5 salas, sendo 4 tradicionais e 1 sala híbrida, onde são realizados os procedimentos cirúrgicos programados no mapa cirúrgico e também procedimentos de urgência/emergência.³⁸

Segundo a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC), centro cirúrgico é caracterizado como um “conjunto de áreas e instalações que permite efetuar procedimentos anestésico-cirúrgicos nas melhores condições de segurança para o paciente e conforto para a equipe que o assiste”.⁵⁸

“O Centro cirúrgico pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade, presença constante de estresse e a possibilidade de riscos à saúde...”²⁹

Dessa forma, alguns autores consideram o centro cirúrgico o setor mais importante de um hospital, de funcionamento extremamente complexo, o que atrai a atenção pela evidência de resultados, decisiva ação curativa da cirurgia entre outros fatores.²⁹

Diariamente, no INC, são realizadas cirurgias eletivas e de urgência, em sua maioria consideradas de grande porte pela complexidade e risco envolvido, bem como o tempo cirúrgico prolongado.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Cabe ressaltar que como se trata de pesquisa com seres humanos, foi respeitada a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁵⁹ de forma a garantir os direitos dos participantes, resguardando o sigilo das informações, bem como a desistência em participar em qualquer fase da pesquisa.

Este estudo possui CAAE nº 33346620.4.0000.5272, no comitê de ética e pesquisa no INC, com parecer aprovado nº 4.105.004, do dia 26 de junho de 2020.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Etapa 1: Identificação do problema e oportunidades com análise do processo crítico

Nessa etapa inicial, por meio da vivência profissional da pesquisadora principal em realizar a tarefa, foi verificado a ausência do mapeamento e a oportunidade de melhorias da atividade de visita pré-operatória,

Ao procurar a chefia de enfermagem do centro cirúrgico, foi constatado a ausência do mapeamento do processo de visita pré-operatória de enfermagem em cirurgia cardíaca, no paciente adulto, pois não há POP da atividade, fluxograma ou tutorial para preenchimento do impresso de visita pré-operatória. Desta forma, ficou clara a oportunidade de melhorias da atividade de visita pré-operatória.

3.4.2 Etapa 2: Definição do escopo

Essa etapa consistiu na identificação da oportunidade de melhoria com relação ao objeto do trabalho: a Visita pré-operatória de enfermagem ao adulto a ser submetido a cirurgia cardíaca, realizada pelo enfermeiro plantonista do centro cirúrgico, com o uso de instrumento próprio.

A visita pré-operatória de enfermagem do centro cirúrgico ocorre no dia anterior a cirurgia proposta durante a qual busca-se conformidade de processos referentes ao exame físico do paciente, análise de exames, além de orientação ao paciente e familiar.

3.4.3 Etapa 3: Análise do processo em curso

Essa etapa consistiu em realizar avaliação diagnóstica do cenário de visita pré-operatória de enfermagem do centro cirúrgico. Esta é uma ferramenta utilizada para se obter informação do cenário atual com suas características e atores envolvidos. Foi realizada em duas fases, descritas abaixo:

1ª Fase: Análise do instrumento de visita pré-operatória de adulto realizadas no ano de 2018, extraídos e registrados em um banco de dados na plataforma Research Eletronic Data Capture (RedCap).

Para tal foi realizado levantamento e avaliação do instrumento de visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto realizado no ano de 2018. Os critérios que foram avaliados dos itens do instrumento de visita pré-operatória foram a descrição dos itens não preenchidos e semipreenchidos; quantificação dos itens não preenchidos; e a verificação da conformidade de respostas descritas referentes aos itens solicitados.

2ª Fase: Aplicação de questionário aos enfermeiros que realizam a visita pré-operatória de enfermagem com a finalidade de obter informações sobre o modo de

realização da atividade de visita pré-operatória e possíveis dificuldades nesse processo. O instrumento estruturado (APÊNDICE 1) era composto por perguntas fechadas.

A aplicação do questionário foi concretizada no início ou no final do turno de trabalho, no próprio centro cirúrgico para facilitar a adesão do público a resposta ao questionário de modo a não interferir na dinâmica de trabalho dos enfermeiros. Aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 2) sobre os objetivos da pesquisa e sigilo da identidade do participante utilizando como identificação numeração em ordem crescente.

A análise diagnóstica dos dados coletados no instrumento de visita e a aplicação do questionário realizado proporcionaram um panorama atual desse processo e forneceram subsídios para as próximas etapas. Além de determinarem a maneira pela qual é realizada a tarefa de visita pré-operatória.

3.4.4 Etapa 4: Mapeamento do processo crítico (desenho do processo)

Nessa etapa foi realizada a construção do fluxograma do processo, utilizando a ferramenta SIPOC (*Supplier, Input, Process, Outputs e Customer*).

O detalhamento do processo está demonstrado no resultado da pesquisa; no fluxograma e POP construídos, baseados no SIPOC abaixo (Figura 5):

S	I	P	O	C
FORNECEDORES	ENTRADA	PROCESSO	SAÍDAS	CLIENTE
Secretaria de cirurgia	Computadores	Enfermeiro toma ciência da visita pré-operatória a de realizada	Família e paciente orientados	Paciente
	Impresso da visita	Registra informações do prontuário eletrônico		
Unidade e Internação	Acesso ao MV	Confirma termos de consentimento e prontuário físico		
	Copiadora	Realiza exame físico	Sistematização da Assistência de Enfermagem	
				Unidade de internação
		Orienta paciente e família		
		Registra diagnóstico e condutas de enfermagem	Verificação de Pendências	
				Enfermeiro do CC
CCIH		Confirma profilaxia antibiótica		
Almoxarifado		Confirma disponibilidade de material para cirurgia	Provisão adequada de material	
Resultado Esperado				
Cirurgia Realizada com segurança e qualidade para o paciente				

Figura 5 - Ferramenta SIPOC (*Supplier, Input, Process, Outputs e Customer*)

Fonte – Dados da pesquisa do autor

3.4.5 Etapa 5: Redesenho do processo

Foi utilizada a técnica de *Brainstorming* ou tempestade de ideias para obter apontamentos sobre as necessidades e sugestões do grupo acerca do fluxograma e proposição de alterações no instrumento de visita pré-operatória de enfermagem no adulto. Nessa técnica, os participantes emitem ideias de modo livre e sem críticas.

A técnica foi adaptada para ser realizada online utilizando uma plataforma para reuniões e videoconferências a distância, a plataforma Zoom. Foram fornecidos datas e horários variados, contemplando dias de semana e final de semana. Durante o encontro virtual foi realizada uma apresentação (APÊNDICE 3) clara e objetiva que expunha os dados encontrados nos formulários de 2018 e do questionário anterior com o propósito de estimular os enfermeiros exporem suas ideias sobre os dados apresentados com relação ao processo. Foi gravado apenas o áudio da conversa e posteriormente foram tabuladas as ideias principais.

No entanto, no cenário de pandemia de Coronavírus, houve a necessidade de nova adaptação da técnica de *brainstorming* para encontros presenciais e individuais. Esses encontros foram realizados no local de trabalho dos enfermeiros após o término das atividades. Foi realizada a mesma técnica de apresentação (APÊNDICE 3).

3.4.6 Etapa 6: Identificação e seleção das causas mais prováveis do problema; definição de priorização das ações propostas

Após o *brainstorming* foi realizada a análise e categorização das tarefas e ações propostas pela equipe, com a utilização de uma ferramenta de gestão da qualidade que tem por objetivo a priorização de ações (matriz de esforço e impacto) para a definição de melhores ações a partir do menor esforço e maior impacto para a melhoria do processo.⁵²

Cada atividade ou solução proposta foi alocada de acordo com o impacto e esforço para a sua intervenção, pontuadas numericamente.

Os problemas foram analisados sob estes dois aspectos, e atribui-se os números 1; 3; 6 e 9, correspondendo o 9 ao maior impacto e esforço, números que foram somados para obtenção de um valor para cada problema analisado.

Além disso, foram pontuadas o esforço necessário para realizar as soluções sugeridas. A vantagem desta ferramenta é a possibilidade de identificar os ganhos

rápidos, assim, maximizando a produtividade e priorizando as ações que trazem maiores resultados com menores esforços.

Nas figuras abaixo é possível ver os itens analisados e a tabela para pontuação de cada item (Figura 6).

		IMPACTO				ESFORÇO / COMPLEXIDADE				Priorização
Priorização das Ações Matriz Esforço x Impacto		Reduzir nº de incidentes	Aumentar eficiência gestão local	Reduzir Custos	Total Impacto	Prazo	Áreas envolvidas	Custo investimento	Total Esforço	
Causas	Ações Possíveis									

IMPACTO

Riscos Priorizados - Mitiga, elimina ou controla os riscos priorizados no projeto

Qualidade, Eficiência e Gestão - Proporciona melhoria dos temas

Pessoas - Capacitação e desenvolvimento

3- Baixo impacto

6 - Médio impacto

9 - Alto impacto

ESFORÇO / COMPLEXIDADE

Prazo

1 - Até 1 mês / 160 horas

3 - Entre 1 e 3 meses / até 480 horas

6 - Entre 3 e 6 meses / até 960 horas

9 - Acima de 6 meses / acima de 960 horas

Áreas envolvidas

1 - Apenas 1 área do projeto

3 - + 2 áreas do projeto

6 - + 3 áreas do projeto

9 - + 3 áreas do projeto + alguma área fora do projeto

Custo Financeiro

1 - Sem custo

3 - Baixo custo

6 - Médio custo

9 - Alto custo

Figura 6 – Pontuação do impacto e esforço/complexidade

Fonte: Dados coletados pela autora

3.4.7 Etapa 7: Proposta de um plano de ação para implementar as mudanças ao processo ao CC/INC

Para o cumprimento da última etapa do mapeamento foi elaborada uma proposta de um plano de ação para implementar as mudanças ao processo ao CC/INC.

Através dos resultados obtidos com a aplicação da ferramenta de priorização de ações foi possível recomendar ao gestor local por onde seria melhor e mais viável iniciar a implementação de melhorias do processo.

Este plano de ação contemplou treinar e capacitar equipe; comunicar internamente as alterações do processo; executar e acompanhar as ações; registrar

resultados; coletar dados; determinar uma meta; monitorar resultados através de indicadores; comparar os resultados; verificar a continuidade ou não do problema; e sugerir o planejamento de solução de problemas remanescentes através de ferramentas de gestão.

4 RESULTADOS DO ESTUDO

A aplicação do mapeamento de processos possibilitou o diagnóstico de falha nas visitas pré-operatórias de enfermagem realizado através da análise de 257 fichas de visitas, realizadas em 2018, e demonstrou a oportunidade de melhorias.

A análise das visitas pré-operatórias do paciente adulto mostrou um cenário de variabilidade neste processo, determinando a reestruturação do instrumento quando demonstrou conter itens não preenchidos ou preenchidos de forma não padronizada pelos enfermeiros, por já se encontrarem registrados em outros dados de prontuário ou mesmo por desconhecimento sobre o impacto deste item na assistência.

Abaixo o quadro demonstra o não preenchimento de itens da visita pré-operatória de enfermagem e que poderiam impactar na conduta da equipe cirúrgica durante o período operatório.

Quadro 1 - Registro do diagnóstico das visitas pré-operatórias de enfermagem de pacientes adultos a serem submetidos a cirurgia cardíaca, 2018.

Quadro parcial de diagnóstico de análise de visitas pré-operatórias em 2018 – n=257			
	Sim n (%)	Não n (%)	Não informado n (%)*
Percentual de pacientes com cirurgia cardíaca anterior	49 (19%)	185 (72%)	23 (9%)
Percentual de pacientes com alergia	62 (24%)	185 (72%)	10 (4%)
Percentual de pacientes com precaução de contato	64 (25%)	174 (68%)	19 (7%)
Percentual de pacientes em relação a integridade da pele	16 (6%)	218 (85%)	23 (9%)
Percentual de pacientes com risco de sangramento em transoperatório	16 (6%)	-	234 (91%)
Percentual de pacientes com liberação pela odontologia	14 (5%)	-	241 (93%)
Percentual de pacientes com TCLE geral em conformidade	107 (42%)	64 (25%)	82 (32%)
Percentual de pacientes com TCLE cirúrgico em conformidade	229 (89%)	14 (5%)	14 (5%)
Percentual de pacientes com a integridade da pele prejudicada	16 (6%)	218 (85%)	23 (9%)

Fonte: Arquivo de visitas pré-operatórias de enfermagem do centro cirúrgico; INC; 2018.

*Dados não encontrados no formulário.

Esse cenário de inconsistências, variabilidade nas respostas e ausência de informações, demonstra uma oportunidade de melhoria para uma atividade relevante para os profissionais envolvidos no processo cirúrgico, para a segurança e qualidade na assistência prestada.

No que se refere a identificação de riscos e diagnósticos de enfermagem, também houve grande percentual de ausência de dados para posterior análise, fato

que pode apontar o desconhecimento do impacto deste dado por aqueles que realizam a visita pré-operatória.

Nas tabelas abaixo, foi verificada essa informação em itens que são diagnósticos frequentes em cirurgia cardíaca.

Tabela 1: Registros de riscos identificados durante visita pré-operatória de enfermagem em 2018. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

Diagnóstico de risco de sangramento identificado nas visitas pré-operatórias do adulto			
	N	%	% Válida
Pré-operatório	13	5%	30%
Trans-operatório	15	5,80%	34%
Pós-operatório	16	5,20%	36%
Não informado (em branco)	236	91,50%	-
Diagnóstico de risco de desequilíbrio de temperatura identificado nas visitas pré-operatórias do adulto			
	N pacientes	% pacientes	% Válida
Pré-operatório	12	5%	30%
Trans-operatório	14	5,40%	35%
Pós-operatório	14	5,40%	35%
Não informado (em branco)	242	93,80%	-

Fonte: Arquivo de visitas pré-operatórias de enfermagem do centro cirúrgico; INC; 2018.

Esse estudo seguiu com a aplicação de um questionário respondido pelos enfermeiros que realizam a visita pré-operatória. Aceitaram participar 8 profissionais que utilizaram um instrumento de perguntas abertas e fechadas. Através deste instrumento foi possível obter informações sobre o perfil da equipe, sua compreensão sobre o processo em questão, bem como a execução da tarefa pelo enfermeiro do centro cirúrgico.

As tabelas de 2 a 4 demonstram o perfil do grupo de enfermeiros participantes do estudo.

Tabela 2: Tempo de atividade no CC do INC dos enfermeiros que realizam a visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Tempo de atividade do enfermeiro no centro cirúrgico do INC - N=8		
	Nº enfermeiros	% enfermeiros
Maior que 5 anos	1	12,50%
Entre 1 e 5 anos	6	75%
Menor que 1 ano	1	12,50%

Fonte: Questionário respondido pelos enfermeiros do CC; INC; 2020

Tabela 3: Enfermeiros com pós graduação em cardiologia que realizam a visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Enfermeiro com pós-graduação em Cardiologia - N=8		
	Nº enfermeiros	% enfermeiros
Possui	4	50%
Não possui	4	50%

Fonte: Questionário respondido pelos enfermeiros do CC; INC; 2020

Tabela 4: Enfermeiros com pós graduação em centro cirúrgico que realizam a visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Enfermeiro com pós-graduação em Centro Cirúrgico - N=8		
	Nº enfermeiros	% enfermeiros
Possui	1	13%
Não possui	7	87%

Fonte: Questionário respondido pelos enfermeiros do CC; INC; 2020

A inexistência de um tutorial e treinamento periódico a respeito de preenchimento do instrumento, isto é, ausência de um padrão instituído previamente, configuram os achados da variabilidade da informação.

A tabela 4 também evidencia a sistematização da assistência implicando na prática clínica e na variabilidade do momento em que é realizada a visita pré-operatória durante a jornada de trabalho.

Tabela 5: Momento da realização da visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Momento da realização da visita pré-operatória - N=8		
	Nº enfermeiros	% enfermeiros
Após a cirurgia, quando não há procedimentos e após publicação do mapa cirúrgico	2	25%
Após a cirurgia e quando não há procedimentos	1	12,50%
Após realizada a cirurgia	1	12,50%
Quando não há procedimentos sendo realizados	2	25%
Após a cirurgia e quando o mapa cirúrgico é publicado	1	12,50%
Após publicação do mapa cirúrgico	1	12,50%

Fonte: Questionário respondido pelos enfermeiros do CC; INC; 2020

Quanto à responsabilidade de realização de visita pré-operatória de enfermagem, o entendimento é diversificado. No entanto, a maioria (63%) dos enfermeiros concorda que a responsabilidade pela realização da visita pré-operatória de enfermagem é de todos os enfermeiros do setor, inclusive os enfermeiros residentes. Esta informação está demonstrada na tabela 6.

Tabela 6: Responsabilidade pela visita pré-operatória de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Responsável pela realização da visita pré-operatória - N=8		
	Nº enfermeiros	% enfermeiros
Enfermeiro diurno, noturno e residente	5	63%
Enfermeiro diurno e noturno	1	12%
Enfermeiro diurno e residente	2	25%

Fonte: Questionário respondido pelos enfermeiros do CC; INC; 2020

Ainda em resposta ao questionário os enfermeiros determinaram o fluxo de realização da visita pré-operatória através de enumeração das ações realizadas no centro cirúrgico, na unidade de internação, e novamente no retorno ao centro cirúrgico, criando uma sequência de atividades que foi compilada em um fluxograma.

Além dessas informações os profissionais apontaram as dificuldades na realização da atividade aqui estudada conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2- Registro de pontos críticos na tarefa da visita pré-operatória de enfermagem.

Ponto de dificuldade na visita pré-operatória de enfermagem	Percentual de enfermeiros	Nº de enfermeiros
Comunicação com a equipe de unidade de internação	12,5%	1
Conhecimento insuficiente do profissional sobre cirurgia e patologia	12,5%	1
Realizar o exame físico do paciente	12,5%	1
Acesso ao prontuário	12,5%	1
Acesso a Prescrição	12,5%	1
Realizar diagnóstico de enfermagem	37,5%	3
Prontuário não organizado	25%	2
Realizar o exame físico do recém-nascido	37,5%	3
Acúmulo de tarefas	50%	4
Ausência de profissionais exclusivo para a realização de visitas	50%	4
Escassez de tempo	50%	4
Conhecimento deficiente do paciente sobre o processo cirúrgico	50%	4
Liberação tardia do mapa cirúrgico	100%	8

Fonte: Questionário respondido pelos enfermeiros do CC; INC; 2020

Todas as informações obtidas com as duas etapas do diagnóstico situacional possibilitaram organizar um fluxograma do processo de visita pré-operatória e compreender as diferenças em sua dinâmica.

