

Atuação multiprofissional em centro cirúrgico: Tensões na lâmina do bisturi

RESUMO | Objetivo: Compreender as percepções da equipe multiprofissional acerca da assistência cirúrgica em um hospital universitário durante a pandemia da Sars-Cov 2. Método: Pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo. Os dados foram coletados em um Centro Cirúrgico (CC) norteada por roteiro estruturado, os dados foram organizados e analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin. Resultados: Dificuldade na avaliação pré-cirúrgica, mapa equitativo com tempo cirúrgico e rapidez na limpeza das salas cirúrgicas, falha de comunicação entre os membros da equipe e desconhecimento dos Procedimentos Operacionais Padrão. Conclusão: Os profissionais compreendem que as fragilidades impactam diretamente na segurança do paciente, e consideram que há necessidade de ações intersectoriais a fim de alinhar os discursos. A pandemia exacerbou as dificuldades que já existiam em relação ao desconhecimento dos protocolos institucionais e trouxe a necessidade de controle sistemático e continuado dos processos de trabalho.

Descritores: Centro Cirúrgico; Enfermagem; Equipe Multiprofissional; Segurança do paciente; Covid-19.

ABSTRACT | Objective: To understand the perceptions of the multiprofessional team about surgical care in a university hospital during the Sars-Cov2 pandemic. Method: Research with an exploratory and descriptive qualitative approach. Data were collected in a Surgical Center (SC) guided by a structured script, the data were organized and analyzed according to Bardin's content analysis. Results: Difficulty in pre-surgical evaluation, equitable map with surgical time and speed in cleaning operating rooms, lack of communication between team members and lack of knowledge of Standard Operating Procedures. Conclusion: Professionals understand that weaknesses directly impact patient safety, and consider that there is a need for intersectoral actions in order to align discourses. The pandemic exacerbated the difficulties that already existed in relation to the lack of knowledge of institutional protocols and brought the need for systematic and continuous control of work processes.

Keywords: Surgicenters; Nursing; Patient care team; Patient safety; Covid-19

RESUMEN | Objetivo: Compreender las percepciones del equipo multiprofesional sobre la atención quirúrgica en un hospital universitario durante la pandemia del Sars-Cov2. Método: Investigación con enfoque cualitativo exploratorio y descriptivo. Los datos fueron recolectados en un Centro Quirúrgico (SC) guiados por un guión estructurado, los datos fueron organizados y analizados de acuerdo con el análisis de contenido de Bardin. Resultados: Dificultad en la evaluación prequirúrgica, mapa equitativo con el tiempo quirúrgico y rapidez en la limpieza de quirófanos, falta de comunicación entre los miembros del equipo y desconocimiento de los Procedimientos Operativos Estándar. Conclusión: Los profesionales comprenden que las debilidades impactan directamente en la seguridad del paciente, y consideran que existe la necesidad de acciones intersectoriales para alinear los discursos. La pandemia agudizó las dificultades que ya existían en relación al desconocimiento de los protocolos institucionales y trajo la necesidad de un control sistemático y continuo de los procesos de trabajo.

Palabras claves: Centros Quirúrgicos; Enfermería; Grupo de Atención al paciente. Seguridad del paciente; Covid-19

Lizandra Flores Chourabi

Enfermeira Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia com Licenciatura pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira, - Santa Maria-RS. Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz.
ORCID: 0000-0002-1754-7403

Silvia Helena da Silva Figueira

Enfermeira Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Mestrado em saúde e tecnologia no espaço Hospitalar pela UNIRIO, especialista em Centro cirúrgico e Centro de material e esterilização, traumatologia e ortopedia, gestão em serviços de enfermagem, enfermagem do trabalho, docência em enfermagem e Preceptoría em saúde.
ORCID: 0000-0001-71794299

dência), Enfermagem do Trabalho pela UERJ e Preceptoría em saúde pela UFRN.
ORCID: 0000-0003-4088-3162

Recebido em: 15/07/2022

Aprovado em: 26/08/2022

Alexmália Fiorini da Costa Balonecker

Enfermeira da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Graduação em Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo. Especialista em Centro Cirúrgico, Centro de Material de Esterilização e Recuperação Pós Anestésica pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ (Modalidade residência).
ORCID: 0000-0003-3758-3513

Evany Pereira Matias

Enfermeira Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela UNIRIO. Especialista em Enfermagem Cirúrgica pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ (Modalidade resi-

INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) é definido como área restrita junto a um conjunto de instalações dentro do hospital que é destinado à realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos. A sala cirúrgica possui uma estrutura hospitalar complexa, composta por componentes tecnológicos, e por uma equipe multiprofissional com diferentes e inúmeros processos e subprocessos

de trabalho, ligados, direta ou indiretamente, às cirurgias¹. A Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pontua como característica do CC, o trabalho conjunto realizado por vários profissionais².

