

CC (S) Carla Campos Rezende

REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS
OFTALMOLÓGICAS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Rio de Janeiro

2020



REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientador(a): Helena Seidl

Rio de Janeiro

2020

CC (S) Carla Campos Rezende

REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir chegar até aqui, cuidando e guardando todos os momentos de minha vida.

À minha família amada, de perto e de longe, por compreender e possibilitar os momentos de ausência, dedicados aos estudos, incentivando e apoiando meu crescimento.

À minha orientadora, Helena Seidl, pelas suas orientações, incentivos e principalmente paciência.

Aos meus amigos de curso pela caminhada e pelo incentivo.

A esta instituição e sua equipe sempre atenciosa e solícita.

Aos meus chefes do Hospital Naval Marcílio Dias, pelo incentivo e colaboração para o desenvolvimento deste trabalho.

À chefe da clínica de Oftalmologia, que acolheu a proposta e incentivou sua realização.

À minha equipe de trabalho, pela ajuda e dedicação.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação.

RESUMO

O centro cirúrgico se caracteriza por ser uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar devido aos equipamentos utilizados e à tecnologia disponível. Na rotina de funcionamento de um centro cirúrgico ocorrem vários processos e subprocessos, direta ou indiretamente ligados à produção das cirurgias. Todo esse cenário é permeado pelas expectativas do paciente, com um simbolismo bem particular de cada um. Cada paciente tem uma representação desse momento, podendo ter diversos significados, dependendo dessas expectativas criadas. O cancelamento de uma cirurgia é uma falha decorrente do não atendimento aos requisitos do planejamento administrativo da unidade de CC. Pode ocorrer em decorrência de diversos fatores, relacionados tanto a instituição quanto aos usuários, mas sempre representa um impacto negativo para ambos. O presente projeto tem por finalidade indicar as principais causas de cancelamento de cirurgias oftalmológicas, e proposta de intervenção com o objetivo de reduzir a taxa de cancelamentos de cirurgias da clínica de oftalmologia, melhorando assim o percentual de cumprimento da agenda cirúrgica. O trabalho foi desenvolvido no Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Naval Marcílio Dias. Como resultado parcial da iniciativa, obtivemos uma redução para 44% dos procedimentos cancelados por não comparecimento do paciente, no total de cancelamentos da clínica.

Palavras chave: Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais; Cirurgia Oftalmológica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da deficiência visual	15
Quadro 2 - Classificação da Severidade de Deficiência Visual	16
Quadro 3 - Enfrentamento de problemas	28
Quadro 4 - Ações de enfrentamento às problemáticas existentes	29

LISTA DE SIGLAS

AMH – Assistência Médico Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
ASS – Atenção Secundária a Saúde
ATS – Atenção Terciária à Saúde
CC – Centro Cirúrgico
CCA – Centro Cirúrgico Ambulatorial
CID-10 – 10 Código Internacional de Doenças
DMRI – Degeneração Macular Relacionada à Idade
DSM – Diretoria de Saúde da Marinha
FACO - Facoemulsificação
HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias
MB – Marinha do Brasil
OMS – Organização Mundial da Saúde
SSM – Sistema de Saúde da Marinha

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Justificativa.....	13
1.2 Objetivos.....	14
1.2.1 <i>Objetivo geral.....</i>	14
1.2.2 <i>Objetivos específicos.....</i>	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Principais fatores de risco para deficiência visual devido a doenças oculares.....	18
2.1.1 <i>Idade.....</i>	18
2.1.2 <i>Sexo.....</i>	19
2.1.3 <i>Outros fatores de risco.....</i>	19
2.2 Informações gerais.....	19
2.3 Prevalência da cegueira.....	19
2.4 Cegueira e baixa visão no adulto.....	19
2.5 Catarata senil.....	20
2.6 Glaucoma.....	20
2.7 Retinopatia diabética.....	20
2.8 Degeneração macular relacionada à idade.....	20
2.8.1 <i>A cirurgia de Facoemulsificação.....</i>	21
2.9 O cancelamento de cirurgias oftalmológicas.....	22
2.9.1 <i>Cancelamento de cirurgias de catarata.....</i>	24
3. O PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	25
3.1 Descrição da situação-problema.....	25
3.2 Explicação ou análise da situação-problema.....	25
3.2.1 <i>Problemas relacionados ao paciente.....</i>	26
3.2.1.1 <i>Preparo inadequado.....</i>	26
3.2.1.2 <i>Não comparecimento do paciente para realizar o procedimento.....</i>	26
3.2.1.3 <i>Descompensação hemodinâmica.....</i>	26
3.2.2 <i>Problemas estruturais.....</i>	26

3.2.2.1 Falta de materiais relacionados ao procedimento.....	26
3.2.2.2 Problemas no Centro Cirúrgico Ambulatorial.....	26
3.2.2.3 Consequências.....	27
3.3 Programa das ações.....	30
4 GESTÃO DO PROJETO.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
APÊNDICE A.....	35

1 INTRODUÇÃO

A oferta de saúde no Brasil é fundamentada com base na Constituição Federal de 1988, onde é apregoado o direito à saúde como sendo um direito fundamental do cidadão. Neste cenário, a oferta de saúde pelo Sistema único de Saúde, deve contemplar a todos indistintamente. Em seu rol de serviços, são ofertados atendimentos voltados às várias especialidades que atendem a todos os públicos em todas as regiões do país. Carvalho (2013) ao falar sobre a saúde oferecida no país, cita que ao ser tratada como um direito fundamental do cidadão, a saúde passa a figurar entre os direitos que são sagrados em sua oferta pelo Estado.

O SUS é organizado em três níveis, a atenção primária, secundária e terciária à saúde, onde a Atenção Primária à Saúde (APS) (ou atenção básica) é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, com o objetivo de oferecer acesso universal, coordenar e expandir o atendimento para níveis mais complexos de cuidado, além de programar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (MENDES, 2011). A Atenção Secundária à Saúde (ASS) tem como objetivo promover a continuidade do cuidado ao paciente com o apoio dos especialistas e da tecnologia intermediária que possui. Está presente em consultórios especializados e pequenos hospitais e centros de especialidades. A Atenção Terciária à Saúde (ATS) tem como papel o apoio e a complementação da Atenção Básica na investigação diagnóstica, no tratamento e no atendimento às urgências. Assim, conta com grandes hospitais gerais e especializados que concentram a tecnologia compatível com as subespecialidades médicas, servindo de referência para os demais serviços, a qual compreende procedimentos que envolvem tecnologia especializada, como exames de alta densidade tecnológica e internações (BRASIL, 2015).

No âmbito da Marinha do Brasil, a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) é o Órgão Técnico responsável pelo planejamento, organização, coordenação e controle das atividades de saúde no âmbito da Marinha do Brasil (MB). Tais atividades são organizadas constituindo um sistema – O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) – formando um conjunto de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, físicos e de informações para prover o desempenho de suas atividades, em cumprimento à Política de Saúde e Diretrizes emanadas da Administração Naval. O Subsistema Assistencial é o responsável pela prestação de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) aos usuários do SSM (MARINHA DO BRASIL, 2009).

