

Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias

Marli de Carvalho Jericó¹

Márcia Galan Perroca²

Vivian Colombo da Penha³

Este estudo exploratório-descritivo foi conduzido na unidade de centro cirúrgico de um hospital de ensino, tendo por objetivos: mensurar o tempo despendido para limpeza concorrente pelo Serviço de Higiene e Limpeza, em sala de operação, e o intervalo entre as cirurgias, e investigar a associação entre o tempo de limpeza e porte e especialidade da cirurgia, período de ocorrência e tamanho da sala. A amostra foi constituída por 101 (estudo tempo de limpeza) e 60 cirurgias (estudo intervalo entre cirurgias). O método de Kaplan-Meier foi utilizado para análise do tempo e a correlação de Pearson para o estudo das associações. O tempo da limpeza concorrente da sala foi de 7,1 minutos e o do intervalo entre cirurgias de 35,6 minutos. Não se encontrou correlação entre tempo de limpeza e demais variáveis. Esses achados instrumentalizam os enfermeiros no uso eficiente de recursos, agilizando o processo de trabalho em centro cirúrgico.

Descritores: Enfermagem de Centro Cirúrgico; Indicadores; Indicadores de Gestão; Indicadores de Serviços; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

¹ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: marli@famerp.br.

² Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: marcia.perroca@gmail.com.

³ Enfermeira, Hospital de Clínicas de Marília, SP, Brasil. Unidade São Francisco, Associação Beneficente Hospital Universitário, Marília, SP, Brasil. E-mail: riomar.2006@hotmail.com.

Measuring quality indicators in the operating room: cleaning and turnover time

This exploratory-descriptive study was carried out in the Surgical Center Unit of a university hospital aiming to measure time spent with concurrent cleaning performed by the cleaning service and turnover time and also investigated potential associations between cleaning time and the surgery's magnitude and specialty, period of the day and the room's size. The sample consisted of 101 surgeries, computing cleaning time and 60 surgeries, computing turnover time. The Kaplan-Meier method was used to analyze time and Pearson's correlation to study potential correlations. The time spent in concurrent cleaning was 7.1 minutes and turnover time was 35.6 minutes. No association between cleaning time and the other variables was found. These findings can support nurses in the efficient use of resources thereby speeding up the work process in the operating room.

Descriptors: Operating Room Nursing; Indicators; Management Indicators; Indicators of Health Services; Surgical Procedures, Operative.

Mensuración de indicadores de calidad en un centro quirúrgico: tiempo de limpieza e intervalo entre cirugías

Este estudio exploratorio y descriptivo fue conducido en la Unidad de Centro Quirúrgico de un hospital de enseñanza teniendo por objetivos mensurar el tiempo utilizado para limpieza concurrente en sala de operación (por el Servicio de Higiene y Limpieza) y el intervalo entre las cirugías; e, investigar las asociaciones entre: tiempo de limpieza, porte de la cirugía, especialidad de la cirugía, período de ocurrencia y tamaño de la sala. El estudio fue constituido de 101 casos de limpieza (estudio de tiempo de limpieza) y 60 cirugías (estudio de intervalo entre cirugías). El método de Kaplan-Meier fue utilizado para el análisis del tiempo y la correlación de Pearson para el estudio de las asociaciones. El tiempo promedio de limpieza concurrente de la sala fue de 7,1 minutos y el del intervalo entre cirugías de 35,6 minutos. No fue encontrada correlación entre el tiempo de limpieza y las demás variables. Estos hallazgos instrumentalizan a los enfermeros en el uso eficiente de recursos, agilizando el proceso de trabajo en el Centro Quirúrgico.

Descriptorios: Enfermería de Quirófano; Indicadores; Indicadores de Gestión; Indicadores de Servicios; Procedimientos Quirúrgicos Operativos.

Introdução

A preocupação com a qualidade nas organizações de saúde tem se manifestado através da busca por melhores práticas para atender a mercado competitivo e clientes mais conscientes de seus direitos. Medir o desempenho passou a ser de vital importância para melhoria dos processos de trabalho, reduzindo os custos operacionais e promovendo a satisfação da clientela. O objeto dessa medição incorpora a estrutura necessária ou utilizada, os processos e os resultados obtidos assim como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente⁽¹⁾, e os instrumentos utilizados são os indicadores.

