

Mapeamento de Processo em Centro Cirúrgico: Problemas e Propostas de Solução

RESUMO

O objetivo deste artigo é descrever o mapeamento de processo do centro cirúrgico de uma unidade hospitalar privada no estado do Rio de Janeiro. A autora desenhou o fluxograma de cada processo, descrevendo e constatando as não conformidades existentes. Mediante a aplicação das ferramentas de gestão, identificou-se que os cinco principais processos da unidade eram: pré-agendamento, agendamento, preparo de sala, realização da cirurgia e alta da recuperação pós-anestésica (RPA). Ficou evidenciado que existia um fluxo eficaz na gestão dos processos na unidade, porém visualizaram-se pontos de conflito e retrabalho, remetendo à dúvida se o fluxo era eficiente. Desta forma, vislumbrou-se a possibilidade da melhoria, por meio de técnicas de observação, indicadores e análise de dados frente aos intervenientes que impactavam na boa prática do serviço.

DESCRIPTORIOS: Ferramentas Básicas de Qualidade; Gestão Hospitalar e Cirurgia; Organização de Processos.

ABSTRACT

This study aims to describe the process mapping of a surgery center in a private hospital unit in Rio de Janeiro state, Brazil. The author drew the flowchart of each process, describing and verifying the existing nonconformities. Through the application of the management tools, it was identified that the five main processes of the unit were: pre-scheduling, scheduling, room preparation, the surgery itself, and discharge of the post anesthesia recovery (PACU). It was found that there was an efficient flow of these processes in the unit, although some existing bottlenecks were identified, referring to the doubt if the flow was efficient. These bottlenecks were studied through observation techniques, indicators, and data analysis, making it possible for the author to perceive the opportunity of process improvement.

DESCRIPTORS: Basic Quality Tools; Hospital Management and Surgery; Process Organization.

RESUMEN

El objetivo de este artículo, es describir el mapeo de proceso del centro quirúrgico de una unidad hospitalaria privada en el estado de Río de Janeiro. La autora diseñó el diagrama de flujo de cada proceso, describiendo y constatando las conformidades inexistentes. A través de la aplicación de las herramientas de gestión, se identificó que los cinco principales procesos de la unidad eran: pre-programación, programación, preparación de sala, realización de la cirugía y alta de la recuperación postanestésica (RPA). Se evidenció que existía un flujo eficaz en la gestión de los procesos en la unidad, pero se visualizaron puntos de conflicto y retrabajo, remitiendo a la duda si el flujo era eficiente. De esta forma, se vislumbra la posibilidad de la mejora, por medio de técnicas de observación, indicadores y análisis de datos frente a los actores que impactan en la buena práctica del servicio.

DESCRIPTORIOS: Herramientas Básicas de Calidad; Gestión Hospitalaria y Cirugía; Organización de Procesos.

Elaine Lima Martini

Pós-graduada em MBA Gestão da Saúde e Administração Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Coordenadora do Centro Cirúrgico do Hospital Panamericano, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

O mapeamento é uma ferramenta que direciona e organiza a padronização dos fluxos de trabalho, a fim de obter maior conhecimento e controle sobre as atividades desempenhadas, busca a sustentabilidade na qualidade do serviço prestado.

A aplicação do mapeamento visa auxiliar a gestão na identificação dos processos de forma detalhada, evidenciando pontos fortes, pontos fracos, gargalos e possíveis perdas, apresentando informações importantes para a elaboração e implementação de melhorias. Além disso, a necessidade de se implementar o mapeamento de processos tem nos impulsionado, sendo um fator diferenciador em relação à gestão e tornando-se essencial à manutenção das atividades do dia a dia.

O mapa de processo é uma proposta de se ter uma visualização de todos os processos e seus fluxos de valor. Faz-se muito relevante em todos os setores da instituição, visando identificar as atividades desempenhadas pelas unidades, seus responsáveis e suas relações. A reestruturação dos processos internos envolve relacionamentos, papéis e responsabilidades. Tudo isso para viabilizar a melhoria contínua do processo, que é essencial para a sobrevivência da instituição⁽¹⁾.

A abordagem por processos permite o conhecimento profundo das atividades produtivas e de como elas influenciam no resultado final do seu produto. Para tal, é necessária a utilização de ferramentas que auxiliam a melhor visualização do processo produtivo. Dentre as mais utilizadas, está o mapeamento de processos⁽²⁾.

O mapeamento permite identificar as interfaces entre os múltiplos setores, clientes internos e externos, entradas e produtos entregues. Possibilita, ainda, a visão dos processos que fazem parte do fluxo de trabalho vigente e a identificação de pontos críticos que possam comprometer o desempenho de todo o sistema organizacional. Dessa forma, esforços podem ser direcionados a fim de corrigir erros e evitar custos desnecessários e atrasos no

tempo de ciclo de serviços e produtos. O mapeamento de processos proporciona o controle e o monitoramento das ações empreendidas, permitindo a capacidade de executar mudanças, internas e externas, mais agilmente⁽³⁾.