O SSM prestará a AMH, segundo os três eixos de ações de saúde:

a) Prevenção e Promoção de Saúde, representado pelos Programas de Saúde e Campanhas Assistenciais;

b) Atenção Básica, que é entendida como o primeiro nível de assistência à saúde e emprega tecnologia de baixa complexidade e de menor custo. Consiste no oferecimento de serviços básicos de saúde, essencialmente ambulatoriais, com o objetivo de reduzir o aporte de pacientes aos hospitais;

c) Atenção Especializada, que é entendida como o segundo nível de assistência à saúde e é subdividida em média e alta complexidade. Destina-se aos casos que necessitam de hospitalização e tratamento com recursos tecnológicos de média e alta complexidade. O Hospital Naval Marcílio Dias é a Unidade Executante da Assistência de Atenção Especializada de Alta Complexidade.

O HNMD tem o propósito de contribuir para a eficácia do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), prestando atendimento médico-hospitalar de média e alta complexidade, especializando o pessoal com a aplicação de cursos na sua área de competência e efetuando o planejamento e execução das atividades de pesquisa biomédica de interesse para o País. Engloba as mais diversas clínicas especializadas, entre elas a clínica de Oftalmologia, responsável pelos atendimentos ambulatoriais especializados, pelas emergências oftalmológicas e pelos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos realizados na unidade identificada como Centro Cirúrgico Ambulatorial.

O centro cirúrgico se caracteriza por ser uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar devido aos equipamentos utilizados e à tecnologia disponível. Na rotina de funcionamento de um centro cirúrgico ocorrem vários processos e subprocessos, direta ou indiretamente ligados à produção das cirurgias (DUARTE; FERREIRA, 2006)

Segundo Sodré e Fahl (2014), o tratamento cirúrgico proposto para o indivíduo é um valor fundamental e deve ser prestado com o máximo de segurança, competência e zelo. Para tanto, a programação de uma cirurgia envolve um número considerável de profissionais, além de materiais e equipamentos.

Define-se *cirurgia* como o ramo da medicina que se dedica ao tratamento das doenças, lesões, ou deformidades, por processos manuais denominados *operações* ou *intervenções cirúrgicas*. (REZENDE, 2005).

Na lista de procedimentos cirúrgicos realizados pela clínica de Oftalmologia temos as cirurgias de facoemulsificação¹ com colocação de lente intraocular, para tratamento de catarata, as cirurgias para correção de glaucoma e as injeções intravítreas de medicação.

O processo de resolução cirúrgica começa ainda no ambulatório, com a identificação dessa necessidade, e o estabelecimento da relação de confiança entre a unidade e o usuário. A partir disso, inicia-se um processo de preparo para o procedimento, que inclui os exames necessários para realização segura, a avaliação desses exames para liberação do paciente, e a programação do dia de realização desse procedimento.

Nos bastidores, encontra-se a equipe de saúde, prevendo e provendo toda a logística necessária para a ocorrência da cirurgia, com a aquisição dos materiais necessários a realização do procedimento, a manutenção correta dos equipamentos necessários, manutenção de equipe preparada para assistir o procedimento proposto, e logística estrutural para essa realização.

Todo esse cenário é permeado pelas expectativas do paciente, com um simbolismo bem particular de cada um. Cada paciente tem uma representação desse momento, podendo ter diversos significados, dependendo dessas expectativas criadas.

Quando o paciente é avisado sobre uma cirurgia pode-se observar diversos sinais, como o nível de ansiedade e angústia, a disponibilidade de escuta, medos, fantasias entre outros sintomas. Porém, é de suma importância que o paciente receba um atendimento de qualidade e sinta-se seguro com a instituição onde realizará o procedimento e com a equipe médica. Devido à esses sintomas que o paciente apresenta ao saber que irá realizar um procedimento cirúrgico faz-se necessário que nada de errado aconteça até o dia da cirurgia. Entretanto, em alguns casos ocorre o cancelamento do procedimento, que causará impactos negativos no paciente.

O cancelamento de uma cirurgia é uma falha decorrente do não atendimento aos requisitos do planejamento administrativo da unidade de CC. Pode ocorrer em decorrência de diversos fatores, relacionados tanto a instituição quanto aos usuários, mas sempre representa um impacto negativo para ambos.

Segundo Santos e Bocchi (2016), o cancelamento cirúrgico constitui-se indicador no processo de avaliação da qualidade da assistência prestada por serviço hospitalar, sinalizando

¹ A *facoemulsificação* é a técnica atual de *cirurgia de catarata*. Esta técnica permite que o médico retire a catarata por uma micro incisão de 2,75 milímetros na córnea. A ponteira do equipamento emite ondas de ultrassom fazendo a fragmentação da catarata, que permite sua aspiração. A mesma incisão é utilizada para inserir a lente intra ocular, que é dobrável e permite sua colocação sem necessidade de aumentar o tamanho do corte na córnea.

falha de planejamento administrativo da unidade de Centro Cirúrgico, e pode ser considerado evitável, na maioria das vezes, se trabalhado pelos responsáveis da unidade.

De acordo com Paschoal e Gatto (2006) para eliminar ou minimizar a ocorrência da suspensão de cirurgia é importante enfatizar: o controle e investigação dos motivos de suspensão; a confirmação do agendamento, na véspera ou até 72 horas do dia marcado, realizada pelo hospital, junto ao paciente ou familiares, repassando o resultado do contato para todos os setores envolvidos no planejamento da assistência; o desenvolvimento de um fluxo de informação e acessibilidade aos dados informatizados da programação cirúrgica; realização de reuniões periódicas com a equipe multiprofissional, para discutir a intenção cirúrgica futura e planejar a assistência e recursos necessários para a realização da cirurgia, proporcionando ao paciente melhor assistência. Dessa forma, a notificação correta do cancelamento cirúrgico é imprescindível para que os gestores possam trabalhá-la com eficiência (SANTOS; BOCCHI, 2016). No HNMD essa notificação é feita através de um impresso de cancelamento de cirurgias, onde o cirurgião responsável identifica a causa do cancelamento. A partir desta informação, é gerado um relatório mensal com a listagem de todas as causas de cancelamento ocorridas no setor. Esta estatística então serviu como base para o presente trabalho, indicando as causas de maior ocorrência.

Desta forma, o presente projeto tem por finalidade indicar as principais causas de cancelamento de cirurgias oftalmológicas, e proposta de intervenção com o objetivo de reduzir a taxa de cancelamentos de cirurgias da clínica de oftalmologia, melhorando assim o percentual de cumprimento da agenda cirúrgica.

1.1 Justificativa

Na prática diária de trabalho no Centro Cirúrgico Ambulatorial do HNMD, foram identificados cancelamentos diários de procedimentos agendados, em especial da clínica em questão, que realiza procedimentos diariamente no setor. Os procedimentos em geral tem caráter eletivo, e representam muitas vezes a oportunidade de melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes.

Para o paciente, a realização de uma cirurgia tem importante significado, a ponto de provocar sentimentos de medo e ansiedade com a mesma proporção de qualquer outra situação traumática. A intervenção cirúrgica requer preparo prévio do paciente e da família, pois envolve aceitação da cirurgia, preparo físico e psicológico, interferência no estilo de vida, alterações socioeconômicas pelo afastamento no trabalho, além da situação de estresse gerada pelo medo do desconhecido.