Diante à diversidade e à complexidade dos procedimentos realizados, é essencial a participação e representação de todos os trabalhadores envolvidos, direta ou indiretamente, na articulação das ações em saúde desenvolvidas no CC. Estudos apontam situações que contribuem para o cancelamento de cirurgias e conflitos com a equipe multiprofissional, como precariedade de recursos materiais, equipamentos deficientes e instrumental insuficiente diante da demanda de procedimentos³⁻⁴. O cancelamento de procedimentos cirúrgicos interfere na qualidade da assistência e aumenta o custo operacional e financeiro, trazendo prejuízos para as instituições⁵.

A fim de minimizar os prejuízos, o planejamento das ações cirúrgicas é uma ferramenta essencial, consiste em um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e organizacionais, que possibilitam programar estratégias e ações necessárias a partir de uma dada realidade, para alcançar os objetivos propostos. A sistematização do planejamento permite ampliar a análise de problemas e qualificar os processos decisórios⁶. Comumente, esse processo se inicia em momentos anteriores, com articulação entre as equipes multiprofissionais, nos setores ambulatoriais, setor de almoxarifado, Central de Material e Esterilização (CME), rouparia, enfermarias, Unidade de Tratamento Intensivo, setor de internação de pacientes, engenharia clínica, além do setor de compras do hospital para prover o material permanente utilizado no CC2.

Devido a pandemia da Sars-Cov 2, foram implementados planos de contingência a nível nacional tais como: vigilância e gestão de dados de pacientes e profissionais infectados; elaboração e implantação de protocolos clínicos e fluxos de trabalho; comunicação interna para todos os profissionais da instituição; capacitação e divulgação de protocolos, fluxos e uso adequado de equipamentos de prote-

ção individual; monitoramento dos profissionais quanto à adesão às ações implementadas; monitoramento diário de suprimentos relacionados à pandemia; além de mecanismos que promovam a sensibilização de toda a equipe do serviço de saúde sobre ações que devem ser tomadas para o enfrentamento dessa pandemia um plano de contingência com estratégias e políticas necessárias para o enfrentamento, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais⁽⁸⁻⁹⁾.

Diante toda esta complexidade que se apresenta no universo de trabalho em um CC, elencou-se como questão norteadora deste estudo: Quais são as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde que trabalham em um centro cirúrgico de um hospital universitário durante a pandemia da Sars-Cov 2?

Tendo como objetivo compreender as percepções da equipe multiprofissional acerca da assistência cirúrgica em um hospital universitário durante a pandemia da Sars-Cov 2.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório e descritivo e de abordagem qualitativa, realizada em um CC de um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro. Fizeram parte do estudo profissionais, atuantes no bloco cirúrgico e Vigilância e Segurança do paciente que prestam apoio

ao CC. Os critérios de inclusão: profissionais pertencentes à equipe multidisciplinar do CC e os dos setores de apoio ao CC que estavam presentes na instituição no período da coleta de dados de setembro a novembro de 2021, e que após terem conhecimento da pesquisa aceitaram participar, tendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Excluíram-se os ausentes no período da coleta dos dados, por motivo de afastamento, férias ou folga.

Foram entrevistados 09 profissionais, que foram identificados pelo uso de siglas e números que indicam a categoria do profissional entrevistado, objetivando preservar seu anonimato. Para a categoria de enfermeiros, empregou-se a sigla “ENF”, para os técnicos de enfermagem, a sigla “TEC ENF”, cirurgiões, “CIRG”, anestesiológicos, “ANEST”, para os responsáveis pelos setores de apoio, a sigla “APO” sendo elas sucedidas de numeração relativa à ordem de realização das entrevistas.

Quanto a profissão dos entrevistados foram 3 médicos, 2 enfermeiras, 2 técnicos de enfermagem e 2 enfermeiras que estão no serviço de apoio ao CC.

Quanto à faixa etária, observa-se que há ligeira predominância da faixa etária de 30 a 50 anos, 1 anestesista com 52 anos, 1 cirurgião com 66 anos, e 1 técnica de enfermagem com 70 anos.