Este artigo tem como objetivo apresentar a experiência de um mapeamento de processo voltado para gestores e colaboradores de um hospital no estado do Rio de Janeiro. Com o mapeamento de processos da unidade centro cirúrgico, foram estudadas as atividades e analisados os processos existentes, permitindo identificar os problemas e propor as respectivas soluções. Diante disso, o estudo foi orientado a responder a seguinte questão: O fluxo dos processos era eficiente? Buscou-se, ainda, contribuir para a construção do conhecimento acerca da temática mapeamento de processo como prática na Enfermagem. O uso de tal ferramenta de controle de qualidade representou um passo importante na garantia de uma assistência segura.

METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência. O estudo teve como diretriz mapear, mensurar, monitorar os processos, identificar os problemas e propor soluções, buscando a melhoria contínua e a segurança institucional. Trata-se de um centro cirúrgico de uma unidade hospitalar privada de médio porte, que realiza todos os tipos de cirurgias, de todas as especialidades, exceto transplantes de órgãos, e com média de 500 cirurgias por mês. Possui 07 salas de cirurgia. A coleta e a análise de dados foram realizadas nos meses de fevereiro a setembro de 2018.

Nesse período, foram realizadas 3.607 cirurgias no centro cirúrgico e coletados dados de procedimentos de 12 especialidades diferentes, em lista de verificação própria, elaborada pelo grupo de mapeamento de processos. Foram excluídas da análise 180 cirurgias, pois encontravam-se com dados incompletos, incorretos ou ilegíveis, não sendo possível identificar os pacientes ou procedimentos cirúrgicos.

Os atuais processos de trabalho no

centro cirúrgico foram representados graficamente através de fluxos, mapas, diagramas de causa e efeito e planos de ação, visando a facilitar o entendimento e a assimilação de todos os envolvidos e a execução das necessárias reestruturações. As ferramentas utilizadas estão diretamente ligadas à busca da qualidade, otimizando processos e métodos que afetam as atividades. O estudo foi realizado em etapas: definição dos processos a serem mapeados em conjunto com a gestão de qualidade, criação de ferramentas de qualidade para a coleta de dados, definição das ferramentas de qualidade para o mapeamento, análise de dados e apresentação dos resultados.

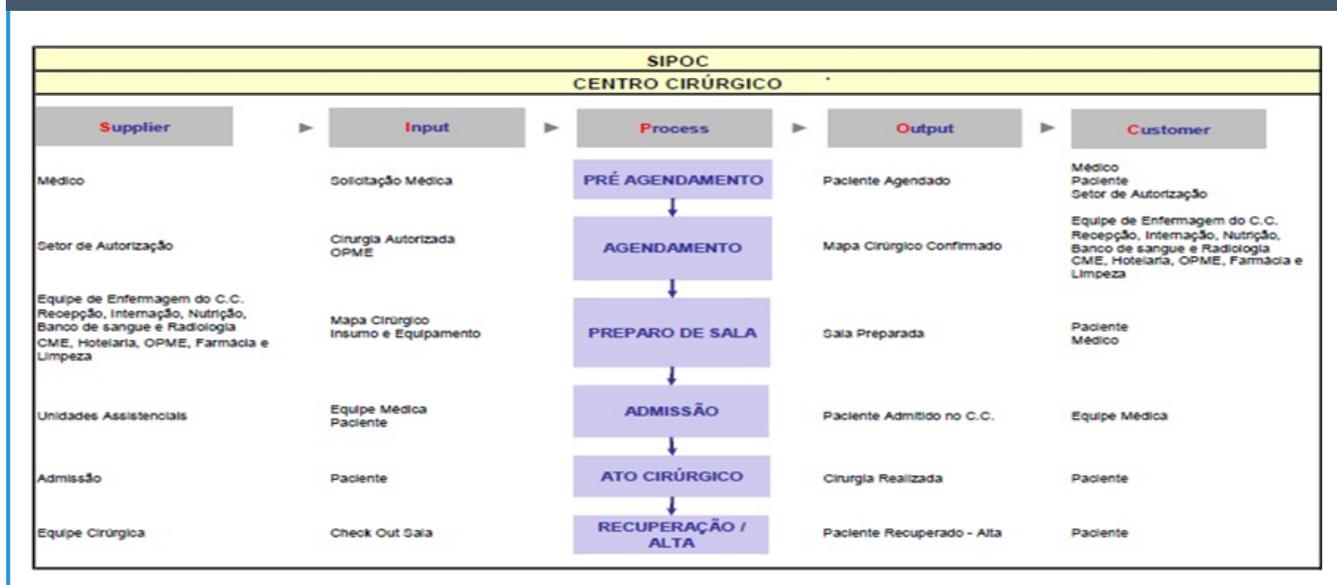
A escolha dos processos foi realizada buscando atender a uma demanda da unidade centro cirúrgico, que enfrentava problemas com retrabalhos e gargalos em relação à operação do dia a dia. Além disso, o hospital passará por retrofit no ano de 2019, o que reforça a necessidade de melhoria dos processos que envolvem a prática diária e os fluxos de trabalho.