Assim, as repercussões do cancelamento cirúrgico incidem, desfavoravelmente, não apenas sobre o usuário, que tem seu vínculo de confiança rompido em relação à instituição, como também sobre a equipe de enfermagem (operacionalização do trabalho, consumo de tempo e recursos materiais, diminuição da qualidade da assistência) e demais profissionais de saúde.

Dessa maneira, o cancelamento do procedimento cirúrgico aumenta o custo operacional e financeiro, trazendo prejuízos para a instituição. O prejuízo financeiro é causado pela deficiência do processo e pode ser evidenciado pela reserva e perda de oportunidade de inclusão de outro usuário e subutilização das salas cirúrgicas, justificando assim uma necessidade de intervenção por parte da instituição (DUARTE, 2006).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Reduzir os índices de cancelamentos de cirurgias oftalmológicas ocorridas no Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Naval Marcílio Dias.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Confeccionar impresso de orientações pré-operatórias, para melhor esclarecimento dos pacientes e sistematização do trabalho.
- Incentivar equipe médica a realizar de forma sistematizada as orientações pré-operatórias ao paciente sob seus cuidados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O déficit visual ocasionado pelas doenças oftalmológicas gera impacto na qualidade de vida de todos os pacientes acometidos. Tem influencia negativa na autonomia, na manutenção do cotidiano, no lazer, além das implicações sociais e econômicas que este agravamento gera. Desta forma, inicio esta etapa do trabalho com referências teóricas sobre as principais causas de cegueira no mundo, percorrendo com dados estatísticos para melhor entendimento do impacto na saúde pública que estas patologias ocasionam. Em seguida, as implicações do cancelamento e dados que fundamentam a importância do trabalho.

Segundo o 10º Código Internacional de Doenças (OMS, 1997), o termo deficiência visual inclui tanto baixa visão quanto cegueira. A Classificação Internacional de Doenças – versão 10 (CID 10) estabelece quatro níveis de função visual:

1. visão normal

2. deficiência visual moderada
3. deficiência visual grave
4. cegueira.

De acordo com o descrito por Ottaiano et al (2019, p. 10), essa classificação estabelece duas escalas oftalmológicas como parâmetros para avaliar a deficiência visual: a acuidade visual (a capacidade de reconhecer determinado objeto a determinada distância) e campo visual (a amplitude da área alcançada pela visão). São consideradas cegas não apenas as pessoas que apresentam incapacidade total para ver, mas também todas aquelas nas quais o prejuízo da visão se encontram em níveis incapacitantes para o exercício de tarefas rotineiras, apesar de possuírem certos graus de visão residual. A baixa visão é definida como Acuidade Visual (AV) menor que 6/18, mas melhor que 3/60 ou campo visual menor que 20° no melhor olho, com a melhor correção visual possível. Cegueira ocorre quando a acuidade visual é menor que 3/60 ou campo visual é menor que 10° no melhor olho, com a melhor correção visual possível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

Em 1972, o Grupo de Estudos da Prevenção da Cegueira, reunido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolveu a classificação da deficiência visual que ainda hoje é adotada. De acordo com essa definição, o termo “visão subnormal” aplica-se às categorias 1 e 2 do quadro abaixo, enquanto o termo “cegueira” relaciona-se às categorias 3, 4 e 5 e à “perda de visão sem qualificação” da categoria 9. (OTTAIANO et al, 2019)

Quadro 1 - Classificação da deficiência visual

	Categoria da deficiência visual	Acuidade visual com a melhor correção visual possível	
		Máximo menos de:	Mínimo igual ou melhor que:
Visão Subnormal	1	20/70	20/200
		3/10 (0,3)	1/10 (0,1)
		6/8	6/60
	2	20/200	3/60
		1/10 (0,1)	1/20 (0,05)
		6/60	20/400
Cegueira	3	20/400	1/60 (contar os dedos a 1 m)
		1/20 (0,05)	1/50 (0,02)
		3/60	5/300 (20/1200)
	4	5/300 (20/1200)	Percepção de Luz
		1/50 (0,02)	

		1/60 (contar os dedos a 1 m)
	5	Sem percepção de luz
Perda de Visão sem Qualificação	9	Indeterminada ou não especificada

Fonte: Ottaiano et al., 2019.

Apesar da classificação acima estar vigente, em 2003 a consultoria da OMS para a Padronização da Definição de Perda de Visão e Funcionamento Visual propôs uma alteração na definição de cegueira. A Consultoria sugeriu a substituição do termo “melhor correção visual” por “melhor correção visual disponível”, salientando que o termo “melhor correção visual” no melhor olho estava ultrapassada, já que muitos estudos mais recentes mostravam que esse critério desprezava uma grande quantidade de pessoas com deficiência visual, incluindo cegueira, em função de erros de refração não corrigidos, ocorrência comum em muitas partes do mundo. (OTTAIANO et al, 2019)

O quadro a seguir mostra a Classificação da Severidade de Deficiência Visual recomendada pela Resolução do Conselho Internacional de Oftalmologia (2002) e as Recomendações da Consultoria da OMS para a “Padronização da Definição de Perda de Visão e Funcionamento Visual” (2003).

Quadro 2 - Classificação da Severidade de Deficiência Visual

Acuidade visual pela distância		
Categoria	Pior que:	Igual ou melhor que:
0 Deficiência visual leve ou sem deficiência		20/70 3/10 (0.3) 6/18
1 Deficiência visual moderada	20/70 3/10 (0.3) 6/18	20/200 1/10 (0.1) 6/60
2 Deficiência visual severa	20/200 1/10 (0.1) 6/60	20/400 1/20 (0.05) 3/60
3 Cegueira	20/400 1/20 (0.05) 3/60	5/300 (20/1200) 1/50 (0.02) 1/60*
4 Cegueira	5/300 (20/1200) 1/50 (0.02) 1/60*	Percepção de luz
5 Cegueira	Sem percepção de luz	
9	Indeterminada ou sem especificação	

Fonte: Ottaiano et al., 2019.

A prevalência de cegueira é maior em mulheres nas áreas rurais de países em desenvolvimento. Dados atuais indicam existir no mundo 50 milhões de cegos, cerca de 180 milhões de pessoas com alguma deficiência visual e 135 milhões com deficiência visual e risco de cegueira (MEDINA, 2011). A cada ano cerca de 1 a 2 milhões de pessoas se tornam cegas e a previsão é que o número de cegos alcance 76 milhões em 2020 (KARA-JOSE, 2009).