Embora não devam ser vistos como medida direta de qualidade, os indicadores podem ser considerados como medidas quantitativas, utilizadas para reavaliar, replanejar e reorganizar as atividades de um serviço, oferecendo subsídios para tomada de decisão na gestão da assistência⁽²⁾. Recomenda-se⁽³⁾, para que a avaliação de um serviço seja realizada de forma adequada, a utilização de um grupo de indicadores, uma vez que o uso de apenas um indicador pode não representar a realidade.

A unidade de centro cirúrgico (UCC) constitui uma das unidades mais complexas da instituição hospitalar, em decorrência de seus inúmeros processos e subprocessos

ligados, direta ou indiretamente, à produção das cirurgias⁽⁴⁾. A construção e monitoramento de indicadores de qualidade específicos a essa unidade pode, assim, nortear seu processo de gestão, sinalizando desvios.

Inúmeros indicadores podem ser utilizados no bloco operatório⁽⁵⁾, tanto relacionados à estrutura como a processos e resultados⁽⁶⁾. O tempo médio de limpeza da sala de operação e o intervalo entre cirurgias podem ser classificados como indicadores de processos, pois⁽¹⁾ se relacionam às atividades ligadas à infraestrutura para prover meios para atividades-fins.

A limpeza da sala de cirurgia é considerada como um dos procedimentos para controle da contaminação ambiental⁽⁷⁾ e recomendada antes, durante, após a cirurgia e ao final do dia⁽⁸⁾. A limpeza concorrente é aquela realizada após o término de uma cirurgia e antes do início da outra e envolve a remoção de sujidade e matéria orgânica em mobiliários, equipamentos e superfícies⁽⁸⁾. Os procedimentos de limpeza da UCC usualmente encontram-se divididos entre o pessoal do serviço de higiene e limpeza (SHL) e a circulante de sala, de forma que a pessoa responsável pela limpeza retira as sujidades do teto, paredes e chão e a circulante limpa mobiliários e equipamentos.

O intervalo entre cirurgias, também referido como tempo de *turnover* ou tempo de rodada de sala, pode ser abordado de diferentes maneiras, de acordo com a perspectiva do profissional envolvido. Para enfermeiras, ele significa o tempo decorrido desde a saída do paciente anterior até a entrada do próximo e inclui o tempo de limpeza e preparo da sala de operação (SO), para os anestesiológicos, o tempo desde que um paciente é encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica até o procedimento de indução do paciente seguinte e, finalmente, para os cirurgiões, o tempo decorrido desde o fechamento da ferida cirúrgica até a incisão do novo paciente⁽⁹⁾. O tempo de *turnover* inclui o tempo de limpeza e preparo da SO, mas não a demora entre os casos⁽¹⁰⁾.

A mensuração da produtividade em UCC tem merecido grande atenção por parte dos pesquisadores. Foram realizadas investigações, através de estudos brasileiros, sobre a taxa de ocupação⁽¹¹⁾, tempo médio de duração das cirurgias e taxa de espera satisfatória entre cirurgias⁽¹²⁾ e capacidade operacional do centro cirúrgico (CC)⁽¹³⁾, analisando os fatores que determinam seu ganho ou perda⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Nos Estados Unidos, por meio de estudo realizado em 31 hospitais analisaram-se o tempo de *turnover*⁽¹⁰⁾ e o impacto de sua redução no custo de pessoal⁽¹⁶⁾. Um sistema de escore, composto por oito indicadores, foi elaborado para quantificar o nível de desempenho no ambiente cirúrgico e identificar áreas que necessitam melhorias⁽¹⁷⁾.

Ele contempla, dentre outros, o indicador intervalo entre cirurgias. Contudo, foi desenvolvido segundo padrões americanos e, como se trata de proposta conceitual, sua eficácia precisa ser, ainda, validada.