As ferramentas de qualidade são responsáveis por mensurar e analisar os processos da unidade, visando as resoluções para os problemas encontrados. A escolha das ferramentas de qualidade foi com vistas às informações a serem coletadas, o tipo de processo a ser trabalhado e o tipo de problema a ser resolvido. No planejamento, foram eleitas quatro ferramentas de qualidade: fluxograma, folha de verificação, diagrama de Ishikawa, 5W2H.

O fluxograma auxilia na visualização da estrutura, mostrando as etapas dos processos e os fluxos de informações e elementos envolvidos. A folha de verificação, presente desde o início do processo, reuniu o máximo de informações e dados, viabilizando a verificação das variações. O diagrama de Ishikawa busca entender a relação entre um efeito (problema) e todas as causas (motivos) distribuídos em mais de uma característica. O plano de ação, utilizado como um check list das atividades de maior relevância, com base em perguntas que buscam respostas, tem o objetivo de alcançar a melhoria contínua dos processos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Figura 1. Detalhamento dos processos do centro cirúrgico em estudo (SIPOC). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



O SIPOC é uma ferramenta utilizada para mapear processos. Com ela, é possível esclarecer melhor as etapas do processo, definindo e formalizando diversos fatores que impactam diretamente na execução do trabalho. Quando não se entende a fundo o processo, torna-se impossível gerenciá-lo. A sigla SIPOC corresponde a junção de iniciais (em inglês) de cada aspecto analisado pela ferramenta, suppliers (fornecedores), inputs (entradas), process (processo), outputs (saídas) e customers (clientes). Com a ferramenta SIPOC, identificou-se que os cinco principais processos da unidade eram: pré-agendamento, agendamento, preparo de sala, realização da cirurgia e alta da recuperação pós-anestésica (RPA). Na melhoria de processos, SIPOC é uma ferramenta que dá uma visão geral dos processos.

A partir da aplicação do SIPOC (Figura 1), foi possível detectar que grande parte das atividades e dos processos descritos não estava bem desenhada não era clara a todos os envolvidos na gestão e na opera-

ção do centro cirúrgico. Esse método nos proporcionou um melhor entendimento dos processos. Com os processos bem definidos, foi possível partir para a segunda etapa: o fluxograma funcional.

Fluxograma funcional

A escolha da ferramenta de fluxograma teve o objetivo de tornar os processos mais claros e de demonstrar, graficamente, a sequência das atividades diárias do centro cirúrgico, permitindo a visualização das responsabilidades de cada envolvido e sua importância no processo.

Para garantir que a sequência de atividades desenhadas refletisse a nossa realidade, foram realizadas entrevistas com os colaboradores que executam as atividades. A participação e o envolvimento de todo o grupo, sem dúvida, foram fundamentais para o êxito do mapeamento de processo. Foram evidenciados no Gemba¹, divergências entre como imaginamos que as atividades ocorram e como elas realmente

deveriam ocorrer.

O fluxograma auxiliou na definição dos indicadores de processos. A escolha teve o foco de otimizar esses processos para atingir maior eficiência e eficácia, gerando maior produtividade e melhores resultados para a unidade. O binômio “quais indicadores medir” e “quais indicadores monitorar” estava alinhado às estratégias da empresa, com foco na missão, visão e nos valores.

Foram 13 os indicadores de desempenho, desenhados a partir dos desdobramentos dos macro e microprocessos no fluxograma, respondendo sempre ao questionamento sobre a real necessidade daquela informação.

Para melhorar o desempenho do centro cirúrgico em relação aos processos, foram propostos critérios de indicadores, com métricas coerentes e possíveis de serem medidas e atingidas. O monitoramento, o controle e a análise dos dados foram realizados pela equipe responsável pelo mapeamento do centro cirúrgico.

1 A palavra Gemba, em japonês, Genchi Genbutsu, é traduzida como “vá ver”. No universo do Lean Thinking, ela representa também o “local real”, onde o trabalho é de fato realizado e gera valor para o negócio. Logo, esta técnica consiste em deslocar uma pessoa do time - muitas vezes o líder - até o local do contratempo para uma coleta de dados para municiar a tomada de decisão de informações precisas e atualizadas.

Foram estabelecidos para os indicadores de desempenho, em seus níveis de abrangência, padrões de comparação. Os padrões foram resultados de benchmarking alinhado às metas da organização. A alta administração e a gerência foram envolvidas, uma vez que os indica-

dores de desempenho poderiam ser utilizados na organização para o controle e melhorias dos processos.

Todos os colaboradores foram treinados a interpretar os índices dos indicadores de desempenho e, desse modo, conheciam as nossas metas e propostas de ações

a serem tomadas, dependendo dos resultados atingidos.