Na etapa seguinte, na reunião de *brainstorming* foram elencadas diversas sugestões para a reestruturação do instrumento de visita pré-operatória e alguns apontamentos sobre o processo em geral.

Nesse momento e após o agrupamento de informações, ficou demonstrado que o ponto principal e mais pertinente das mudanças do processo, apontavam para a alteração do instrumento, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Registro de sugestões para melhoria de pontos críticos na tarefa da visita pré-operatória de enfermagem.

ITENS A SEREM SUPRIMIDOS
EXCLUIR USO DE MUPIROCINA
NÃO LISTAR TODOS OS MEDICAMENTOS
EXCLUIR LESOES DE CAT
RETIRAR TODOS OS EXAMES
RETIRAR RISCOS "OBVIOS"
ITENS A SEREM INCLUIDOS
REGISTRAR MEDICAÇÕES: ANTICOAGULANTE, ANTIBIOTICO E ANTIFUNGICO
CAMPO PARA REGISTRAR O TIPO DE PROTESE CARDIACA
CAMPO PARA SINALIZAR REOPERAÇÃO CARDIACA
CAMPO PARA PENDENCIAS E OBSERVAÇÕES
CAMPO PARA APARELHOS ORTODONTICOS
CAMPO PARA DESCREVER USO DE PROTESES
CAMPO PARA SINALIZAR RESTRIÇÃO OU DEFICIENCIA
ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM CIENTE DAS PENDENCIAS
DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM GERANDO UM CUIDADO
CAMPO DE TERMO DE HEMODERIVADO
CAT APENAS LESÃO DE TRONCO E DISFUNÇÃO VENTRICULAR
CAMPO PARA LESÃO DE PELE
CAMPO PARA AS CONDUTAS
OUTROS
LIBERAÇÃO DO MAPA NO COM 48H DE ANTECEDENCIA OU ATÉ AS 12H
REGISTRO DA AVALIAÇÃO/LIBERAÇÃO DE ODONTOLOGIA
TREINAMENTO PARA FAZER DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM/SAE/EXAME FISICO
TER UMA PESSOA RESPONSÁVEL PELA VISITA
UNIFICAR COM O IMPRESSO INFANTIL
PACIENTE ESCLARECIDO SOBRE A CIRURGIA/COMUNICAÇÃO DA CIRURGIA FEITA PELO MEDICO
RETORNO A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA ORIENTAR O PACIENTE
REGISTRO NO PRONTUÁRIO DA REALIZAÇÃO DA VISITA
UTILIZAÇÃO DE ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO PARA O IMPRESSO DE VISITA

Fonte: Reunião de brainstorming com os enfermeiros do CC; INC; 2021

Esses itens foram analisados através de uma ferramenta que avalia o grau do impacto e esforço na implantação/execução das tarefas a serem realizadas na reestruturação do processo, orientando o melhor resultado, ou seja, maior impacto para a instituição com o menor esforço.

Essa matriz foi definida através da análise de cada item como mostra o Quadro 4 abaixo.

Quadro 4: Matriz de esforço x impacto com as priorizações de ações

Priorização das Ações Matriz Esforço x Impacto			IMPACTO				ESFORÇO / COMPLEXIDADE				Priorização
CAUSAS		AÇÕES POSSÍVEIS	Reduzir nº de incidentes	Aumentar eficiência gestão local	Reduzir Custos	Total Impacto	Prazo	Áreas envolvidas	Custo / investimento	Total Esforço	
1	INSTRUMENTO DE VISITA PRE OPERATORIA DE ENFERMAGEM INADEQUADO	REFORMULAÇÃO DO INSTRUMENTO DE VISITA PRE OPERATORIA ITENS A SEREM SUPRIMIDOS: LESOES DE CAT; TODOS OS EXAMES ; OBSERVAÇÃO DE RISCOS PERTINENTES A TODOS OS PROCEDIMENTOS CARDIO VASCULARES ; USO DE MUPIROCINA ; NÃO LISTAR TODOS OS MEDICAMENTOS ITENS A SEREM INCLUIDOS: MEDICAÇÕES ANTICOAGULANTES, ANTIBIOTICOS E ANTIFUNGICOS; CAMPOS PARA REGISTRAR O TIPO DE PROTESE CARDIACA; CAMPO PARA SINALIZAR REOPERAÇÃO CARDIACA ; CAMPO PARA PENDENCIAS E OBSERVAÇÕES; CAMPO PARA APARELHOS ORTODONTICOS; CAMPO PARA DESCREVER USO DE PROTESES CAMPO PARA SINALIZAR RESTRIÇÃO OU DEFICIENCIA; ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM CIENTE DAS PENDENCIAS; DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM GERANDO UM CUIDADO ; CAMPO DE TERMO CONSENTIMENTO PARA USO DE HEMODERIVADO ; DESCRIÇÃO DO CAT APENAS PARA LESÃO DE TRONCO E DISFUNÇÃO VENTRICULAR; CAMPO PARA LESÃO DE PELE; CAMPO PARA AS CONDUTAS A SEREM SEGUIDAS	9	9	3	21	1	1	1	3	24
2	DE VISITA PRE CIRURGICA INFANTIL E DE ADULTO	PADRONIZAR OS IMPRESSO DE VISITA PRE CIRURGICA PEDIATRICA E ADULTO	3	9	3	15	6	3	3	12	27
3	AUSÊNCIA DE REGISTRO DA REALIZAÇÃO DA VISITA NO PRONTUÁRIO	REGISTRAR NO PRONTUÁRIO A REALIZAÇÃO DA VISITA	9	9	3	21	3	1	3	7	28
4	EFETIVA AO PACIENTE SOBRE A CIRURGIA	SOLICITAR A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR A ORIENTAR E ESCLARECER PACIENTE SOBRE A CIRURGIA	9	9	6	24	3	9	1	13	37
5	IDENTIFICAÇÃO PARA O IMPRESSO DE VISITA PRE	UTILIZAR ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO PARA O IMPRESSO DE VISITA PARA OTIMIZAR PREENCHIMENTO DE CAMPOS	9	9	3	21	6	9	3	18	39
6	HORÁRIO INADEQUADO DE LIBERAÇÃO DO MAPA CIRURGICO	LIBERAÇÃO MAPA CIRURGICO COM 48H DE ANTECEDENCIA OU ATÉ AS 12H DO DIA ANTERIOR	9	9	9	27	6	6	1	13	40
7	AValiação DO PACIENTE PELA ODONTOLOGIA	REGISTRO DA AVALIAÇÃO/LIBERAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA MARCAÇÃO DO MAPA CIRURGICO	9	9	9	27	6	6	3	15	42
8	AUSÊNCIA DE UM PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA VISITA	TER UMA PESSOA RESPONSÁVEL PELA VISITA	9	9	3	21	9	9	6	24	45
9	FALTA DE TREINAMENTO PARA FAZER DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM/SAE	TREINAMENTO PARA FAZER DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM/SAE/EXAME FISICO	9	9	6	24	9	1	3	30	54

Segue abaixo a matriz com as priorizações de acordo com o maior impacto causado e menor esforço atribuído, sendo recomendado essas ações como foco inicial de alteração do processo em estudo.

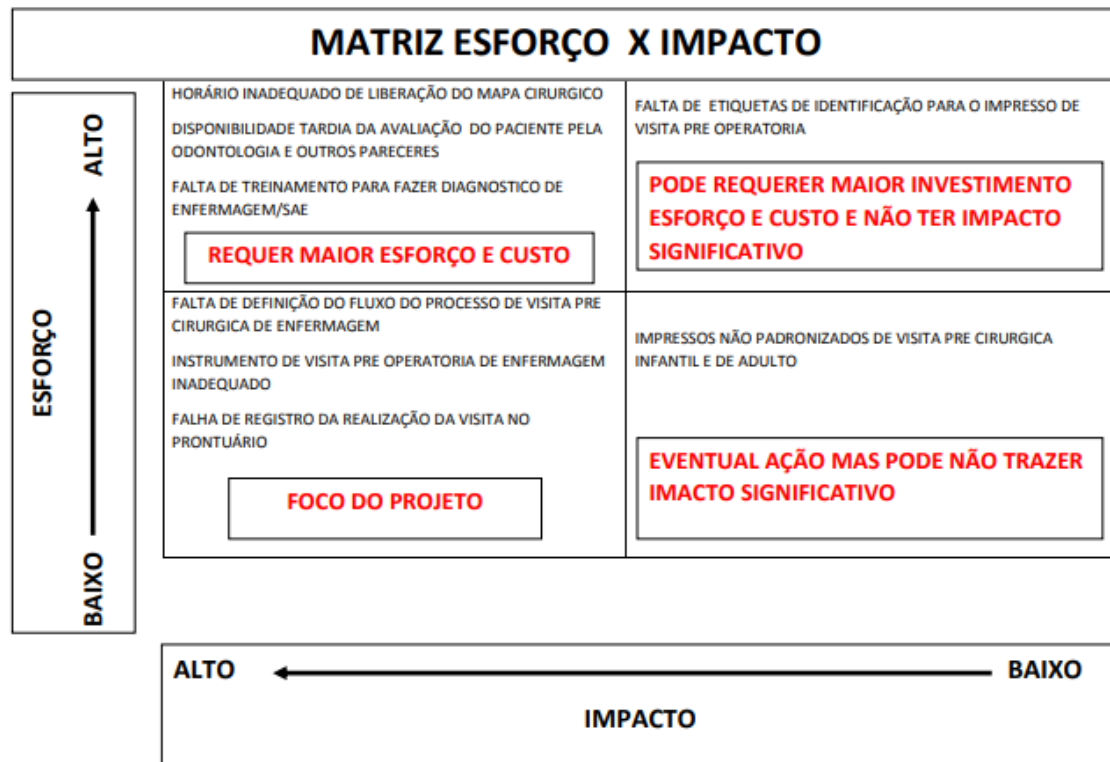


Figura 7 - Matriz de esforço x impacto com as priorizações de ações.

O resultado demonstrado nesse estudo e ratificado pela matriz de esforço impacto, resultou na consolidação do fluxograma do objeto de visita pré-operatória ao paciente adulto a ser submetido a cirurgia cardíaca, como está apresentado abaixo (Figura 8):



FLUXOGRAMA DE VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO PACIENTE ADULTO

NA SECRETARIA DE CIRURGIA

Definir pacientes que realizarão cirurgia no "BATE MAPA"

Publicar Mapa Cirúrgico na Intranet

Contato telefônico para comunicar da liberação

NO CENTRO CIRÚRGICO

Enfermeiro plantonista diurno/líder toma ciência do Mapa Cirúrgico

Líder realiza a divisão das visitas a serem realizadas

Enfermeiro obtém o impresso de visita pré-operatória

Enfermeiro realiza a coleta de dados do paciente no Sistema MV

Enfermeiro se dirige à unidade de internação

NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Identificar-se à equipe, explicando o motivo da visita

Coletar informações do prontuário físico: tais como histórico de saúde e dados das internações

Registrar medicações da prescrição médica, especialmente anticoagulantes e antibióticos

Verificar e registrar informações do balanço e ficha de controle da enfermagem, tais como sinais vitais, curativos e intercorrências

Verificar se há divergência entre a cirurgia proposta no Mapa Cirúrgico e o Prontuário

Verificar e registrar presença e assinatura do Termo de Internação

Verificar e registrar presença e assinatura do Termo de Opção de Válvula

Verificar e registrar presença e assinatura do Termo de Hemoderivados

Verificar e registrar liberação do serviço de odontologia

Verificar e registrar o resultados de exames

Verificar e registrar se há precaução de contato ou respiratória

Verificar e registrar a ocorrência de alergia

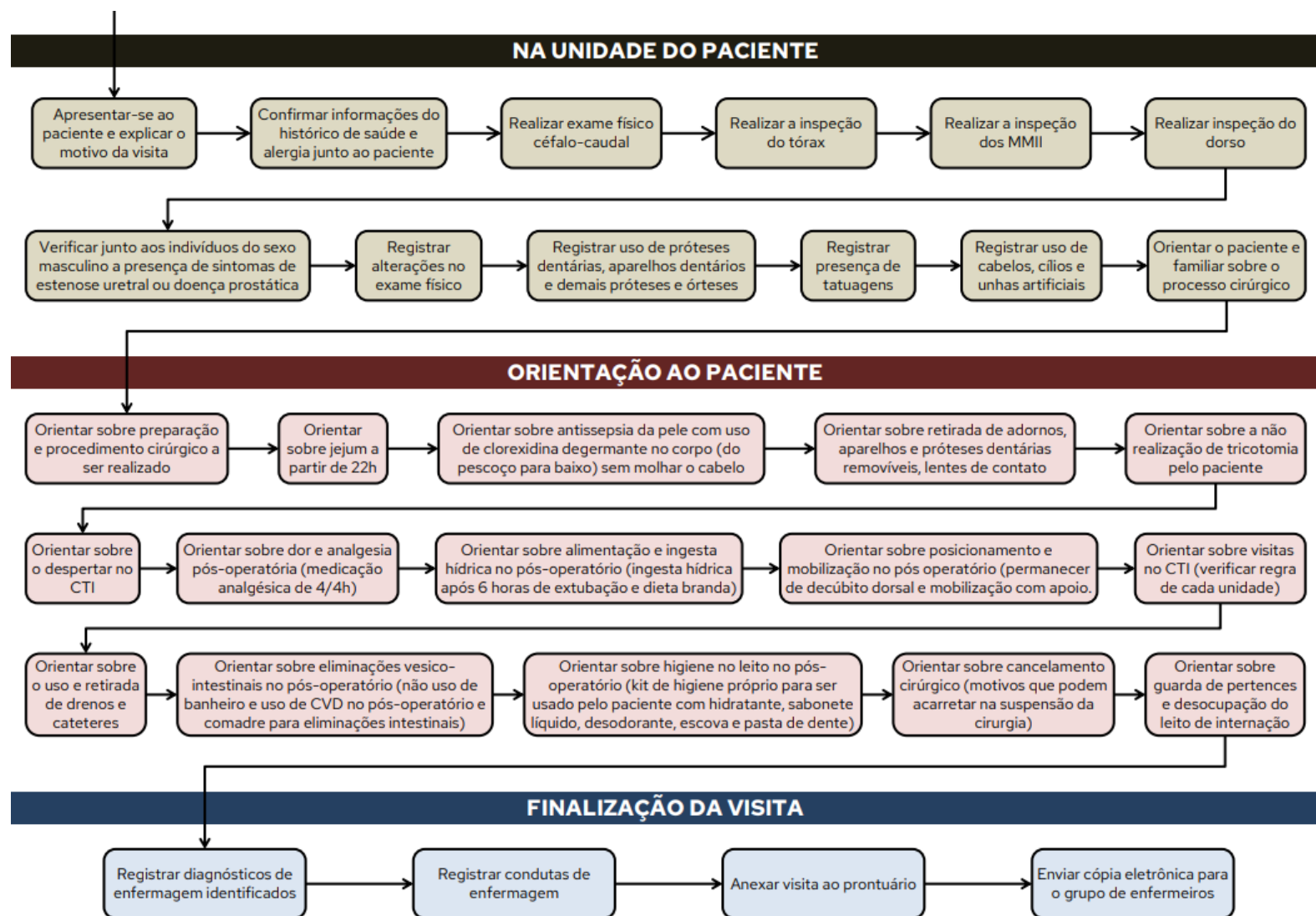


Figura 8 – Fluxograma de Visita Pré-operatória de Enfermagem do Paciente Adulto

Para a melhoria do objeto analisado o estudo também demonstrou a necessidade da reestruturação do formulário de visita pré-operatória do adulto, inserindo e retirando informações apontadas na reunião de brainstorming realizada com os enfermeiros participantes. Abaixo segue o formulário proposto, frente e verso (Figuras 9 e 10):

		INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA							
		VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO PACIENTE ADULTO CENTRO CIRÚRGICO							

1. Identificação												
Prontuário:		Leito:		Nome:								
Idade:		Sexo: () F () M		Peso:		Altura:		Religião:				
DN:		Dt Internação:		Dt Procedimento cirúrgico:		Horário Previsto:		GS RH				
2. Histórico de Saúde												
História da doença atual: _____												
Diagnóstico médico: _____ Cirurgia proposta: _____												
História Patológica Progressiva: () HAS () DM () Dislipidemia () DPOC () Hiperplasia Prostática () Dç Reumática () IRC () F.A () Hist. Familiar + () Outros: _____												
Cirurgias cardíacas anteriores: () Não () Sim Quais: _____					Demais Cirurgias: () Não () Sim Quais: _____							
Alergias: () Não () Sim Quais: _____					Transfusão prévia de hemocomponente: () Sim () Não							
3. Dados da internação												
Antibióticos, anticoagulantes, antifúngicos, hipoglicemiantes: _____												
TCLE Assinado		Geral: () Sim () Não		Cirúrgico: () Sim () Não		Hemoderivados: () Sim () Não		Prótese: () Sim () Não () Biológica () Mecânica				
Liberação da odontologia: () Sim () Não Alteração: _____												
Precaução de contato: () Sim () Não					Precaução Respiratória: () Sim () Não							
Microorganismo: _____					Microorganismo: _____							
4. Exames												
Imagem	Ecocardiograma		Data:									
	CAT		Data:		Lesão de TCE: () Sim () Não Disfunção de VE: () Sim () Não Grau: _____							
Lab	Hemograma		Data:		Hto	Hb	Leuco	Plaq	Glic	TAP	PTT	INR
	Coagulograma		Data:									
5. Exame Físico												
Estado emocional:			() Tranquilo () Esclarecido () Ansioso () Preocupado () Choro									
Neurológico:			() Lúcido () Orientado () Confuso () Déficit Cognitivo () Doença Psiquiátrica () Sedado: RASS: _____									
Ventilação/Suporte O2:			() Espontânea () Ar Ambiente () Macro nebulização () V. Mecânica () TQT () TOT nº _____									
Digestório:			() Sem alteração () Distensão Abdominal () Náusea () Vômitos () Sonda Gástrica () Sonda Enteral									
Diurese:			() Espontânea () Incontinência () CVD () Anúrico									
Mobilidade:			() Deambula () Acamado () Sequela Motora:									
Membros Superiores e Inferiores:			() Sem alteração () Alteração:									
Integridade da Pele:			() Inteira () Lesão:									
Dispositivos Vasculares:			() Nenhum () PAM _____ () V. Periférica _____ () V. Profunda _____ () PICC _____									
Infusões Venosas:			() Não () Sim Quais: _____									
Observações:												

Figura 9 – Formulário de visita pré-operatória: Parte 1

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO PACIENTE ADULTO CENTRO CIRÚRGICO	
6. Informações relevantes:		
☐ Possui necessidade especial. Qual:		
☐ Fez Uso recente de ATB (últimos 30 dias). Qual:		
☐ Possui tatuagem(s). Local(s):		
7. Conduta:		
☐ Recomendado apoio emocional		☐ Solicitado CVD prévio
☐ Solicitada avaliação de lesão em:		
☐ Possui barba ou bigode ☐ Solicitado retirada ou aparo, pois não há apego emocional.		
Solicitada retirada de: ☐ Adornos ☐ Lentes de contato ☐ Próteses dentárias ☐ Aparelho ortodôntico ☐ Apliques de cabelos e cílios		
☐ Unhas artificiais ☐ Outros:		
☐ Solicitado jejum a partir de _____h.		
☐ Solicitado higiene com clorexidina degermante, sem molhar cabelo, não utilizar perfumes e hidratantes, colocar camisola aberta para as costas, não utilizar roupa íntima.		
8. Orientações:		
☐ Não realização de tricotomia.		☐ Arrumação e retirada de pertences do leito
☐ Transporte e recepção no CC		☐ Anestesia
☐ Procedimentos invasivos		☐ Despertar no pós-operatório: tubo, contenção, drenos e "fios"
☐ Ingesta hídrica (6h após a extubação) e alimentação branda		☐ Dor e analgesia (mínima) de 4/4h no pós-operatório
☐ Mobilização e repouso no pós-operatório		☐ Tosse com apoio do tórax
☐ Eliminações vesical e intestinal (uso de CVD e comadre)		☐ Higiene no leito e kit de higiene
9. Pendência ou não conformidades:		
☐ Sim ☐ Não Qual:		
Comunicada pendências para:		
10. Desfecho		
☐ Cirurgia realizada na data programada		☐ Cirurgia suspensa
Motivo da suspensão:		
Atualizações/Observações:		
Rio de Janeiro, ____/____/____ _____ Assinatura e carimbo enfermeiro		

Figura 10 – Formulário de visita pré-operatória: Parte 2

Diante das análises feitas e da contribuição dos enfermeiros do centro cirúrgico que participaram, esse estudo ainda resultou nos seguintes produtos sugeridos a gerência local da unidade e que se encontram nos apêndices desse estudo:

- 1) Relatório do diagnóstico situacional para o gestor local do CC/INC

- 2) Procedimento Operacional Padrão (POP) da visita pré-operatória de enfermagem do adulto;
- 3) Tutorial de preenchimento do novo instrumento;
- 4) Proposta de um plano de ação para implementar as mudanças.