O tempo de limpeza tem sido responsabilizado pelo atraso e o prolongado intervalo entre cirurgias⁽¹³⁾, gerando, muitas vezes, reclamações e descontentamento por parte dos cirurgiões. No hospital campo de estudo, a situação não se mostra diferente. A contratação de serviço terceirizado de limpeza na UCC fez emergir a necessidade de se monitorar esse indicador de desempenho, a fim de verificar se o novo serviço atendia as necessidades dessa unidade.

Assim, a preocupação em melhorar a dinâmica de trabalho da equipe e em maximizar a utilização da capacidade cirúrgica passou a se constituir foco desta investigação que objetivou:

- mensurar o tempo despendido para limpeza concorrente pelo serviço de higiene e limpeza em sala de operação e o intervalo entre as cirurgias em um centro cirúrgico de um hospital de ensino;
- investigar a associação entre o tempo de limpeza da SO e porte e especialidade da cirurgia, período de ocorrência e tamanho da sala.

Método

Trata-se de estudo descritivo, de natureza exploratória, com abordagem quantitativa, realizado na unidade de centro cirúrgico de um hospital escola de capacidade extra, localizado no interior do Estado de São Paulo. Essa unidade é constituída por 25 salas de operação, com tamanho variando de 20 a 42m², com uma sala destinada a transplantes com 62m². O bloco operatório realiza, em média, 2.177 cirurgias/mês, resultando na média diária de 73 cirurgias de pequeno, médio e grande porte, distribuídas em 16 especialidades cirúrgicas. A programação é desenvolvida no período das 7 às 19h, diariamente, de segunda a sexta-feira e aos sábados no período da manhã. O período noturno, os finais de semana e feriados são destinados a casos de emergência.

O SHL constitui-se em serviço terceirizado composto por uma enfermeira, uma encarregada e oito auxiliares de limpeza. A divisão entre as atribuições da circulante e do pessoal do SHL, nos procedimentos de limpeza concorrente na UCC, seguia os padrões usuais já descritos.

A casuística do estudo foi constituída por todas as cirurgias realizadas no período de 19 a 30 de maio de 2008. Inicialmente, a amostra foi constituída por 101 cirurgias para cálculo do tempo de limpeza e, posteriormente, de 60 cirurgias, que tiveram procedimento mostrado a seguir, para avaliação do intervalo entre os procedimentos cirúrgicos.

Instrumento e procedimento para coleta de dados

Para observação direta dos eventos, foi elaborado um instrumento estruturado, composto por itens para caracterização das cirurgias (tipo, porte, especialidade, duração, clientela) e para registro do tempo despendido nas diversas fases, desde a saída de um paciente até a entrada do paciente seguinte na SO. A classificação das cirurgias por áreas corporais foi realizada segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB)⁽¹⁸⁾. O porte cirúrgico foi determinado seguindo os seguintes conceitos⁽¹⁹⁾: porte I (pequeno) - cirurgias com tempo de duração até duas horas; porte II (médio) - cirurgias que duram, em média, de duas a quatro horas e porte III (grande) - cirurgias com duração de quatro a seis horas.

O tempo foi mensurado com auxílio de um cronômetro (com certificado de calibração) e registrado em formulário previamente testado. Foi realizada leitura interrompida ou repetitiva, na qual o cronômetro retorna ao zero ao final de cada momento observado. A cronometragem foi realizada por uma das pesquisadoras, auxiliada por três enfermeiras da UCC, orientadas sobre o estudo, em 24 salas cirúrgicas (uma foi excluída por sua localização ser distante das demais) de segunda a sexta-feira, nos períodos manhã e tarde.

A coleta de dados somente foi iniciada após autorização formal da instituição e da gerência de enfermagem da unidade de centro cirúrgico. O estudo recebeu dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa por não se enquadrar na Resolução 196/96 (Parecer nº008/2011).

Mensuração do tempo

A cronometragem do tempo foi realizada considerando-se cinco momentos com base em estudo de Gatto⁽¹⁴⁾ e nos objetivos do estudo, mostrada a seguir.