Conforme Quadros 1 e 2, os indicadores de processos possuíam suas métricas, categorias de medidas e seus indicadores de avaliação de causa e efeito alinhados às metas e aos seus objetivos.

Quadro 1. Descrição dos indicadores de desempenho do centro cirúrgico em estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

INDICADORES CENTRO CIRÚRGICO						PERÍODO 28/02 A 24/04/2018							
Item	Etapas do Processo	Tipo de Indicador	Indicador	Definição/Forma de Medição	Especificação	Resultado							
						I 28/02 a 06/03	II 07 a 13/03	III 14 a 20/03	IV 21 a 27/03	V 28/03 a 03/04	VI 04 a 10/04	VII 11 a 17/04	VIII 18 a 24/04
1	Pré- agendamento	Y	Percentual de resposta para agendamento	Percentual de resposta do email para agendamento de cirurgia / Percentual de emails enviados pelos equipes cirurgias pelo email de resposta enviado pelo setor de agendamento de cirurgia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pré- agendamento	f(x)	Percentual de cirurgias realizadas por médicos não cadastrados	Percentual de médicos que realizaram cirurgia e não estavam cadastrados / Percentual de médicos não cadastrados que realizaram cirurgia dividido pela quantidade de médicos que realizaram cirurgia	0%	1,7%	1,0%	0,6%	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
3	Pré- agendamento	f(x)	Cancelada por falta de autorização	Nº de cirurgias canceladas por falta de autorização / Nº de cirurgias agendadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	Preparo de sala	Y	Percentual de cirurgias canceladas	Percentual de cirurgias canceladas / Percentual de cirurgias canceladas dividido pelo total de cirurgias elegíveis	5%	5%	4%	5%	6%	3%	5%	3%	4%
5	Preparo de sala	f(x)	Percentual de check lists não conformes	Percentual de check lists não conformes para o preparo de sala / Percentual de check lists não conformes dividido pelo total de check lists realizados	1%	2%	2%	1%	2%	1%	2%	1%	0%
6	Realização da cirurgia	Y	Percentual de cirurgias realizadas no prazo	Percentual de cirurgias realizadas no prazo conforme meta cirúrgica / Percentual de cirurgias realizadas no prazo dividido pelo número total de cirurgias	100%	73%	82%	72%	77%	71%	74%	74%	64%
7	Realização da cirurgia	Y	Tempo médio e desvio-padrão do transporte ao centro cirúrgico	Percentual de tempo no transporte do paciente / Percentual de tempo nos transportes e desospitalização do centro cirúrgico	95%<20 4%<60 1%<40	80%<20 16%<60 4%<40	82%<20 15%<60 3%<40	80%<20 16%<60 4%<40	84%<20 14%<60 2%<40	87%<20 11%<60 2%<40	93%<20 6%<60 1%<40	90%<20 8%<60 2%<40	94%<20 6%<60 0%<40
8	Realização da cirurgia	Y	Percentual de lateralidades conformes	Percentual de lateralidade / Percentual de lateralidades conformes dividido pelo total de lateralidade realizadas	90%	86%	71%	71%	97%	83%	89%	90%	95%
9	Realização da cirurgia	Y	Percentual de ATB conformes	Percentual de ATB / Percentual de ATB conformes dividido pelo total de ATB realizados	90%	60%	71%	62%	67%	66%	58%	62%	50%
10	Realização da cirurgia	Y	Percentual de times out conformes	Percentual de time out / Percentual de time out conformes dividido pelo total de time out realizados	90%	100%	99%	99%	99%	97%	97%	99%	96%
11	Realização da cirurgia	f(x)	Percentual de equipes cirurgias prontas	Percentual de equipes cirurgias prontas no horário agendado para a cirurgia / Percentual de equipes cirurgias prontas no horário das cirurgias dividido pelo número total de cirurgias	100%	78%	84%	77%	79%	73%	78%	76%	69%
12	Alta	Y	Tempo médio e desvio padrão de permanência na RPA	Percentual de tempo de permanência na RPA / Percentual de tempo médio de permanência e desvio padrão na RPA	50%<20 40%<60 10%<60	81%<20 54%<60 0%<60	62%<20 39%<60 0%<60	60%<20 39%<60 1%<60	55%<20 44%<60 1%<60	56%<20 42%<60 2%<60	60%<20 40%<60 0%<60	48%<20 45%<60 1%<60	59%<20 41%<60 0%<60
13	Alta	f(x)	Percentual de documentos conformes	Percentual de documentos conformes na RPA / Percentual de documentos conformes dividido pelo total de documentos checados na RPA	100%	90%	81%	81%	97%	94%	91%	99%	98%

Quadro 2. Descrição dos indicadores de desempenho do centro cirúrgico em estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