5 DISCUSSÃO

A visita pré-operatória de enfermagem consiste no primeiro passo para a sistematização da assistência pré-operatória. Essa atividade possibilita ao profissional enfermeiro a detecção, solução e encaminhamento dos problemas enfrentados pelo paciente, além de outras vantagens, como o vínculo com este.⁵⁶

Estudos desenvolvidos em assistência de enfermagem perioperatória ratificam a relevância de desenvolver e melhorar as práticas nessa área de estudo para garantir uma assistência integral, com qualidade e segurança para o paciente. Do mesmo modo, referem que pacientes que não recebem orientações do enfermeiro na visita pré-operatória, nem são avaliados de forma integral, podem dificultar a execução do plano de cuidados, impactando no cuidado individual e integral.⁶⁰

Em uma revisão integrativa de visitas pré e pós-operatórias publicada, em 2021, verificou-se que “a visita pré-operatória, quando não realizada, interfere diretamente na qualidade da assistência de Enfermagem.”⁶¹

O resultado obtido a partir do diagnóstico situacional da análise do preenchimento do instrumento de visita pré-operatória já utilizado pelo enfermeiro do centro cirúrgico, demonstrou uma variabilidade e inexistência da informação.

Diversas áreas da ciência que necessitam de informação para tomada de decisão têm demonstrado interesse crescente em avaliar a qualidade da informação.⁶²⁻⁶³ Dessa forma, entender o contexto da visita pré-operatória e a funcionalidade do instrumento agrega cientificidade para o cuidado de enfermagem.

Para avaliação da qualidade das informações, pode-se utilizar os parâmetros de incompletude do preenchimento. A incompletude referiu-se ao não preenchimento do campo analisado, considerado incompleto aquele preenchido com categoria “ignorada”, número zero ou ausência de preenchimento do campo (em branco).

Baseado no método utilizado por Romero e Cunha⁶⁴ pode se utilizar a seguinte divisão: muito baixa incompletude, quando a variável apresentar menos que 5% de preenchimento incompleto; baixa incompletude (5,0 a 9,9%); incompletude regular (10,0 a 19,9%); alta incompletude (20,0 a 49,9%) e muito alta incompletude (50,0% ou mais).⁶⁵

Nesse estudo podemos observar que a maioria dos dados possui baixa incompletude, com exceção do diagnóstico de enfermagem que tem muito alta incompletude.

Apesar de alguns itens da visita apresentarem baixa incompletude (entre 5,0 e 9,9), a falta de informação ou a informação incompleta de itens como precaução de contato, alergias e histórico cirurgia cardíaca anterior, podem acarretar uma alteração da conduta da equipe do centro cirúrgico com possível repercussão para a segurança na assistência perioperatória.

Os resultados obtidos com o questionário corroboram o diagnóstico da análise das visitas realizadas em 2018, pois 37,5% dos enfermeiros participantes apontam como ponto crítico a realização do diagnóstico de enfermagem ao paciente a ser submetido a cirurgia cardíaca. Foi observado também o fato de apenas 1 enfermeiro (13% dos participantes) possuírem especialização em centro cirúrgico. Esse mesmo resultado foi reportado novamente na última etapa, durante a reunião com a técnica de *brainstorming*, a qual uma das sugestões foi a realização de treinamento sobre diagnóstico de enfermagem e PE.

Quando o fluxo é analisado a partir do questionário respondido pelos enfermeiros, fica explícito a variabilidade na prática não só pela falta de um tutorial de preenchimento, mas também pelo momento em que a visita é realizada, diferenciado pelos membros da equipe, durante a rotina de trabalho.

“Esse fato pode ser explicado pela dificuldade que alguns serviços têm em realizar as visitas, pela alta demanda de atividades assistenciais e administrativas dos enfermeiros, bem como pela falta de conhecimento e de recursos humanos.”⁶¹

A variabilidade na prática clínica na realização da visita pré-operatória foi demonstrada nesse estudo, assim como a questão da escassez de tempo, acúmulo de tarefas e ausência de um profissional exclusivo para a realização da visita. Em estudo realizado em 2007, para a implantação da sistematização da assistência perioperatória encontrou como pontos relevantes e de dificuldades a falta de recursos humanos, o instrumento desatualizado e a ausência de uniformidade de condutas de enfermagem.⁶⁶

Os pontos críticos identificados e apontados no questionário refletem a prática assistencial semelhante a achados em outros estudos.

Conforme citado no estudo de Grittem, o número insuficiente de profissionais de enfermagem no centro cirúrgico para realizar a visita pré-operatória e acompanhamento no período transoperatório, concomitantemente, torna-se um ponto de conflito na assistência perioperatória.⁶⁶

Dentre os resultados emergidos das ideias de melhorias para os pontos críticos apontados pelo grupo, a maior parte dessas sugestões ficou concentrada na alteração do instrumento de visita pré-operatória.

Um estudo evidenciou que muitas vezes o processo de enfermagem é conduzido com divergência de sua finalidade, sendo direcionado para atender as necessidades das equipes de anestesia e cirurgia, porém a finalidade da SAEP deveria ser as necessidades do paciente cirúrgico.⁶⁶

Araújo e Noronha (1998) propõem a realização da visita pré-operatória a partir de um instrumento a fim de contribuir para que a visita seja prática, ágil e facilite a comunicação entre o centro cirúrgico e as unidades de internação.⁶⁷

Dessa forma, o instrumento de visita pré-operatória foi reestruturado conforme as sugestões dos profissionais que atuam em sua realização, tornando-os protagonistas no processo de construção.

O registro das etapas da SAEP é fundamental para segurança do paciente e garantia de continuidade dos cuidados de enfermagem e para respaldo legal, sendo essencial que o instrumento utilizado para o acompanhamento e evolução de todas as ações neste período esteja adequado às necessidades do paciente, do profissional e da instituição.⁵⁶

Outro resultado foi o treinamento e informações sobre as rotinas da instituição. Visto que operacionalizar a sistematização da assistência, realizar diagnóstico de enfermagem é privativo do enfermeiro segundo a lei do exercício profissional, os mesmos podem se sentir fragilizados na realização dessa tarefa sem um devido instrumento de orientação.

O entendimento do profissional sobre a necessidade de aperfeiçoamento e a busca por conhecimento, contribuem para a tomada de decisão, segurança na prestação do cuidado e conquista do seu espaço junto a equipe multidisciplinar.⁶⁵

A visita pré-operatória é uma atividade inserida na SAEP e, quando não realizada, fragiliza o processo, interferindo diretamente na segurança do paciente e na qualidade do cuidado de Enfermagem.⁶¹

Diante das sugestões do grupo para a melhoria do processo de visita pré-operatória, se fez necessário analisar a viabilidade, o impacto e esforço para sua aplicação, canalizando as possíveis ações para resultados de grande impacto para assistência de enfermagem.

A matriz de esforço x impacto demonstrou ainda o que alguns estudos já citados apontaram, ou seja, a prioridade para o uso de um instrumento de visita objetivo, assertivo e direcionado para o cuidado de enfermagem.

A reestruturação do processo da visita pré-operatória gerou como produto a reestruturação do instrumento, assim como um tutorial de preenchimento do instrumento, fluxograma da atividade e descrição de um POP (procedimento operacional padrão) para diminuição da variabilidade da prática clínica e uniformidade nas ações dos enfermeiros que realizam a visita pré-operatória.

6 CONCLUSÃO

Este estudo, através da análise documental e uso de ferramentas de gestão da qualidade, corroborou a hipótese de que a aplicação de processos de análises das práticas de saúde pode diminuir a variabilidade clínica e trazer oportunidades de melhorias para a assistência.

Demonstrou também que o mapeamento de processo é uma ferramenta que serve para reestruturação de processos assistenciais.

Os resultados obtidos com a análise do instrumento de visita pré-operatória e o questionário aplicado aos enfermeiros, foram determinantes para o conhecimento da atividade, construção de documentação e fluxograma.

Concluimos que essa metodologia pode ser aplicada em diversas áreas e tarefas para documentar e melhorar processos na área de saúde, proporcionando uma assistência adequada, minimizando os riscos para o paciente e para a equipe e ao mesmo tempo agregando valor a assistência prestada.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A pesquisa foi aplicada em condições não previstas, que mudaram parcialmente o curso metodológico inicial da pesquisa, sendo necessário uma readaptação.

O cenário de 2020 era de uma pandemia de uma doença viral, altamente contagiosa, que mudou a maneira de agir, de se relacionar e também de trabalhar, em especial dos profissionais de saúde.

Foram vivenciados tempos de tristeza, medo e incerteza, mas também de fé, empatia e muitos avanços na ciência. Os profissionais de saúde experimentaram variados sentimentos de forma muito intensa. Associado ao sentimento de sobrevivência e também de cumprir sua missão, vivenciavam perdas de pacientes e pessoas queridas, trazendo um clima improprio para pensar e refletir sobre melhoria de processos atrelados ao trabalho na saúde.

Sobreposto a esse panorama, houve uma questão administrativa complexa. O Ministério da Saúde adota em seu quadro de enfermeiros, servidores estatutários e contratados. Apesar de uma crise na área de saúde, da pandemia de coronavírus e todo o empenho dos profissionais, inclusive dos contratados ao serviço, a validade do contrato estava prevista para findar em dezembro de 2020, o que poderia acarretar em desemprego e pacientes potencialmente desassistidos.

O clima da organização não estava favorável e a adesão dos enfermeiros ao projeto não obteve sua totalidade na primeira fase de entrevista. Todos sentiam muito o desligamento dos colegas, tanto os que ficavam como os que permaneceram como estatutários ou foram recontratados.

Já na segunda fase, mantendo um panorama ainda pouco favorável, com novos profissionais sendo recebidos e treinados, a sobrecarga dos profissionais que já estavam ali, a restrição na realização de aglomerações e reuniões, além do acúmulo de atividades dos profissionais dificultou também o desenvolvimento da pesquisa.

Esse cenário culminou na estratégia de agendar a reunião de *brainstorming* online, já que a pandemia também contribuiu para a nossa criatividade e ampliação do uso de recursos a distância.

Apesar de fornecer datas e horários variados, contemplando dias de semana e final de semana também, foram concretizados 2 encontros virtuais muito proveitosos com a participação de 3 enfermeiros. Foi realizada uma pequena apresentação dos

dados encontrados nos formulários de 2018 e na entrevista anterior para motivá-los a verbalizar sobre as melhorias desse processo. Foi gravado apenas o áudio da conversa e tabulado as ideias principais em outro momento.

Já que os outros 5 enfermeiros restantes que participavam da pesquisa não conseguiram estabelecer uma data para participar dessa segunda etapa online e em grupo, a estratégia foi modificada novamente para efetivação de entrevista individual com a gravação de áudio e tabulação das ideias, posteriormente.

Contudo, as questões da pesquisa foram respondidas e fica o agradecimento pelo empenho dos profissionais que contribuíram para análise e propostas de melhorias.

8 PRODUÇÃO TÉCNICA

Através do desenvolvimento e resultados obtidos com esse estudo é possível entregar para a instituição produtos técnicos qualificáveis, de acordo com a Qualis Tecnológico/CAPEES.

O primeiro produto foi a publicação do artigo “O mapeamento de processo como ferramenta técnica para reformulação do instrumento de visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto a ser submetido a cirurgia cardíaca” em revista técnica, Research, Society and Development, **DOI:** <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.29307> .

Em resumo na tabela abaixo a toda a produção técnica desse estudo:

Tabela 7: Produção técnica do estudo: “Gestão de processos da visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto e sua contribuição para a cirurgia cardíaca segura”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Produção Técnica	
Produto CAPES	Produto do Estudo
Artigo Publicado em revista técnica	DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.29307
Relatório Técnico/Processo de gestão	Relatório do diagnóstico situacional
Protocolo tecnológico experimental/aplicação ou adequação tecnológica	Proposta de POP da Visita Pré-operatória do paciente adulto
Material didático	Tutorial de preenchimento do novo instrumento; Proposta de um plano de ação para implementar as mudanças

Fonte: Adaptado Qualis Tecnológico/CAPEES

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 358/2009. Sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília, 2009.
2. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7. ed.. rev. São Paulo, 2017.
3. Brasil. Constituição Federal. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986 [citado em 10 jun. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017 [Internet]. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília, 2017 [citado em 12 jun. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
5. Fragata J. Segurança dos doentes: uma abordagem prática. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Brasília: ANVISA, 2015 [citado 17 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2014>
6. Gama ZAS, Saturno PJ. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA; 2017 [citado em 20 jun. 2022]. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf
7. Barcellos GB. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes PSW. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. ed.. (revista e ampliada) – Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019 [citado em 16 set. 2022]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20-%20criando%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20seguras.pdf>
8. Arora VM, Reed DA, Fletcher KE. Building continuity in handovers with shorter residency duty hours. BMC Med Educ [Internet]. 2014 [citado em 19 set. 2022];14

Suppl 1(Suppl 1):S16. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4304275/>

9. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *N Engl J Med* [Internet] 2014: [citado em 17 fev. 2016]; 371:1803-12. Disponível em: http://www.uphs.upenn.edu/gme/pdfs/IPASS%20Article_Changes%20in%20Medical%20Errors%20After%20Implementation%20of%20a%20Handoff%20Program_NEJM_2014.pdf.

10. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2008 [citado em 10 jun. 2022];17(3):216-223. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519629>

11. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

12. Montserrat-Capella D, Cho M, Lima RS. A Segurança do Paciente e a Qualidade em Serviços de Saúde no Contexto da América Latina e Caribe. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA; 2017 [citado em 20 jun. 2022]. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf

13. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro, 2016.

14. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Fiocruz. Anexo 03: Protocolo para cirurgia segura. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

15. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS [Internet]. 2018 [citado em 12 jun. 2022]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

16. Rothrock JC. Alexander-Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

17. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. Ver. E atual. São Paulo: Manole, 2013.

18. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. 11. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2018.

19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 358/2009. Sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília; 2009.
20. Possari JF. Centro Cirurgico: Planejamento, Organização e Gestão. 3. ed. São Paulo: Iátria, 2007.
21. Leite LL, Fonseca MF, Braz MR, Nascimento MTF. Pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. In: Figueiredo NMA, Stipp MAC, Leite JL (Coord). Cardiopatias Avaliação e intervenção em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.
22. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2018 [citado em 20 out. 2022];111(3):436-539. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-111-03-0436/0066-782X-abc-111-03-0436.x55156.pdf
23. Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, Marques AC, Calderaro D, Fornari LS, et al. 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol [Internet]. 2017 [citado em 09 out. 2022];109(3 Supl 1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/KMF3nFCBXVFkHmwf89hKmfL/?format=pdf&lang=pt>
24. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: Washington, DC: National Academy Press, 2000.
25. Wachter RM. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2. ed.. Porto Alegre: AMGH, 2013.
26. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Nilo MS, Durán IA– Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.
27. Ilan R, LeBaron CD, Christianson MK, Heyland DK, Day A, Cohen MD. Handover patterns: an observational study of critical care physicians. BMC Health Serv Res. 2012;12:11.
28. Dicio. Dicionário Online de Português. Falha [Internet]. 2022 [citado em 20 jun. 2022]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/falha/>.
29. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13 Suppl 1:i85-90.

30. Brooke J, Hasan N, Slark J, Sharma P. Efficacy of information interventions in reducing transfer anxiety from a critical care setting to a general ward: a systematic review and meta-analysis. *J Crit Care*. 2012;27(4):425.e9-15.
31. World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra, 2009.
32. Brodsky-Israeli M, DeKeyser Ganz F. Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. *J Adv Nurs*. 2011;67(3):510-8.
33. Fonseca A S, Peterlini F L, Costa D A. Segurança do Paciente. São Paulo: Martinari, 2014.
34. Van Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeren JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Med* [Internet]. 2015 [citado em 17 fev. 2016]; 41(4): 589-604. Disponível em: http://ncbi.nih.gov/pmc/articles/PMC_4392116.
35. Horbe TAN, Moura GL, Silva AH, Vargas KS, Machado EC. Gestão por processos: uma proposta de melhoria aplicada a uma pequena empresa do ramo de alimentação. *Sistemas e Gestão*. 2015;10:226-237.
36. RedCap. Redcap Brasil: Rio de Janeiro, 2018 [citado em 24 set. 2018]. Disponível em: <https://www.redcapbrasil.com.br>
37. Craig R, Moxey L, Young D, Spenceley NS, Davidson MG. Strengthening handover communication in pediatric cardiac intensive care. *Paediatr Anaesth*. 2012;22(4):393-9.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Cardiologia. Sobre o instituto. 2018 [citado em 24 set. 2018]. Disponível em: <http://www.incl.rj.saude.gov.br/htm/inc.htm>.
39. Megan K, Devlin, Natalie K, Kozij, Kiss A, Lisa Richardson MA, et al. Morning handover of On-Call Issues. Opportunities for Improvement. *JAMA Intern Med*. [Internet]. 2014 [citado em 04 jul. 2016];174(9): 1479-1485. Disponível em: <http://www.archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1889010>.
40. Proqualis. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Fiocruz. Simplificando a melhoria da qualidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
41. Fiel Filho A. Gestão dos Processos e a Eficiência na gestão pública. In Kanaane R, Fiel Filho A, Ferreira MG (org). *Gestão Publica Planejamento, processos, sistema e informação e pessoas*. São Paulo: Atlas, 2010.