O nível de escolaridade de todos os profissionais médicos é a pós-graduação. Os téc-

Tabela 1: Perfil da equipe multiprofissional, 2021.

Categoria	Idade	Profissão	Escolaridade	Tempo de trabalho na instituição
ANEST1	52	Anestesista	Especialista	19 anos
APO 1	38	Enfermeira	Graduação	09 meses
APO 2	41	Enfermeira	Graduação	14 anos
CIRG 1	66	Médica	Doutorado	30 anos
CIRG 2	47	Médico	Pós-doutorado	22 anos
ENF1	31	Enfermeira	Graduação	04 anos
ENF 2	45	Enfermeira	Mestrado	18 anos
TEC ENF 1	35	Técnico enfermagem	Ensino médio	02 anos
TEC ENF 2	70	Técnico enfermagem	Ensino médio	35 anos

Fonte: Dados coletados pelos autores (2021).



nicos de enfermagem têm o ensino médio. As enfermeiras do CC, 1 é graduada e 1 mestre. As enfermeiras que trabalham nos setores de apoio estão no nível de graduação. O tempo de trabalho na instituição variou entre 9 meses a 35 anos.

As pesquisadoras realizaram as entrevistas nos períodos do dia e noite, utilizando-se a escala de trabalho vigente no setor como referência para identificar e convidar os profissionais para participarem do estudo. A coleta dos dados ocorreu em local reservado no CC. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi composto de itens destinados à caracterização do participante e um roteiro de entrevista estruturado, elaborado com treze questões norteadoras.

As respostas obtidas foram registradas em gravador de voz e transcritas na íntegra após escuta exaustiva. O tratamento dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin. A etapa de coleta de dados é efetuada até acontecer a saturação teórica, ou seja, até ocorrer a repetição ou a ausência de dados novos.

Atenderam-se aos aspectos éticos da pesquisa conforme determinações da Resolução nº 466/2012. Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 4.869.373 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 47949721.3.0000.5258.

RESULTADOS

Os resultados obtidos nas entrevistas resultaram em cinco categorias, a saber:

Categoria 1: Fragilidade de avaliação pré-cirúrgica como fator de suspensão das cirurgias

No CC pesquisado o fator de maior número de suspensão de cirurgias que os profissionais relataram foi a ausência de cuidados pré-operatórios, expressado nos seguintes relatos:

A suspensão de cirurgias ocorre pois não há consultório de enfermagem pré-operatório ambulatorial (ENF2).

As suspensões são frequentes pois

não há uma equipe que avalia este paciente após passagem no NIR(-Núcleo Interno de Regulação), para realizar a checagem de exames, qual o tipo de cirurgia, orientações no ambulatório (TEC ENF2).

Haveria menos suspensão se a gente tivesse uma checagem de algumas coisas que são muito importantes para cirurgia no dia anterior como sangue, material, poderia ser ambulatorial (ENF1).

A equipe multidisciplinar a questão do médico antecipar os cuidados pré operatórios no ambulatório, iria dirimir as suspensões (TEC ENF1).

Com certeza o melhor preparo do paciente no ambulatório resolveria grande parte das suspensões (CIRG1).

Avaliação pré-anestésica ambulatorial, ajudaria a resolver as suspensões entre 24 a 48h antes do procedimento cirúrgico (CIRG2).

Falta orientação prévia ao paciente para prevenção da suspensão cirúrgica, que muitas vezes são mal orientados em relação às medicações, jejum, exames etc... (ANEST1).

Categoria 2: Gerenciamento do mapa equitativo com tempo cirúrgico e rapidez na limpeza para dirimir a ociosidade das salas cirúrgicas

A equipe multiprofissional destaca que um mapa cirúrgico precisa ter coerência com o tempo cirúrgico e a necessidade de a limpeza das salas cirúrgicas ser realizada com maior rapidez, para dirimir a ociosidade das salas.

Fazer um mapa funcional de acordo com o tempo cirúrgico melhora o desempenho da equipe, falta planejamento (TEC ENF1).

E a questão também da gente ter um gráfico do tempo cirúrgico e fazer um mapa condizente com este tempo, isto é gerenciar adequadamente (ENF2).

Limpeza mais rápida entre as cirur-

gias geraria uma fluidez no mapa, não sabemos o tempo de limpeza (CIRG1).