Tempo do procedimento anestésico-cirúrgico: tempo compreendido entre o momento em que o paciente foi posicionado para cirurgia, anestesiado e iniciou-se o ato cirúrgico até o final do processo anestésico.

Tempo pós-procedimento anestésico: tempo mensurado desde o final do procedimento anestésico até a saída do paciente da sala cirúrgica.

Tempo pré-limpeza: tempo decorrido desde a saída do paciente até a chegada do serviço de higiene e limpeza (SHL) na sala.

Tempo de limpeza: tempo mensurado desde a entrada do SHL na SO até a finalização da limpeza concorrente.

Tempo pós-limpeza e de preparo: tempo decorrido a partir da saída do serviço de higiene e limpeza e entrada da circulante para preparo da SO até a admissão do próximo paciente.

O cálculo do intervalo entre cirurgias (tempo de *turnover*) foi efetuado considerando-se a saída de um paciente da SO até a entrada do paciente seguinte.

Análise dos dados

Os dados foram tratados estatisticamente através do método de análise de sobrevivência, utilizando-se o estimador não-paramétrico de Kaplan-Meier para análise dos diversos tempos investigados com intervalo normal de confiança de 95%. Análise de sobrevivência é uma coleção de procedimentos estatísticos para análise dos dados nos quais a variável de interesse é o tempo até que um evento ocorra. O evento pode se constituir em morte, incidência de doença ou qualquer experiência de interesse que possa ocorrer a um indivíduo⁽²⁰⁾. O coeficiente de Pearson (*2-tailed*) foi empregado para o estudo das associações entre as variáveis (tempo de limpeza da SO, porte e especialidade da cirurgia, período de ocorrência e tamanho da sala) estabelecendo-se nível de significância de 0,05.

Os dados descritivos encontram-se apresentados em números absolutos, percentual, tempo médio esperado para a falha (evento)- MTTF e erro padrão- EP, com intervalo de confiança de 95%, e medianas e quartis (Q1 e Q3). A análise estatística foi realizada mediante utilização do programa *Minitab Statistical Software* (MINITAB), versão 12.22, e SPSS, versão 15.0.

Resultados

Os pacientes submetidos à cirurgia eram, em sua maioria, do gênero masculino (52,5%), com idade média de 46,2±25,4 anos (variação 1-96) e 83,2% eram usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que se refere aos procedimentos cirúrgicos realizados (Tabela 1), os achados apontaram maior ocorrência de cirurgias de porte I (78-77,2%), programadas (92-91,1%), nas áreas corporais de nariz, olhos, orelha (20-19,8%), sistema digestivo e anexos (18-17,8%) e sistema cardiocirculatório (13-12,9%), principalmente no período da manhã (68-67,3).

Tabela 1 - Caracterização dos procedimentos cirúrgicos (n=101). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2008

Características	n	%
Porte		
Pequeno (I)	78	77,2
Médio (II)	17	16,9
Grande (III)	6	5,9
Áreas corporais		
Nariz, olhos, orelha	20	19,8
Sistema digestivo e anexos	18	17,8
Sistema cardiocirculatório	13	12,9
Parede torácica	11	10,9
Sistema musculoesquelético	10	9,9
Sistema urinário	6	5,9
Pele e tecido subcutâneo	6	5,9

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Características	n	%
Sistema respiratório	5	4,9
Sistema genital/reprod. masculino	4	4,0
Sistema genital/reprod. feminino	4	4,0
Outras*	4	4,0
Tipo		
Cirurgias programadas	92	91,1
Cirurgias não programadas	9	8,9
Período		
Manhã	68	67,3
Tarde	33	32,7

* cabeça e pescoço e sistema nervoso central (SNC).

A Tabela 2 apresenta os tempos cronometrados nos cinco momentos do estudo. O tempo médio esperado até o evento, no caso, a limpeza concorrente da SO foi de 7,1 minutos (IC 95%: [6,2-7,9]) e o do intervalo entre cirurgias de 35,6 minutos (intervalo de confiança 95%: [29,2-42,0]).