42. Scartezini LMB. Análise e Melhoria de Processos [Internet]. Goiânia, 2009 [citado em 02 out. 2022]. Disponível em: <https://siseb.sp.gov.br/arqs/GE%20B%20-%20An%c3%a1lise-e-Melhoria-de-Processos.pdf>
43. Hammer, M; Champy, J. Reengenharia: revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerencia. 27. ed.. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
44. Pedrosa T, Couto R. Mapeamento de Processos. 2. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
45. Chiavenato I. Introdução à Teoria da Administração. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsvier - Editora Campus, 2003.
46. Besant H. The Journey of Brainstorming. Journal of Transformative Innovation. [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.regent.edu/journal/journal-of-transformative-innovation/the-history-of-brainstorming-alex-osborn/>
47. The Council for Six Sigma Certification. Six Sigma: A Complete Step-by-Step Guide [Internet]. 2018 [citado em 23 nov. 2022]. Disponível em: <https://excelenciaempauta.com.br/tag/lean-six-sigma/>
48. Gartua JI, Garrigós JA, Hervas-Oliver JL. How innovation management techniques support an open innovation strategy. Research Technology Management. 2010;53(3):41-52.
49. Kavadias S, Sommer SC. The Effects of problem Structure and Team Diversity on Brainstoming Effectiveness. 2007.
50. Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. Manual de Ferramentas da Qualidade [Internet]. 2005 [citado em 12 jan. 2021]. Disponível em: <http://www.dequi.eel.usp.br/~barcza/FerramentasDaQualidadeSEBRAE.pdf>.
51. Oliveira, AL, Tsan Hu, OR. Gerenciamento do ciclo da qualidade. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018.
52. Damelio R. The basics of process mapping. 2. ed.. 2011.
53. Collela F. A matriz impacto x esforço. Sociedade Brasileira de Coaching [Internet]. 2013 [citado em 08 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.sbcoaching.com.br/blog/colaboradores/matriz-impacto-x-esforco/>.
54. Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OECD. Oslo Manual: Guide-line for collecting and interpreting innovation data. 3. ed. European Comission: OECD. 2005.
55. Barbieri JC, Álvares ACT, Cajazeira JER. Gestão de Idéias para inovação contínua. Porto Alegre: Bookman. 2009.

56. Grittem L, Meier MJ, Zagonel IPS. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. Texto contexto Enfermagem [Internet]. 2008 [citado em 12 Jun. 2022];17(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400019>.
57. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Cardiologia. Plano de Segurança do paciente. Rio de Janeiro, 2018.
58. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirurgico. Práticas recomendadas. 6. ed.. Ver. E atual. São Paulo: Manole, 2013.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
60. Saragiotto IRA, Tramontini CC. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória - estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2009 [citado em 11 ago. 2013]; 8(3):366-371. Disponível em: <http://edueemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9018/5003>.
61. Camargo CD, Araujo BR, Francisco AF, Lourenço AS, Caregnato RCA. Visitas de enfermagem pré e pósoperatórias: revisão integrativa. Rev. SOBECC [Internet]. 2021 [citado em 13 out. 2022]; 26(4):246-252. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040008>.
62. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad Saude Publica. 2009 ; 25(10):2095-2109.
63. Calazans ATS. Qualidade da informação: conceitos e aplicações. TransInformação 2008; 20(1):29-48.
64. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do sistema de informações sobre nascidos vivos, 2002. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):701-14.
65. D'Eça Júnior A, Brito MVB, Rodrigues LDS, Martins RJS, Rabelo PPC. Check list da visita pré-operatória de enfermagem: avaliação da qualidade dos dados. Rev. Enferm. UFSM [Internet]. 2020 [citado em 21 jul. 2022];10(e22):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769236082>.
66. Grittem L. Sistematização da Assistência Perioperatória: uma tecnologia de enfermagem [dissertação]. [Internet]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná, 2007 [citado 12 out. 2022]. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oLucianaGrittem.pdf>.
67. Araújo IEM, Noronha R. Comunicação em enfermagem: Visita Pré-operatória. Acta Paulista de Enfermagem. 1998;11(2):35-46.

ANE XOS

ANEXO 1 - FICHA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM ADULTO

Frente

PRÉ-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Prontuário: _____ Nome: _____ Leito: _____
 Idade: _____ Sexo: () F () M DN: ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ OS: _____ RH: _____
 Data da Internação: ____/____/____ Dias internação: _____ Data procedimento cirúrgico: ____/____/____ Horário previsto: _____

1. **História de Doença Atual/Queixa Principal:** _____

Diagnóstico Médico: _____
 Cirurgia Proposta: _____

2. **História Progressiva:** () HAS () DM () Dislipidemia () DPOC () Hiperplasia Prostática () Dç Reumática () Hist. Famili
 () F.A. () Outros: _____

• Cirurgias Anteriores: _____
 Alergia: _____ Transfusão prévia de Hemocomponentes: () SIM () NÃO

3. **Dados da Internação e Preparo Cirúrgico:** _____
 • Uso da Mupirocina: () Iniciando no dia da visita () < 5 dias () > 5 dias
 • Medicamentos usados no dia da visita (atentar para antibióticos): _____

 • Liberação Odontol: () SIM () NÃO
 • Consentimentos: -TCLE Geral: () SIM () NÃO - TCLE Cirúrgico: () SIM () NÃO - TCLE válvulas: () SIM () NÃO
 • Está em Precaução de Contato? () SIM () NÃO Microorganismo: _____

3.1 - Exames:		Data	Resultados							
Imagem	ECO		Função VE: () Normal () Leve () Moderada () Grave PSAP: _____ Fração Ejeção: _____ Câmaras normais: () Sim () Não • V. Mitrál: () Estenose () Insuficiência: Leve / Moderada / Grave () • V. Aórtica: () Estenose () Insuficiência: Leve / Moderada / Grave () • V. Tricúspide: () Estenose () Insuficiência: Leve / Moderada / Grave () • V. Pulmonar: () Estenose () Insuficiência: Leve / Moderada / Grave ()							
	CAT		Ventriculografia: () Normal () Leve () Moderada () Grave TCE: _____ DA: _____ Dg1: _____ Dg2: _____ Dg3: _____ CX: _____ Mg1: _____ Mg2: _____ Mg3: _____ CD: _____ DP: _____ VP: _____							
	Outros: TC/RNM/ Doppler RX									
Labs	Hemog/ Coagulog. Biol.		HTO:	Hb:	Leuc:	Pla:	BNR:	TAP:	Glic:	PTT:
			K:	Na:	Ureia:	Creat:	Mg:	Ca:	Hb Glic:	PCR-4

3.2 **Achados relevantes no Exame Físico:**

• Neurológico: () Lucido () Orientado () Confuso () Déficit Cognitivo () Doença Psiquiátrica () Sedação: RASS: _____
 • Integridade: () Preservada () Prejudicada:
 • Digestório: () Distensão Abdominal () Náusea () Vômitos () Sonda Gástrica () Sonda Enteral () RG _____
 • Mobilidade: () Deambula () Acamado () Sequela Motora:
 • E. Vesical: () Espontânea () Incontinência () CVD
 • Membros:
 • Ventilação/Supor O2: () Espontânea () TOT () TOT () Ar Ambiente () Macronebulização () V. Mecânica
 • Infusões Venosas:
 • Diagnósticos Atuais: () DAAE () DAAE () DAAE () DAAE

Verso

Diagnósticos de Enfermagem

Padrões	Diagnóstico	Pré	Trans	Pós
Trocar	Risco para aspiração			
	Risco de infecção			
	Risco para queda			
	Risco para Trauma mecânico			
	Risco de desequilíbrio do volume de líquidos			
	Risco de desequilíbrio da temperatura corporal			
	Risco de disfunção neurovascular periférica			
	Risco de lesão por posicionamento perioperatório			
	Risco de sangramento			
	Integridade tissular prejudicada			
	Ventilação espontânea prejudicada			
	Eliminação urinária prejudicada			
	Débito Cardíaco diminuído			
	Padrão respiratório ineficaz			
	Dentição prejudicada			
	Constipação			
	Volume de líquidos desequilibrado			
	Hipo/Hipertermia			
Mover	Débito urinário comprometido			
	Proteção ineficaz			
	Mobilidade física prejudicada			
Sentir	Padrão de sono perturbado			
	Intolerância à atividade			
Conhecer	Ansiedade, medo			
	Dor			
Perceber	Conhecimento deficiente			
	Baixa auto-estima situacional			
	Percepção sensorial auditiva prejudicada			
Comunicar	Percepção sensorial visual prejudicada			
	Comunicação verbal prejudicada			
Outros				

5. Conduta Enfermeira:

1. Orientar o paciente e família sobre: () Jejum () Banho () Próteses () Apêndices () Períodos
2. Atentar para presença de Tatuagens e cicatrizes
3. Atentar para a colocação e adequação de coxins e protetores.
4. Solicitar cateterismo vesical prévio para pacientes com afecção prostética e afins.
5. Atentar para resolução de possíveis FENÔMENOS:
6. Orientar quanto ao processo Peri Operatório:
 - 6.1 - Transporte e Recepção no CC
 - 6.2 - Anestesia
 - 6.3 - Procedimentos Invasivos
 - 6.4 - Despertar no P. Operatório: Tuba. Comensão, Drenos e "fios"
 - 6.5 - Ingesta hídrica
 - 6.6 - Dor
 - 6.7 - Mobilização
 - 6.8 - Tosse
 - 6.9 - Eliminações: vesical e intestinal

Firmo

Data: / /

ANEXO 2 - FICHA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Frente



Instituto Nacional de Cardiologia

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Nome: _____ Posto: _____ Alergia: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M Unidade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ GS: _____ Rh: _____

Data da internação: ____/____/____ Data programada para o procedimento cirúrgico: ____/____/____ HORA: _____

Dias de internação: _____

Cirurgia Proposta: _____ Diagnóstico Pré Operatório: _____

1. História Progressiva: () HAP () DM: tipo ____ () Outras comorbidades: _____

2. Mal formação congênita: _____

3. Cirurgias Anteriores: _____

4. Medicamentos usados no dia da visita: _____

5. Antibiótico-terapêutica: () SIM () NÃO TIPO: _____

6. Precaução: () SIM () NÃO QUAL: _____

Exames Laboratoriais	DATA	IN	IN	IN	Plasma
11.1 Hemograma		IN	IN	IN	IN
11.2 Coagulograma		IN	IN	IN	IN
11.3 Rastros		IN	IN	IN	IN
Exames complementares	DATA	IN	IN	IN	IN
ECG-DOPPLER		IN	IN	IN	IN
ECG		IN	IN	IN	IN
CAT		IN	IN	IN	IN
OUTROS EXAMES		IN	IN	IN	IN

Neurologia	Cardíaco	Respiratório	Gastro	Eliminações
Consciência	Perfusão Tissue	Respiração (a)	• Dieta	• Urinária
Postura	☐ Bom	☐ Alterada	☐ Boa Acetação	☐ Espontânea: fluida
Acuidade	☐ Regular	☐ TIT a/ associação	☐ Nódulos a/c	☐ BVD
Força	☐ Simétrico	☐ TIT c/ associação	☐ Dores	• Característica
Reflexo (a)	☐ Acromioclavicular		• Via de saída	☐ Concentrada
Reflexo (a)		Condições alérgicas 48h	☐ ORAL	☐ Pontuação
		☐ Tímido	☐ INE-ONG	☐ Pós de grumos
	• Pulso	☐ Faltando	☐ Permeável	• Volume
	☐ Forte	☐ Anormal	☐ Anestesia	☐ Bom débito
	☐ Faltando			☐ Polêmico (a)
EC	☐ Regular	☐ Discreta	• Atividade	☐ Difusivo (a)
	☐ Irregular		☐ Flácido	☐ Anúncio
			☐ Intensa	• Intestinal
			☐ Normotensa	☐ Presente
			☐ Peristaltico	☐ Ausente
pré-teste de Enfermagem	☐ Anestesia ☐ Cuidado: Iniciar de regime terapêutico e ou alimentar ☐ Risco de lesão por aspiração ☐ Risco de infecção ☐ Risco de lesão			
Exatidão Exprimida	☐ Subcentral e Enfraquecimento ☐ Perda de Tissue ☐ Estado Sanguíneo anormal ☐ Insuficiência de Tissue (a) insucesso			
Intensidade	☐ Dispersão Anestesiada ☐ Ausência de recuperação e hemossíntese ☐ Cuidado da pressão sobre lesão ☐ Perda de sangue transoperatório ☐ Cuidado com lesão da incisão			
verificar de Enfermagem	☐ Risco de lesão da pele, clareza, hemorragia e outros			

Verso

Ações e modificações em infusão:	Sinais vitais
	DEORA _____
	TEMP _____
	FC _____
	PA _____
	FR _____

Condições da pele:



Orientações ao paciente e família

() Dejeitar após as 22h00z. () Banho pré-operatório (solução degermante à 4% fornecido pelo hospital). () Retirar todos os pertences do quarto da enfermeira e guardar no alojamento. () Familiares aguardando procedimento cirúrgico no POI () Aguardar a liberação da vista, pela a equipe médica no mesmo dia. () Higiene das mãos antes e depois da vista.

RIO DE JANEIRO, ____ / ____ / ____

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS ENFERMEIROS

QUESTIONÁRIO SOBRE VISITA PRÉ-OPERATORIO NO ADULTO - INC

IDENTIFICAÇÃO

- 1) Número: _____ Idade: _____
- 2) Tempo de atividade em centro cirúrgico do INC: () Menor que 1 ano () 1 a 5 anos () maior que 5 anos
- 3) Tempo de graduado: () menos 5 anos () entre 5 e 10 anos () mais de 10 anos
- 4) Possui Pós-graduação: () sim () não
- 5) Pós-graduação em Cardiologia: () sim () não
- 6) Pós- graduação Centro Cirúrgico: () sim () não

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ADULTO

- 7) Como você sabe quais os pacientes devem passar pela visita pré-operatória de enfermagem no dia do seu plantão? (marcar todas as opções citadas)
- () Através do mapa cirúrgico no sistema interno
- () Contatando (telefone) a secretaria de cirurgia
- () Através do mapa cirúrgico no e-mail
- () Outros: _____
- 8) Em que momento você realiza a visita pré-operatória de enfermagem?
- () Após o término da minha cirurgia.
- () Quando estou sem procedimentos.
- () Quando o mapa cirúrgico é publicado.
- () Outros: _____

9) Geralmente, qual o horário que se obtém a informação do mapa cirúrgico?

☐) Antes das 14h

☐) Entre 14h e 17h

☐) Após às 17h

☐) outro: _____

10) Em média, quantas visitas pré-operatórias de adulto são feitas por dia:

☐) 1 ou 2

☐) 3 ou 4

☐) mais de 4

11) De quem é a responsabilidade de realização das visitas pré-operatórias de enfermagem?

☐) Enfermeiro do CC diurno

☐) Enfermeiro do CC noturno

☐) Enfermeiro da SH

☐) Enfermeiro residente

☐) Todos

☐) Outro: _____

12) Quando se tem mais de uma visita pré-operatória, como ocorre a divisão das visitas a serem realizadas:

☐) O enfermeiro que estiver disponível realiza todas.

☐) Cada enfermeiro é responsável por uma visita pré-operatória.

☐) O enfermeiro residente realiza todas as visitas pré-operatórias.

☐) Outro: _____

13) Quais são os procedimentos em pacientes elegíveis para a visita pré-operatória adulta?

- ☐ Cirurgias cardíacas
- ☐ TAVI
- ☐ Endopróteses
- ☐ Todos no mapa cirúrgico e da sala híbrida
- ☐ Cirurgias com esternotomia
- ☐ Outro: _____

14) Quais os procedimentos em pacientes não elegíveis para a visita pré-operatória adulta?

- ☐ Implante de marcapasso
- ☐ Cirurgia geral
- ☐ Revisão cirúrgica
- ☐ Curativo cirúrgico
- ☐ Cirurgia vascular
- ☐ Cirurgia torácica
- ☐ Outro: _____

15) Definido o paciente que será feita a visita pré-operatória de enfermagem, o que é feito no Centro Cirúrgico? (numerar na ordem que são realizados)

- ☐ Separar o impresso;
- ☐ Dirigir a unidade de internação do paciente;
- ☐ Verificar informações no prontuário eletrônico;
- ☐ Outros:

16) O que é feito na unidade do paciente? (numerar na ordem que são realizados)

- () Apresenta-se a equipe da unidade de internação, explicando o motivo da visita;
- () Checar e coletar informações do prontuário físico: tais como histórico de saúde e dados das internações;
- () Checar e colher informações da prescrição médica;
- () Verificar e registrar medicações em uso e recentemente utilizadas, especialmente anticoagulantes e antibióticos;
- () Se faz/fez uso de antibiótico recentemente, checar profilaxia cirúrgica junto à CCIH.
- () Checar e colher informações do balanço e ficha de controle da enfermagem, tais como sinais vitais, curativos, intercorrências;
- () Verificar se há divergência entre a cirurgia proposta no mapa cirúrgico e o prontuário;
- () Verificar e registrar presença e assinatura do termo de internação;
- () Verificar e registrar presença e assinatura do termo de cirurgia;
- () Verificar e registrar presença e assinatura do termo de opção de válvula;
- () Verificar e registrar presença e assinatura do termo de hemoderivados;
- () Verificar e registrar liberação do serviço de odontologia;
- () Verificar e registrar utilização de mupirocina;
- () Verificar e registrar o resultado de exames;
- () Verificar e registrar se há precaução de contato ou respiratória;
- () Verificar e registrar a ocorrência de alergia;
- () Outros:

17) O que é verificado junto ao paciente? (numerar na ordem que são realizados)

- () Confirmar informações do histórico de saúde e alergia junto ao paciente;
- () Realizar a inspeção do tórax;
- () Realizar a inspeção dos MMII;
- () Realizar inspeção do dorso;

- () Realizar exame físico céfalo-caudal;
- () Registrar alterações no exame físico;
- () Registrar a presença de cateteres;
- () Verificar junto aos indivíduos do sexo masculino a presença de sintomas de estenose uretral ou doença prostática;
- () Outros:

18) O que será orientado ao paciente? (numerar na ordem que são realizados)

- () Realizar orientações sobre jejum;
- () Realizar orientações sobre antissepsia da pele;
- () Realizar orientações sobre guarda de pertences e desocupação do leito de internação;
- () Realizar orientações sobre retirada de adornos e próteses dentárias removíveis;
- () Realizar orientações sobre a não realização de tricotomia pelo paciente;
- () Realizar orientações sobre cancelamento cirúrgico;
- () Realizar orientações sobre preparação e procedimento cirúrgico a ser realizado;
- () Realizar orientações sobre o despertar no CTI;
- () Realizar orientações sobre dor e analgesia pós-operatória;
- () Realizar orientações sobre alimentação e ingestão hídrica no pós-operatório;
- () Realizar orientações sobre mobilização no pós-operatório;
- () Realizar orientações sobre visitas no CTI;
- () Realizar orientações sobre o uso e retirada de drenos e cateteres;
- () Realizar orientações sobre eliminações vesico-intestinais no pós-operatório;
- () Realizar orientações sobre higiene no leito no pós-operatório;
- () Outros:

19) Você analisa e registra os diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades individuais?