A primeira estimativa global sobre deficiência visual é datada de 1972, em um levantamento feito pela OMS, que indicou, nesta época, a existência de 10 a 15 milhões de pessoas cegas no mundo. As estimativas de crescimento preveem que a população mundial chegue a 8,6 bilhões até 2030, sendo a maior parte desse crescimento populacional prevista para os países em desenvolvimento. As estimativas de aumento do número de pessoas cegas se baseiam nessas projeções. As estimativas com base na população mundial em 1990 indicaram que havia 38 milhões de pessoas cegas e quase 110 milhões com baixa visão. Esta estimativa foi revista em 1996 (45 milhões de cegos e 135 milhões de pessoas com baixa visão) e para a população projetada para 2020 (76 milhões de cegos). As projeções também indicavam que a extensão global da deficiência visual poderia dobrar no período 1990-2020. Em 1990, foram estimadas 0,08% de cegos entre as crianças, e 4,5% entre pessoas acima de 60 anos (prevalência geral global de 0,7%). Na época, foi também estimado que pelo menos 7 milhões de pessoas ficariam cegas a cada ano e que o número de pessoas cegas em todo o mundo aumentaria entre um e dois milhões por ano. Dos estimados 45 milhões de casos de cegueira em 1996, aproximadamente 60% seriam devido à catarata (16 milhões de pessoas) ou erros de refração. Outros 15%, devido ao tracoma, à deficiência de vitamina A ou à oncocercose e mais 15% devido à retinopatia diabética ou ao glaucoma. Os restantes 10% dos casos foram atribuídos aos problemas relacionados ao envelhecimento, como a DMRI (Degeneração Macular Relacionada à Idade) e outras doenças. Tendo em conta a proporção de doenças oculares ou de causas tratáveis de cegueira, como o tracoma, catarata, oncocercose e algumas doenças oculares em crianças, foi estimado que 75% de toda a cegueira no mundo poderiam ter sido evitadas ou podem ser curadas (OTTAIANO et al, 2019).

Ainda de acordo com a OMS, a prestação de serviços eficazes e acessíveis de saúde ocular é a chave para controlar a deficiência visual, incluindo cegueira, e deve se dar preferência ao reforço dos serviços de cuidados com a visão através da sua integração no sistema de saúde.

As principais causas de deficiência visual são: erros de refração não corrigidos, catarata e Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI). As principais causas de cegueira incluem catarata, erros refrativos não corrigidos e glaucoma.

A catarata é a maior causa de cegueira em todo o mundo, com exceção dos países desenvolvidos. Responde por 47,8% dos casos mundiais de cegueira (RESNIKOFF, 2004). É anatomicamente definida como qualquer opacificação do cristalino que difrata a luz, acarretando efeito negativo na visão. As alterações podem levar desde pequenas distorções visuais até a cegueira. Pode ser de etiologia senil, congênita, traumática ou secundária (KARA-JOSE, 2008).

Segundo a OMS, a incidência anual de catarata é estimada em 0,3% ao ano. Isso representaria, no Brasil, cerca de 550 000 novos casos de catarata por ano (TALEB, 2009). É considerada um problema de saúde pública devido ao grande número de pessoas com a doença, que a cada ano aumenta (MEDINA, 2011). O tratamento é cirúrgico, sendo que as técnicas de remoção da opacidade lenticular apresentam-se relativamente simples, têm baixo custo e têm sido praticadas com segurança há muitos anos (KARA-JOSE, 1999). Políticas de combate a cegueira por catarata tem por objetivo conscientizar a população sobre a catarata e aumentar a oferta de cirurgias (MEDINA, 2011; KARA-JOSE, 2008; KARA-JOSE, 1999).

2.1 Principais fatores de risco para deficiência visual devido a doenças oculares

2.1.1 Idade

A deficiência visual é desigualmente distribuída entre os grupos etários. Mais de 82% de todas as pessoas cegas têm 50 anos de idade ou mais. Pessoas nessa faixa etária representam 19% da população mundial. Embora a prevalência de cegueira entre as crianças seja cerca de 10 vezes menor do que entre os adultos, a cegueira infantil continua a ser uma alta prioridade por causa do número de anos a serem vividos na cegueira. Cerca de metade dos estimados 1,4 milhões de casos de cegueira em crianças com menos 15 anos de idade poderia ter sido evitado.

2.1.2 Sexo

Estudos indicam consistentemente que as mulheres em todas as regiões do mundo e de todas as idades têm um risco significativamente maior de deficiência visual do que os homens, principalmente por causa de sua expectativa de vida maior e, nas sociedades mais pobres, por causa de sua falta de acesso aos serviços. Condições socioeconômicas Mais de 90% das pessoas com deficiência visual no mundo vivem em países pobres ou em desenvolvimento.

2.1.3 *Outros fatores de risco*

Incluem o uso do tabaco, a exposição à radiação ultravioleta, a deficiência de vitamina A e distúrbios metabólicos, como o diabetes mellitus.

2.2 **Informações gerais**

- 90% dos casos de cegueira ocorrem nas áreas pobres do mundo;
- 60% das cegueiras são evitáveis;
- 40% das cegueiras têm conotação genética (são hereditárias);
- 25% das cegueiras têm causa infecciosa;
- mais de 20% das cegueiras já instaladas são recuperáveis.

2.3 **Prevalência da cegueira**

- 0,3% da população em regiões de boa economia e com bons serviços de saúde;
- 0,6% da população em regiões com economia e serviços de saúde razoáveis.;
- 0,9% da população em regiões de economia e serviços de saúde precários;
- 1,2% da população em regiões de por economia e serviços de saúde muito precários

2.4 **Cegueira e baixa visão no adulto**

A maior parte das doenças que causam deficiências visuais acomete os idosos. Na população adulta, algumas das maiores causas de cegueira são: catarata, glaucoma, retinopatia diabética, degeneração macular relacionada à idade, tracoma e opacidades de córnea, mas não se pode desconsiderar a relevância dos erros refracionais nas condições de saúde ocular. Para cada pessoa cega, existem, em média, 3,4 pessoas com baixa visão. Diferenças regionais podem significar uma variação desse dado entre 2,4 e 5,5 pessoas com baixa visão para cada indivíduo com cegueira. Estudos mostram que mais de 90% da deficiência visual no mundo está localizada nos países em desenvolvimento.

2.5 **Catarata Senil**

Define-se assim a catarata que ocorre, sem outra causa evidente, após os 50 anos de idade. A prevalência de catarata senil é de 17,6% nos menores de 65 anos; 47,1% no grupo entre 65-74 anos e 73,3% nos indivíduos acima de 75 anos.

2.6 Glaucoma

Glaucoma é uma doença caracterizada por um grupo de condições relacionadas a danos ao nervo óptico e perda do campo visual, cujo principal fator de risco é o aumento da pressão ocular. É a maior causa de cegueira irreversível no mundo.

2.7 Retinopatia diabética

A retinopatia diabética é uma complicação da diabetes mellitus, sendo a maior causa de cegueira em pacientes em idade laboral. Estudos clínicos têm mostrado que um bom controle do diabetes, hipertensão, dislipidemia e do tabagismo reduzem significativamente o risco de retinopatia diabética, e há evidências de estudos conduzidos durante mais de 30 anos de que o tratamento da retinopatia estabelecida pode reduzir o risco de perda visual em mais de 90% dos casos. Embora algumas formas de retinopatia possam ser tratadas, uma vez que a visão tenha sido perdida devido à retinopatia diabética, ela não pode ser totalmente restaurada.