O que eu percebo é que a gente poderia ter mais agilidade na troca de paciente, isto demora um pouco. Na minha experiência pessoal isso já foi muito pior, agilidade na troca de pacientes e puxar as cirurgias mais rapidamente. Seja por conta de maqueiros, limpeza de sala, não importa eu não sei onde está o problema, não tenho dados sobre isso para planejar (CIRG2).

A dificuldade na assistência seria ter uma rapidez na limpeza, porque as vezes demoram muito tempo. Porque vocês chamam o paciente logo, a gente (anestesista) mesmo leva a paciente para a sala, mas a limpeza demora meia hora ou mais (ANEST1).

Categoria 3: Falta de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e entre os setores de apoio ao CC

A fragilidade da comunicação verbal entre a equipe multiprofissional, mostrou-se um fator que impacta diretamente no serviço.

A comunicação poderia ser melhor hoje ela é muito falha, pouca. A falta de comunicação das informações. Anestesia vai colocar o paciente na sala e induzir primeiro tem que ter o OK do profissional que fica dentro do setor em relação a conferência de material (TEC ENF1).

Não há uma comunicação efetiva, não é uma equipe é um grupo. A maioria dos profissionais que trabalham dentro do CC são grupos de anestesistas, cirurgiões (APO1).

Então a gente também tem dificuldade de comunicação pelo não envolvimento de todas as equipes. O chefe médico responsável pelo paciente tinha que estar envolvido e não somente o residente que está na frente puxando isso. E a gente se reporta ao residente. A gente tem uma grande dificuldade do staff ser

dono do paciente, hoje é o residente que corre atrás para ser o dono do paciente porque ele quer operar (ENF1).

Eu acho que a falha na comunicação ocorre mais com cirurgião, anestesista e enfermagem. O cirurgião porque muitas vezes atropela o anestesista ou atropela a enfermagem. Então fica confuso. Quem trabalha como equipe, é a enfermagem dentro do CC (TEC ENF2).

Muito ruim a gente teve um exemplo agora pois você fala uma coisa com um é essa coisa não é passada para os membros da equipe. Então a comunicação não flui muito bem e a gente não tem protocolos pré-estabelecidos, cada um acha que o protocolo é um, então isso dá muito trabalho e muitas confusões (ENF2). A comunicação poderia ser melhor ainda ocorrem alterações de mapa e não ficamos sabendo na CME o que acontece, isso poderia ser comunicado assim como o feedback em relação a material não adequado, quebra de material para a gente poder repor, isso são essenciais[...] (APO2).

A comunicação intersetorial foi apontada como desarmoniosa, trazendo prejuízos da ordem relacional, profissional entre os membros das equipes.

Não acho que a gente se comunica bem intersetorialmente, setor de congelamento ruim, CME, vídeos, sempre com problemas (CIRG1).

Difícil a comunicação intersetorial. Comunicação entre as categorias profissionais, como são muitas clínicas cada um faz de uma forma, ocorre omissão de informações por isso a gente precisa padronizar (APO1).

A comunicação com o laboratório é muito difícil, muito ruído não se entendem, porque você está de noite aqui e tem que levar no setor a gasometria, os exames demoram se há pressa, final de semana a gente

é pior porque é poucos é a enfermagem fica muito sobrecarregada (ANEST1).

De dia já é ruim, à noite pior, maquiagem é ruim, limpeza é ruim, laboratório não existe você precisa cassar o laboratório correndo, gasometria a noite é uma loucura, não há comunicação (TEC ENF1).

Tem um grande problema que é depois das 16h que você não consegue ir até o laboratório porque não tem ninguém para buscar uma gasometria você tem que levar lá, isso é muito ruim para o profissional que tem de deixar de atender o paciente para fazer um procedimento que é levar, que podia ser o encaminhador (ENF1)

Péssimo, os setores que temos mais dificuldade de interação e comunicação e com o CTI, à noite, pois quando levamos o paciente e outra equipe, e a do dia não passa o caso e dizem que nós não passamos, erro de interpretação, tudo[...] Às vezes com o pessoal da limpeza e gerenciamento de resíduos que a gente tem um problema mesmo dentro do setor, que eles não vêm resolver. Até a mesma questão da CME que é um setor do CC deveria ser mais unido também tem esta separação e esta divisão (ENF2).