() sim () não

20) Se sim, quais os diagnósticos de enfermagem são comumente encontrados e registrados?

21) Quais são os passos seguintes após examinar e orientar o paciente? (numerar na ordem que são realizados)

() Comunicar a equipe médica sobre possíveis pendências;

() Comunicar a equipe de enfermagem sobre possíveis pendências;

() Comunicar a equipe do centro cirúrgico sobre ocorrências que possam impedir a cirurgia;

() Verificar junto ao banco de sangue hemocomponentes disponíveis;

() Verificar junto ao Almoxarifado a conformidade com os materiais de consumo necessários;

() Verificar a disponibilidade de materiais permanentes para atender a todas as cirurgias propostas.

()

Outro: _____

22) Quais os pontos de maior dificuldade na visita pré-operatória de enfermagem?

() Realizar duas tarefas ao mesmo tempo;

- () O horário de liberação do mapa cirúrgico;
- () Não ter uma profissional exclusiva para realização da mesma;
- () Escassez de tempo;
- () Prontuário mal organizado;
- () Comunicação com a equipe da unidade de internação;
- () Falta de conhecimento por parte dos enfermeiros sobre as patologias e cirurgias;
- () Paciente sem informação alguma sobre o processo cirúrgico;
- () Acesso ao prontuário;
- () Acesso a prescrição;
- () Realizar o diagnóstico de enfermagem;
- () Realizar o exame físico do paciente;
- () Informações sobre os protocolos institucionais para a cada tipo de cirurgia;
- () Outro:

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da **Gestão de Processo da Visita Pré-operatória de Enfermagem do adulto e sua contribuição para a cirurgia segura e o cuidado integral**. Você foi selecionado por compor o corpo de enfermeiros do centro cirúrgico e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo principal deste estudo é: Mapear o processo de visita pré-operatória de enfermagem em cirurgia cardíaca, no paciente adulto. E para objetivos secundários: Descrever o fluxo da visita pré-operatória de enfermagem no INC; Propor melhorias do processo de gestão da visita pré-operatória em cirurgia cardíaca do paciente adulto.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário e posteriormente participar de uma reunião para contribuir com melhorias no instrumento de visita pré-operatória.

Tal estudo não relaciona qualquer risco em sua participação. No entanto, sua participação trará uma contribuição ímpar para mapear a visita pré-operatória de enfermagem e a proposição de futuras melhorias para o cuidado, para a experiência do paciente e para a segurança da cirurgia realizada nesse instituto.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo seu formulário de entrevista preenchido apenas com as iniciais de seu nome.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com o pesquisador responsável: Roberta Stochero Nascimento, Tel: 21 98801-3702, e-mail: roberta.stochero1@gmail.com

Pesquisadores e currículo Lattes:

Roberta Stochero Nascimento - <http://lattes.cnpq.br/5593247491700532>

Tereza Cristina Felipe Guimarães - <http://lattes.cnpq.br/8808761806635611>

Marília de Moraes Vasconcellos - <http://lattes.cnpq.br/8933754006135420>

Roberta Stochero Nascimento

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do INC, localizada na Rua das Laranjeiras, nº374, 5º andar, Rio de Janeiro, RJ. CEP: TEL: (21) 3037-2307

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20__.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE 3 – APRESENTAÇÃO BRAINSTORMING



Gestão de Processo da Visita Pré-operatória de Enfermagem do adulto e sua contribuição para a cirurgia segura e o cuidado integral

Investigadora Principal: Roberta Stochero Nascimento
Orientadora: Tereza Cristina Felipe Guimarães
Co-orientadora: Marília Vasconcellos

FEVEREIRO/2021

INTRODUÇÃO

Objetivo Geral



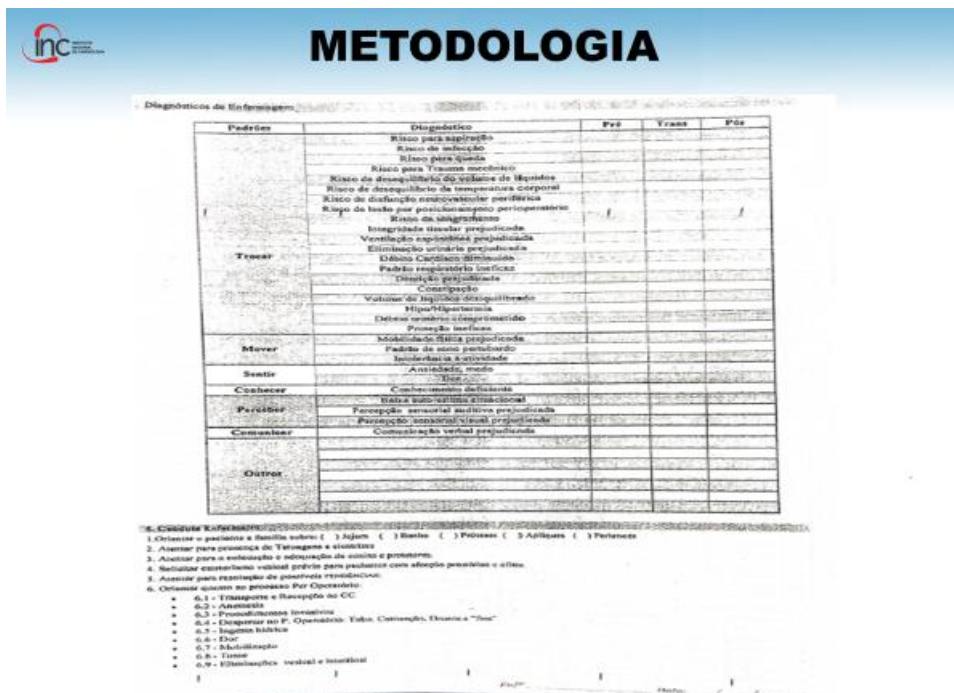
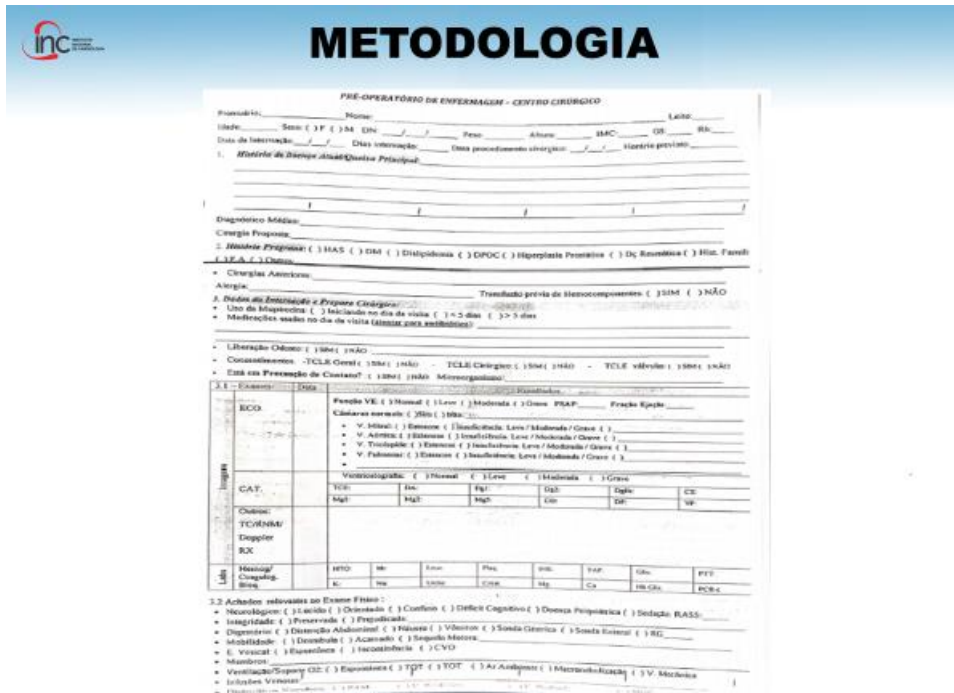
Estruturar o processo de visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico ao paciente adulto a ser submetido a cirurgia cardíaca.

Objetivos Secundários

Mapear o processo de visita pré-operatória de enfermagem em cirurgia cardíaca, no paciente adulto;

Descrever o fluxo da visita pré-operatória de enfermagem no INC;

Propor melhorias do processo de visita pré-operatória em cirurgia cardíaca do paciente adulto.



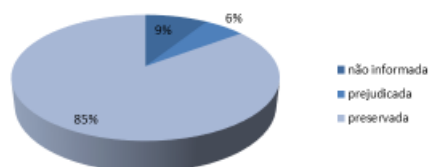


**RESULTADOS PRELIMINARES
Instrumento - 2018**

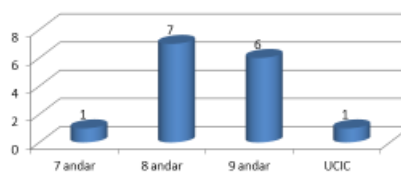
Diagnóstico	Número de pacientes sem liberação odontologia	Percentual de pacientes sem liberação odontologia
Angina estável	13	20%
Angina instável	3	4,6%
Lesão Valvar	9	13,8%
Insuficiência Cardíaca	1	1,5%
IAM < 30 dias	4	6,2%
IAM > 30 dias	4	6,2%
Cardiopatia congênita	1	1,5%
Aneurisma	3	4,6%
Endocardite	3	4,6
Dissecção de aorta	1	1,5%
Não informado	4	6,2%
Outros	26	40%
TOTAL	65	100%

RESULTADOS PRELIMINARES Instrumento - 2018

Percentual de pacientes em relação a
integridade da pele



Distribuição de pacientes com
integridade de pele prejudicada por
setor



RESULTADOS PRELIMINARES

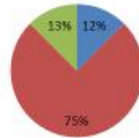
RISCO DE INFECÇÃO	QUANTITATIVO PACIENTES	PERCENTUAL DE PACIENTES	RISCO DESEQ DE TEMPERATURA	QUANTITATIVO PACIENTES	PERCENTUAL DE PACIENTES
PRE-OPERATÓRIO	16	6,2%	PRE-OPERATÓRIO	12	4,7%
TRANS OPERATÓRIO	15	5,8%	TRANS OPERATÓRIO	14	5,4%
POS-OPERATÓRIO	14	5,4%	POS-OPERATÓRIO	14	5,4%
NÃO INFORMADO	240	93%	NÃO INFORMADO	242	93,8%

RISCO PARA QUEDA	QUANTITATIVO PACIENTES	PERCENTUAL DE PACIENTES	RISCO DE SANGRAMENTO	QUANTITATIVO PACIENTES	PERCENTUAL DE PACIENTES
PRE-OPERATÓRIO	13	5,0%	PRE-OPERATÓRIO	13	5,0%
TRANS OPERATÓRIO	15	5,8%	TRANS OPERATÓRIO	15	5,8%
POS-OPERATÓRIO	15	5,8%	POS-OPERATÓRIO	16	5,2%
NÃO INFORMADO	239	92,6%	NÃO INFORMADO	236	91,5%

RESULTADOS PRELIMINARES Questionário

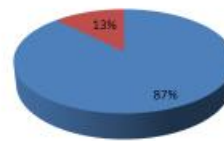
Tempo de atividade no centro cirúrgico do INC

■ Maior que 5 anos ■ Entre 1 e 5 anos ■ Menor que 1 ano



Enfermeiros com pós-graduação em Centro Cirúrgico

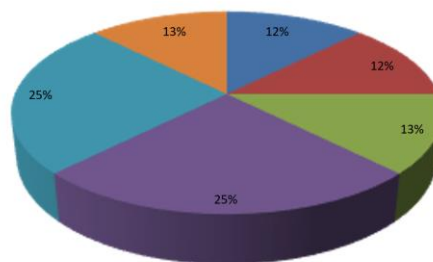
■ Não Possui ■ Possui



RESULTADOS PRELIMINARES Questionário

Momento em que o Enfermeiro realiza a visita pré-operatória

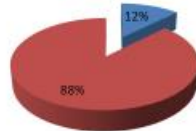
■ Após o término da minha cirurgia
■ Após o término da minha cirurgia e quando estou sem procedimentos
■ Após o término da minha cirurgia e quando o mapa cirúrgico é publicado
■ Após o término da minha cirurgia, quando estou sem procedimentos e quando o mapa cirúrgico é publicado
■ Quando estou sem procedimentos
■ Quando o mapa cirúrgico é publicado



RESULTADOS PRELIMINARES Questionário

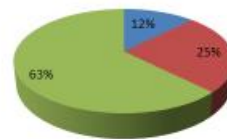
Quantidade de visitas pré-operatórias a serem realizadas por dia

■ Mais de 4 visitas ■ De 3 a 4 visitas



Horário de liberação do mapa cirúrgico

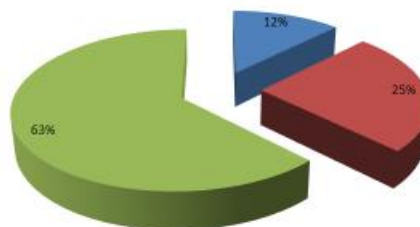
■ Antes das 14h ■ Após as 17h ■ Entre 14 e 17h



RESULTADOS PRELIMINARES Questionário

Responsabilidade para a realização de visita pré-operatória

■ Enfermeiro diurno e noturno ■ Enfermeiro diurno e residente ■ Todos





Para refletir

Existem campos na visita pré-operatória que podem ser suprimidos?

Existem informações que precisam ser incluídas?

Quais alterações facilitariam a realização da visita pré-operatória?

APÊNDICE 4 – RELATÓRIO PARA O CENTRO CIRÚRGICO DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Aos Cuidados da chefia de Enfermagem do Centro Cirúrgico

Estudo: Gestão do Processo da Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto e sua contribuição para a cirurgia segura e o cuidado integral

Investigadora Principal: Roberta Stochero Nascimento

Orientadora: Tereza Cristina Felipe Guimarães

Co- orientadora: Marília Vasconcellos

RELATÓRIO FINAL

I. INTRODUÇÃO:

Refletir sobre a visita pré-operatória realizada pela enfermagem do Centro cirúrgico é revisitar e analisar o processo, entender sua contribuição para um cuidado integral ao paciente e sua importância na aplicação do Protocolo de Cirurgia Segura do INC e do Ministério da Saúde.

Este olhar vai além do cumprimento de legislações vigentes, mas de um cuidar de maneira profissional mais humanizada e técnica, ao buscar qualidade no atendimento prestado, minimizando riscos e recuperação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

A partir da vivência profissional buscou-se oportunidade de melhoria em um processo de impacto para o centro cirúrgico e que agregasse valor ao atendimento dos pacientes na instituição.

II. OBJETIVO:

Esse estudo teve como objetivo principal: estruturar o processo de visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico ao paciente adulto a ser submetido à cirurgia cardíaca.

E como objetivos secundários: mapear o processo de visita pré-operatória de enfermagem em cirurgia cardíaca, no paciente adulto; descrever o fluxo da visita pré-operatória de enfermagem no INC; propor melhorias do processo de visita pré-operatória em cirurgia cardíaca do paciente adulto; aplicar uma ferramenta de

priorização de ações; estruturar um novo instrumento (formulário com tutorial de preenchimento) para que a mudança proposta possa ser monitorada através de indicadores específicos.

III. **METODOLOGIA:**

Para atingir tais objetivos, foi realizada a estruturação do processo através de metodologia de mapeamento do processo de visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto, com as seguintes etapas:

1. Identificação do problema e oportunidades com análise do processo crítico:

1.1 Entender o problema; levantar seu histórico e a frequência da ocorrência; observar os instrumentos utilizados e a confiabilidade dos padrões.

1.2 Achado: Ausência do mapeamento do processo de visita pré-operatória de enfermagem em cirurgia cardíaca, no paciente adulto; oportunidade de melhorias da atividade de visita pré-operatória após análise de dados anteriores dos formulários pertinentes a esse processo, extraídos e registrados em uma base de dados (RedCap), preenchidos em 2018.

2. Definição do escopo

Identificada a oportunidade de melhoria e determinado o objeto do trabalho: a Visita pré-operatória do adulto, realizada pelo enfermeiro plantonista do centro cirúrgico, com o uso de instrumento próprio.

3. Análise do processo em curso

3.1 Análise do instrumento de visita pré-operatória de adulto realizadas no ano de 2018, extraídos e registrados em uma base de dados (RedCap).

3.2 Aplicação de questionário com a finalidade de obter informações sobre o modo de realização da atividade de visita pré-operatória e também as dificuldades nesse processo. Realizado com os enfermeiros envolvidos na visita pré-operatória de enfermagem, utilizando instrumento com perguntas fechadas.

4. Mapeamento do processo crítico (desenho do processo)

Nessa etapa foi obtida a construção do fluxograma do processo, utilizando a ferramenta SIPOC. (*Supplier, Input, Process, Outputs e Customer*) que, ao analisar todos esses fatores, possibilitou a compreensão do trabalho executado e,

posteriormente permitiu a proposta de intervenção em pontos específicos do processo, para promover a sua melhoria.

5. Redesenho do processo

5.1 Utilização da técnica de brainstorming, como processo de equipe no qual os participantes emitem ideias de modo livre, sem críticas, para o registro de diferentes ideias. Foi estruturado em apresentação do assunto, de modo claro e objetivo; a seguir registradas as ideias; e em seguida análise e priorização das mesmas.