2.8 Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)

É a causa mais comum de cegueira central em idosos nos países industrializados. Perda visual a partir desta condição é incomum entre as pessoas com idade inferior a 50, mas sua prevalência aumentará em números absolutos em nível mundial como consequência do envelhecimento da população. Opções atuais para a prevenção são limitadas, mas há tratamentos (como injeções intravítreas de antiangiogênicos) que possibilitam preservar ou restaurar a visão em alguns pacientes com a forma úmida.

A cegueira tem profundas consequências humanas e socioeconômicas. Os custos de perda de produtividade, da reabilitação e da educação dos cegos constituem uma dificuldade econômica significativa para o indivíduo, a família e a sociedade. Os efeitos econômicos da deficiência visual podem ser divididos em custos diretos e indiretos. Os custos diretos são aqueles do tratamento das doenças oculares, incluindo as proporções relevantes de custos de serviços médicos, produtos farmacêuticos, pesquisa e administração. Os custos indiretos incluem a perda de ganhos de pessoas com deficiência visual e seus cuidadores e os custos para recursos visuais, equipamentos, modificações nas casas, reabilitação, perda de receita fiscal, dor, sofrimento e morte prematura que pode resultar do problema visual.

É necessário estabelecer estratégia de saúde pública para oferecer cirurgia segura, eficiente e efetiva na oferta de oportunidades nos serviços existentes. A cegueira por catarata incapacita o indivíduo, aumenta sua dependência, reduz sua condição social, a autoridade na família e comunidade, bem como o aposenta precocemente da vida (KARA-JOSE, 2004).

Estudos recentes sugerem que a restauração da visão pela cirurgia de catarata produz benefícios econômicos e sociais para a família, para o indivíduo e a sociedade.

2.8.1 *A Cirurgia de Facoemulsificação*

Na cirurgia de facoemulsificação a incisão é menor do que o método extracapsular de extração do cristalino- Catarata, tornando-se a cirurgia mais segura, uma vez que a descompressão do olho é evitada. O procedimento de facoemulsificação também está associado a um menor astigmatismo no pós-operatório e a uma estabilização mais rápida da refração, em geral três semanas. Uma desvantagem da FACO é a necessidade de equipamento mais complexo para extrair a catarata pela menor incisão, necessitando assim de um maior treinamento para o domínio da técnica. Através do equilíbrio da fluídica com a irrigação intraocular e a taxa de fluxo de aspiração mantém-se a estabilidade do olho durante a cirurgia, facilitando a atração do material do cristalino para a ponta do facoemulsificador. Durante a oclusão da caneta cria-se o vácuo, com isso diminui o tempo de aspiração das massas. A ponta vibra em uma frequência ultrassônica, causando emulsificação do material do cristalino para a sua posterior aspiração.

De acordo com o IBGE (2019), a população idosa (acima de 60 anos) deve dobrar no Brasil até o ano de 2042, na comparação com os números de 2017, quando o país tinha 28 milhões de idosos, ou 13,5% do total da população. Em dez anos, chegará a 38,5 milhões (17,4% do total de habitantes).

A visão tem um importante significado social, representando um meio de comunicação fundamental para as relações interpessoais e para a atividade profissional. A baixa acuidade visual é um problema de alta prevalência, que frequentemente tem impacto negativo sobre a qualidade de vida, originando problemas psicológicos, sociais e econômicos, pois implica em perda de auto-estima, de status e em restrições ocupacionais. Para a sociedade, representa encargo oneroso e perda de força de trabalho (CASTAGNO, 2009; MEDINA, 2011).

2.9 O Cancelamento de cirurgias oftalmológicas

A suspensão de uma cirurgia é um evento que pode ser analisado por duas vertentes: a primeira, sem dúvida, voltada para as repercussões que envolvem o paciente; e a segunda, pelas consequências que causam para a instituição de saúde (PASCHOAL; GATTO, 2006).

Para o paciente, toda cirurgia, por mais simples que seja, tem importante significado a ponto de provocar comportamento com a mesma proporção de qualquer outra situação traumática. (YOKOTA, 1983; CAVALCANTE; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2000). Por isso, A

intervenção cirúrgica requer preparo prévio do paciente e da família, pois envolve aceitação da cirurgia, preparo físico e psicológico, interferência no estilo de vida, alterações sócioeconômicas pelo afastamento no trabalho, além da situação de estresse gerada pelo medo do desconhecido (CAVALCANTE; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2000).

O paciente, ao se preparar para a cirurgia, traz consigo expectativas, dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer. Para ele, o hospital é um ambiente estranho e desconhecido, onde se sente nas mãos de profissionais, aos quais confia e espera receber cuidados adequados. Todas as suas preocupações e expectativas estão voltadas para a realização da cirurgia e não para a sua suspensão.

A suspensão de cirurgia acarreta prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço. Do ponto de vista administrativo, interfere na própria equipe de saúde, no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e de recursos materiais.

Para o hospital, a ocupação do leito, a reserva da sala operatória, o desperdício de material cuja esterilização é dispendiosa, o pessoal envolvido no preparo de material e da sala cirúrgica e a perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica acarretam prejuízos incalculáveis para todo sistema hospitalar envolvido (VIEIRA, 1982).

O Ministério da Saúde do Brasil define a taxa de suspensão de cirurgia pelo número de cirurgias suspensas dividido pelo total de cirurgias programadas em determinado período e multiplicado por 100 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1978).

Em um estudo realizado em um hospital universitário do município de São Paulo, no ano de 2006, das 1191 cirurgias agendadas no período de 3 meses da coleta de dados (janeiro, fevereiro e março), foram encontradas 934 (78,42%) cirurgias programadas e 257 (21,58%) cirurgias não programadas (urgência e extraprograma). Das 934 cirurgias programadas, foram realizadas 748 cirurgias e ocorreram 186 suspensões. Desse modo, a taxa geral de suspensão obtida foi de 19,91%. Assim, das 186 suspensões de cirurgias ocorridas no período estudado, 101 foram motivados pela ausência do paciente.

A preocupação dos administradores da área da saúde, particularmente dos serviços cirúrgicos, em otimizar as atividades, reduzir gastos, evitar desperdícios e desenvolver o trabalho com a máxima qualidade, vêm ao encontro das necessidades do paciente que deseja ser operado com a máxima segurança e conforto.

Segundo Sodré e Fahl (2014), o cancelamento das operações no dia da programação é uma das principais causas do uso ineficiente do tempo da sala cirúrgica e um desperdício de recursos. Inúmeros trabalhos examinaram razões para cancelamentos com base na análise

retrospectiva dos registros hospitalares e utilizaram estratégias para reduzir as suspensões. A satisfação do usuário através de serviços eficientes é o objetivo dos programas de saúde e gestão hospitalar.