As curvas de sobrevivência, construídas pelo método de Kaplan-Meier, para avaliar a duração de cada um dos eventos, ou seja, tempo antes da limpeza, tempo de limpeza, tempo pós-limpeza e de preparo e intervalo entre cirurgias são mostradas na Figura 1.

Tabela 2 - Distribuição dos tempos cronometrados em minutos (n=101). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2008

Tempos cronometrados	MTTF (EP)*	IC 95%	Md	Q1 - Q3
Tempo anestésico-cirúrgico	101,5 (8,0)	85,7-117,1	75,0	45,0-12,0
Tempo pós-proc. anestésico	17,4 (1,6)	14,3-20,5	15,0	5,0-22,0
Tempo pré-limpeza	21,1 (2,6)	16,0-26,1	13,0	7,0-25,0
Tempo de limpeza	7,1 (0,4)	6,2-7,9	6,0	5,0-8,0
Tempo pós-limpeza e preparo (n=60)	17,9 (2,8)	12,4-23,5	9,0	4,0-21,0
Intervalo entre cirurgias (n=60)	35,6	29,2-42,0	27,0	17,0-43,0

* MTTT - tempo médio esperado para a falha (evento); EP - erro padrão.

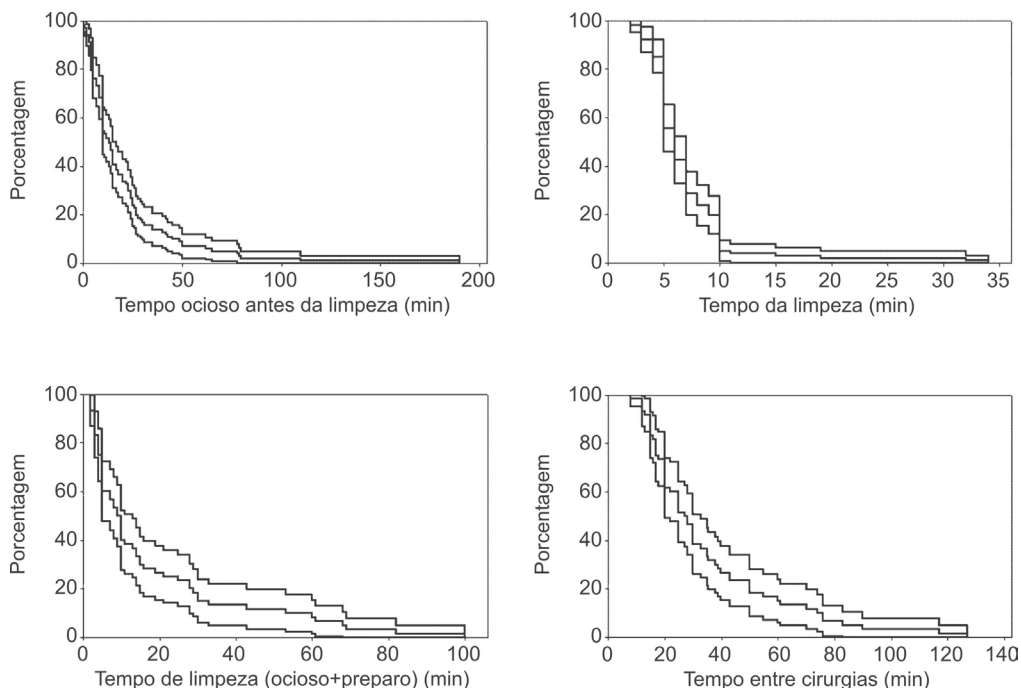


Figura 1- Curvas de Kaplan-Meier para os tempos: anterior à limpeza da SO, de limpeza concorrente, posterior à limpeza e tempo entre cirurgias

O coeficiente de Pearson revelou não existir associação significativa ($p < 0,05$) entre o tempo de limpeza da sala cirúrgica e as variáveis porte e especialidade da cirurgia, período de ocorrência e tamanho da sala.