6. Identificação e seleção das causas mais prováveis do problema; definição de priorização das ações propostas

Análise e categorização das tarefas e ações propostas pela equipe, após o brainstorming; utilização da ferramenta de priorização de ações (matriz de esforço e impacto) para a definição de ações a partir do menor esforço e maior impacto para a melhoria do processo. Os problemas foram analisados sob estes dois aspectos, e atribui-se os números 1; 3; 6 e 9, correspondendo o 9 ao maior impacto e esforço, números que foram somados para obtenção de um valor para cada problema analisado.

7. Proposta de um plano de ação para implementar as mudanças ao processo ao CC/INC

7.1 Elaboração de um plano de ação que contemple: treinar e capacitar equipe; comunicar internamente as alterações do processo; executar e acompanhar as ações; registrar resultados; coletar dados; determinar uma meta; monitorar resultados através de indicadores; comparar os resultados; verificar a continuidade ou não do problema; e sugerir o planejamento de solução de problemas remanescentes.

IV. ANÁLISE DE RESULTADOS:

A análise das visitas pré-operatórias do paciente adulto realizadas pelos enfermeiros no ano de 2018, mostrou um cenário de muita variabilidade neste processo.

No total foram analisadas 257 fichas de visita pré-operatória de enfermagem do paciente do adulto.

Os dados dessas visitas encontram-se registrados e disponíveis no Redcap, plataforma de armazenamento de dados disponível no INC, para subsidiar a análise.

A análise do diagnóstico situacional do preenchimento do instrumento demonstrou uma variabilidade de informações, incluindo a ausência de vários dados,

que não atendiam a nenhum padrão estabelecido de registros. Em atividades em que há um padrão definido a diminuição da variabilidade proporcionará ganhos na monitorização e métrica de um determinado processo. Deste modo poderá agregar valor a qualidade da assistência prestada.

Abaixo os gráficos demonstraram o não preenchimento de itens da visita pré-operatória de enfermagem e que poderiam impactar na conduta da equipe cirúrgica durante o período operatório.

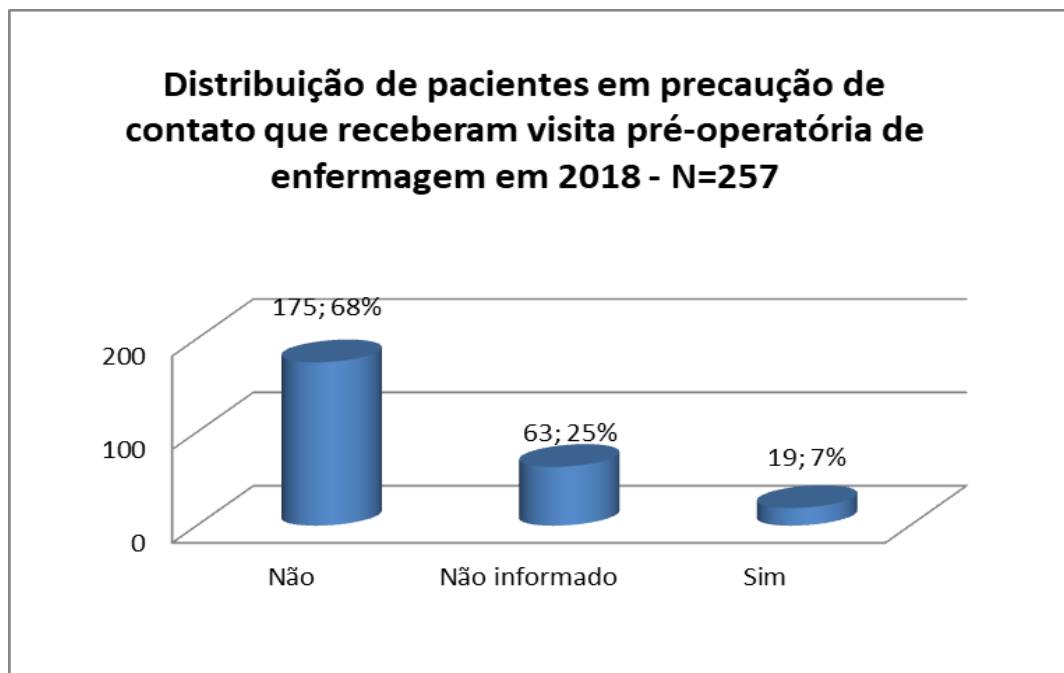


Gráfico 1: Precaução de contato segundo visita pré-operatória de enfermagem em 2018.

Fonte: Dados RedCap; INC; 2018

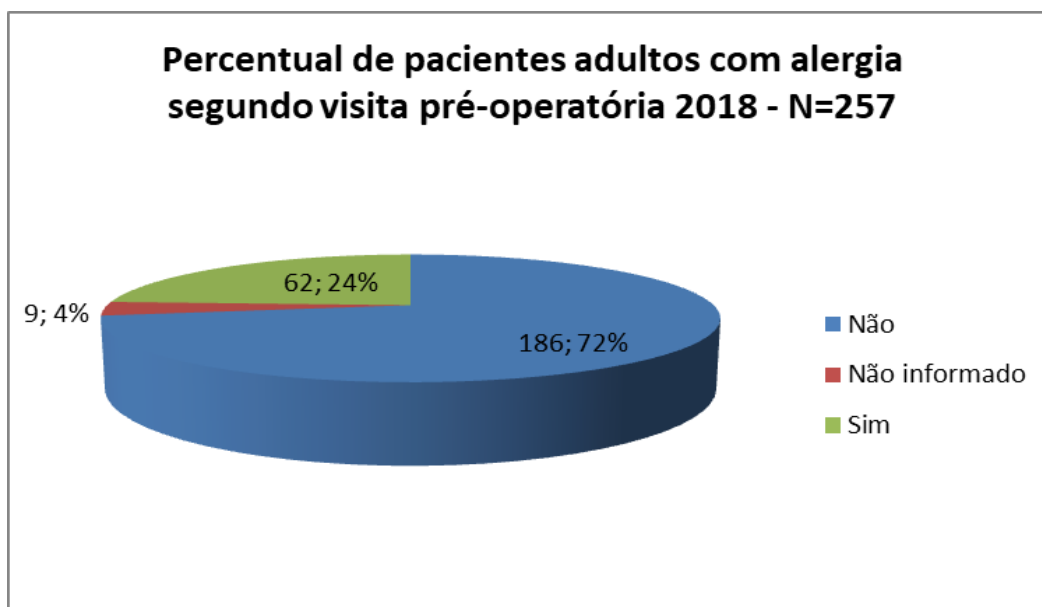


Gráfico 2: Alergia segundo visita pré-operatória de enfermagem em 2018.

Fonte: Dados RedCap; INC; 2018

Esse cenário de inconsistências, variabilidade nas respostas e ausência de informações, demonstra uma oportunidade de melhoria para uma atividade relevante para os profissionais envolvidos no processo cirúrgico, para a segurança e qualidade na assistência.

No que se refere a identificação de riscos e diagnósticos de enfermagem, também houve grande percentual de ausência de dados para posterior análise, fato que pode apontar o desconhecimento do impacto deste dado por aqueles que realizam a visita pré-operatória.

Nas tabelas abaixo, podemos verificar essa informação em itens que são diagnósticos frequentes em cirurgia cardíaca.

RISCO DE SANGRAMENTO	QUANTITATIVO PACIENTES	PERCENTUAL DE PACIENTES
PRE-OPERATÓRIO	13	5,0%
TRANS-OPERATÓRIO	15	5,8%
POS-OPERATÓRIO	16	5,2%
NÃO INFORMADO	236	91,5%

RISCO DESEQ DE TEMPERATURA	QUANTITATIVO PACIENTES	PERCENTUAL DE PACIENTES
PRE-OPERATÓRIO	12	4,7%
TRANS-OPERATÓRIO	14	5,4%
POS-OPERATÓRIO	14	5,4%
NÃO INFORMADO	242	93,8%

Tabela 1: Registros de riscos durante visita pré-operatória de enfermagem.

Fonte: Dados RedCap; INC; 2018

Esse estudo seguiu com a aplicação de um questionário respondido pelos enfermeiros que realizam a visita pré-operatória. Aceitaram participar 8 profissionais que utilizaram um instrumento de perguntas abertas e fechadas.

Através deste instrumento foi possível obter informações sobre o perfil da equipe, sua compreensão sobre o processo em questão, bem como a execução da tarefa pelo enfermeiro do centro cirúrgico.

Os gráficos de 3 a 5 demonstram o perfil do grupo participante do estudo.

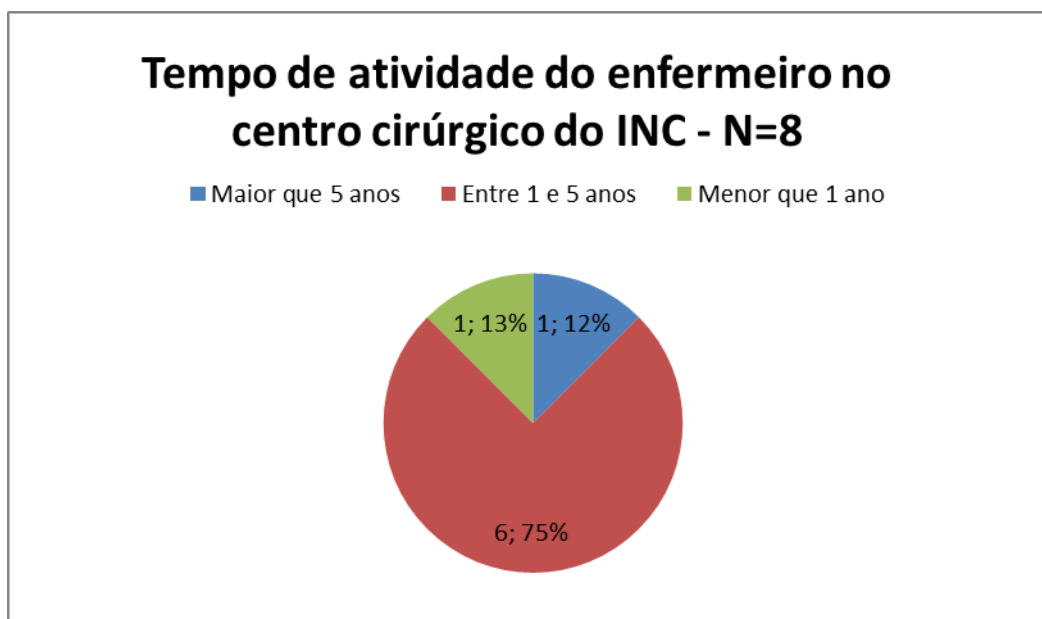


Gráfico 3: Tempo de atividade no CC do INC dos enfermeiros que realizam a visita pré-operatória de enfermagem. Fonte: Questionário respondido pelos enfermeiros do CC; INC; 2020

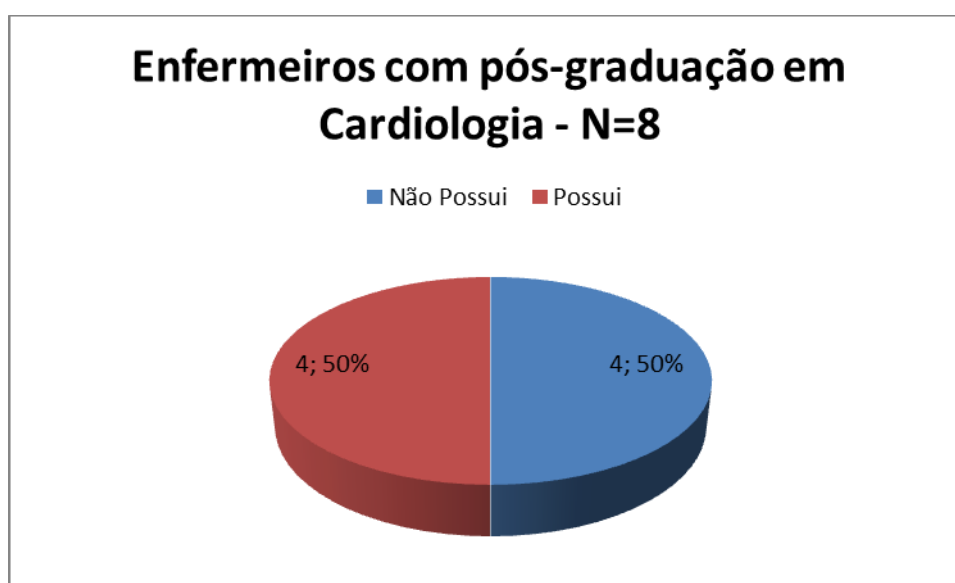


Gráfico 4: Enfermeiros com pós graduação em cardiologia que realizam a visita pré-operatória de enfermagem. Fonte: Questionário respondido pelo enfermeiros do CC; INC; 2020

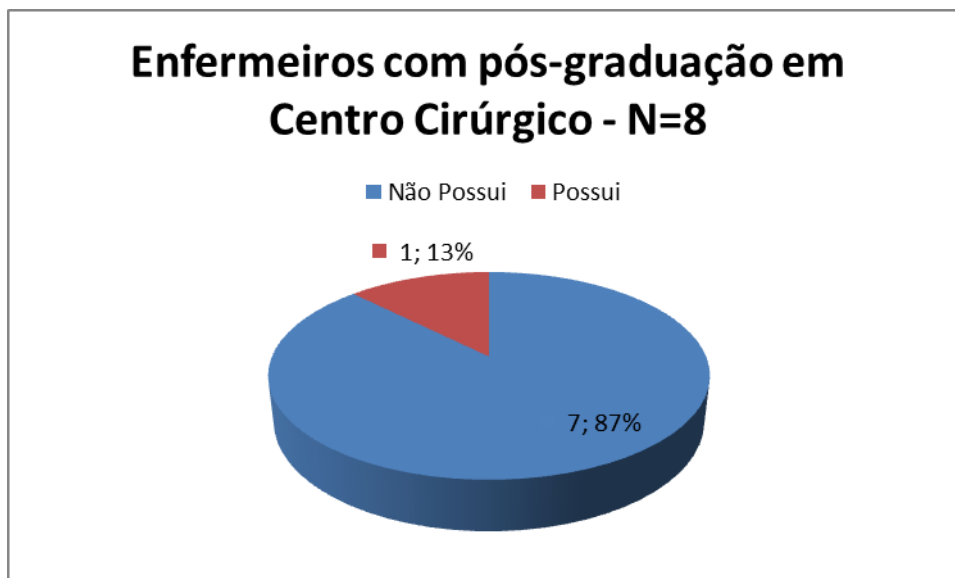


Gráfico 5: Enfermeiros com pós graduação em cetro cirúrgico que realizam a visita pré-operatória de enfermagem. Fonte: Questionário respondido pelo enfermeiros do CC; INC; 2020

A inexistência de um tutorial e treinamento periódico de preenchimento do instrumento, isto é, ausência de um padrão instituído previamente, configuram os achados da variabilidade da informação.

O gráfico 6 também evidencia a sistematização da assistência implicando na prática clínica e na variabilidade do momento em que é realizada a visita pré-operatória durante a jornada de trabalho.

Momento em que é realizada a visita pré-operatória - N=8

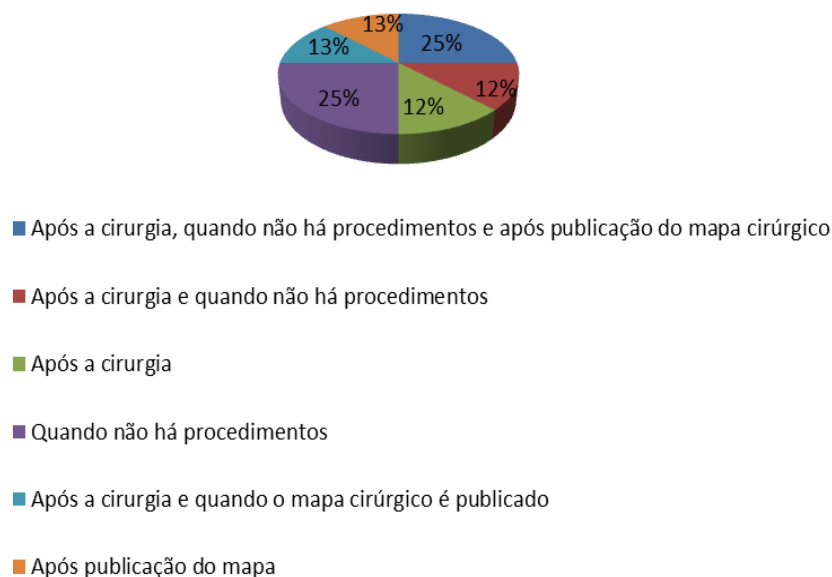


Gráfico 6: Momento da realização da visita pré-operatória de enfermagem.

Fonte: Questionário respondido pelo enfermeiros do CC; INC; 2020

Quanto à responsabilidade de realização de visita pré-operatória de enfermagem, o entendimento é diversificado. No entanto, a maioria (63%) dos enfermeiros concorda que a responsabilidade pela realização da visita pré-operatória de enfermagem é de todos os enfermeiros do setor, inclusive os enfermeiros residentes. Esta informação está demonstrada no gráfico 7.

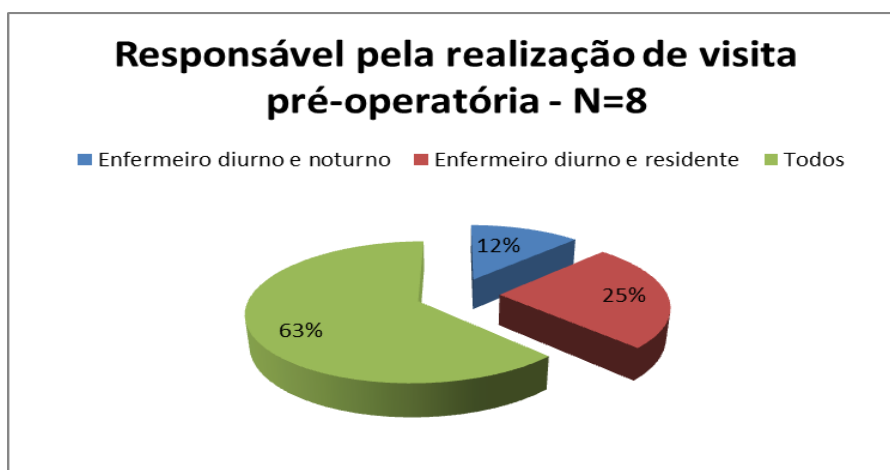


Gráfico 7: Responsabilidade pela visita pré-operatória de enfermagem. Fonte: Questionário respondido pelo enfermeiros do CC; INC; 2020

Ainda em resposta ao questionário os enfermeiros determinaram o fluxo de realização da visita pré-operatória através de enumeração das ações realizadas no

centro cirúrgico, na unidade de internação, e novamente no retorno ao centro cirúrgico, criando uma sequência de atividades que foi compilada em um fluxograma. (ANEXO 2)

Além dessas informações os profissionais apontaram as dificuldades na realização da atividade aqui estudada conforme apresentado no quadro 1.