Em um estudo realizado em um hospital público do estado de São Paulo, o absenteísmo foi a principal causa de cancelamento de operações no centro cirúrgico (33,8%). A suspensão pelo adiantado da hora (5,5%) — (ou seja, as operações anteriores ultrapassaram o tempo estimado) — não foram um problema de agendamento ou reserva, mas causada pelo tempo cirúrgico ter sido subestimado (SODRÉ; FAHL, 2014)

Landim et al. (2009) analisaram os fatores relacionados ao cancelamento de operações em um hospital público localizado na cidade de Fortaleza, Ceará, no período de janeiro de 2007 a julho de 2008 e informaram o índice de 16,6% de suspensão. As principais justificativas foram problemas relacionados ao paciente (48,2%): condição clínica desfavorável do paciente (50,3%) e não comparecimento do paciente (39,9%). Das causas para operações suspensas relacionadas à organização da unidade (22,8%) destacam-se: a prioridade por urgência (72,1%) e erro na programação cirúrgica (12,5%). Problemas relacionados aos recursos humanos (23,7%) foram responsáveis por cancelamentos: tempo cirúrgico excedido (64,5%), a falta de anestesiológico (7,8%), a falta de cirurgião (6,2%) e a mudança de conduta médica (14,0%).

O estudo de Oliveira e Souza et al. (2010) com dados do centro cirúrgico de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro, no período de janeiro a setembro de 2008, apontou a taxa de suspensão cirúrgica de 27,4%. As causas encontradas foram as condições clínicas do paciente (24,5%), o adiantado da hora (12,0%), a falta de material (10,3%) e o não comparecimento do paciente (8,3%).

No trabalho retrospectivo realizado por Macedo et al. (2013) no hospital universitário de Botucatu, interior paulista, foi verificado que, no ano de 2009, a taxa de suspensão de cirurgias de 17,3%. A não internação do usuário (18,5%) foi o principal motivo de cancelamento, seguido de mudança de conduta médica (17,3%), ultrapassou o horário eletivo (16,5%) e condições clínicas desfavoráveis à cirurgia (11,2%).

Os diversos estudos evidenciam a problemática e os fatores de cancelamentos, que podem ser alterados através do contínuo esforço para melhorar e manter os almejados padrões de qualidade hospitalar. O número de cirurgias programadas e a taxa de suspensão encontradas na literatura estão apresentados na Tabela 3 (SODRÉ; FAHL, 2014).

Tabela 3. Incidência de cancelamentos de cirurgias na literatura científica.

Hospital – Cidade (estudo)	Nº cirurgias % cirurgias programadas canceladas	
H. Universitário, USP – São Paulo (Paschoal, Gatto ¹)	5.060	19,9%
H. Weastmead, NSW – Sydney (Schofield et al. ²)	7.913	11,9%
H. U. F. Alcorcón – Madrid (González-Arévalo et al. ³)	39.115	6,5%
H. Escola – S. J. R. Preto (Perroca, Jericó e Facundin ⁴)	4.970	5,1%
H. Geral de Pedreira – São Paulo (Pittelkow, Carvalho ⁵)	6.149	11,4%
H. Waldemar de Andrade – Fortaleza (Landim et al. ⁶)	6.132	16,6%
H. Universitário – Rio de Janeiro (Oliveira Souza et al. ⁷)	3.553	27,4%
H. das Clínicas, Unesp – Botucatu (Macedo et al. ⁸)	9.490	17,3 %
H. S. P. M. – São Paulo (Nosso Estudo)	22.788	13,3%

Fonte: Centro Cirúrgico Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, Hospub

2.9.1 Cancelamento de cirurgias de catarata

O estudo nacional mais recente que avaliou causas de cancelamento de cirurgia de catarata no Brasil aconteceu há mais de 10 anos. Lira et al. (2001), detectaram uma taxa de suspensão de facectomia de 19,50%. Arieta et al. (1995), em 1992, detectaram 22.80% de cancelamento. Em uma pesquisa realizada em um hospital regional, a taxa de cancelamento no ano de 2009 foi de 21,92%, semelhante aos levantamentos anteriores. Nota-se que esses valores encontram-se praticamente inalterados ao longo dos anos, apesar dos esforços no sentido de otimizar os centros cirúrgicos ambulatoriais.

Estudos em outros países mostram taxas de cancelamento muito inferiores aos do Brasil, variando entre 5 - 12% (HENDERSON et al, 2016; BAMASHMUS; HAIDER; AL-KERSHY, 2010). As principais causas citadas nestes estudos também foram clínicas, como por exemplo hipertensão arterial, diabetes e resfriado. Alguns autores revelam que até 80% das causas de cancelamento seriam preveníveis (BAMASHMUS; HAIDER; AL-KERSHY, 2010).

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

O HNMD, Nau Capitânia do Sistema de Saúde da Marinha, é um dos mais avançados Complexos Hospitalares do Brasil. Situa-se na cidade do Rio de Janeiro, e é referência nacional para procedimentos de média e alta complexidade com suas 60 clínicas e serviços. Tem distribuídos em suas diversas Unidades de Internação, 618 leitos e conta, para

atendimento ambulatorial, com 105 consultórios além de possuir em seu parque, equipamentos médicos de diagnóstico e tratamento de última geração.

Possui um centro cirúrgico Ambulatorial que conta com 03 salas cirúrgicas, uma recuperação pós anestésica e salas de apoio.

3.1 Descrição da situação-problema

De acordo com a situação apresentada, foi interrogado então quais problemas contribuiriam para o cancelamento de cirurgias oftalmológicas no Centro Cirúrgico Ambulatorial?

Foram identificados os seguintes descritores:

- 15% dos procedimentos agendados mensalmente pela clínica de oftalmologia são cancelados;
- Cerca de 50% dos procedimentos cancelados são por não comparecimento dos pacientes.
- Cerca de 20% dos procedimentos cancelados são por pico hipertensivo.
- A clínica recebe cerca de 4 ouvidorias ao mês com queixas relacionadas a demora no agendamento dos procedimentos;
- O tempo de espera dos pacientes da clínica para marcação de cirurgias é em média de 4 meses.

3.2 Explicação ou análise da situação-problema

No decorrer da pesquisa, esta autora deparou-se com algumas causas que poderiam identificar o problema. Entre as causas elencadas, foi identificada a causa mais crítica, passível de intervenção, do ponto de vista administrativo e gerencial. Entre as causas possíveis para a situação problema apresentada, temos:

3.2.1 Problemas relacionados ao paciente:

3.2.1.1 Preparo inadequado

- Pacientes sem orientações pré operatórias adequadas e eficiente.
- Paciente não realiza a medicação profilática pré operatória (colírios, antibióticos), assim como as medicações de uso contínuo (anti hipertensivos), em decorrência da inadequada orientação pré operatória.
- Paciente não realiza dieta zero, em decorrência de fatores pessoais ou por inadequada orientação pré operatória.

3.2.1.2 Não comparecimento do paciente para realizar o procedimento:

- Dificuldade de conseguir um acompanhante
- Dificuldade de locomoção, especialmente pacientes idosos
- Medo de realizar o procedimento, por falta de orientação adequada, que gera ansiedade.
- Problemas de saúde emergenciais, que impossibilitam a vinda, ou por estar hospitalizado.
- Óbito

3.2.1.3 Descompensação hemodinâmica:

- Hipoglicemia, por jejum prolongado
- Pico hipertensivo, por ansiedade ou falta da medicação anti hipertensiva de uso contínuo.

3.2.2 Problemas estruturais

3.2.2.1 Falta de materiais relacionados ao procedimento:

- Desabastecimento de materiais, por falta de planejamento clínico ou institucional.
- Desconhecimento da necessidade de determinado material
- Problemas no processamento do material, que demanda tempo de preparo e esterilização.