Discussão

Neste estudo, a variável tempo foi investigada para mensurar as atividades de limpeza concorrente da SO e

o intervalo entre cirurgias. Nas organizações, a gestão do tempo no trabalho tem sido considerado recurso de vital importância para melhoria dos processos e para se obter maior produtividade⁽²¹⁾. Pode-se dizer que um serviço apresenta produtividade quando é capaz de racionalizar o uso dos recursos para produzir resultados⁽²²⁾.

O tempo médio da limpeza concorrente encontrado foi de 7,1 minutos, calculado em um contexto onde a maioria das cirurgias realizadas foi de pequeno porte (77,2%), programadas (91,1%) e onde as especialidades de nariz, olhos, orelha, sistema digestivo e anexos e sistema cardiocirculatório responderam, conjuntamente, por 50,5% das cirurgias realizadas. Esse valor pode ser visto como reduzido. Contudo, há de se considerar que esse tempo se refere apenas às atividades de limpeza realizada pelo SHL. Na UCC investigada, rotineiramente, os procedimentos de limpeza da SO pela circulante precedem o serviço de limpeza. Somente quando surge necessidade de se agilizar o processo elas atuam conjuntamente. Usualmente, esse fluxo é determinado pelas necessidades do cirurgião. Os resultados, também, evidenciaram que o tempo de limpeza da sala cirúrgica pelo SHL não é influenciado pelo porte e especialidade da cirurgia e período do dia em que a cirurgia ocorre. Tampouco o tamanho da sala interfere no tempo de limpeza, como se pensava.

O intervalo de tempo médio decorrido desde a saída do paciente até a chegada do serviço de higiene e limpeza na sala (tempo pré-limpeza) foi de 21,1 minutos. Nesse período, são executadas atividades específicas da circulante como o encaminhamento do paciente para a sala de recuperação pós-anestésica (RPA), retirada do material contaminado da SO e encaminhamento para a central de material esterilizado (CME) e, ainda, limpeza de mobiliários e equipamentos. Há de se destacar que a UCC dispõe de área extensa e sua planta física e estrutura não favorecem o deslocamento da circulante e a distribuição de materiais. Embora a sala de RPA se encontre posicionada muito distante da maioria das SOs, levando a circulante a percorrer certa distância, uma amostragem de 50 cirurgias, anterior a esta investigação, apontou tempo médio de transporte em torno de cinco minutos.

Somando-se os dois tempos (limpeza SHL e circulante) ter-se-ia tempo de limpeza de, aproximadamente, 28,8 minutos, excluindo-se o tempo destinado ao preparo da SO. Estudo, na literatura, abordando essa temática, refere tempo destinado à limpeza e montagem da SO de 30 minutos⁽¹⁴⁾. Outro⁽¹²⁾ estabeleceu tempo de limpeza padrão de 20 minutos, após estudo de séries históricas de cirurgias ocorridas na mesma sala e realizadas pelo mesmo cirurgião.

Para mensuração da dinâmica das salas cirúrgicas, alguns índices operacionais têm sido propostos⁽¹⁴⁾ para determinar ganho (índice de otimização) ou perda (índice de resistência) de capacidade operacional. Investigação envolvendo 1.908 procedimentos anestésico-cirúrgicos⁽¹⁵⁾ considerou o tempo de limpeza e preparo da SO como uma das variáveis para determinar o índice de otimização (tempo ≤ 20 minutos) e resistência (tempo ≥ 21 minutos). É importante ressaltar que, para essas autoras, o tempo de limpeza e preparo se inicia após o término do procedimento anestésico, independente do paciente ter saído ou não da SO, e não após o retorno da circulante que levou o paciente da SO até a sala de recuperação pós-anestésica, como usualmente referido na literatura⁽¹⁹⁾. Evidenciou-se⁽¹⁵⁾ que o índice de otimização foi determinado principalmente pelos remanejamentos de sala (41,9%) e tempo de limpeza ≤ 20 minutos (18,1%). Esses resultados enfatizam a importância de se encontrar tempo adequado de limpeza e preparo da SO que seja capaz de atuar como alavancador da produtividade da UCC.