Categoria 4: Desconhecimento dos POPs e protocolos como fator de risco a segurança do paciente

Há relatos de desconhecimento e não aderência dos POPs institucionais por parte dos profissionais entrevistados, conforme a seguir:

Sim acredito que tenha. Não aderem porque desconhecem (CIRG1). Atualmente conheço na instituição acho que tem 8 na internet pelo menos 2 que não batem por questão de atualização. Os profissionais não aderem porque desconhecem (ENF2).

Eu não vejo nenhum aqui, eu já vi

em outros lugares, mas aqui eu não conheço. Não aderem porque não tem cópia. Hoje os profissionais estão aderindo nestes POPs que estão chegando agora. Não aderem porque não conhecem, falta de conhecimento (TEC ENF1).

Poucos estão desenvolvendo isso, um ano atrás não havia nenhum protocolo. Estamos começando a nos organizar agora, e desenvolvendo. Os profissionais aderem às vezes, e a aceitação do protocolo a gente tem dificuldade, as pessoas têm um pouco de receio, isto é um indicador de qualidade. As vezes tem preguiça de ler, de outra forma seja melhor apesar de discutirmos e mudar o protocolo, eles acham que engessa muito os serviços, o protocolo. Então às vezes a gente tem dificuldade de desenvolver o protocolo, e às vezes seguir aquele protocolo (CIRG2).

Quando eu entrei aqui a gente não tinha. E a gente está fomentando isso, mas é difícil. Os profissionais em sua maioria não conhecem (APO1)

Acho que os profissionais não aderem aos protocolos até desconhecem, porque não tem informação (TEC ENF2).

Mais ou menos não conheço muito não os Pops e protocolos. Eu sei que tem protocolos, mas eu esqueço porque faz pouco esporadicamente. Não sabia que tem a plataforma WIK para acessar estes protocolos. Não aderem aos Pops porque não sabem mesmo. Muitas vezes coloca nas costas da enfermagem isso, para saber o que deve fazer (ANEST1).

Categoria 5: Dificuldade, na implementação dos protocolos de cirurgia de Covid 19

Assim como foi relatado fragilidade na operacionalização dos POPs gerais do CC seguiu-se o mesmo modo de dificuldade na implementação dos protocolos de cirurgias de Covid-19, conforme relatos a seguir:

Não vi muita diferença no que a gente faz, eu procurei os protocolos de cirurgia Covid porém não tem nada no sistema [...]se o meu técnico me pedir o protocolo eu não tenho (ENF2).

Não recebi treinamento para o protocolo de cirurgia Covid. (TEC ENF2).

Não fui treinada para protocolo covid no meu retorno da licença. Me sentiria segura para atender um paciente com covid positivo trazendo a experiência de vida de antes de trabalhar com paciente que é um potencial contaminado, mas sabendo que era melhor ter esse treinamento diário (ENF1).

DISCUSSÃO

A pandemia de COVID-19, tornou imperativo que os procedimentos cirúrgicos precisem ter critérios de indicação e execução bem definidos, para tanto a atenção à atenção pré-operatória é primordial. A finalidade de qualquer procedimento cirúrgico é ter um resultado satisfatório, mas para isso a avaliação pré-operatória do paciente é fundamental, com destaque para a anamnese detalhada e para o exame físico bem executado, que pode ser realizado por uma visita pré-operatória de enfermagem¹⁰.

Um estudo destaca a implantação da visita pré-operatória durante a pandemia e relata que o paciente que recebeu a visita da enfermeira é melhor informado quanto aos procedimentos cirúrgicos e os cuidados referentes ao novo coronavírus, além de amenizar o estresse da internação o que facilitou o trabalho da equipe de enfermagem do trans e pós-operatório¹¹.

A realização do bate-mapa, a avaliação pré-operatória e a confirmação do paciente, foram identificados como estratégias de planejamento na diminuição da suspensão de cirurgias, além de menor permanência hospitalar¹². Os fatores elencados pelos depoentes em relação a ociosidade das salas seria a adequação do mapa cirúrgico ao tempo cirúrgico, com isso é possível dimensionar a correta

utilização das salas cirúrgicas e os procedimentos agendados⁵.

Outro fator de atraso cirúrgico é a demora no tempo de turnover que é compreendido entre a saída de um paciente da sala operatória até a entrada do próximo, neste período, está incluso o tempo de limpeza. Um estudo mostrou que a média do tempo de turnover



A pandemia de Sars-Cov2 exacerbou as dificuldades que já existiam anteriormente em relação ao desconhecimento dos protocolos institucionais e trouxe a urgência necessidade de controle sistemático e continuado dos processos de trabalho



foi 27 minutos, desses 10 minutos foram utilizados para limpeza¹³.

