

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Priscila Faria de Oliveira

**PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO “READMISSÕES
HOSPITALARES NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: análise
do perfil dos estabelecimentos”**

Belo Horizonte

2024

Priscila Faria de Oliveira

**PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO “READMISSÕES
HOSPITALARES NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: análise
do perfil dos estabelecimentos”**

Produto técnico resultante do trabalho de conclusão de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Viegas Andrade.

Belo Horizonte

2024

SUMÁRIO

	GUIA DE ORIENTAÇÕES PRÁTICAS PARA IMPLANTAÇÃO DA ALTA SEGURA E PREVENÇÃO DAS READMISSÕES HOSPITALARES EM ATÉ 30 DIAS	3
1	APRESENTAÇÃO.....	4
2	OBJETIVOS	6
2.1	Objetivos Específicos	6
3	ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO.....	7
3.1	<i>Fast tracking</i> cirúrgico	7
3.1.1	<i>Ações pré-hospitalares</i>	9
3.1.1.1	<i>Orientação do pré-operatório com cirurgia</i>	9
3.1.1.2	<i>Consulta pré-anestésica</i>	10
3.1.1.3	<i>Autorização rápida</i>	14
3.1.2	<i>Processo de admissão e cirurgia</i>.....	14
3.1.2.1	<i>Cirurgias eletivas</i>	17
3.1.2.2	<i>Admissão Hospitalar</i>	19
3.1.3	<i>Cuidado pós-operatório imediato</i>	26
3.1.4	<i>Alta segura</i>	27
3.1.5	<i>Monitoramento pós alta e continuidade do cuidado</i>.....	28
3.2	Indicadores para monitoramento do <i>Fast tracking</i> Cirúrgico e Alta Segura	31
	REFERÊNCIAS.....	33

GUIA DE ORIENTAÇÕES PRÁTICAS PARA IMPLANTAÇÃO DA ALTA SEGURA E PREVENÇÃO DAS READMISSÕES HOSPITALARES EM ATÉ 30 DIAS

A reprodução parcial ou total desta obra é permitida desde que a fonte seja citada. No entanto, sua comercialização não é permitida.

O guia em questão foi elaborado durante o Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (número do parecer: 5905177 - CAAE: 65329022.0.0000.5149). Durante a elaboração do guia, todos os aspectos éticos foram devidamente considerados.

1 APRESENTAÇÃO

Para qualquer organização, independentemente do setor em que atua, aprimorar o desempenho está diretamente ligado à definição de objetivos que harmonizem os interesses e atividades de todos os envolvidos. No campo da saúde, os *stakeholders* possuem diferentes e por vezes conflitantes interesses, como acesso aos serviços, lucratividade, qualidade, controle de custos, segurança, comodidade, cuidado centrado no paciente e satisfação. A falta de clareza nos objetivos resulta em abordagens divergentes, conflitos e atrasos na evolução do desempenho (Porter, 2010).

Segundo Poter e Teisberg (2006), a principal prioridade a ser buscada e alcançada coletivamente é a entrega de um alto valor em saúde, onde o valor é identificado como a relação entre os resultados da assistência e seus custos. Este objetivo é o que realmente importa para os pacientes, ao mesmo tempo em que possibilita a harmonização dos interesses de todos os demais participantes do sistema de saúde.

Cerca de 234 milhões de cirurgias são realizadas a cada ano em todo o mundo, com aproximadamente sete milhões de pacientes enfrentando complicações graves e um milhão perdendo a vida durante ou logo após o procedimento. Metade dos casos em que ocorrem agravos durante procedimentos cirúrgicos são considerados evitáveis. Diante desse cenário, a segurança cirúrgica se tornou uma prioridade na área da saúde, resultando na criação de diversas iniciativas voltadas para práticas cirúrgicas seguras e eficazes, com foco na segurança do paciente. (OMS, 2009). Esse aumento na quantidade de cirurgias foi viabilizado pelo avanço tecnológico extraordinário, proporcionando benefícios consideráveis aos pacientes. Os resultados melhoraram de maneira significativa, tornando procedimentos cirúrgicos altamente complexos mais comuns. No entanto, esse avanço tecnológico também tornou o ambiente cirúrgico mais suscetível a riscos (Nogueira; Monteiro, 2010).

No estudo realizado por Oliveira *et al.* (2020), foram analisados 182 hospitais brasileiros que fornecem serviços para a saúde suplementar. Neste estudo, foi encontrada uma taxa de readmissão não planejada em um período de até 30 dias de 2,7%. O total de 6,7% das diárias hospitalares poderia ser evitado se as readmissões não ocorressem. Notou-se que os pacientes readmitidos tiveram uma

permanência hospitalar 2,11 vezes maior do que os pacientes sem readmissão. Além disso, a taxa de mortalidade entre os pacientes readmitidos foi de 9%. Nesse estudo as principais causas para as readmissões estão relacionadas as infecções pós-operatórias e pós-traumáticas e complicações de tratamentos.

O estudo realizado pelo Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, desenvolvido por Oliveira (2024), resultou no presente produto técnico. Conforme resultados desse estudo, na saúde suplementar brasileira, no período de janeiro de 2007 a março de 2023, algumas especialidades cirúrgicas apresentaram readmissões em 30 dias que poderiam ser evitadas. Entre elas, estão a ortopedia e traumatologia (6,45%), cirurgia geral (6,80%), cirurgia do aparelho digestivo (1,24%), cirurgia vascular (3,62%), cirurgia cardiovascular (1,02%), neurocirurgia (2,46%), entre outras.

A Cirurgia Ambulatorial é um conjunto de procedimentos cirúrgicos realizados sem a necessidade de que o paciente seja internado em um hospital. Com os avanços da cirurgia ambulatorial na era contemporânea, é cada vez mais comum o paciente ter alta no mesmo dia da cirurgia, ao contrário do que acontecia anteriormente, quando precisava permanecer mais tempo no hospital. Esse tipo de cirurgia exige uma equipe de cirurgiões e anestesistas altamente qualificados, utilizando técnicas de anestesia local, bloqueio ou geral para garantir uma recuperação rápida. Antes de qualquer procedimento, o risco é avaliado cuidadosamente na fase pré-operatória, independente da complexidade da cirurgia. (Oliveira; Speranzini; Junqueira, 2021).

A melhoria do cuidado cirúrgico pode otimizar a qualidade, segurança e experiência do paciente, além de evitar desperdícios de recursos com diárias consumidas por incidentes e eventos adversos, burocracias na autorização e readmissões hospitalares evitáveis. Esse guia sintetiza diretrizes para a gestão do paciente cirúrgico, planejando a alta hospitalar com antecedência e acompanhando sua recuperação clínica. Foi desenvolvido pela pesquisadora responsável por este produto, levando em consideração diferentes protocolos já publicados e sua experiência na implementação em diversos Hospitais credenciados de Operadoras Privadas de Saúde desde 2013, sendo adaptado ao longo do tempo de acordo com a realidade de cada local e novas publicações. Essa abordagem tem como objetivo reduzir incidentes, eventos adversos e readmissões hospitalares em 30 dias indesejadas.

2 OBJETIVOS

Desenvolver uma síntese do plano de cuidados e manejo do paciente cirúrgico até o desfecho clínico para evitar as readmissões em 30 dias evitáveis, incidentes e eventos adversos.

2.1 Objetivos Específicos

- Descrever a linha de cuidados do paciente cirúrgico considerando a fase pré-hospitalar, hospitalar e após alta no formato de *Fast tracking*;
- Apresentar um guia detalhado, com base em evidências, para a implementação de protocolos e diretrizes clínicas visando padronizar o acompanhamento do paciente cirúrgico de baixa complexidade nos hospitais, com foco na garantia de alta cirúrgica segura;
- Sugerir indicadores para monitoramento de pacientes cirúrgicos e de alta segura.

3 ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO

3.1 *Fast tracking* cirúrgico

O avanço da cirurgia ambulatorial resultou em um constante aprimoramento dos conhecimentos e das técnicas cirúrgicas e anestésicas, incluindo a implementação de recursos para controle da dor, náusea e vômito; adoção de práticas cirúrgicas mais modernas; aperfeiçoamento da infraestrutura das unidades de saúde e do sistema de atendimento, bem como a diminuição dos gastos com internações (Monteiro *et al.*, 2022). A cirurgia ambulatorial possui atributos específicos que demandam uma abordagem criteriosa na seleção dos pacientes, procedimentos, medicamentos, técnicas anestésicas e organização nas instituições, juntamente com critérios claros de alta, visando otimizar ao máximo todas as suas vantagens para as partes interessadas (Lima *et al.*, 2024).