Aspecto que merece atenção, encontrado no presente estudo, foi o tempo médio verificado após a saída do SHL e a entrada do próximo paciente - de 17,9 minutos. Nesse intervalo ocorre o preparo e montagem da SO. Uma vez que o objetivo deste estudo consistiu em mensurar o tempo de limpeza concorrente da SO, sob a perspectiva do serviço de limpeza, não foram cronometradas as atividades da circulante. Dessa forma, torna-se difícil determinar quanto desse tempo foi utilizado no processo de preparo das salas.

O intervalo entre cirurgias (tempo de *turnover*) na UCC investigada resultou em 35,6 minutos, diferente do encontrado em um hospital privado⁽¹²⁾ em torno de 20 minutos, mas calculado sob a perspectiva do cirurgião. Cabe lembrar que, na UCC desse hospital privado, a limpeza da SO inicia-se ao final da anestesia com o paciente, ainda, em sala. Outro estudo⁽¹⁵⁾, utilizando o mesmo critério, relata ter conseguido atingir sua meta de *turnover* de 20 minutos em 88,3% das cirurgias estudadas.

Um sistema de escore americano, elaborado para quantificar o nível de desempenho no ambiente cirúrgico⁽¹⁷⁾, classifica o tempo de *turnover* (saída/entrada paciente) em três categorias: sofrível - tempo > 40 minutos, médio - de 25-40 minutos e alto desempenho < 25 minutos. O valor encontrado em torno de 36 minutos poderia ser considerado desempenho médio pelos padrões americanos. Mas, uma vez que esse sistema contém elementos no escore aplicáveis aos centros cirúrgicos dos Estados Unidos, deve ser visto com certa restrição. Contudo, constitui-se em um parâmetro frente à ausência de parâmetros nacionais. Em outra investigação⁽¹⁰⁾,

realizada em UCCs americanas, consideradas como de melhores práticas, obteve-se tempo médio de *turnover* menor que 25 minutos.

A utilização efetiva da SO tem sido meta perseguida pelos enfermeiros gestores de centros cirúrgicos. A ociosidade é considerada desperdício invisível, mas percebido nos resultados das instituições hospitalares⁽²³⁾. Investigando o grau de ociosidade no bloco cirúrgico de quatro hospitais no Estado de Minas Gerais, esse mesmo autor concluiu que é preferível realizar mudanças na gestão ao invés de se investir na construção de novas SOs.

O tempo de limpeza e preparo da SO e a adequada administração dos intervalos de utilização das salas de cirurgia constituem-se em importantes fatores para promover eficiência dos serviços prestados pela UCC. A redução do intervalo de tempo entre as cirurgias e do tempo de limpeza e preparo da SO possibilitam a realização de maior número de procedimentos por sala cirúrgica, ampliando, dessa forma, a capacidade produtiva da unidade. Considerando a significativa representatividade de pacientes cirúrgicos na receita hospitalar, a utilização máxima da capacidade cirúrgica favorece melhor gerenciamento de recursos⁽²⁴⁾.

Assim, torna-se importante a participação do enfermeiro gestor no processo de avaliação da qualidade e da produtividade, nessa unidade, detectando e redesenhando atividades que não estão em conformidade, realizando seu monitoramento contínuo e comparando seus achados com os encontrados nos hospitais de melhores práticas.

Uma das limitações deste estudo foi não ter sido computado o tempo de limpeza da circulante, o que poderia ter influenciado nos resultados. Mas, por sua característica exploratório-descritiva, o estudo traz contribuições para a prática de enfermagem em uma temática, ainda, pouco abordada na literatura nacional. Cabe lembrar que foi realizado em uma instituição de ensino público e os resultados refletem a estrutura e o processo de trabalho próprio da UCC investigada. Dessa forma, recomenda-se a realização de novas pesquisas em outros cenários. A utilização de critérios semelhantes para o cálculo do tempo e construção de parâmetros nacionais favoreceria a comparação dos achados dos diferentes estudos.

Conclusão

Este estudo apresentou a dinâmica de uma unidade de centro cirúrgico, no que concerne ao tempo de limpeza concorrente da sala cirúrgica e do intervalo entre cirurgias, e gerou padrões de produção que impactam

na produtividade da unidade investigada. Se essas atividades não estiverem adequadamente estruturadas e monitoradas, haverá perda da capacidade operacional e financeira para as instituições de saúde.