INDICADORES CENTRO CIRÚRGICO						PERÍODO 20/06 A 14/08/2018							
Item	Etapas do Processo	Tipo de Indicador	Indicador	Definição / Forma de Medição	Especificação	Resultado							
						XVII 20 a 26/06	XVIII 27 a 03/07	XIX 04 a 10/07	XX 11 a 17/07	XXI 18 a 24/07	XXII 25 a 31/07	XXIII 01 a 07/08	XXIV 08 a 14/08
1	Pré- Agendamento	f(x)	Percentual de Médicos não cadastrados	Percentual de Médicos que solicitaram cirurgia e não estavam cadastrados / Percentual de Médicos não cadastrados que solicitaram cirurgia dividido pela quantidade de Médicos que solicitaram cirurgia	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%
2	Preparo de Sala	Y	Percentual de Cirurgias canceladas	Percentual de Cirurgias canceladas / Percentual de Cirurgias canceladas dividido pelo total de cirurgias elegíveis	5%	5%	6%	3%	6%	4%	7%	8%	6%
3	Preparo de Sala	f(x)	Percentual de Checklist não conformes	Percentual de checklist não conformes para o preparo de sala / Percentual de checklist não conformes dividido pelo total de checklist realizados	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de Cirurgias realizadas no prazo	Percentual de Cirurgias realizadas no prazo conforme Meta Cirúrgica / Percentual de cirurgias realizadas no prazo dividido pelo número total de cirurgias	90%	78%	79%	82%	83%	82%	82%	78%	81%
5	Realização da Cirurgia	Y	Tempo médio de transporte e desvio padrão do CC	Tempo no transporte do paciente / Tempo médio de transporte e desvio padrão do CC	95%<20 4%<60 1%<40	81%<20 16%<60 4%<40	80%<20 16%<60 4%<40	81%<20 16%<60 4%<40	87%<20 14%<60 2%<40	88%<20 11%<60 2%<40	91%<20 6%<60 1%<40	89%<20 8%<60 2%<40	87%<20 7%<60 0%<40
6	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de LATERALIDADE conformes	Percentual de LATERALIDADE / Percentual de LATERALIDADE conformes dividido pelo total de LATERALIDADE realizadas	90%	90%	93%	91%	90%	98%	100%	73%	99%
7	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de ATB conformes	Percentual de ATB / Percentual de ATB conformes dividido pelo total de ATB realizados	90%	48%	83%	81%	81%	81%	84%	95%	100%
8	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de TIME OUT conformes	Percentual de TIME OUT / Percentual de TIME OUT conformes dividido pelo total de TIME OUT realizados	90%	97%	98%	97%	97%	97%	98%	100%	98%
9	Realização da Cirurgia	Y	Percentual de Equipes Cirurgias prontas	Percentual de Equipes Cirurgias prontas no horário agendado para a cirurgia / Percentual de Equipes Cirurgias prontas no horário das cirurgias dividido pelo número total de cirurgias	90%	78%	81%	82%	82%	82%	81%	78%	81%
10	Alta	f(x)	Percentual de permanência na SRPA	Tempo de permanência na SRPA / Tempo médio de permanência e desvio padrão na SRPA	50%<20 40%<60 10%<60	81%<20 54%<60 0%<60	62%<20 39%<60 0%<60	60%<20 39%<60 1%<60	55%<20 44%<60 1%<60	56%<20 42%<60 2%<60	60%<20 40%<60 0%<60	48%<20 45%<60 1%<60	59%<20 41%<60 0%<60
11	Alta	f(x)	Percentual de documentos conformes na SRPA	Percentual de documentos conformes na SRPA / Percentual de documentos conformes dividido pelo total de documentos checados	90%	98%	95%	95%	95%	95%	98%	93%	95%

Analisando os quadros de indicadores de desempenho, mais especificamente o Quadro 1, percebe-se um maior índice de não conformidades em relação ao Quadro 2. Essas não conformidades percebidas, inicialmente, representavam problemas. A esses problemas associaram propostas de soluções, descritas na sequência, sendo incremento para oportunidades de melhorias.

Devido à articulação gerada pelos desdobramentos entre os indicadores de desempenho dos vários níveis de abrangência adotados, ações de melhoria foram desenvolvidas através de um plano de ação, com base nas informações coletadas através dos indicadores, sempre buscando estar alinhado com as metas e os objetivos.

Evolução do percentual de cirurgias realizadas por médicos não cadastrados

Um grande problema observado no mapeamento foi a realização de cirurgias por médicos não cadastrados na instituição. Ao término da cirurgia, médicos não conseguiam realizar documentação em sistema por falta de senha, uma vez que somente médicos cadastrados possuem senha do sistema interno. O paciente permanecia em sala operatória, impactando no giro de sala. Como plano de ação, criou-se parceria do setor de agendamento de cirurgia com profissional responsável pelo cadastro médico. Portanto, ao delegar essa função de análise de documentação aos setores de Agendamento e Cadastro, esses transtornos foram evitados. Ao recebimento de solicitação de cirurgia por novos profissionais, o setor de pré-agendamento informa de imediato se o médico não é cadastrado; em seguida, é realizado contato com o médico, solicitando documentação. Realiza-se um pré-cadastro. A finalização do agendamento só ocorre após envio da documentação. Com essa medida, reduzimos o número de realizações de cirurgias por médicos não cadastrados. Após algumas semanas, com 0% de não conformidade, ocorreram cirurgias de emergência com especialistas não cadastrados realizando o ato operatório. Esse indicador permanece sendo monitorado, uma vez que entendemos não estar consolidado ainda.