O conceito de *Fast Track* (tradução “caminho rápido”) se refere a um processo acelerado e consiste em cuidados multidisciplinares voltados para a melhoria do atendimento a pacientes submetidos a cirurgias de baixa e média complexidade. Seus objetivos incluem intensa educação sobre os cuidados pré-operatórios, com ênfase na alta hospitalar imediata. São adotadas estratégias para definição de protocolos e gestão de riscos no pós-operatório imediato para que a alta hospitalar após a gestão dos riscos inerentes ao pós-operatório imediato (Lima *et al.*, 2024). As principais vantagens do *Fast tracking* Cirúrgico para o paciente são (Pennestri *et al.*, 2022):

- redução do tempo de espera para cirurgias;
- pronta recuperação do paciente e retorno mais rápido à rotina familiar;
- diminuição de complicações infecciosas e não infecciosas;
- retorno mais ágil às atividades laborais, reduzindo a incapacidade física;
- menor incidência de doenças e óbitos;
- entendimento de toda jornada cirúrgica desde a fase pré-hospitalar.

Para a equipe médica, as principais vantagens são (Lima *et al.*, 2024):

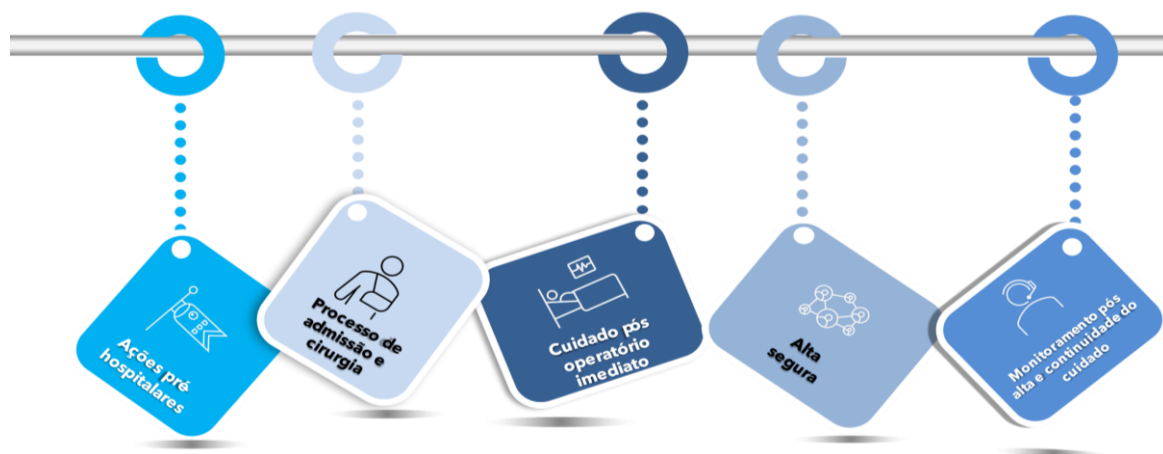
- aumento da disponibilidade no centro cirúrgico;
- redução do tempo de espera para cirurgias;
- simplificação dos trâmites burocráticos com menor permanência hospitalar;
- otimização do tempo do médico cirurgião, pois terá uma equipe para dar alta para seus pacientes diariamente.
- monitoramento clínico dos pacientes pelo hospital com o consentimento do médico assistente, que será atualizado em tempo real proporcionando a gestão de riscos dos sinais de alerta para readmissão.

Para as fontes pagadoras e Hospitais são (Lima *et al.*, 2024):

- previsibilidade de custos;
- redução dos custos;
- aumento da segurança e qualidade do atendimento;
- maior oferta de leitos hospitalares;
- viabilidade de modelos de pagamento por valor e *performance* alternativos ao modelo *fee for service*, que é o pagamento por produção, com incentivo real ao consumo.

A Figura 1 ilustra as etapas adaptadas da jornada do paciente cirúrgico que possibilita o planejamento e mitigação dos possíveis riscos inerentes ao processo. Essas etapas foram definidas com base em (Brasil, 2013a; Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2014):

Figura 1 – Etapas do *Fast tracking* Cirúrgico



Fonte: Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2014).

Não existe uma solução única que possa promover a melhora da segurança em cirurgias. É necessário seguir uma série de etapas essenciais na prestação de cuidados, envolvendo não apenas o cirurgião e o anestesista, mas toda a equipe de profissionais de saúde trabalhando em conjunto em um sistema de saúde que os apoie em benefício do paciente. Da fase pré-hospitalar à pós-alta, o Hospital poderá monitorar continuamente o paciente para oferecer um suporte adicional e aprimorar a qualidade do atendimento, visando proporcionar a melhor experiência da assistência prestada ao paciente (Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2014).

3.1.1 Ações pré-hospitalares

O processo inicia com a necessidade do paciente em fazer o procedimento cirúrgico conforme solicitação médica e assim a jornada do paciente perpassa no ambulatório com o médico cirurgião, consulta pré-anestésica, pré-internação e orientações pré-cirúrgicas (Molin; Roving; Meyhoff, 2020).

3.1.1.1 Orientação do pré-operatório com cirurgião

Durante a consulta ambulatorial, o médico, após recomendar uma cirurgia e revisar os exames pré-operatórios, tem como responsabilidades: informar ao paciente sobre o procedimento cirúrgico proposto, seus riscos e benefícios; fornecer o termo de consentimento personalizado para o tipo de procedimento que será realizado, orientar quanto à continuidade ou interrupção de medicamentos de uso regular antes da cirurgia, explicar as instruções do pré-operatório, como jejum e dieta; fornecer orientações para o pós-operatório, incluindo tempo de internação esperado, controle da dor, dieta pós-cirurgia, reabilitação física e respiratória, e possíveis complicações (Merali *et al.*, 2022).

Após o médico esclarecer as dúvidas do paciente, ele solicitará o procedimento cirúrgico seguindo um protocolo específico, e o paciente enviará essa solicitação para a sua Operadora Privada de Saúde ou SUS, para obter autorização ou irá conduzir o pagamento particular. Durante o envio da solicitação cirúrgica para autorização, o número de telefone principal do paciente deverá ser cadastrado e confirmado pelo hospital para futuras comunicações.

3.1.1.2 Consulta pré-anestésica

De acordo com a Resolução n. 2.174 de dezembro de 2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM), é recomendado que a consulta pré-anestésica do paciente para procedimentos eletivos seja realizada em consultório médico antes da admissão na unidade hospitalar. Neste momento, o médico anestesista pode solicitar exames complementares e/ou encaminhar o paciente para avaliação por outros especialistas, sempre levando em consideração a condição clínica do paciente e o procedimento proposto. Na consulta, o anestesista irá avaliar a via aérea do paciente para identificar possíveis dificuldades de intubação, revisar os exames pré-operatórios, aconselhar sobre a suspensão de medicamentos, se necessário, e determinar o tipo de anestesia mais adequado de acordo com o procedimento e sua complexidade.

O médico anestesista é responsável por obter o TCLE específico para a anestesia, o qual deve incluir informações detalhadas sobre as técnicas anestésicas, suas vantagens, desvantagens e os riscos associados, tudo apresentado de forma clara e compreensível para os pacientes. O documento deve conter campos específicos para a assinatura do paciente ou responsável, data do consentimento, bem como a assinatura e nome legível do médico anestesista.