Quadro parcial de diagnóstico de análise de visitas pré-operatórias em 2018 – n=257			
	Sim n (%)	Não n (%)	Não informado n (%)*
Percentual de pacientes com cirurgia cardíaca anterior	49 (19%)	185 (72%)	23 (9%)
Percentual de pacientes com alergia	62 (24%)	185 (72%)	10 (4%)
Percentual de pacientes com precaução de contato	64 (25%)	174 (68%)	19 (7%)
Percentual de pacientes em relação a integridade da pele	16 (6%)	218 (85%)	23 (9%)
Percentual de pacientes com risco de sangramento em transoperatório	16 (6%)	-	234 (91%)
Percentual de pacientes com liberação pela odontologia	14 (5%)	-	241 (93%)
Percentual de pacientes com TCLE geral em conformidade	107 (42%)	64 (25%)	82 (32%)
Percentual de pacientes com TCLE cirúrgico em conformidade	229 (89%)	14 (5%)	14 (5%)
Percentual de pacientes com a integridade da pele prejudicada	16 (6%)	218 (85%)	23 (9%)

Quadro 1: Registro de pontos críticos na tarefa da visita pré-operatória de enfermagem. Fonte: Questionário respondido pelo enfermeiros do CC; INC; 2020

A etapa seguinte seria uma reunião para realizar um *brainstorming*, ferramenta básica de gerenciamento, que envolve diretamente equipes que participam ou realizam tarefas ou ações e processos, durante o qual podem emitir de forma livre, ideias para a geração de soluções aos pontos críticos de um determinado processo.

No entanto, a pesquisa foi aplicada em condições não previstas, em um contexto de pandemia de COVID e mudanças nos recursos humanos da instituição, sendo necessária uma readaptação dos pesquisadores para obter os resultados previstos.

Esse cenário culminou na estratégia de agendar a reunião de *brainstorming* online, já que a pandemia também contribuiu para a nossa criatividade e ampliação do uso de recursos a distância.

Apesar de fornecer datas e horários variados, contemplando dias de semana e final de semana também, ocorreram 2 encontros virtuais com a participação de 3 enfermeiros. Nesta oportunidade foi realizada uma apresentação dos dados encontrados nos formulários de 2018 e na entrevista anterior para motivá-los a

verbalizar sobre as melhorias desse processo. Foi gravado apenas o áudio da conversa e tabulado as ideias principais em outro momento.

Já que os outros 5 enfermeiros restantes que participavam da pesquisa não conseguiram estabelecer uma data para participar dessa segunda etapa online e em grupo, a estratégia foi modificada novamente e para efetivação de entrevistas individuais com a gravação de áudio e tabulação das ideias, posteriormente.

Foi possível realizar as fases próprias do *brainstorming* como apresentação do assunto; geração de ideias; e registro das ideias.

Nesses encontros foram obtidas sugestões relevantes para a reestruturação do instrumento da visita pré-operatória e também para a execução da atividade em estudo.

O quadro 2 apresenta as sugestões.

REFORMULAÇÃO DO FORMULARIO DE VISITA PRÉ-OPERATORIA DE ENFERMAGEM DO PACIENTE ADULTO
ITENS A SEREM SUPRIMIDOS
EXCLUIR USO DE MUPIROCINA
NÃO LISTAR TODOS OS MEDICAMENTOS
EXCLUIR LESOES DE CAT
RETIRAR TODOS OS EXAMES
RETIRAR RISCOS OBVIOS
ITENS A SEREM INCLUIDOS
REGISTRAR MEDICAÇÕES: ANTICOAGULANTE, ANTIBIOTICO E ANTIFUNGICO
CAMPO PARA REGISTRAR O TIPO DE PROTESE CARDIACA
CAMPO PARA SINALIZAR REOPERAÇÃO CARDIACA
CAMPO PARA PENDENCIAS E OBSERVAÇÕES
CAMPO PARA APARELHOS ORTODONTICOS
CAMPO PARA DESCREVER USO DE PROTESES
CAMPO PARA SINALIZAR RESTRIÇÃO OU DEFICIENCIA
ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM CIENTE DAS PENDENCIAS
DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM GERANDO UM CUIDADO
CAMPO DE TERMO DE HEMODERIVADO
CAT APENAS LESÃO DE TRONCO E DISFUNÇÃO VENTRICULAR
CAMPO PARA LESÃO DE PELE
CAMPO PARA AS CONDUTAS
OUTROS
LIBERAÇÃO DO MAPA NO COM 48H DE ANTECEDENCIA OU ATÉ AS 12H
REGISTRO DA AVALIAÇÃO/LIBERAÇÃO DE ODONTOLOGIA
TREINAMENTO PARA FAZER DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM/SAE/EXAME FISICO
TER UMA PESSOA RESPONSÁVEL PELA VISITA
UNIFICAR COM O IMPRESSO INFANTIL
PACIENTE ESCLARECIDO SOBRE A CIRURGIA/COMUNICAÇÃO DA CIRURGIA FEITA PELO MEDICO
RETORNO A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA ORIENTAR O PACIENTE
REGISTRO NO PRONTUÁRIO DA REALIZAÇÃO DA VISITA
UTILIZAÇÃO DE ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO PARA O IMPRESSO DE VISITA

Quadro 2: Registro de sugestões para melhoria de pontos críticos na tarefa da visita pré-operatória de enfermagem.

Fonte: Entrevista utilizando a técnica de brainstorming; INC; 2021.

Esses itens foram analisados através de uma ferramenta de gestão para priorização de ações, baseada na utilização de critérios e pesos previamente conhecidos. Foi avaliado o impacto (diminuição do número de incidentes; aumento da eficácia da gestão local; redução de custos) e o esforço (prazo; áreas envolvidas; investimento) destas sugestões de mudanças e atribui-se os números 1; 3; 6 e 9, correspondendo o 9 a maior impacto e esforço, números que foram somados a fim de obter um valor para cada problema analisado. O objetivo da aplicação desta ferramenta é orientar o gestor na decisão de priorização das mudanças propostas. A quadro 3 demonstra o resultado desta matriz.

Priorização das Ações Matriz Esforço x Impacto			IMPACTO				ESFORÇO / COMPLEXIDADE				Priorização
CAUSAS	AÇÕES POSSÍVEIS		Reduzir nº de incidentes	Aumentar eficiência gestão local	Reduzir Custos	Total Impacto	Prazo	Áreas envolvidas	Custo / Investimento	Total Esforço	
1	INSTRUMENTO DE VISITA PRE OPERATORIA DE ENFERMAGEM INADEQUADO REFORMULAÇÃO DO INSTRUMENTO DE VISITA PRE OPERATORIA ITENS A SEREM SUPRIMIDOS: LESÕES DE CAT; TODOS OS EXAMES; OBSERVAÇÃO DE RISCOS PERTINENTES A TODOS OS PROCEDIMENTOS CARDIO VASCULARES; USO DE MUPIROCINA; NÃO LISTAR TODOS OS MEDICAMENTOS ITENS A SEREM INCLUIDOS: MEDICAÇÕES ANTICOAGULANTES, ANTIBIÓTICOS E ANTIFÚNGICOS; CAMPOS PARA REGISTRAR O TIPO DE PROTESE CARDÍACA; CAMPO PARA SINALIZAR REOPERAÇÃO CARDÍACA; CAMPO PARA PENDÊNCIAS E OBSERVAÇÕES; CAMPO PARA APARELHOS ORTODONTICOS; CAMPO PARA DESCRIVER USO DE PROTESES CAMPO PARA SINALIZAR RESTRIÇÃO OU DEFICIÊNCIA; ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM CIENTE DAS PENDÊNCIAS; DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM GERANDO UM CUIDADO; CAMPO DE TERMO CONSENTIMENTO PARA USO DE HEMODERIVADO; DESCRIÇÃO DO CAT APENAS PARA LESÃO DE TRONCO E DISFUNÇÃO VENTRICULAR; CAMPO PARA LESÃO DE PELE; CAMPO PARA AS CONDUTAS A SEREM SEGUIDAS		9	9	3	21	1	1	1	3	24
2	IMPRESSOS NÃO PADRONIZADOS DE VISITA PRE CIRURGICA INFANTIL E DE	PADRONIZAR OS IMPRESSO DE VISITA PRE CIRURGICA PEDIATRICA E ADULTO	3	9	3	15	6	3	3	12	27
3	AUSÊNCIA DE REGISTRO DA REALIZAÇÃO DA VISITA NO PRONTUÁRIO	REGISTRAR NO PRONTUÁRIO A REALIZAÇÃO DA VISITA	9	9	3	21	3	1	3	7	28
4	AUSÊNCIA DE COMUNICAÇÃO EFETIVA AO PACIENTE SOBRE A CIRURGIA	SOLICITAR A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR A ORIENTAR E ESCLARECER PACIENTE SOBRE A CIRURGIA	9	9	6	24	6	9	1	16	40
5	FALTA DE ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO PARA O IMPRESSO DE VISITA PRE	UTILIZAR ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO PARA O IMPRESSO DE VISITA PARA OTIMIZAR PREENCHIMENTO DE CAMPOS	9	9	3	21	6	9	3	18	39
6	HORÁRIO INADEQUADO DE LIBERAÇÃO DO MAPA CIRURGICO	LIBERAÇÃO MAPA CIRURGICO COM 48H DE ANTECEDENCIA OU ATÉ AS 12H DO DIA ANTERIOR	9	9	9	27	6	6	1	13	40
7	DISPONIBILIDADE TARDIA DA AVALIAÇÃO DO PACIENTE PELA ODONTOLOGIA	REGISTRO DA AVALIAÇÃO/LIBERAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA MARCAÇÃO DO MAPA CIRURGICO	9	9	9	27	6	6	3	15	42
8	AUSÊNCIA DE UM PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA VISITA	TER UMA PESSOA RESPONSÁVEL PELA VISITA	9	9	3	21	9	9	6	24	45
9	FALTA DE TREINAMENTO PARA FAZER DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM/SAE	TREINAMENTO PARA FAZER DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM/SAE/EXAME FISICO	9	9	6	24	9	1	3	13	54

Quadro 3: Matriz de priorização de Esforço x Impacto. Aplicação da ferramenta para apoio na decisão de priorização de mudanças pra melhoria: Processo da Visita pré cirúrgica de enfermagem. INC; 2020.

Segue abaixo a figura 1, com as priorizações de acordo com o aplicação da matriz, considerando o maior impacto causado e menor esforço atribuído como foco inicial de ações de mudança para melhoria do processo estudado.

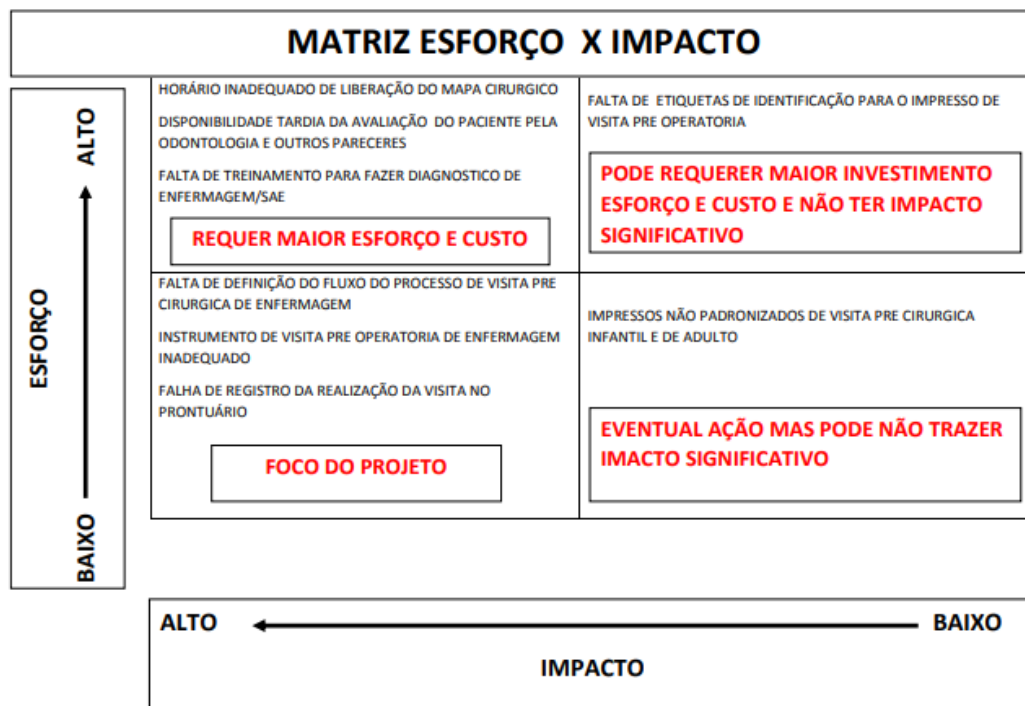


Figura 1: Matriz de priorização de Esforço x Impacto. Aplicação da ferramenta para apoio na decisão de priorização de mudanças pra melhoria: Processo da Visita pré cirúrgica de enfermagem. INC; 2020.

O estudo realizado, as análises feitas e a contribuição dos enfermeiros do centro cirúrgico que realizam a visita pré-operatória de enfermagem do adulto no referido instituto, resultaram nos seguintes produtos que serão apresentados para a gestão do Centro Cirúrgico e que se encontram nos anexos.

- ✓ Fluxograma da visita pré-operatória;
- ✓ Procedimento Operacional Padrão (POP) da visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto;
- ✓ Instrumento de visita pré-operatória de enfermagem do adulto reformulado;
- ✓ Indicadores (contido no POP) para monitorar resultados e verificar a continuidade ou não do ponto crítico;
- ✓ Tutorial de preenchimento do novo instrumento proposto;
- ✓ Proposta de um plano de ação para implementar as mudanças.

APÊNDICE 5 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO ADULTO

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA				
	Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto				
Proposto por:		Verificado por:		Aprovado por:	
Tipo de POP:		Código do POP:		Início da vigência:	Revisão: Página:

**VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE
ENFERMAGEM DO PACIENTE
ADULTO**

	Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto	Código da Norma:	
		Revisão:	
		Página:	

1 OBJETIVO

A visita pré-operatória de enfermagem do paciente adulto que será submetido a cirurgia cardíaca do INC tem como objetivo verificar as conformidades para realização da cirurgia, fornecer informações ao paciente e familiar, antecipar a soluções de possíveis problemas e checar insumos para a realização da cirurgia, minimizar os riscos externos a cirurgia e, deste modo, contribuir para o cumprimento do mapa cirúrgico planejado, da missão e metas dessa instituição.

A execução da visita pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto é de responsabilidade do enfermeiro diurno do centro cirúrgico e sala híbrida. Em caso de alterações no planejamento do mapa cirúrgico também deverá ser realizada pelo enfermeiro noturno.

Os pacientes elegíveis para a visita pré-operatória são os que realizarão cirurgia cardíaca (incluindo endopróteses), além de procedimentos de Implante por cateter de bioprótese de válvula aórtica (TAVI).

O registro desta visita utilizará instrumento próprio (FORMULÁRIO DE VISITA PRE OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM NO PACIENTE ADULTO) em anexo a este POP. Contém um tutorial, também em anexo. Os dois documentos estarão atualizados na pasta da intranet, sub pasta Enfermagem, Centro Cirúrgico (inclusão sob a responsabilidade do Núcleo de Qualidade INC). Do mesmo modo estará disponível em meio físico no posto de Enfermagem do Centro Cirúrgico.

2 REFERÊNCIAS NORMATIVAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
2. Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. Anexo 03: Protocolo para cirurgia segura. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 358/2009. Sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília; 2009.

3 GLOSSÁRIO

	Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto	Código da Norma:	
		Revisão:	
		Página:	

N/A

4 RESPONSABILIDADES

CARGOS	ATIVIDADE
Chefe da cirurgia cardíaca adulto	Definir os pacientes que realizarão cirurgia
Secretária de cirurgia	Liberar o mapa cirúrgico
Enfermeiro do CC	Realizar a visita pré-operatória
Enfermeiro da unidade de internação	Tratar pendências identificadas

5 DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1 Pela chefia da cirurgia cardíaca adulto

A chefia de cirurgia cardíaca adulto definirá e indicará os pacientes que realizarão cirurgia cardíaca no dia útil anterior a cirurgia, durante a reunião de bate-mapa. A reunião de bate-mapa é realizada todos os dias úteis, às 11h, na secretaria de cirurgia. Após a reunião a equipe médica, informará a secretária de cirurgia os dados dos pacientes que realizarão cirurgia no dia seguinte.

5.2 Pela secretaria de Cirurgia:

Após a definição do mapa cirúrgico na reunião de bate mapa, a secretaria elaborará o mapa cirúrgico que será publicado na intranet até às 13h do dia útil anterior a cirurgia. Nos finais de semana e feriados não há mapa de cirurgia eletiva, permanecendo condicionado a casos de urgência e emergência.

A secretaria de cirurgia comunicará ao Centro Cirúrgico e unidades de internação envolvidas sobre a liberação do mapa cirúrgico, evitando alterações após sua publicação. Caso haja necessidade de alteração, o centro cirúrgico e unidades de internação deverão ser

	Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto	Código da Norma:	
		Revisão:	
		Página:	

avisados prontamente por contato telefônico e o mapa cirúrgico da intranet republicado. Este contato deverá ser registrado em livro de ocorrências e deve conter horário e a data da comunicação e o nome do responsável.

5.3 No centro cirúrgico

O enfermeiro líder do centro cirúrgico deve checar a liberação do mapa cirúrgico na intranet e realizar a divisão das visitas pré-operatórias de enfermagem do paciente adulto pendentes, de acordo com a dinâmica do dia.

Após a realização das tarefas/atividades no centro cirúrgico, o enfermeiro deverá realizar a visita pré-operatória de enfermagem.

Caso o paciente já tenha recebido a visita pré-operatória de enfermagem do CC em outro momento, realizar revisão da visita, com a finalidade de confirmar as informações descritas. Registrar qualquer alteração e verificar as pendências sinalizadas.

O enfermeiro plantonista deve obter o impresso de visita pré-operatória adulto no armário do posto de enfermagem ou **no arquivo XXXXX do sistema; pasta XXXXX** e imprime uma cópia, em seguida, realizar a coleta de dados do paciente no sistema informatizado da instituição, e dirigir-se até a unidade de internação para prosseguir com a visita.

5.4 Na unidade de internação:

Ao chegar à unidade de internação do paciente, o enfermeiro deverá se identificar para equipe, e explicar o motivo de sua presença.