Evolução do percentual de cancelamento de cirurgias

O cancelamento de cirurgias representava um problema no centro cirúrgico. O cancelamento de cirurgia aumenta o custo operacional e financeiro, trazendo prejuízos para a instituição. O prejuízo financeiro é causado pela ineficiência do processo e pode ser evidenciado pela subutilização das salas cirúrgicas. Identificamos como outras fontes de desperdício o preparo da sala de cirurgia, processo de esterilização do material, retrabalho do pessoal envolvido e perda de oportunidade de inclusão de outra cirurgia, impactando diretamente na produção e no número de cirurgias realizadas.

O cancelamento por parte da equipe médica se constituiu a principal causa de cancelamento de cirurgias, considerando as causas relacionadas. Todavia, muitos desses cancelamentos poderiam ser evitados com a comunicação prévia.

O plano de ação foi a criação e a implementação de impresso intitulado “Ordem de cancelamento de cirurgia”, no qual o responsável da equipe cirúrgica tinha que descrever o motivo do cancelamento e a justificativa. Dados eram analisados pontualmente pela coordenação do centro cirúrgico. A boa prática nos remete a 5% de cancelamento da agenda cirúrgica no dia da cirurgia. Entendemos a necessidade de permanecer medindo esse indicador, ainda não consolidado, pelo fato de estarmos frequentemente recebendo novas equipes e por ser necessária a abordagem pontual com os profissionais envolvidos no processo. Melhorar comunicação entre as equipes médicas e a instituição precisa ser um objetivo constante a ser perseguido.

Evolução do percentual de cirurgias com check list não conforme

Inicialmente, chamou a atenção o alto índice de check list não conforme ao início das cirurgias, representando impacto significativo na qualidade da assistência prestada dentro da sala operatória.

A criação e implantação de check list de conferência diária pela engenharia clínica no centro cirúrgico, realizado antes

do início das cirurgias, veio como proposta de solução para esse problema, trazendo resultados na operação e melhoria na qualidade do processo de trabalho dos profissionais envolvidos e na segurança do paciente.

Criação de pacto entre as equipes do centro cirúrgico e da engenharia clínica. Com a presença da engenharia no centro cirúrgico, reduzimos a 0% a não conformidade da sala operatória ao início das cirurgias. A sala cirúrgica só é liberada para utilização após a realização do check list diário.

Evolução do percentual do tempo de transporte <20 minutos

A partir das métricas propostas para o tempo de transporte, foi possível identificar eventuais gargalos no fluxo dos processos, o que possibilitou ter conhecimento do que estava causando a demora da chegada do paciente ao centro cirúrgico e tomar decisões.

Adotamos como plano de ação a criação e implantação do impresso de movimentação de paciente, que contempla horário de solicitação do paciente x horário de chegada do paciente no centro cirúrgico. O primeiro passo para a criação do impresso foi proposto em encontros entre os enfermeiros das unidades (centro cirúrgico e unidade de internação) para discutir as informações inseridas no impresso. O objetivo era compreender a necessidade dos profissionais da unidade de internação e encontrar uma forma de operacionalizar o processo de comunicação, para que os profissionais de ambas unidades ficassem satisfeitos com o resultado.

Foram realizados treinamento e distribuição de rádios para comunicação efetiva entre a unidade de internação e o centro cirúrgico. O centro cirúrgico comunica-se com a unidade de internação 20 minutos antes de solicitar o paciente ao técnico de transporte. A melhoria desse indicador proporcionou maior satisfação de todos os profissionais envolvidos no processo, melhoria da qualidade no transporte do paciente cirúrgico e agilidade no set up da sala, reduzindo o intervalo entre as cirurgias.

Evolução do percentual de conformidade dos documentos na SRPA

Com base nas informações levantadas durante o mapeamento de processos em relação à conformidade dos documentos na SRPA, foi evidenciado o registro não conforme em alguns prontuários.

O mapeamento evidenciou, através das entrevistas, uma preocupação dos profissionais envolvidos; neste contexto, os do centro cirúrgico, em ter a informação precisa e segura. Um dos meios de avaliação da qualidade da assistência prestada no centro cirúrgico é o registro conforme de

todas as atividades realizadas pelas equipes cirúrgica, anestésica e de enfermagem.