A ficha de consulta e/ou avaliação pré-anestésica deve conter as seguintes informações (Conselho Federal de Medicina, 2017):

- a) identificação do médico anestesista responsável pela avaliação;
- b) identificação do paciente e data da avaliação;
- c) procedimento cirúrgico ou tratamento proposto;
- d) informações antropométricas: altura, peso, Índice de Massa Corporal (IMC);
- e) histórico pessoal e familiar;
- f) exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas, abrangendo abertura da boca e mandíbula, classificação de Mallampati, mobilidade atlanto-occipital, distância tireoentoniana, condição dentária, prótese dentária e circunferência cervical;
- g) recomendações do tempo de jejum:
 - Líquidos claros sem resíduos (água, chá): 2 horas

- leite materno: 4 horas
 - leite não humano ou fórmula: 6 horas
 - refeições leves: 6 horas
 - dieta geral: 8 horas
- h) monitoramento dos sinais vitais, tais como: pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória, e escala de dor (para adultos, de 0 a 10; para crianças, faces de dor);
- i) informação sobre o diagnóstico cirúrgico e doenças associadas;
- j) tratamento atual, incluindo fármacos em uso ou recentemente utilizados;
- k) histórico de alergias pessoais e familiares a medicamentos e látex, bem como possíveis efeitos adversos na anestesia, além de qualquer história de hipotermia;
- l) detalhes sobre hábitos, como tabagismo (quantidade de cigarros ou carteiras por dia e tempo de hábito) e consumo de álcool (frequência, quantidade e duração);
- m) resultados de exames complementares, se realizados, e opiniões de outros especialistas, se for o caso;
- n) avaliação do estado físico, com foco nos sistemas cardiovascular, respiratório e outros sistemas com alterações clínicas relevantes;
- o) prescrição de medicação pré-anestésica, se necessário.

3.1.1.2.1 Exames complementares pré-anestésicos

Cada paciente é único e os exames complementares são solicitados conforme a necessidade e risco identificado. O Quadro 1 possui os exames sugeridos para a fase pré-operatória e os critérios de indicação (Pinheiro *et al.*, 2024).

Quadro 1 – Exames para a fase pré-operatória e critérios de indicação

Exame	Indicação
Eletrocardiograma	Pode ser solicitado em pacientes com idade superior ou igual a 40 anos e obrigatoriamente acima de 50 anos.
	Paciente com doença coronariana, arritmia, doença arterial periférica ou cerebrovascular, doença cardíaca estrutural, hipertensão arterial sistêmica e diabetes.
	Não é necessário para pacientes de rotina assintomáticos e/ou que se submeterão a procedimentos de baixo risco.
Hematócrito ou Hemoglobina	Extremos de idade – menores de 1 ano e idade > 50 anos.
	Procedimentos invasivos (cirurgias de longa duração, endometriose profunda e mastectomia com reconstrução).
	Comorbidades.
	História de anemia, sangramento ou outra desordem hematológica.
Provas de coagulação	Coagulopatias ou uso de anticoagulantes.
	Doença renal ou hepática.
	Cirurgias de grande porte ou invasivas com risco de sangramento.
Creatinina	Idade superior a 40 anos, obrigatoriamente acima de 50 anos.
	Portadores de HAS, endocrinopatias (como o DM), nefropatia (situação em que deve ser solicitada também a ureia), insuficiência hepática ou cardíaca, transplantados renais ou uso de drogas nefrotóxicas.
Eletrólitos (Na, K, Ca)	Pacientes em uso de diurético.
	Portadores de HAS, Endocrinopatias (como o DM), nefropatia, insuficiência hepática ou cardíaca.
	Pacientes que se submeterão a preparo de cólon no pré-operatório.
Glicemia	Diabetes Mellitus, doenças do SNC, uso de corticosteroides, idade maior de 50 anos.
Rx de Tórax	Pacientes com idade superior ou igual a 75 anos.
	Pacientes com avaliação sugestiva de doença cardiorrespiratória.
	Tabagismo, IVAS recente (período menor ou igual a 15 dias), Asma ou DPOC.

Fonte: Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2010).

Os exames mais especializados, como Ecocardiograma, Teste de esforço, Cintilografia miocárdica, Espirometria, entre outros exames laboratoriais ou a solicitação de uma consulta com um especialista, como Cardiologista, Pneumologista, dentre outros, pode ser realizado pelo Anestesiologista ou Cirurgião, com base nos achados clínicos ou nos resultados dos exames complementares que surgiram durante a investigação (Patel *et al.*, 2020).

3.1.1.2.2 Comunicação assertiva com o paciente antes da admissão hospitalar

As orientações pré-hospitalares são relevantes para mitigar os riscos de infecção no sítio cirúrgico e incidentes que podem impactar em longa permanência e ou readmissões hospitalares inesperadas (Link, 2022).

Os materiais explicativos, como cartilhas e vídeos são ferramentas importantes e podem ser enviados até 48h antes do procedimento cirúrgico, por meio de canais de comunicação como: Whatsapp, e-mail, mensagem de texto, dentre outros (Jlala *et al.*, 2010). Minimamente sugere-se comunicar (Nascimento, 2023):

- o paciente deve confirmar o procedimento cirúrgico, data, hora e local com antecedência mínima;
- orientar o jejum pré-operatório conforme indicação médica;
- retirar próteses dentárias móveis como dentaduras, pivôs e pontes;
- recomendação para que, no dia da cirurgia, cosméticos (batom, base, esmalte, pintura facial, aplique de cabelo, cílios postiços) ou acessórios (óculos, lentes de contato, brincos, colares, anéis, relógios, pulseiras etc.) não sejam utilizados;
- proibição do consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, por pelo menos 24 horas antes da intervenção cirúrgica;
- não depilar o local a ser operado antes da cirurgia. a retirada dos pelos será realizada no hospital com tricotomizador elétrico;
- trazer exames pré-operatórios realizados e Termos de Consentimento Cirúrgico e Anestésico assinados;
- orientar sobre necessidade de acompanhante;
- orientar sobre comunicar seu cirurgião se estiver com alguma infecção (furúnculo, foliculite, sinusite, dor de garganta, infecção urinária ou gripe, por exemplo);
- comunicar ao seu cirurgião caso você deseje cancelar o procedimento;
- descrever sobre o *Fast tracking* cirúrgico e a possibilidade de sair de alta em até 5h após a alta da recuperação anestésica.

3.1.1.3 Autorização rápida

Quando o hospital possui uma linha de cuidados bem estabelecida é importante compartilhar com a Operadora de Saúde para pactuar o modelo de pagamento por valor e acordar a agilidade no processo de autorização do procedimento cirúrgico. Existem casos em que quanto mais o paciente esperar o procedimento cirúrgico maior será o risco de complicação. Estudos e análises demonstraram que o tempo de espera para cirurgias está associado a uma série de desfechos adversos, incluindo aumento da morbidade, mortalidade e taxas de readmissão. Por exemplo, pacientes com tempos de espera cirúrgica mais longos para histerectomia por doenças ginecológicas benignas apresentaram maior probabilidade de readmissão após a cirurgia (Traylor *et al.*, 2021). Além disso, a espera prolongada para cirurgia de fratura do quadril em pacientes idosos pode aumentar o risco de complicações como pneumonia, infarto do miocárdio e insuficiências cardíacas (Shen *et al.*, 2021).

A Operadora de Saúde é parte interessada em financiar uma linha de cuidado que ofereça qualidade, segurança e gestão dos recursos. Nesta etapa é o momento de o Hospital acordar como será o processo de autorização de OPME, procedimento cirúrgico, diárias e taxas, consultas ambulatoriais, monitoramento clínico, dentre outros.

3.1.2 Processo de admissão e cirurgia

A primeira ação nesta etapa é identificar quais são os procedimentos e perfil de pacientes elegíveis para o *Fast tracking* cirúrgico, de modo que toda a jornada do paciente esteja padronizada e descrita em diretrizes clínicas e linhas de cuidados. A seleção criteriosa de pacientes é essencial para o sucesso da cirurgia ambulatorial. Critérios como boa condição de saúde geral, ausência de comorbidades significativas e suporte adequado em casa são fundamentais. Entre os critérios para ser incluído em uma cirurgia ambulatorial estão (Forner *et al.*, 2020; Philteos *et al.* 2021; Muñoz-Cruzado *et al.*, 2024):

- procedimentos cirúrgicos de baixa a média complexidade;

- capacidade do paciente de se comunicar e entender facilmente o processo cirúrgico;
- pacientes classificados como ASA I ou II. Alguns pacientes ASA III podem ser selecionados;
- nas cirurgias pediátricas, é essencial definir a idade pós-conceitual dos prematuros, permitindo a cirurgia apenas em pacientes com mais de 60 semanas de idade.