5.4.1 No prontuário físico:

- Confirmar e registrar a presença de termos consentimento de internação, termo de consentimento de cirurgia, termo de consentimento de transfusão, termo de opção de tipo de prótese quando pertinente. Verificar as devidas assinaturas e datas nos citados termos. Só será facultado a não assinatura do termo de consentimento de transfusão aqueles pacientes declarados Testemunhas de Jeová e que tenham assinado termo específico para recusa, conforme POP CBH.001 de ABORDAGEM DE PACIENTES QUE RECUSAM O USO TERAPEUTICO DE SANGUE.

	Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto	Código da Norma:	
		Revisão:	
		Página:	

- Verificar divergências entre a cirurgia proposta em mapa cirúrgico e a registrada no prontuário na evolução médica e termos assinados pelo paciente.
- Verificar e registrar liberação pelo serviço de odontologia, para pacientes que utilizarão próteses cardíacas ou vasculares.
- Checar e registrar dados que não foram encontrados no prontuário eletrônico.
- Verificar e registrar a presença de alergias e precauções de contato e respiratória.

5.4.2 Na prescrição médica:

- Checar e registrar o uso, dose e horários de antibióticos, antifúngicos, anticoagulantes e hipoglicemiantes.

5.4.3 No Balanço e/ou ficha de controle da enfermagem:

- Checar e registrar os últimos sinais vitais aferidos, presença de curativos, intercorrências e alterações de glicemia.

5.5 Na unidade do paciente

Realizar a confirmação do paciente através do nome completo e data de nascimento, bem como checagem de pulseira com prontuário, conforme POP.1QUALI.007 DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE. Apresentar-se ao paciente e explicar o motivo da visita pré-operatória de enfermagem. Em seguida, confirmar o histórico de saúde e alergia junto ao paciente.

5.5.1 No exame físico:

- Realizar exame físico céfalo-caudal
- Inspeccionar e avaliar tórax e áreas a serem operadas, como os membros inferiores e superiores.
- Inspeccionar a integridade da pele, incluindo dorso e região infra mamária.
- Registrar todas as alterações no exame físico.

	Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto	Código da Norma:	
		Revisão:	
		Página:	

- Verificar a presença de sintomas de estenose uretral ou doença prostática, tais como jato de urina fraco ou intermitente, dor ao urinar, sangue na urina, dificuldade de iniciar a micção, entre outros.
- Registrar presença de dispositivos invasivos e cateteres.
- Registrar o uso de próteses dentárias móveis, aparelhos dentários fixos e moveis e demais próteses e órteses.
- Registrar presença e local de tatuagens.
- Registrar uso de cabelos, cílios e unhas artificiais.

5.5.2 Na orientação do paciente:

- Orientar sobre preparação e procedimento cirúrgico a ser realizado.
- Orientar sobre jejum a partir de 22h.
- Orientar sobre antissepsia da pele com uso de clorexidina degermante no corpo (do pescoço para baixo), sem molhar os cabelos.
- Orientar sobre retirada de adornos, aparelhos e próteses dentárias removíveis, lentes de contato.
- Orientar sobre a não realização de tricotomia pelo paciente.
- Orientar sobre o despertar no CTI.
- Orientar sobre dor e analgesia pós-operatória (medicação analgésica de 4/4h)
- Orientar sobre alimentação e ingesta hídrica no pós-operatório (ingesta hídrica após 6 horas de extubação e dieta branda).
- Orientar sobre posicionamento e mobilização no pós-operatório (permanecer de decúbito dorsal e mobilização com apoio).
- Orientar sobre visitas no CTI (verificar regra vigente).

	Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto	Código da Norma:	
		Revisão:	
		Página:	

- Orientar sobre o uso e retirada de drenos e cateteres.
- Orientar sobre eliminações vesico-intestinais no pós-operatório imediato (uso de CVD e comadre).
- Orientar sobre higiene no leito no pós-operatório e solicitar que seja encaminhado ao CTI um kit de higiene pessoal (que poderá conter hidratante, sabonete líquido, escova de dente, creme dental, pente e desodorante).
- Orientar sobre um possível cancelamento/adiamento da cirurgia.
- Orientar paciente e familiar sobre guarda de pertences. E a desocupação imediata do leito de internação (pelo acompanhante) ao ter o paciente encaminhado ao centro cirúrgico e quando receber alta hospitalar.
- Solicitar a retirada de barba e bigodes, se não houver apego emocional.
- Solicitar a retirada de cabelos artificiais e humanos, bem como unhas e cílios artificiais.

5.6 Da finalização da visita

- Realizar e registrar a conduta de enfermagem, pendências e não conformidades no formulário de visita pré-operatória.
- Comunicar verbalmente a enfermeira plantonista da unidade de internação sobre possíveis pendências e não conformidades. Registrar nome do profissional, data e horário da comunicação.
- Solicitar a enfermeira responsável do setor, o tratamento das pendências e não conformidades identificadas.
- Realizar cópia da visita, através da copiadora disponível no CC ou nas unidades de internação.
- Registrar no prontuário a realização da visita pré-operatória e anexar o documento original no mesmo.

5.7 Retorno ao CC

- Registrar a visita pré-operatória em livro próprio.

	Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto	Código da Norma:	
		Revisão:	
		Página:	

- Guardar a cópia da visita em pasta identificada no posto de enfermagem do CC .
- Comunicar a chefia do CC e demais integrantes do grupo do CC através do aplicativo de whatsapp, sobre pendências que impedem a realização da cirurgia e que não poderão ser resolvidas a tempo. Solicitar avaliação e conduta.

6 INDICADORES

INDICADOR	DESCRIÇÃO	APURAÇÃO
Taxa de visitas pré-operatórias de enfermagem realizadas no paciente adulto	Número de visitas realizadas no mês sobre o número de cirurgias cardíacas, TAVI e endopróteses agendadas eletivamente durante o mês. Unidade de medida: percentual. Monitorar e mitigar a ocorrência de incidentes evitáveis em pacientes a serem submetidos a cirurgias cardíacas, através da visita pré-cirúrgica de enfermagem, a fim de garantir cuidado multiprofissional adequado e ambiente seguro.	Mensal
Número de não conformidades identificadas durante visitas pré-operatórias de enfermagem realizadas no paciente adulto	Número de registros das pendências ou não conformidades identificadas durante a visita pré-cirúrgica de enfermagem. Monitorar a adequação ao processo de visita pré-cirúrgica de enfermagem estabelecida no POP para mitigar a ocorrência de incidentes evitáveis em pacientes a serem submetidos a cirurgias cardíacas.	Mensal
Taxa de preenchimento integral do formulário de visitas pré-operatórias de enfermagem realizadas no paciente adulto	Número de campos obrigatórios preenchidos sobre número total de campos obrigatórios através de amostra de 30% dos formulários de visitas realizadas. (unidade de medida: percentual) Monitorar a qualidade da informação registrada durante visita pré-cirúrgica de enfermagem, a fim de mitigar a ocorrência de incidentes evitáveis em pacientes a serem submetidos a cirurgias cardíacas.	Trimestral

7 REGISTROS

IDENTIFICAÇÃO	ARMAZENAMENTO	PRAZO DE GUARDA	DESTINAÇÃO
---------------	---------------	-----------------	------------

	Visita Pré-operatória de Enfermagem do paciente adulto	Código da Norma:	
		Revisão:	
		Página:	

IDENTIFICAÇÃO	ARMAZENAMENTO	PRAZO DE GUARDA	DESTINAÇÃO
Formulário de Visita pré-operatória	Arquivo físico na Gerencia de Enfermagem de Centro Cirúrgico e prontuário físico do paciente	Permanente	Guarda externa de documentos INC

8 FLUXOGRAMA

Anexo1 – Fluxograma da visita pré-operatória de Enfermagem do adulto.

9 RELAÇÃO DE ANEXOS

Anexo 2 – Formulário de visita pré-operatória do adulto (versão 2021)

Anexo 3 – Tutorial de preenchimento de visita pré-operatória do adulto (primeira versão 2021)

APÊNDICE 6 – TUTORIAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Frente

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	TUTORIAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO PACIENTE ADULTO DO CENTRO CIRÚRGICO

1. Identificação										
Prontuário: Número do prontuário		Leito: Nº do leito que está internado		Nome: Nome completo sem abreviações						
Idade: Nº em anos		Sexo: () F Feminino () M Masculino		Peso: Valor atual em Kg		Altura: Valor atual em cm		Religião: Relatada pelo paciente		
DN: dd/mm/aaaa Data do nascimento		Dt Internação: dd/mm/aaaa Data do primeiro dia de internação		Dt Procedimento cirúrgico: dd/mm/aaaa Data do agendamento do procedimento		Horário Previsto: 00:00 Horário agendado da cirurgia		GS Grupo sanguíneo ABO		RH Fator RH
2. Histórico de Saúde										
História da doença atual: Breve descrição da história da doença atual do paciente até a internação para a cirurgia.										
Diagnóstico médico: Diagnóstico médico para a realização da cirurgia					Cirurgia proposta: Cirurgia que está prevista de ser realizada					
História Patológica Progressiva: Marcar as patologias descritas em prontuário e citadas pelo paciente () HAS () DM () Dislipidemia () DPOC () Hiperplasia Prostática () Dc Reumática () IRC () F.A () Hist. Familiar + () Outros: Patologias não contempladas acima.										
Cirurgias cardíacas anteriores: () Não () Sim Quais/Quando: Cirurgia cardíaca realizada e mês/ano da realização					Demais Cirurgias: () Não () Sim Quais: Outras cirurgias realizadas					
Alergias: () Não () Sim Quais: Citar as alergias.					Transfusão prévia de hemocomponente: () Sim () Não Relato de transfusão de sangue ou de seus componentes					
3. Dados da internação										
Antibióticos, anticoagulantes, antifúngicos, hipoglicemiantes: Antibióticos, anticoagulantes, antifúngicos, hipoglicemiantes que constam na prescrição médica no dia da visita										
TCLE Assinados (pelo paciente e médico)		Geral: () Sim () Não Consta no prontuário		Cirúrgico: () Sim () Não Consta no prontuário		Hemoderivados: () Sim () Não Consta no prontuário		Prótese: () Sim () Não () Biológica () Mecânica Consta no prontuário e está assinalada a opção		
Liberação da odontologia: () Sim () Não Alteração: Consta no prontuário, citar alteração ou tratamento em curso.										
Precaução de contato: () Sim () Não Microorganismo: Verificar lista da CCIH ou informação no setor					Precaução Respiratória: () Sim () Não Microorganismo: Verificar lista da CCIH ou informação no setor					
4. Exames										
Imagem	Ecocardiograma	Data: 00/00/0000	Dia da realização do exame e resultado							
	CAT Cateterismo cardíaco	Data: 00/00/0000	Lesão de TCE: () Sim () Não Se possui lesão de Tronco de Coronária Esquerda Disfunção de VE: () Sim () Não Grau: _____ Se possui disfunção de ventrículo esquerdo e sua gravidade							
Lab	Hemograma Coagulograma Resultado mais recente	Data: 00/00/0000	Hto Valor	Hb Valor	Leuco Valor	Pla Valor	Glic Valor	TAP Valor	PTT Valor	INR Valor
5. Exame Físico Assinalar as opções de acordo com exame físico realizado no dia da visita										
Estado emocional:		() Tranquilo () Esclarecido () Ansioso/Preocupado								
Neurológico:		() Lúcido () Orientado () Confuso () Déficit Cognitivo () Doença Psiquiátrica () Sedado: RASS: _____								
Ventilação/Suporte O2:		() Espontânea () Ar Ambiente () Macro nebulização () V. Mecânica () TQT () TOT nº _____								
Digestório:		() Sem alteração () Distensão Abdominal () Náusea () Vômitos () Sonda Gástrica () Sonda Enteral								
Diurese:		() Espontânea () Incontinência () CVD () Anúrico								
Mobilidade:		() Deambula () Acamado () Sequela Motora: descrever a alteração								
Membros Superiores e Inferiores:		() Sem alteração () Alteração: descrever a alteração								

Verso

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	TUTORIAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DO PACIENTE ADULTO DO CENTRO CIRÚRGICO

1. Identificação									
Prontuário: Número do prontuário		Leito: Nº do leito que está internado		Nome: Nome completo sem abreviações					
Idade: Nº em anos		Sexo: () F Feminino () M Masculino		Peso: Valor atual em Kg		Altura: Valor atual em cm		Religião: Relatada pelo paciente	
DN: dd/mm/aaaa Data do nascimento		Dt Internação: dd/mm/aaaa Data do primeiro dia de internação		Dt Procedimento cirúrgico: dd/mm/aaaa Data do agendamento do procedimento		Horário Previsto: 00:00 Horário agendado da cirurgia		GS Grupo sanguíneo ABO	
								RH Fator RH	
2. Histórico de Saúde									
História da doença atual: Breve descrição da história da doença atual do paciente até a internação para a cirurgia.									
Diagnóstico médico: Diagnóstico médico para a realização da cirurgia					Cirurgia proposta: Cirurgia que está prevista de ser realizada				
História Patológica Progressiva: Marcar as patologias descritas em prontuário e citadas pelo paciente () HAS () DM () Dislipidemia () DPOC () Hiperplasia Prostática () Dc Reumática () IRC () F.A () Hist. Familiar + () Outros: Patologias não contempladas acima.									
Cirurgias cardíacas anteriores: () Não () Sim Quais/Quando: Cirurgia cardíaca realizada e mês/ano da realização					Demais Cirurgias: () Não () Sim Quais: Outras cirurgias realizadas				
Alergias: () Não () Sim Quais: Citar as alergias.					Transfusão prévia de hemocomponente: () Sim () Não Relato de transfusão de sangue ou de seus componentes				
3. Dados da internação									
Antibióticos, anticoagulantes, antifúngicos, hipoglicemiantes: Antibióticos, anticoagulantes, antifúngicos, hipoglicemiantes que constam na prescrição médica no dia da visita									
TCLE Assinados (pelo paciente e médico)		Geral: () Sim () Não Consta no prontuário		Cirúrgico: () Sim () Não Consta no prontuário		Hemoderivados: () Sim () Não Consta no prontuário		Prótese: () Sim () Não () Biológica () Mecânica Consta no prontuário e está assinalada a opção	
Liberação da odontologia: () Sim () Não Alteração: Consta no prontuário, citar alteração ou tratamento em curso.									
Precaução de contato: () Sim () Não Microrganismo: Verificar lista da CCIH ou informação no setor					Precaução Respiratória: () Sim () Não Microrganismo: Verificar lista da CCIH ou informação no setor				
4. Exames									
Imagem	Ecocardiograma	Data: 00/00/0000	Dia da realização do exame e resultado						
	CAT Cateterismo cardíaco	Data: 00/00/0000	Lesão de TCE: () Sim () Não Se possui lesão de Tronco de Coronária Esquerda Disfunção de VE: () Sim () Não Grau: _____ Se possui disfunção de ventrículo esquerdo e sua gravidade						
Lab	Hemograma Coagulograma Resultado mais recente	Data: 00/00/0000	Hto Valor	Hb Valor	Leuco Valor	Pla Valor	Glic Valor	TAP Valor	PTT Valor
									INR Valor
5. Exame Físico Assinalar as opções de acordo com exame físico realizado no dia da visita									
Estado emocional:		() Tranquilo () Esclarecido () Ansioso/Preocupado							
Neurológico:		() Lúcido () Orientado () Confuso () Déficit Cognitivo () Doença Psiquiátrica () Sedado: RASS: _____							
Ventilação/Suporte O2:		() Espontânea () Ar Ambiente () Macro nebulização () V. Mecânica () TQT () TOT nº _____							
Digestório:		() Sem alteração () Distensão Abdominal () Náusea () Vômitos () Sonda Gástrica () Sonda Enteral							
Diurese:		() Espontânea () Incontinência () CVD () Anúrico							
Mobilidade:		() Deambula () Acamado () Sequela Motora: descrever a alteração							
Membros Superiores e Inferiores:		() Sem alteração () Alteração: descrever a alteração							

APÊNDICE 7 – PROPOSTA DE UM PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAR AS MUDANÇAS

PLANO DE AÇÃO							
Problema	Nº da ação	Ação	Responsáveis pela Ação (Nome e Área)	Status	Prazo Estimado para Implantação	Prazo realizado	Observações
INSTRUMENTO DE VISITA PRE OPERATORIA DE ENFERMAGEM INADEQUADO	1	REFORMULAÇÃO DO INSTRUMENTO DE VISITA PRE OPERATORIA ITENS A SEREM SUPRIMIDOS: LESOES DE CAT; TODOS OS EXAMES ; OBSERVAÇÃO DE RISCOS PERTINENTES A TODOS OS PROCEDIMENTOS CARDIO VASCULARES ; USO DE MUPIROCINA ; NÃO LISTAR TODOS OS MEDICAMENTOS ITENS A SEREM INCLUIDOS: MEDICAÇÕES ANTICOAGULANTES, ANTIBIOTICOS E ANTIFUNGICOS; CAMPOS PARA REGISTRAR O TIPO DE PROTESE CARDIACA; CAMPO PARA SINALIZAR REOPERAÇÃO CARDIACA ; CAMPO PARA PENDENCIAS E OBSERVAÇÕES; CAMPO PARA APARELHOS ORTODONTICOS; CAMPO PARA DESCREVER USO DE PROTESES CAMPO PARA SINALIZAR RESTRIÇÃO OU DEFICIENCIA; ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM CIENTE DAS PENDENCIAS;		A iniciar			

		DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM GERANDO UM CUIDADO ; CAMPO DE TERMO CONSENTIMENTO PARA USO DE HEMODERIVADO ; DESCRIÇÃO DO CAT APENAS PARA LESÃO DE TRONCO E DISFUNÇÃO VENTRICULAR; CAMPO PARA LESÃO DE PELE; CAMPO PARA AS CONDUTAS A SEREM SEGUIDAS					
AUSÊNCIA DE REGISTRO DA REALIZAÇÃO DA VISITA NO PRONTUÁRIO	2	REGISTRAR NO PRONTUÁRIO A REALIZAÇÃO DA VISITA		A iniciar			
ALTERAÇÃO NO PROCESSO	3	COMUNICAR INTERNAMENTE A ALTERAÇÃO DO PROCESSO		A iniciar			
ALTERAÇÃO NO PROCESSO	4	TREINAR E CAPACITAR EQUIPE		A iniciar			
ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO	5	COLETAR DADOS; REGISTRAR RESULTADOS; MONITORAR RESULTADOS ATRAVES DE INDICADORES E METAS PRÉ-ESTABELECIDAS; COMPARAR RESULTADOS; VERIFICAR SE O PROCESSO DE MUDANÇA RESULTOU EM MELHORIA DO PROCESSO.		A iniciar			