A atuação do enfermeiro gestor na avaliação do processo de trabalho, nesse ambiente, e sua habilidade em utilizar informações geradas pelos indicadores para tomada de decisão torna-se de fundamental importância para a busca contínua de padrões de excelência.

Referências

1. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev Adm Saúde 2008;10(40):87-93.
2. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde – Parte II. Rev Adm Saúde. 2004;6(22):15-8.
3. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Fundação Petrópolis; 1998.
4. Duarte IG, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. RAS. 2006; 8(31):63-70.
5. Dib MFF, Silva AF da, Iwamoto VE. Indicadores em CC. In: Leão ER, Silva CPR, Alvarenga DC, Mendonça SHF. Qualidade em Saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Paulo: Edit Yendis; 2008. p. 263-79.
6. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
7. Nobre LF, Galvão CM, Graziano KU, Corniani F. Avaliação de indicadores do controle da contaminação ambiental da sala de operação: um estudo piloto. Medicina. (Ribeirão Preto). abr-jun 2001;34:183-93.
8. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC. Práticas recomendadas SOBECC/ Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 5.ed. São Paulo: SOBECC; 2009. p. 52-5.
9. Surgery Management Improvement Group – SMI Group- [acesso 18 ago 2010]. Disponível em: www.surgerymanagement.com/presentations/rapid-operation-room-turnover1.php.
10. Dexter F, Epstein RH, Marcon E, Ledolter J: Estimating the incidence of prolonged turnover times and delays by time of day. Anesthesiology. 2005;102:1242-8.
11. Strofaro JR. Estudo da taxa de ocupação do centro cirúrgico através da modelagem e simulação de sistemas. [dissertação]. Curitiba (PR): Pontifícia Universidade Católica do Paraná/ PUCPR; 2005.
12. Nepote MHA. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores quantitativos e qualitativos. RAS. 2003;5(21):21-30.

13. Cologna MHYT, Dallora MELV, Hayashida M, Sawada NO. Análise da utilização de sala de cirurgia com apoio da informática. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 1996;4 (nº esp): 71-81.
14. Gatto MAF. Análise da utilização das salas de operações. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1995.
15. Nepote MHA, Monteiro IU, Hardy E. Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(4):529-34. Inglês, Português, Espanhol.
16. Dexter F, Abouleish AE, Epstein RH, Whitten CW, Lubarsky DA: Use of operating room information system data to predict the impact of reducing turnover times on staffing costs. Anesth Analg. 2003;97:1119-26.
17. Macario A. Are your hospital operating rooms "efficient"? A scoring system with eight performance indicators. Anesthesiology. 2006 Aug;105(2):370-80.
18. Associação Médica Brasileira (AMB). Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, 5.ed. 2008. [acesso 24 ago 2010]. Disponível em: http://www.amb.org.br/teste/cbhpm_5a.html.pdf.
19. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. São Paulo (SP): Iátria; 2004.
20. Kleinbaum DG, Klein M. Survival Analysis – a self-learning text. 2nd ed. New York: Springer; 2005.
21. Mello MC. Estudo do tempo no trabalho da enfermagem: construção de instrumento de classificação de atividades para implantação do método amostragem do trabalho [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
22. Moreira DA. Medida da produtividade na empresa moderna. São Paulo: Pioneira; 1991.
23. Lage WM. Uma metodologia de custos de ociosidade em organizações hospitalares -necessidade, oportunidade e resultados. [acesso 10 jun 2010]. Disponível em <http://www.intercostos.org/documentos/Moreira%20Lage.pdf>.
24. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(5):1018-24. Inglês, Português, Espanhol.

Recebido: 11.1.2011

Aceito: 26.6.2011

Como citar este artigo:

Jericó MC, Perroca MG, Penha VC. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2011 [acesso em: _____];19(5):[08 telas]. Disponível em: _____

URL

dia
mês abreviado com ponto
ano