A comunicação efetiva entre os membros da equipe cirúrgica proporciona benefícios diretos ao paciente, destacando-se a importância da comunicação intersetorial no momento de sua transferência como forma de segurança para o paciente e para a equipe que o assiste¹⁴. O estímulo à comunicação eficaz proporciona práticas seguras, o que favorece

a confiança entre os membros da equipe e a humanização com os pacientes¹⁵.

A necessidade de coibir distorções na prática profissional é fundamental para isso, a utilização de POPs é condição indispensável pois permite um cuidado padronizado e maior segurança na realização das técnicas como foco na melhoria do atendimento ao usuário¹⁶. A capacitação dos POPs não deve ser descontextualizada do serviço, pois tem como premissa a participação ativa dos profissionais da equipe pela natureza educacional da ação, além de ser um processo de educação permanente e contínuo¹⁷.

Uma vez que o conhecimento desta tecnologia promove as transformações, as mudanças necessárias, que tem por finalidade a melhoria da qualidade do cuidado e o mínimo de riscos para o usuário. As dificuldades em relação ao desconhecimento dos POPs relatadas perpassam um trabalho de reconhecimento da importância do desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente na sua prática profissional com a intenção de trazer benefícios de custo, prazo, qualidade dos serviços, dinamicidade do serviço, satisfação e segurança dos executores das tarefas e principalmente a satisfação da assistência prestada ao usuário e sua família¹⁸.

A questão do desconhecimento dos POPs das cirurgias Covid, assinalada como uma das fragilidades, é sério, e importante, estando relacionado também à ausência da capacitação no POPs. Os cuidados baseados em protocolos são vistos como um mecanismo para facilitar a prática profissional na saúde com vistas a padronizar a assistência¹⁸.

CONCLUSÃO

Os profissionais da equipe multiprofissional compreendem que certas fragilidades na assistência no CC impactam diretamente na segurança do paciente, e consideram que há necessidade de ações intersetoriais a fim de alinhar os discursos.

A avaliação pré-operatória inadequada, impacta diretamente na assistência segura no CC, mas há um consenso que determinadas práticas assistenciais tendem a reduzir este problema. A ociosidade ou ocupação das

salas cirúrgicas não condizente com a carga de trabalho dos profissionais de saúde está diretamente relacionado com um mapa cirúrgico bem planejado e operativo dentro de um período de tempo proposto para as cirurgias eletivas.

A limpeza das salas cirúrgicas citada como morosa denota a importância do controle do turnover pela gestão do CC, com intuito de promover agilidade deste processo, garantindo uma maior produtividade da unidade e satisfação dos clientes.

A comunicação deficiente entre os profissionais da equipe multiprofissional e intersetorialmente foi citada como fator de insatisfação por todos. No hospital cenário desta pesquisa o Programa Cirurgias Seguras

Salvam Vidas foi implantado recentemente em agosto de 2021, por meio do instrumento de checklist, para promover a comunicação entre os membros da equipe.

A pandemia de Sars-Cov2 exacerbou as dificuldades que já existiam anteriormente em relação ao desconhecimento dos protocolos institucionais e trouxe a urgência necessidade de controle sistemático e continuado dos processos de trabalho, a fim de prevenção de efeitos adversos provocados pela não observância dos POPs.

Mesmo ocorrendo in locu, a capacitação não garantiu a participação de todos os profissionais, especialmente por ter ocorrido de forma pontual, necessitando de esforços no sentido de atender a essa demanda. O processo

educativo não deve ser entendido como um exercício pontual, mas sim como uma ação contínua, fato que não ocorreu nessa realidade é importante a avaliação pós-implantação pelo serviço de educação permanente institucional.

O retorno à normalidade dos procedimentos cirúrgicos eletivos, requer uma rígida adesão aos protocolos de cuidados de saúde institucionais e governamentais e fluxos exclusivos e segregados dentro da instituição, nomeadas de fluxo Covid Free.

A pandemia exacerbou as dificuldades que já existiam em relação ao desconhecimento dos protocolos institucionais e trouxe a necessidade de controle sistemático e continuado dos processos de trabalho.