A escolha dos pacientes que passarão pelo *Fast tracking* cirúrgico pode ser reavaliada com base em determinados critérios:

- natureza e extensão da cirurgia;
- características individuais e fatores específicos do paciente;
- seleção dos medicamentos e técnicas anestésicas no procedimento.

Para liberar um paciente para cirurgia ambulatorial, é essencial uma avaliação pré-operatória completa, envolvendo histórico médico, exame físico e exames laboratoriais relevantes. Os seguintes aspectos devem ser considerados na seleção dos pacientes (Henriques *et al.*, 2001):

- pacientes classificados como ASA I e II geralmente são adequados para cirurgia ambulatorial. Pacientes ASA III devem ter a relação custo x benefício avaliada;
- deve-se avaliar o grau de invasividade da cirurgia e a capacidade de cuidados pós-operatórios em casa, principalmente em indivíduos com baixa condição socioeconômica;
- é importante considerar doenças pré-existentes, como complicações cardiovasculares, pulmonares ou neurológicas que necessitam de monitoramento especial, podendo exigir internação hospitalar;
- procedimentos cirúrgicos com duração prolongada (mais de 2 horas) podem necessitar de internação hospitalar;
- idades extremas podem requerer internação hospitalar.

A Resolução CFM 2.174/2017 estratifica os procedimentos cirúrgicos em categorias de pequeno, médio e grande porte, levando em consideração o risco do paciente. O Quadro 2 apresenta os exemplos de situações cirúrgicas associadas a cada categoria (Conselho Federal de Medicina, 2017):

Quadro 2 – Procedimentos cirúrgicos por categorias de pequeno, médio e grande porte

Baixo risco (<1%)	Risco intermediário (1 - 5%)	Alto risco (> 5%)
Pequeno porte	Médio porte	Grande porte
Mama	Abdominal	Cirurgia aórtica de emergência
Dental	Carótida	Intestino grosso - urgência ou emergência, grande cirurgia do aparelho digestivo (ou com condições clínicas descompensadas)
Endócrina	Reparo de aneurisma endovascular ou angioplastia arterial periférica	Procedimentos gerais abdominais de grande porte em pacientes com mais de 69 anos (ou com condições clínicas descompensadas)
Oftálmica	Cirurgia de cabeça e pescoço	Cirurgia vascular abdominal eletiva
Ginecológica	Neurocirúrgicas - principais	Cirurgia arterial dos membros inferiores
Reconstrutiva	Ortopédicas – principalmente (quadril e coluna vertebral)	Revisões complexas de quadril ou joelho
Ortopédica-menor (cirurgia no joelho)	Transplante renal	Fraturas de pescoço ou fêmur em pacientes com mais de 69 anos (ou com condições clínicas descompensadas)
Urológica-menor	Urológicas de maior porte – cistectomias, grandes ressecções urológicas	Esôfago, procedimentos complexos

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2017).

A indicação de cirurgia deve considerar sempre os critérios clínicos, que são classificados em três níveis de risco do paciente: alto, intermediário ou baixo. A classificação é a seguinte (Organização Mundial de Saúde, 2009; Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2014):

- alto risco: 3 ou mais critérios maiores ou 4 ou mais critérios menores;
- risco intermediário: 2 critérios maiores ou 3 critérios menores;
- baixo risco: não se enquadram nas condições acima.

Critérios maiores que devem ser observados (Forner *et al.*, 2020):

- idade superior a 70 anos, com doença crônica descompensada;
- doença cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória grave descompensada;
- doença vascular grave ou doença neurológica crônica descompensada.
- abdome agudo descompensado;
- previsão ou estimativa de grandes perdas sanguíneas (maior que 20% da volemia ou maior de 1000 ml no adulto; e maior que 7 ml.kg⁻¹ ou maior que 10% da volemia na criança);
- choque de qualquer etiologia;
- insuficiência respiratória;
- insuficiência renal, aguda ou crônica descompensada;
- cirurgia oncológica extensa;
- insuficiência hepática descompensada;
- cirurgia de urgência ou emergência.

Critérios menores que devem ser observados (Forner *et al.*, 2020):

- história de doença cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória grave compensada;
- insuficiência renal crônica dialítica compensada;
- diabetes mellitus, insulínica;
- síndrome da apneia obstrutiva do sono grave;
- obesidade em grau maior ou igual a II (IMC maior ou igual a 35 kg.m⁻²).

3.1.2.1 Cirurgias eletivas

As cirurgias eletivas são aquelas que podem ser planejadas enquanto as de urgência o paciente necessita fazer o procedimento em até 24h. Os exemplos de cirurgias eletivas que podem ser inseridas no *Fast tracking* cirúrgico são (Freitas *et al.*, 2022; Pedrozo *et al.*, 2023; Rocha, 2023):

- **procedimentos cirúrgicos pediátricos:** incluem biópsia de linfonodos, tratamento de cistos e fístulas cervicais, colocação e remoção de cateteres, remoção de tumores superficiais, tratamento de hemangiomas, correção de hérnia inguinal, hérnia umbilical, hidrocele, hipospádia, postectomia, remoção de corpos estranhos, tratamento de testículo inguinal e torção testicular;
- **procedimentos cirúrgicos oftalmológicos:** abrangem biópsias da esclera, íris e conjuntiva, cirurgias como blefarorrafia definitiva e capsulotomia, tratamentos para ciclodiatemia, glaucoma, coloboma, criocicloterapia, entre outros procedimentos relacionados aos olhos;
- **procedimentos cirúrgicos otorrinolaringológicos:** englobam tratamentos para abscessos, adenoidectomia, adenoamigdalectomia, biópsias, tratamento de corpos estranhos na faringe, epistaxe, sinéquias nasais, timpanotomia exploradora, remoção de tumores benignos, entre outros;
- **procedimentos cirúrgicos ortopédicos:** incluem abertura de bainha tendinosa, alongamento do tendão, amputação de dedo, ressecção de aponeurose plantar, artroscopia diagnóstica, biópsias musculares e ósseas, entre outros procedimentos ortopédicos;
- **procedimentos cirúrgicos ginecológicos:** abrangem tratamentos para abscessos de mama, biópsias diversas, cerclagem uterina, curetagem uterina, exérese de cistos e pólipos uterinos, histeroscopia, entre outros procedimentos relacionados à ginecologia;
- **procedimentos cirúrgicos urológicos:** englobam tratamentos para abscessos periuretrais, amputação peniana parcial, cálculos urinários, cistoscopia, hidrocelectomia, orquidectomia, entre outros procedimentos urológicos;
- **procedimentos cirúrgicos gerais:** incluem cirurgias videodiagnósticas, biópsias, colecistectomias, herniorrafias inguinais e umbilicais, entre outros procedimentos cirúrgicos gerais;
- **procedimentos cirúrgicos proctológicos:** englobam tratamentos para abscessos anais, biópsias, cistos sacrococcígeos, hemorroidectomia, entre outros procedimentos relacionados à região anal e retal;

- **procedimentos cirúrgicos plásticos:** incluem remoção de cicatrizes, nervos e hemangiomas, inclusão de prótese de silicone, lipoaspiração, mamoplastia, rinoplastia, entre outros procedimentos estéticos;
- **procedimentos odontológicos:** abrangem apicectomia, extração dentária, gengivectomia, restaurações, entre outros procedimentos relacionados à odontologia.

3.1.2.2 Admissão Hospitalar

Foram apontadas quatro áreas em que avanços significativos poderiam ser alcançados na segurança da assistência cirúrgica. Essas áreas incluem a prevenção de infecções no local da cirurgia, práticas anestésicas seguras, equipes cirúrgicas eficazes e avaliação da qualidade da assistência cirúrgica (Bandeira *et al.*, 2023; Fraga *et al.*, 2024; Heinen *et al.*, 2024).

3.1.2.2.1 Prevenção de infecções no local da cirurgia

As infecções do local da cirurgia são frequentemente causadas por diversos fatores e ainda representam uma das principais causas de complicações graves em procedimentos cirúrgicos. Para prevenir essas infecções, é crucial adotar estratégias centradas no paciente, na técnica cirúrgica e no ambiente da sala de cirurgia. Algumas medidas incluem a administração de antibióticos profiláticos e a garantia da esterilização eficaz dos instrumentos cirúrgicos (Rocha, 2023). O Quadro 3 possui as medidas de prevenção e o detalhamento (Santos, Almeida, Silva, 2024).