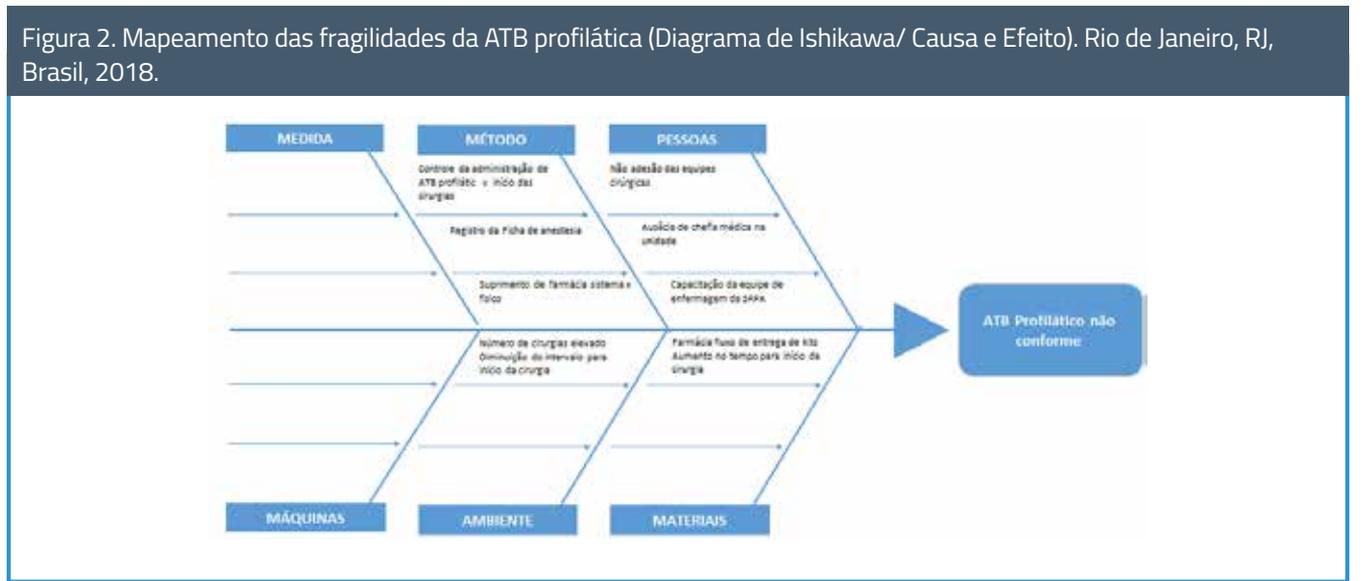
O registro completo de todos os documentos que compõem o prontuário do paciente é de responsabilidades de todos os envolvidos na assistência. Assim, com foco na mudança para a melhoria da qualidade dos registros, foi elaborada e implantada nova rotina de conferência da documentação com o paciente ainda dentro da sala operatória, com intervenção antes da liberação para SRPA.

Fez-se necessária a contratação de uma colaboradora administrativa para agregar

na tarefa da conferência da documentação cirúrgica, bem como promover a interação de todos os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico. O paciente somente é liberado da sala cirúrgica após documentação conforme.

O indicador de registro em conformidade com as anotações no centro cirúrgico demonstra boa performance da unidade, como uma prática segura, isenta de riscos.

Evolução do percentual de ATB profilática



Quadro 3. Planejamento da ATB profilática (Plano de ação 5W2H). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

PLANO DE AÇÃO - 5W2H							Concluído
Auditoria: ATB profilática não conforme. Período: 30/04 a 14/08/2018							Em andamento
							N/A
O QUE	POR QUE	QUEM	QUANDO (Prazo Final)	ONDE	COMO	QUANTO	STATUS/OBS
Readequar a política da ATB profilática.	Falha no cumprimento da meta da ATB profilática.	CCIH e Coordenação médica	Junho a Agosto/2018	centro cirúrgico	Realizar discussão sobre o protocolo de ATB profilática da instituição com as equipes cirúrgicas.	NA	Concluído
Melhorar a adesão das equipes cirúrgicas.	Para cumprimento do protocolo da ATB profilática	CCIH e Coordenação médica	Junho a Agosto/2018	centro cirúrgico	Realizar discussão sobre o protocolo de ATB profilática da instituição com as equipes cirúrgicas.	NA	Concluído
Atuação de chefe médica da unidade centro cirúrgico	Em processo de contratação	Diretoria clínica e Coordenação médica	Junho a Agosto/2018	centro cirúrgico	Abordagem direcionada pela chefe médica na unidade centro cirúrgico.	ORÇAR	Concluído
Revisão do fluxo de entrega de kit pela farmácia satélite do centro cirúrgico	Para cumprimento de protocolo padrão de distribuição de material/medicamento	Coord. enfer, CC e Farmacêutica responsável	30/08/2018	centro cirúrgico e farmácia	Apoio a farmácia na revisão dos processos	NA	Concluído
Readequação no registro da Ficha de anestesia.	Algumas equipes não tem a rotina de realizar ATB profilática.	CCIH e coordenação médica	Junho a Agosto/2018	centro cirúrgico	Apresentação do Banner ao corpo de cirurgiões e anestesistas	NA	Concluído
Capacitação da equipe de enfermagem da SRPA	Despreparo de alguns técnicos de enfermagem com relação a técnica de punção venosa periférica	Enfermeira SRPA e Ed. continuada	30/07/2018	centro cirúrgico	Treinamento sobre punção venosa periférica e administração de medicamentos.	NA	Concluído

A profilaxia antibiótica em cirurgia faz parte de um conjunto de medidas que tem como objetivo reduzir a incidência da infecção de sítio cirúrgico (ISC). O alvo principal da profilaxia antibiótica é diminuir a carga bacteriana na ferida operatória. A utilização adequada da profilaxia antibiótica no perioperatório pode reduzir a taxa deste tipo de complicação.