3.2.2.2 Problemas no Centro Cirúrgico Ambulatorial:

- Falta de pessoal para prover a sala de cirurgia (cirurgião, anestesista, técnico de enfermagem)
- Problemas na estrutura da sala de cirurgia (temperatura inadequada, problemas de iluminação, vazamentos).

3.2.2.3 Consequências:

- Subutilização ou desperdício de materiais necessários à realização do procedimento, gerando gastos desnecessários para o hospital.
- Aumento no aprazamento de cirurgias, em virtude da demanda reprimida pelo cancelamento.
- Perda da oportunidade de resolução da necessidade de outro paciente apto.
- Subutilização da equipe de saúde, que ao permanecer disponível para a realização dos procedimentos, deixa de exercer outras atividades relativas à clínica.
- Aumento da insatisfação da clientela.
- Piora clínica do cliente em virtude da demora na resolução do caso.
- Perda da qualidade de vida do cliente

Assim, de acordo com dados estatísticos do setor, por tratar-se da causa com maior representatividade, que ocasiona o maior número de cancelamentos de procedimentos da clínica de oftalmologia, estabeleço como causa crítica o não comparecimento do paciente para realizar o procedimento.

3.3 Programação das Ações

Problema a ser enfrentado:	Cancelamento de cirurgia da clínica de oftalmologia no Centro Cirúrgico Ambulatorial
Causa:	Não comparecimento do paciente para realizar o procedimento
Descritor:	50% dos cancelamentos cirúrgicos da clínica de oftalmologia são por não comparecimento do paciente
Indicador:	Percentual de cirurgias da clínica de oftalmologia canceladas por não comparecimento do paciente
Meta:	Diminuição para 25% do quantitativo de pacientes faltosos, no prazo de 6 meses
Impacto a ser gerado (resultado):	Melhora da qualidade de vida do cliente; Melhor aproveitamento do Centro Cirúrgico Ambulatorial; Diminuição da fila de espera para a realização de cirurgias

Quadro 3 – Enfrentamento do problema

Fonte: Elaboração própria (2020)

Quadro 4 – Ações de enfrentamento às problemáticas existentes

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável (nome da pessoa e não do setor em que trabalha)
Realizar reunião com a clínica de Oftalmologia para apresentação da proposta	Humano	Reunião realizada	OUT/2020	CC (S) Carla Rezende
Realizar reunião com a chefia direta para apresentação da proposta	Humano	Reunião realizada	OUT/2020	CC (S) Carla Rezende
Realizar reunião com equipe médica para sensibilizar sobre a importância das orientações pré operatórias	Humano Material – papel, caneta	Reunião realizada	NOV/2020	CC (S) Carla Rezende
Confeccionar cartilha de orientações para o paciente cirúrgico, entregue ao mesmo no momento da marcação da cirurgia	Humano Material – papel Impressora	Cartilha confeccionada	DEZ/2020	CC (S) Carla Rezende
Confirmar a presença dos pacientes pré operatórios	Humano Material – telefone Confirmações pré operatórias	Presença confirmada	SET/2020	CC (S) Carla Rezende 3SG-EF Luciano 3SG-EF Alan

Fonte: Elaboração própria (2020)

4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será realizada pelo Centro Cirúrgico Ambulatorial (CC (S) Carla Rezende). O setor será responsável pelo acompanhamento das ações propostas na matriz avaliando sua eficácia através da avaliação das estatísticas mensais. É importante ressaltar a identificação das falhas para poder corrigi-las antes que ocorram recidivas e verificar se as ações obtiveram resultados o mais próximo do esperado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcance dos objetivos deste projeto de intervenção será identificado ao ponto que as ações forem sendo realizadas. Algumas dificuldades estão sendo levadas em consideração, sendo as principais delas a escassez de recursos humanos e a sobrecarga dos militares que acumulam outras funções. Com isso, foi necessário prolongar os prazos para não tornar impraticável o cumprimento das ações e colocar em risco o sucesso da execução do projeto.

Iniciamos as confirmações pré-operatórias, com o contato telefônico no dia anterior ao procedimento. Como resultado parcial da iniciativa, obtivemos uma redução para 44% dos procedimentos cancelados por não comparecimento do paciente, no total de cancelamentos da clínica.

Foi dado início à confecção do impresso de orientações aos pacientes cirúrgicos, inicialmente com foco nos pacientes ambulatoriais. O mesmo descreve de forma clara e concisa as etapas do momento cirúrgico, em linguagem acessível a todos os níveis de entendimento. O modelo encontra-se anexado ao final deste projeto (Apêndice A), e será posteriormente levado para apreciação superior.

Os profissionais envolvidos encontram-se bastante motivados e ansiosos para que o projeto seja colocado em prática com brevidade. Particularmente, a autora deste projeto compartilha dos mesmos sentimentos. Poder colocar em prática todo aprendizado, através de um projeto elaborado com sua assinatura, é bastante gratificante. A realização do Curso de Gestão em Saúde será muito importante para minha carreira na Marinha do Brasil. O curso despertou nesta autora questionamentos, estratégias antes nunca realizadas e que serão de grande utilização na melhoria da qualidade da assistência. Espera-se que a realização desse projeto de intervenção estimule o desenvolvimento de novos projetos no HNMD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arieta C.E; Taiar A; Kara-José Newton. Utilização e causas de suspensão de intervenções cirúrgicas oculares em centro cirúrgico ambulatorial universitário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 1995. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=156302&indexSearch=ID>>. Acesso em: 07 nov. 2020.
- Bamashmus M; Haider T; Al-Kershy R. Why is cataract surgery canceled? A retrospective evaluation. **Eur J Ophthalmol**. 2010;20(1):101-5.
- BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.
- Cavalcante J.B.; Pagliuca L.M.F.; Almeida P.C. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.8, 2000.
- CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, v. 27, n.78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>>. Acesso em: 06 nov. 2020.
- CASTAGNO,V.D.; et al. Carência de atenção à saúde ocular no setor público:um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 25(10), p. 2260- 2272, 2009. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000016>. Acesso em: 06 nov. 2020.
- DUARTE, Ivomar Gomes; FERREIRA, Deborah Pimenta. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. **Revista de Administração em Saúde**, v.8, n. 31, p. 63-70, 2006. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-446427>>. Acesso em: 06 nov. 2020.
- Henderson B.A; Naveiras M; Butler N, Hertzmark E; Ferrufino-Ponce Z. Incidence and causes of ocular surgery cancellations in an ambulatory surgical center. **J Cataract Refract Surg**. 2006;32(1):95-102.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 08 nov. 2020.

Lira R.P; Nascimento M.A; Temporini E.R; Kara-José N.; Arieta C.E. Reasons of cataract surgery cancellation. **Revista Saude Publica**, 2001.

KARA-JOSÉ, Newton; TEMPORINI, E.R. Cirurgia de catarata: o porquê dos excluídos. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 6, n. 4, p. 242-248, 1999.

KARA-JOSE JUNIOR, Newton; CURSINO, Marcio; WHITAKER, Eduardo. Cirurgia de catarata: otimização de centro cirúrgico com utilização de pacote cirúrgico pré-montado. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 67, n. 2, p. 305-309, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492004000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2020.