Quadro 3 – Medidas de prevenção de infecção cirúrgica

Medida	Detalhe	Ação
Segurança na Anestesia	As complicações relacionadas à anestesia continuam sendo uma causa significativa de mortes durante cirurgias em todo o mundo. O anesthesiologista realiza uma série de ações para garantir a segurança anestésica, incluindo a inspeção formal do equipamento anestésico, a verificação dos medicamentos utilizados e a avaliação do risco anestésico do paciente antes de cada procedimento cirúrgico.	Protocolo anestésico.
Eficiência das Equipes Cirúrgicas	As equipes de cirurgia são fundamentais para o funcionamento eficaz de todos os sistemas e são compostas por diversos profissionais, como cirurgiões, anesthesiologistas e enfermeiros, que desempenham papéis essenciais durante o processo cirúrgico.	Protocolo de cada procedimento cirúrgico, gestão de risco e protocolo de cirurgia segura.
Avaliação da Qualidade da Assistência Cirúrgica	Um desafio na área de segurança cirúrgica é a falta de dados para embasar a tomada de decisões. É essencial estabelecer medidas de vigilância rotineiras para avaliar e mensurar os serviços cirúrgicos, garantindo assim o avanço da segurança na assistência cirúrgica.	Padronização de Indicadores que irão denotar a adesão aos protocolos de prevenção infecção no sítio cirúrgico.

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2014) e Organização Mundial da Saúde (2019).

O checklist de cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde possui três momentos: Entrada (antes da indução anestésica), *Time Out* ou Pausa (antes da incisão) e Saída (antes de o paciente deixar o centro cirúrgico) (Organização Mundial de Saúde, 2009; Brasil, 2013a, 2013b). Seus elementos podem ser adequados às necessidades e realidade de cada instituição. Para garantir que qualquer operação seja uma cirurgia segura, é fundamental considerar os seguintes elementos-chave (Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2014):

1. **comunicação eficaz:** estabelecer uma comunicação clara e aberta entre todos os membros da equipe cirúrgica, garantindo que informações importantes sejam compartilhadas;

2. **planejamento pré-operatório adequado:** realizar uma avaliação completa do paciente, incluindo histórico médico, exames pré-operatórios e avaliação do risco cirúrgico;
3. **verificação de protocolos:** seguir rigorosamente protocolos de segurança, como a marcação do local da cirurgia, a verificação de alergias e a confirmação dos procedimentos a serem realizados;
4. **uso adequado de equipamentos e técnicas cirúrgicas:** assegurar que os equipamentos estejam em bom estado, os instrumentos cirúrgicos sejam esterilizados e que as técnicas cirúrgicas adequadas sejam seguidas;
5. **monitoramento contínuo do paciente:** realizar uma monitorização constante dos sinais vitais e da condição do paciente durante a cirurgia, garantindo uma resposta rápida a qualquer complicação;
6. **abordagem interdisciplinar:** integrar de forma eficaz os diferentes membros da equipe cirúrgica, como cirurgiões, anestesiólogos, enfermeiros e técnicos, para garantir uma assistência coordenada e segura.

Ao considerar e implementar esses elementos-chave, é possível aumentar a segurança e a eficácia de qualquer procedimento cirúrgico, contribuindo para resultados mais positivos para o paciente. A Figura 2 demonstra o *check list* de cirurgia segura recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2015). A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS é um recurso desenvolvido para reduzir danos aos pacientes. A Aliança Mundial para Segurança do Paciente trabalhou com diversos colaboradores para identificar verificações de segurança em salas de operações (Organização Mundial de Saúde, 2009; Brasil, 2013a; Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2014).

Figura 2 – Check list de Cirurgia Segura

CHECK LIST DA CAMPANHA CIRURGIA SEGURA DO CBC			
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	PROGRAMAÇÃO PÓS OPERATÓRIA
<input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente Identificação do Paciente Local da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado Consentimento Informado realizado <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico marcado no local correto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Checkagem do equipamento anestésico <input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso instalado e funcionando <input type="checkbox"/> O paciente tem alguma alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível <input type="checkbox"/> Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/Kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição <input type="checkbox"/> Exames de imagem estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Risco de TEV foi avaliado: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Não avaliado <input type="checkbox"/> Profilaxia de TEV <input type="checkbox"/> Fez uso de profilaxia farmacológica antes da cirurgia: <input type="checkbox"/> Sim – Se sim que horas: _____ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e enfermagem verbalmente confirmam Identificação do Paciente Local da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado Antecipação de eventos críticos: <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação especial em relação ao paciente? <input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? <input type="checkbox"/> O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Exames de imagens estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> O coordenador confirma verbalmente com a equipe: <input type="checkbox"/> Cirurgia realizada foi a mesma proposta <input type="checkbox"/> Houve realização de procedimento diferente _____ <input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem orientam verbalmente sobre os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente. Recomendações: _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Profilaxia Mecânica do TEV: <input type="checkbox"/> Sim - Se sim _____ <input type="checkbox"/> C/P* <input type="checkbox"/> MECCG* <input type="checkbox"/> Não	Dieta: <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Dieta - Após _____ horas Posição no Leito: _____ Deambulação: Após às _____ horas <input type="checkbox"/> Não prevista Profilaxia do TEV: <input type="checkbox"/> Farmacologica - Será iniciada às _____ horas

Fonte: Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2015).

O pré-operatório é o intervalo que antecede a administração da anestesia e a cirurgia, durante o qual são realizadas várias ações para diminuir a incidência de eventos adversos, complicações e mortalidade, garantindo maior segurança ao paciente. O Quadro 4 possui todos os detalhes e controles necessários para evitar os riscos antes do procedimento cirúrgico (Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2010; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2010; Brasil, 2013a; Fundação Oswaldo Cruz, 2013).

Quadro 4 – Gestão de riscos antes do procedimento cirúrgico

ANTES DE ENCAMINHAR O PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO	
Confirmação de identidade, localização, procedimento e consentimento para cirurgia.	Verifique com o paciente: sua identificação, a natureza do procedimento planejado, o local da cirurgia e se o consentimento foi dado para a cirurgia. No caso de pacientes incapazes de fornecer confirmação (como crianças ou indivíduos sem capacidade), um tutor ou membro da família pode fazê-lo em seu lugar.
Alergias e uso regular de medicamentos.	Certifique-se de verificar se o paciente possui algum tipo de alergia conhecida e, caso positivo, qual é essa alergia. Pergunte claramente se possui alergia a látex e comunique claramente se já teve alergia a balão. Questionar e registrar medicamentos de uso contínuo.
Tricotomia	A remoção de pelos deve ser feita fora da Sala de Cirurgia, logo antes da operação, com a preferência por tricotomizadores elétricos. A decisão de realizar a tricotomia dependerá da densidade dos pelos, da localização da incisão, do tipo de procedimento e da recomendação do cirurgião.
Banho	O banho, que deve incluir a limpeza do couro cabeludo, da cavidade bucal e a higienização das unhas, deve ser realizado até duas horas antes da cirurgia. O uso de antissépticos germicidas deve ser feito somente em circunstâncias especiais.
Pertences do paciente	Os acessórios e demais pertences devem ser removidos, armazenados e registrados antes do paciente ser encaminhado à Sala de Cirurgia.
Exame pré-operatório	O médico cirurgião encarregado da operação deve identificar o local da cirurgia com caneta própria, inclusive em situações que envolvam lateralidade ou múltiplas estruturas ou níveis.

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2014) e Organização Mundial da Saúde (2019).

O Quadro 5 possui todos os detalhes e controles necessários para evitar os riscos antes da indução da anestesia (Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2010; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2010; Brasil, 2013a; Fundação Oswaldo Cruz, 2013).