Referências

1. Trentini, A et al. Indicators as allies in the surgical center management. Brazilian Journal of Development. Vol 6, No 9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv.v6i9>
2. Brazilian Association of Surgical Center Nurses, Anesthetic Recovery and Material and Sterilization Center (SOBECC). Practice guidelines in surgical nursing and medical device processing. 8ª ed. São Paulo: SOBECC; 2022.
3. Florêncio ACUS, Carvalho R, Barbosa GS. The impact of the Materials Center's work on the quality of care. Revista SOBECC, 16(1), 31–39, São Paulo, jan-mar. 2011. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/19>
4. Leite ES et al. Continuing education at the material and sterilization center: meanings and difficulties faced by nursing. Revista SOBECC, 16(4), 2011, 31–39. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/21>
5. Araújo JKM de, Ferreira FAS, Comassetto I, Bernardo THL. Assessment of surgery cancellation factors in hospitals in northeastern Brazil. Rev SOBECC [Internet]. 13 de dezembro de 2019 [citado 23 de julho de 2022];24(4):175-84. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/47>
6. Lima JS. Strategic Planning as a Management Tool. Multidisciplinary Scientific Journal Knowledge Core. Ano 03, Ed. 03, Vol. 03, pp. 58-69, março de 2018. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/planejamento-estrategico>
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 06/2020. Guidelines for the prevention and control of infections by the new coronavirus (Sars-CoV-2) in surgical procedures. Brasil: Ministério da Saúde; 2020. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-06-2020-gvims-ggtes-anvisa.pdf/view>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 07/2020. Guidelines for the prevention and epidemiological surveillance of infections by SarsCoV-2 (Covid-19) within health services. Brasil: Ministério da Saúde; 2020. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-07-2020>
9. Pinto AVM, Santos FT. Patient safety: Design and implementation of a quality culture. Braz.J.of Develop., Curitiba, Vol.6, Num.3, Pag. 9796-9809, mar.2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-01>
10. Reis DON da S, Meneses R de O, Pinto CMI, da Silva MVG, Teixeira NF. Management indicators of the surgical schedule in a university hospital. Rev SOBECC [Internet]. 13 de dezembro de 2019 [citado 23 de julho de 2022];24(4):217-23. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040007>
11. Flores Chourabi L, da Silva Figueira SH, Pereira Matias E. A visita pré-operatória de enfermagem em um hospital universitário durante a pandemia de SARS-CoV-2. Glob Acad Nurs [Internet]. 29 de abril de 2022 [citado 23 de julho de 2022];3(Spe.1):e231. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globalacadnurs/article/view/302>
12. Vilela RPB, Ruiz PBO, Ignan JPC, Nascimento GA, Katayma KYM, Novais AC, Costa ACD, Inácio LW. Operating room cleaning time: productivity indicator contributing to quality. In: Annals of the Meeting of Nurses from Teaching Hospitals of the State of São Paulo-Campinas: Galoá; 2016. Available from: <https://proceedings.science/enfhesp/trabalhos/tempo-de-limpeza-de-sala-operatoria-indicador-de-produtividade-contribuindo-para-a-gestao-da>
13. Matos F de SR. Modelo de melhoria no processo de comunicação em uma Instituição Federal de Ensino. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 01, Vol. 03, pp. 22-51. Janeiro de 2021. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/comunicacao/processo-de-comunicacao>
14. Trajano MFC et al. Interpersonal relationships in the operating room from the perspective of nursing: exploratory study. Online Braz JNurs 2017; 16(1):159-169. Available from: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5530/pdf_2
15. Lima Silva L, de Assunção Almeida AK, Sofia Barreto Bezerra R de C, Viana Alves L de L, de Araújo Evangelista W, Salustino dos Santos MC. A assistência de enfermagem no centro cirúrgico: Cuidado humanizado e científico. Nursing [Internet]. 22 de junho de 2022 [citado 24º de julho de 2022];25(289):7894-903. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2538>
16. Miranda AL, Oliveira ALL, Nacer DT, Aguiar CAM. Results after implementation of a protocol on the incidence of urinary tract infection in an intensive care unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24: e2804. [Acesso 21 de fevereiro de 2022]; DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0866.2804>
17. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit. Rev Bras Enferm. 2015 68(6):827-34. [acesso em 21 de fevereiro de 2022] DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20156806201>
18. Sales CB et al. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018, v. 71, n. 1 [Accessed 21 de fevereiro de 2022] pp. 126-134. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>