KARA-JOSÉ, N; BICAS, H.E.A; CARVALHO, R.S. **Cirurgia de catarata: necessidade social**. 2.ed., São Paulo, 2008.

KARA-JOSÉ, Newton; RODRIGUES, Maria de Lourdes Veronese. **Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira**. Rio de Janeiro, v.1, 2009.

Landim FM; Paiva FDS; Fiuza MLT; Oliveira EP; Pereira JG; Siqueira IA. Análise dos fatores relacionados à suspensão cirúrgica em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.36, 2009.

Macedo J.M; Kano J.A; Braga E.M; Garcia M.A; Caldeira S.M. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. **Revista SOBECC**, 2013. Disponível em: <<http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/ArtigosCientificos/>>

Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf>.

Acesso em: 07 nov. 2020.

MARINHA DO BRASIL. **Manual do Usuário do Sistema de Saúde da Marinha**. 2009. 28p.

MEDINA, Norma Helena; MUÑOZ, Emilio Haro. Atenção a saúde ocular da pessoa idosa.

Boletim Epidemiológico Paulista, n.8(85), p. 23-28, 2011. Disponível em:

<[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180642722011000100003&lng=pt&nrm=iso)

[script=sci_arttext&pid=S180642722011000100003&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180642722011000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde**. 2 ed. Brasília (DF): MS; 1978.

Oliveira e Souza NVD, Maurício VC, Marques LG, Mello CV, Leite GFP. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/91>>. Acesso em: 07 nov. 2020.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

Ottaiano et al. **As condições de saúde ocular no Brasil**. 1. ed. São Paulo, Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2019.

Paschoal Maria Lucia H, Gatto Maria Alice F. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2006;14(1):48-53 Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2020

RESNIKOFF, Serge et al. Global data on visual impairment in the year 2002. **Bulletin of World Health Organization**, n. 82, p.844-851, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15640920/>>. Acesso em: 07 nov. 2020.

REZENDE, Joffre M. de. Cirurgia e patologia. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. 5, p. 346, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010286502005000500001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2020.

Santos G.A.A.C; Bocchi S.C.M. Cancellation of elective surgeries in a Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 535-542, jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/0034-7167-reben-70-03-0535.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020.

SODRÉ, Roberto Luiz; EL FAHL, Michely de Araújo Félix. Cancelamentos de cirurgias em um hospital de São Paulo. **Revista de Administração em Saúde**, v. 16, n. 63, p. 67-70, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771429?lang=fr>>. Acesso em: 06 nov. 2020.

TALEB, A; ÁVILA, M; MOREIRA, H. **As condições de saúde ocular no Brasil**. 1ed., 2009.

Vieira M.J. **Causas e consequências da suspensão de cirurgia programadas em uma cidade do nordeste do País** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ; 1982.

Yokota O. **A problemática cancelamento de cirurgia conforme a expressão pelos pacientes: um estudo exploratório em Hospital-escola do norte do Paraná** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1983

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International statistical classification of diseases, injuries and causes of death, tenth revision.** Geneva, 1993

APÊNDICE A – MODELO DE IMPRESSO DE ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE CIRÚRGICO

**ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE
CIRÚRGICO DA CLÍNICA DE OFTALMOLOGIA****Antes da Cirurgia**

Cheguem ao local da operação no horário marcado – Centro Cirúrgico Ambulatorial/ 5oPM – Localizado no 5º andar do prédio anexo, Edifício Pavilhão Meireles.

As autorizações para realizar o procedimento - termos de consentimento para a realização da cirurgia e da anestesia - devem estar devidamente preenchidos e assinados.

O olho que sofrerá o procedimento, será demarcado pelo médico antes de sua entrada na unidade, como medida de segurança cirúrgica. É recomendável que o paciente se envolva neste processo, solicitando e ficando atento à demarcação de lateralidade.

A equipe médica fará as orientações necessárias para o pós-operatório antes da entrada na unidade. Permaneçam atentos, juntamente com o acompanhante, para o correto entendimento, e aproveitem a oportunidade para tirar todas as dúvidas.

Etapas de Atendimento

Os pacientes que passam por cirurgia recebem atendimento em três etapas:

1. **Indução anestésica** - O paciente é monitorado para controle do traçado cardíaco, frequência cardíaca, pressão arterial, oxigenação sanguínea e nível de anestesia. Uma vez anestesiado, o paciente recebe as proteções necessárias.
2. **Período intraoperatório** - A cirurgia propriamente dita. Da sala de cirurgia, o paciente será encaminhado para a Recuperação Anestésica
3. **Recuperação Anestésica** - O paciente permanecerá sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem e do médico anesthesiologista, até a plena recuperação da consciência e da estabilidade clínica. O período de permanência nesse setor pode variar.

Orientações para o Paciente

Jejum: Jejum ABSOLUTO, inclusive de água, a partir das 22 horas do dia anterior a cirurgia.

Alergia: Comunicar no momento da admissão a intolerância a qualquer medicamento, produto ou alimento.

Medicamentos: Não ingerir remédios sem o conhecimento médico no período pré e pós-operatório.

Respeitar os horários de administração.

APÊNDICE A – MODELO DE IMPRESSO DE ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE CIRÚRGICO

Mantenha as medicações de uso crônico. Doenças de base como diabetes e hipertensão arterial devem estar bem controladas.

Pertences: Os pertences do paciente são de sua inteira responsabilidade ou do acompanhante. Será oferecido um armário para guarda da roupa e pertences comuns.

Não utilizar adornos (relógio, anéis, pulseiras, brincos, etc)

Evitar o uso de esmalte na unha

Se você utiliza prótese dentária, informe a equipe de enfermagem

Infecções prévias – Comunique ao cirurgião, antes da cirurgia, se estiver com alguma infecção (furúnculo, foliculite, sinusite, dor de garganta, infecção urinária ou gripe, por exemplo). Nesses casos, se possível, é melhor adiar a cirurgia para evitar que haja risco de infecção pós-operatória.

Cigarro – Deixe de fumar um mês antes da cirurgia. O fumo pode prejudicar a cicatrização.

Higiene – Tome banho completo na noite anterior e novamente no dia da cirurgia, o mais próximo possível do horário da operação.

Use toalha e roupas limpas.

Orientações aos Acompanhantes

Durante a cirurgia – Você deve aguardar na sala de espera do setor. Caso necessite ausentar-se, comunique à equipe de saúde.

Ocasionalmente, após o término do procedimento, o cirurgião pode solicitar a presença dos familiares ou acompanhantes, para informá-los da cirurgia e orientá-los quanto ao pós-operatório.

Alta – Ao término da cirurgia, o paciente somente será liberado para alta do setor quando o acompanhante estiver presente.

Recuperação Anestésica – Pacientes menores de idade (até 18 anos) e pacientes especiais poderão ser acompanhados por um familiar na Recuperação Anestésica.

Será realizada uma confirmação no dia anterior ao procedimento.

Caso haja algum impedimento para o comparecimento, faça contato com o número 2599 5478

APÊNDICE A – MODELO DE IMPRESSO DE ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE CIRÚRGICO