Quadro 5 – Gestão de riscos antes da indução da anestesia

ANTES DA INDUÇÃO DA ANESTESIA	
Confirmação da sua identidade, local da cirurgia, tipo de procedimento e consentimento cirúrgico.	Confirmar verbalmente com o paciente: sua identidade, a natureza do procedimento planejado, o local da cirurgia e se o consentimento para a cirurgia foi concedido. Quando o paciente não puder confirmar por si mesmo (por exemplo, crianças ou pacientes incapazes), um tutor ou membro da família pode fazê-lo. Verificar se os exames pré-operatórios estão presentes no centro cirúrgico.
Marcação da cirurgia	Garantir que o cirurgião responsável tenha marcado o local da cirurgia, incluindo situações que envolvam lateralidade, múltiplas estruturas ou níveis.
Cuidado da equipe cirúrgica	Realizar a conferência do instrumental, equipamentos e materiais na sala cirúrgica antes do início do procedimento cirúrgico. Certificar-se de que tudo está disponível, em boas condições e de acordo com a lista de verificação padrão para cirurgias.
Cuidado da equipe anestésica	O anestesista deve sempre verificar a lista de segurança de anestesia antes de iniciar cada intervenção cirúrgica. Esta verificação inclui a inspeção formal do equipamento de anestesia, do circuito respiratório, da medicação e a verificação do risco anestésico do paciente.
O oxímetro foi posicionado no paciente e está operacional.	Antes de iniciar a anestesia, é importante verificar a correta colocação e funcionamento de um oxímetro de pulso no paciente. Recomenda-se que a leitura do oxímetro de pulso seja claramente visível para a equipe cirúrgica. Além disso, é essencial utilizar um sistema de alarme sonoro para monitorar e alertar a equipe sobre a frequência cardíaca e os níveis de saturação de oxigênio do paciente durante todo o procedimento.
Alergias	Questionar ao anestesista se o paciente possui algum tipo de alergia conhecida e, caso positivo, qual é essa alergia. Pergunte claramente se possui alergia a látex e comunique claramente se já teve alergia a balão.
Via aérea difícil ou risco de aspiração	Verificar oralmente se o anesthesiologista avaliou de forma objetiva a presença de uma via aérea difícil no paciente. Caso a avaliação indique um alto risco, como uma classificação de 3 ou 4 na escala de Mallampati, a equipe de anestesia deve estar pronta para prevenir a obstrução da via aérea. Além disso, o risco de aspiração também deve ser levado em consideração.
Risco de perda de sangue	A equipe de anestesia deve avaliar se existe o risco de o paciente perder mais de 500 mL de sangue durante a cirurgia, a fim de garantir a identificação e a preparação para esse evento crítico. Uma perda significativa de sangue é um dos perigos mais comuns e importantes para pacientes cirúrgicos, podendo resultar em choque hipovolêmico quando a perda excede 500 mL (ou 7 mL/kg em crianças). Uma preparação adequada e uma pronta ressuscitação podem mitigar substancialmente as consequências.
Exames de imagem	Exames de imagem fundamentais ou outros devem estar presentes na sala e ser posicionados de forma visível para serem utilizados durante a operação. Caso seja necessário o uso de imagens que não estejam disponíveis, estas devem ser obtidas.

(Continua)

(Continuação)

Profilaxia de tromboembolismo venoso	Verificar se o risco de tromboembolismo venoso foi avaliado e qual é o grau desse risco. Certificar-se se a profilaxia farmacológica foi realizada e, em caso afirmativo, informar o horário em que foi administrada.
--------------------------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2010), Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), Brasil, (2013a), Fundação Oswaldo Cruz (2013).

O Quadro 6 possui todos os detalhes e controles necessários para evitar o risco antes da indução da anestesia (Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2010; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2010; Brasil, 2013a; Fundação Oswaldo Cruz, 2013).

Quadro 6 – Gestão de riscos antes da incisão na pele

ANTES DA INCISÃO NA PELE	
Identificação da equipe	Confirmar se todos os membros da equipe se apresentaram, indicando seus nomes e funções.
Confirmação do nome do paciente e procedimento cirúrgico	Confirmar verbalmente o nome do paciente, o tipo de cirurgia a ser realizada, o local da cirurgia e, se necessário, o posicionamento do paciente, a fim de evitar erros de procedimento.
Profilaxia antibiótica	verificar se os antibióticos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos. O anestesista deve confirmar verbalmente isso. Se os antibióticos ainda não foram administrados, devem ser administrados imediatamente antes da incisão. Caso os antibióticos tenham sido administrados há mais de 60 minutos, a equipe deve considerar a administração de uma nova dose ao paciente.
Antecipação de eventos críticos	Facilitar a comunicação ágil entre o cirurgião, o anestesista e a equipe de enfermagem, acerca dos riscos críticos e dos procedimentos operacionais.
Cirurgião: Gestão de riscos para perda de sangue	O cirurgião deve comunicar à equipe todas as medidas que representam risco para o paciente, como rápida perda de sangue, danos ou outras complicações graves.
Enfermagem: esterilização e problemas com os equipamentos	O enfermeiro instrumentista responsável pela preparação dos equipamentos deve confirmar verbalmente se a esterilização foi concluída. Além disso, deve abordar problemas com os equipamentos e outras preparações para a cirurgia, e qualquer preocupação com a segurança que a equipe de enfermagem possa ter, especialmente aquelas não discutidas pelo cirurgião e pela equipe de anestesia.

Fonte: Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2010), Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), Brasil, (2013a), Fundação Oswaldo Cruz (2013).

O Quadro 7 possui todos os detalhes e controles necessários para evitar o risco antes do paciente sair da sala cirúrgica (Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2010;

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2010; Brasil, 2013a; Fundação Oswaldo Cruz, 2013).

Quadro 7 – Gestão de riscos antes do paciente sair da sala cirúrgica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	
Nome do procedimento	Levar em consideração que o procedimento pode ter sido alterado ou ampliado durante a execução.
Contagem de instrumentos, compressas e materiais perfurocortantes	Confirmar oralmente a precisão da contagem final de compressas e agulhas. Em situações com uma cavidade exposta, também é necessário confirmar a contagem dos instrumentos cirúrgicos.
Rotulagem dos produtos biológicos ou outros	Verificar em voz alta a etiqueta correta de qualquer material coletado durante o procedimento cirúrgico, incluindo o nome do paciente, a descrição da amostra e possíveis instruções adicionais.
Equipamento com problemas a reportar	Identificar com precisão as causas de falhas, bem como os dispositivos ou equipamentos danificados, é crucial para evitar a reutilização inadequada dos mesmos.
Orientações pós anestesia e cirurgia	Revisar as preocupações e necessidades do paciente durante o período de recuperação pós-anestesia e após a alta do centro cirúrgico, com a participação do cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem.
Revisão de alergias e uso de medicamentos de uso contínuo	Revisar e documentar se o paciente possui alguma alergia conhecida e, em caso positivo, qual é a substância alergênica. Além disso, é importante revisar e registrar os medicamentos de uso contínuo do paciente.

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2010), Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), Brasil (2013a) e Fundação Oswaldo Cruz (2013).

3.1.3 Cuidado pós-operatório imediato

Antes da saída do paciente da sala de cirurgia, é essencial confirmar com a equipe cirúrgica algumas instruções pós-operatórias importantes. Em relação à alimentação, é necessário verificar se o paciente continuará em jejum ou quando será permitida a introdução da dieta. Confirmar a posição que deverá ser adotada no leito após a cirurgia, ou se o paciente terá liberação para andar e em qual momento. Quanto à prevenção de Tromboembolismo Venoso (TEV) através de medidas medicamentosas ou mecânicas, é importante esclarecer se a profilaxia deverá ser iniciada e quando. Definir se a terapia antibiótica será mantida e por quanto tempo (Organização Mundial de Saúde, 2009; Sousa *et al.*, 2020; Sousa *et al.*, 2024).

As orientações pós-operatórias, incluindo alimentação, movimentação, controle da dor, micção e evacuação, repouso, início da mobilização, presença de acompanhante, cuidador, visitas, restabelecimento da alimentação, reabilitação respiratória e motora, tempo de internação previsto e retomada de medicações de uso contínuo são responsabilidades do cirurgião ou médico assistente após a alta da recuperação pós-anestésica com a escala de Aldrete e Kroulik (Ding; Ishag, 2023; Frang; Wang; Xu, 2023).