Evidenciamos não conformidades na utilização da antibioticoprofilaxia cirúrgica, o que representou uma fragilidade no processo estudado. Esforços foram empreendidos no sentido de estabelecer protocolos para nortear o uso adequado da antibioticoprofilaxia, visando a prevenção da ISC, resultado da adesão ao protocolo de profilaxia antibiótica em cirurgia no tempo adequado. Observou-se inadequação desse indicador. Para melhor compreensão, utilizamos a ferramenta diagrama de Ishikawa.

Conhecido como diagrama de Ishikawa ou diagrama de Espinha de Peixe, é uma ferramenta que representa as possíveis causas que levam a um determinado resultado, em outras palavras, tem como objetivo identificar e explorar as possíveis causas do problema. Finalizada a aplicação do diagrama, foi necessário fazer a análise, para tratar e solucionar cada causa identificada. A análise se tornou possível com o auxílio de um plano de ação 5W2H, evidenciado no Quadro 3.

A readequação da política interna foi realizada em parceria com a

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Entendeu-se como conforme o tempo médio da administração do antibiótico realizado em até 1 hora antes da cirurgia. O redesenho da política interna de antibioticoprofilaxia no paciente cirúrgico teve como objetivo auxiliar o cirurgião e o anestesista na escolha da profilaxia adequada para cada tipo de cirurgia, nas diferentes especialidades, colaborando para a segurança dos pacientes.

CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi estudar a eficiência do fluxo na gestão dos processos de um centro cirúrgico, propondo soluções para aperfeiçoar os processos, a partir da aplicação da metodologia de gestão por processos.

O estudo evidenciou a adesão positiva dos profissionais envolvidos ao uso dos indicadores de qualidade da assistência prestada no centro cirúrgico, tornando clara a preocupação de todos os profissionais em promover um cuidado seguro e livre de danos.

Com base nos dados obtidos neste estudo, conclui-se que a criação dos indicadores de desempenho, alinhado ao mapeamento de processos, nos permitiu conhecer os processos como eles realmente ocorrem: pontos de conflitos, retrabalhos, gargalos e fluxos não eficientes. O estudo dos processos ocorreu junto ao Gemba1, com o envolvimento

de toda equipe de trabalho, desde a parte técnica aos supervisores e à direção. O trabalho se mostrou bastante construtivo, pois permitiu o entendimento de todos os envolvidos - equipe técnica e executores do processo - durante a análise detalhada dos indicadores sugeridos. Além disso, a técnica permitiu discussões e correções de pontos de conflitos e readequações de indicadores sugeridos, uma vez que os colaboradores apresentavam conhecimento mais detalhado com base no preenchimento da lista de verificação de cada cirurgia proposta.

Em todos os processos estudados, visualizamos a comunicação com interferência direta na qualidade da assistência prestada, sendo um ponto forte para o sucesso dos resultados obtidos. A comunicação eficiente entre todos os membros da equipe multidisciplinar contribuiu para alcançarmos os resultados esperados e atingirmos metas estabelecidas.

Desta forma, foi possível alinhar alguns processos estudados e implantar melhorias, com auxílio dos planos de ação propostos ao sistema de indicadores adotados. A melhoria dos processos estudados impactou, positivamente, na prática do serviço. A incorporação de uma cultura voltada para a segurança do paciente, apoiada na implantação da gestão por processos que esteja focada em resultados esperados e eficazes, é possível. ■

REFERÊNCIAS

1. Slack N, Chambers S, Johnston R. Gerenciamento de operações e de processos – princípios e práticas e de impacto estratégico. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2013.
2. Santos JB, LIMA JP. Gerenciamento de processos para melhoria da prestação do serviço público: um estudo de caso em um órgão público na cidade de Belém. Encontro Nacional de Engenharia de Produção [Internet]. Anais eletrônicos. João Pessoa: ABEPRO, 2016 [acesso em 20 set 2018]. Disponível em: [http://](http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_WIC_226_323_29526.pdf)

www.abepro.org.br/biblioteca/TN_WIC_226_323_29526.pdf.

3. Rocha TAH, Rodrigues JM, Silva NC, Barbosa ACQ. Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Mapeamento de Processos: Reorientação de Práticas para Promoção de Resultados Clínicos Satisfatórios. RAHIS [Internet]. 2014 [acesso em 20 set 2018]; 11(3):149. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2075/1363>.