3.1.4 Alta segura

O plano de alta do paciente ocorrerá 5h após o procedimento cirúrgico e os critérios para a alta hospitalar segura do paciente após a cirurgia, de acordo com a resolução 1670/2003 do CFM e da associação, são os seguintes:

1. Manutenção dos sinais vitais estáveis por no mínimo 1 hora, incluindo temperatura, pulso, respiração e pressão arterial;
2. Paciente consciente e orientado;
3. Mínima ocorrência de náuseas e vômitos;
4. Controle da dor e compreensão sobre o uso dos analgésicos;
5. Ausência de sangramento significativo relacionado ao procedimento cirúrgico;
6. Esvaziamento da bexiga antes da alta, especialmente após anestesia peridural ou raquidiana;
7. Presença de um adulto para acompanhar o paciente em casa e permanecer com ele nas primeiras 24 horas pós-cirurgia;
8. Disponibilidade de um telefone funcional na residência do paciente;
9. Orientações pós-operatórias impressas;
10. Informações impressas sobre os contatos de emergência;
11. Instruções de seguimento;
12. Resumo do tratamento recebido.

As metas para alta segura poderão ser compartilhadas com o paciente para possibilitar seu engajamento e alta segura.

3.1.5 Monitoramento pós alta e continuidade do cuidado

Antes da alta hospitalar, verificar se o paciente possui um número de telefone para contato. Após a alta, em um prazo de até 12 horas, serão enviadas as seguintes orientações por meio de mensagem de texto, uma vez que estabelecer contato por mensagem de texto antes da cirurgia e no acompanhamento pós-operatório pode contribuir para a segurança do paciente em cirurgias ambulatoriais (Peuchot *et al.*, 2019):

- instruções para os cuidados com o curativo da incisão cirúrgica: certifique-se de mantê-lo limpo e seco, conforme orientação do médico responsável;
- sintomas de infecção - orientações em caso de manifestação de sinais como febre, dor intensa na região operada, vermelhidão, calor ou secreção local, buscando avaliação imediata com o cirurgião; se não disponível, procurar atendimento de emergência;
- verificar se o paciente já possui consulta de retorno agendada com o cirurgião.



O Quadro 8 apresenta um modelo de check list de monitoramento clínico do paciente após a alta, que têm como objetivo identificar sinais de alerta para complicações pós cirúrgicas e readmissões hospitalares.

Após o enfermeiro responsável pelo *Fast tracking* Cirúrgico ter acordado com o paciente e familiar o canal de comunicação com o paciente que será utilizado após a alta (WhatsApp, e-mail, telefone, aplicativo), fica fácil entrar em contato e ser atendido com sucesso. A metodologia é avaliar os riscos em até 12h após a alta hospitalar e 24h após o primeiro contato. Caso identifique qualquer sinal de alerta é comunicado com o médico assistente e se necessário o paciente é direcionado para o Pronto Atendimento do Hospital que realizou a cirurgia ou dependendo do estado clínico, é acionado o serviço de remoção SOS. O médico assistente e a equipe hospitalar são comunicados sobre os sinais de alerta e todas as interações com o paciente em tempo real. A utilização de abordagens educacionais antes e após cirurgias pode reduzir o estresse, o ônus financeiro e melhorar a qualidade do cuidado e o conhecimento do paciente (Shahmoradi *et al.*, 2022).

O último contato realizado em até 24h após o primeiro contato finaliza com uma pesquisa de satisfação para o paciente e familiar, o Net Promoter Score (NPS) é uma métrica usada para medir a satisfação e lealdade dos clientes em relação a ao *Fast tracking* Cirúrgico (Daly *et al.*, 2023; Adams *et al.*, 2024; Diliasari; Sulistiadi, 2024). Ele é baseado em uma pergunta simples: "Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria a nossa linha de cuidados *Fast tracking* cirúrgica a um amigo ou colega?". Com base nas respostas, os clientes são classificados em detratores (0-6), neutros (7-8) e promotores (9-10). O cálculo do NPS é feito subtraindo a porcentagem de detratores da porcentagem de promotores.

Quadro 8 – Check list para ser aplicada no monitoramento clínico

MONITORAMENTO CLÍNICO APÓS E ALTA

<p>“Olá Sr. (a) XX, sou a XXX da equipe do Hospital XXX. Nosso contato é porque você passou por um procedimento cirúrgico recentemente em nosso Hospital e conforme informamos na sua alta estamos interessados em saber como está sendo sua recuperação. Por gentileza, gostaria de fazer algumas perguntas:”</p>		
O seu curativo está sangrando ou há alguma outra secreção nele?	Não ()	Sim () Gerar alerta para equipe
Apresenta ou apresentou febre acima de 38°C após a cirurgia?	Não ()	Sim () Gerar alerta para equipe
Você está com dor intensa no local da cirurgia que não melhora mesmo com uso do medicamento prescrito pelo seu médico?	Não ()	Sim () Gerar alerta para equipe
Em uma escala de dor de 0 a 10, sendo 0 a ausência de dor e 10 a dor mais intensa que você já sentiu, qual seria o seu nível de dor atualmente?	 <p>(Acima de 5 gerar alerta para equipe)</p>	
Você está sentindo dor em uma ou ambas as pernas, calor e inchaço que começaram após a cirurgia?	Não ()	Sim () Gerar alerta para equipe
Você está sentindo falta de ar ou dificuldade para respirar	Não ()	Sim () Gerar alerta para equipe
Você está sentindo algum sintoma diferente que não falamos nessa ligação? Se sim quais?	Não ()	Sim () Gerar alerta para equipe
<p>Último contato: 24h após o primeiro fazer a pesquisa NPS</p> <p>"Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria a nossa linha de cuidados <i>Fast tracking</i> cirúrgica a um amigo ou colega?"</p>		

Fonte: Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do Adams *et al.* (2024), Diliyasi e Sulistiadi (2024).

3.2 Indicadores para monitoramento do *Fast tracking* Cirúrgico e Alta Segura

Os indicadores são fundamentais para monitoramento da qualidade e segurança e possibilitam a melhoria contínua dos processos para entregar a melhor assistência ao paciente. O Quadro apresenta os indicadores que devem ser mensurados e analisados com a implantação do *Fast tracking* Cirúrgico. Esses indicadores foram construídos com base nas recomendações propostas por Gama e Bohomol (2020) e Pinto *et al.*, (2024).

Quadro 9 – Lista de indicadores *Fast tracking* Cirúrgico

Indicadores	Descrição	Fórmula de cálculo
Média de tempo de internação	Reflete a duração média em dias da estadia dos pacientes no hospital.	É a soma das diferenças entre a data da alta e a data da internação para os pacientes que entraram no <i>Fast tracking</i> Cirúrgico
Adesão médica ao <i>Fast tracking</i> Cirúrgico	Analisa se os pacientes elegíveis para o <i>Fast tracking</i> cirúrgico entraram na linha de cuidados.	Total de pacientes que entraram no <i>Fast tracking</i> Cirúrgico / Total de pacientes elegíveis x 100
Taxa de readmissão em até 30 dias evitável	Identifica o retorno do paciente ao hospital em menos de 30 dias, por ocorrências que poderiam não ter acontecido, sugerindo potenciais falhas no processo de cuidado ou lacunas na continuidade do tratamento pós-alta.	Total de readmissões em 30 dias por complicação e recaída-pacientes que entraram no <i>Fast tracking</i> Cirúrgico / total de que entraram no <i>Fast tracking</i> Cirúrgico x 100
% Diárias consumidas com as readmissões em até 30 dias evitável	Avalia o consumo de diárias com as readmissões em até 30 dias evitável.	Total de diárias consumidas com as readmissões em 30 dias evitável por pacientes que entraram no <i>Fast tracking</i> Cirúrgico / total de diárias do total de pacientes que entraram no <i>Fast tracking</i> Cirúrgico x 100
Taxa de mortalidade pacientes readmitidos em 30 dias evitável	Possibilita avaliar a condição de saída hospitalar dos pacientes que foram readmitidos em até 30 dias evitável, segundo a mortalidade.	Total de óbitos dos pacientes que entraram no <i>Fast tracking</i> Cirúrgico / total de pacientes que entraram no <i>Fast tracking</i> Cirúrgico x 100
Taxa de eventos adversos em cirurgias elegíveis para o <i>Fast tracking</i> Cirúrgico	Avalia qualquer evento inesperado que tenha ocorrido durante a internação do paciente e ou após a alta hospitalar.	Número de eventos adversos dos pacientes que entraram no <i>Fast tracking</i> Cirúrgico / número de internações do <i>Fast tracking</i> Cirúrgico x 100

(Continua)

(Continuação)

Taxa de infecção em Sítio Cirúrgico	Mensuração da taxa de cirurgias limpas que apresentaram infecção do sítio cirúrgico (ISC) relacionada ao procedimento dentro do período de 30 dias	Número de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgias do <i>Fast tracking</i> cirúrgico, dividido pelo número total de cirurgias I do <i>Fast tracking</i> cirúrgico x 100
-------------------------------------	--	---

Fonte: Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Gama e Bohomol (2020) e Pinto *et al.* (2024).

REFERÊNCIAS

- ADAMS, C. *et al.* From detractors to promoters: a comparative analysis of patient experience drivers across Net Promoter Score subcategories. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 30, n. 1, p. e13197, fev. 2024.
- BANDEIRA, T. M. *et al.* Preparação do centro cirúrgico de um hospital de urgência e emergência para a retomada das cirurgias na pandemia. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, Fortaleza, v. 4, n. 3, p. 1, nov. 2023.
- BRASIL. Portaria n. 529 de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013a.
- BRASIL. Resolução RDC n. 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b.
- COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Clínica cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2010.
- COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Manual de cirurgia segura do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2014.
- COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Manual de cirurgia segura do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 2.174/2017, de 27 de fevereiro de 2018**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2010.
- DALY, R. M. *et al.* Remote monitoring after hospital discharge. **JCO Oncology Practice**, Alexandria, v. 19, n. 11, p. 1-7, out. 2023.
- DILIASARI, K.; SULISTIADI, W. Use of Net Promoter Score (NPS) in hospital marketing strategy to increase patient satisfaction and loyalty. **International Journal of Social Service and Research**, Kedawung, v. 3, p. 907-911, mar. 2024.
- DING, D.; ISHAG, S. **Aldrete scoring system**. Treasure Island: StatPearls, 2023.
- FANG, L. Y.; WANG, Q.; XU, Y. C. postoperative discharge scoring criteria after outpatient anesthesia: a review of the literature. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, Nova Iorque, v. 4, p. 642-649, ago. 2023.
- FORNER, D. *et al.* Outpatient versus inpatient parotidectomy: a systematic review and meta-analysis. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, Rochester, v. 162, n. 6, p. 818-825, jun. 2020.

FRAGA, H. P. *et al.* Complicações raras em anestesiologia: complicações graves e estratégias para prevenção, diagnóstico e tratamento. **Revista Contemporânea**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. e3459, fev. 2024.

FREITAS, L. S. C. *et al.* Análise comparativa entre apendicectomia aberta e videolaparoscópica no rio de janeiro nos últimos 5 anos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 8, p. 803-813, ago. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Protocolo para cirurgia segura**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

GAMA, B. P; BOHOMOL, E. Medição da qualidade em centro cirúrgico: quais indicadores utilizamos? **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 143-150, jul./set. 2020.

HEINEN, P. M. *et al.* Infográficos como tecnologia educacional direcionada à prevenção de infecções relacionadas à saúde: um relato de experiência. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 29, p. 1-8, maio 2024.

HENRIQUES, A. C. *et al.* Colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 27-29, mar. 2001.

JLALA, H. *et al.* Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. **British Journal of Anaesthesia**, Londres, v. 104, n. 3, p. 369-374, mar. 2010.

LIMA, L. G. *et al.* Implementation of the fast-track protocol for total hip arthroplasty in a public hospital in the state of São Paulo - Brazil. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Sao Paulo, v. 59, n. 2, p. 297-306, abr. 2024.

LINK, T. Guidelines in practice: preoperative patient skin antisepsis. **Association of Operating Room Nurses Journal**, Denver, v. 115, n. 2, p. 156-166, fev 2022.

MERALI, K. *et al.* The relationship between perceptions of shared decision-making and patient-reported outcomes in a cross-sectional cohort of haemorrhoidectomy patients. **Colorectal Disease**, Hoboken, v. 24, n. 4, p. 504-510, jan. 2022.

MOLIN, C.; ROVSING, M. L.; MEYHOFF, C. S. Preoperative anaesthesia triage with a patient-centred system—a prospective clinical study. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, Hoboken, v. 64, n. 10, p. 1446-1452, set. 2020.

MONTEIRO, G. T. *et al.* Cirurgia ambulatorial em hospital escola na perspectiva do paciente. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 675-684, jul. 2022.

MUÑOZ-CRUZADO, V. D. *et al.* Safety, efficacy, and cost-effectiveness of outpatient surgery for uncomplicated acute appendicitis. **Annals of Surgery**, Filadélfia, v. 279, n. 1, p. 24-28, jan. 2024.

NASCIMENTO, C. C. S. A importância dos cuidados de enfermagem no período pré-operatório. **Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, out. 2023.

NOGUEIRA, M. T.; MONTEIRO, D. S. Fast track em cirurgia cardíaca: quando e como fazer. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 31-36, jul. 2010.

OLIVEIRA, M. R.; SPERANZINI, M. B.; JUNQUEIRA J. R. A. A atualidade da cirurgia ambulatorial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 9, p. 52-54, jan./abr. 2021.

OLIVEIRA, P. F.; PEDROSA, T. G.; ABREU, A. C. Readmissões hospitalares em 30 dias após a alta: uma análise da saúde suplementar brasileira. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, p. 1-8, fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: cirurgia segura salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

PATEL, V. *et al.* Cardiac surgery during the coronavirus disease 2019 pandemic: perioperative considerations and triage recommendations. **Journal of the American Heart Association**, Chicago, v. 9, n. 13, p. e017042, jul. 2020.

PEDROZO, V. B. *et al.* Percepção dos pacientes em lista de espera para artroplastia total do quadril sobre a retomada das cirurgias eletivas durante a pandemia covid-19. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 514-522 jun. 2023.

PENNESTRI, F.; LEGA, F.; BANFI, G. From volume to value: improving peri-operative elective pathways through a roadmap from fast-track orthopedic surgery. **Health Services Management Research**, Londres, v. 36, n. 4, p. 284-290, nov. 2023.

PEUCHOT, J. *et al.* Efficiency of text message contact on medical safety in outpatient surgery: retrospective study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 8, n. 9, p. 1-12, dez. 2019.

PHILTEOS, J. *et al.* Feasibility and safety of outpatient thyroidectomy: a narrative scoping review. **Frontiers in Endocrinology**, Lausanne, v. 12, p. 717427, jul 2021.

PINHEIRO, A. C. B. *et al.* A importância da avaliação pré-operatória para a realização de cirurgias cardiovasculares. **Epitaya**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 59, p. 97-120, mar. 2024.

PINTO, J. *et al.* Elaboração de perfil de indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem em cirurgia de ambulatório. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 6, n. 3, p. 1-11, mar. 2024.

PORTER, M. E. What is value in health care? **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, dez. 2010.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Redefining health care: creating value-based competition on results**. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

ROCHA, B. Colecistectomias - análise dos casos operados em dois anos em um hospital escola: um estudo transvesal retrospectivo. **Bioscience**, Paraná, v. 81, n. 1, p. 4, abr. 2023.

SANTOS, G. B.; ALMEIDA, T. H. R. C.; SILVA, M. R. Métodos para prevenir infecção de sítio cirúrgico: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 5, pág. e6013545783, maio 2024.

SHAHMORADI, L. *et al.* Educational approaches for patients with heart surgery: a systematic review of main features and effects. **BMC Cardiovascular Disorders**, Londres, v. 22, n. 1, jul. 2022.

SHEN, C. *et al.* Associations between hip fracture operation waiting time and complications in asian geriatric patients: a taiwan medical center study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 6, p. 2848, mar. 2021.

SOUSA, A. F. L. *et al.* Complicações no pós-operatório tardio em pacientes cirúrgicos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, p. e20190290, dez. 2020.

SOUSA, J. K. S. *et al.* Complicações pós-operatórias em cirurgia geral: estratégias de prevenção e manejo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 6, n. 1, p. 2245-2258, jan. 2024.

TRAYLOR, J. *et al.* Impact of surgical wait time to hysterectomy for benign gynecologic disease. **Journal of Minimally Invasive Gynecology**, Filadélfia, v. 28, n. 5, p. 982-990, maio 2021.