



COMO CITAR

TAUMATURGO MAGALHÃES FALCÃO, J.; RODRIGUES DE SOUZA, A. Implantação de um fluxograma de agendamento cirúrgico: impacto na gestão dos processos assistenciais. *Gestão & Cuidado em Saúde*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. e11129, 2023. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/gestaoecuidado/article/view/11129>.

Implantação de um fluxograma de agendamento cirúrgico: impacto na gestão dos processos assistenciais

Implementation of surgical scheduling flowchart: impact in the management of care process

Joseana Taumaturgo Magalhães Falcão¹

Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil

Adriano Rodrigues de Souza²

Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil

RESUMO

Este estudo teve como objetivo implantar um fluxograma de agendamento cirúrgico em um hospital universitário com revisão de etapas críticas e implantação de melhorias gerenciais, objetivando segurança perioperatória, foco no atendimento efetivo ao usuário e aumento da produtividade cirúrgica. Caracteriza-se por um relato de experiência desenvolvido em 2017, baseada em pesquisa-ação, onde a pesquisadora interveio, juntamente com a equipe multidisciplinar, no cenário com o intuito de promover aprimoramento do processo de trabalho de uma unidade cirúrgica terciária em Fortaleza – CE, com anuência do Comitê de Ética em Pesquisa, número de protocolo 2.357.222. As etapas atuais de agendamento eletivo nortearam o desenvolvimento da pesquisa, favorecendo a estruturação de um fluxograma com impacto em revisão de rotinas assistenciais e administrativos, otimização de produtividade cirúrgica, melhoria de inserção da instituição dentro da rede de atenção à saúde e da satisfação dos usuários/ familiares.

Palavras-chave: Cirurgia. Fluxo de Trabalho. Administração Hospitalar.

ABSTRACT

This study aimed to implement a flowchart of surgical scheduling in a university hospital with review of critical steps and implementation of managerial improvements, aiming perioperative safety, focus on effective care to the user and increased surgical productivity. It is characterized by an experience report developed in 2017, based on action research, where the researcher intervened, along with the multidisciplinary team, in the scenario in order to promote improvement of the work process of a tertiary surgical unit in Fortaleza-CE with the consent of the Research Ethics Committee, protocol





number 2,357,222. The current steps of elective scheduling guided the development of the research, favoring the structuring of a flowchart with impact on review of care and administrative routines, optimization of surgical productivity, improvement of the insertion of the institution within the health care network and user/family satisfaction.

Keywords: Surgery. Workflow. Hospital Administration.

Introdução

A definição de uma agenda cirúrgica ultrapassa a determinação e a listagem de nomes de pessoas para intervenção operatória. Exige planejamento multisetorial para avaliação de necessidades individualizadas e garantia de segurança perioperatória aos usuários e a equipe cirúrgica. Esta visão gerencial de um mapa exige revisão de rotinas de trabalho, interação assistência-administrativo e perspectiva de melhoria contínua dos processos perioperatórios, visando benefício social através de redução de tempo de espera cirúrgica e controle de riscos assistenciais.

Contudo, problemas relacionados ao desequilíbrio entre capacidade de atendimento institucional e demanda crescente em ambulatórios cirúrgicos, limitação de número de leitos hospitalares, suprimento insuficiente de insumos e de equipamentos, complexidade patológica, riscos de mortalidade relacionados a filas de espera exigem revisão de rotinas de trabalho, controle de desperdícios de mão de obra especializada, identificação de etapas críticas do planejamento perioperatório para melhoria da segurança e redução de riscos relacionada com comorbidades e filas de espera.

Esta visão previne erros associados ao atendimento e propõe construção de mapa eletivo factível, apoiando-se na implementação de iniciativas à segurança do paciente voltadas para a uma prática assistencial efetiva com implantação de barreiras para minimizar erros que podem favorecer a otimização cirúrgica e melhoria do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Gerencialmente, a implantação de um fluxograma de agendamento cirúrgico identifica tarefas, transcreve de modo sequenciado e organizado, evita desorientações no decorrer do cumprimento de atividades, sistematizando atividades para atingir metas e oportuniza revisão de rotinas de trabalho institucional, podendo impactar redução de riscos e de erros assistenciais associados ao planejamento insuficiente de marcação eletiva.



A estruturação de etapas seguras de um agendamento eletivo favorece a redução de cancelamento por motivos preveníveis, como, por exemplo, falta de solicitação de materiais de Órteses e de Próteses. A busca por prevenção de erros associada a agenda cirúrgica se justifica pela demanda crescente de pessoas expostas a riscos assistenciais, pela necessidade de treinamento multidisciplinar efetivo, pelo equilíbrio entre produtividade, qualidade assistencial e responsabilidade social.

Reforça-se que a implantação de uma tecnologia em saúde denominada fluxograma permite modelar processos de trabalho, implantar melhorias, revisar ações estabelecidas, analisar pontos críticos, aprimorar processos, aumentando a qualidade e eficiência dos serviços prestados (SILVA; NOVARETTI, 2015). Com estes objetivos, propõe-se a estruturação de um fluxograma cirúrgico de uma instituição universitária para minimizar dificuldades relacionadas ao mapa eletivo posto.

Eventos não conformes relacionados com falhas de planejamentos multiprofissional e Intersetorial, danos aos usuários relacionados a tempo de espera, índice de cancelamento maior do que 18%, custos elevados com internações não resolutivas e queixas dos usuários relacionadas a demora de atendimento cirúrgico justificam o estudo e a proposta de implantação de um fluxograma cirúrgico mais efetivo àqueles envolvidos no atendimento perioperatório com busca de segurança assistencial, controle de demanda ambulatorial, otimização de produtividade e inserção à rede de atenção à saúde.

Falta de definição de data cirúrgica no atendimento ambulatorial, exposição a riscos clínicos relacionados à espera do procedimento, modelo biomédico de definição de agendamento eletivo, ciência do macroprocesso cirúrgico, convocação com intervalo insuficiente para planejamento multiprofissional e seguimento de mapa eletivo reforçam a importância de implantar fluxograma cirúrgico e a busca por melhoria contínua.

1 Metodologia

O diagnóstico da pesquisa foi realizado por meio de estudo descritivo que permitiu a descrição detalhada das atividades desenvolvidas na organização em vista a solucionar a situação - problema. A pesquisa-ação atendeu esta abordagem, uma vez que a pesquisadora participou da construção multiprofissional do fluxograma proposto e estava inserida no



contexto de trabalho, podendo colaborar com análise de pontos críticos e nas melhorias sugeridas.

Este tipo de pesquisa é caracterizado por ser flexível porque o pesquisador não conhece antecipadamente o caminho a ser percorrido durante a investigação. É um método adaptável, uma vez que auxilia o pesquisador a lidar com a inserção de conhecimentos na prática e ainda demanda o envolvimento integral do investigador na tentativa de mudar a organização com participação ativa e orientada para o futuro, facilitando a soluções voltadas para um futuro desejado aos interessados.

A unidade hospitalar participante deste estudo é universitária e tem como missão assistência, pesquisa e ensino. Em média, realiza quatrocentas cirurgias de média e de alta complexidade, classificadas como eletiva, urgência e emergência. Dezenove especialidades médicas se dividem em turnos manhã e tarde de segunda à sexta-feira para seguimento de planejamento de mapa eletivo. Emergências, urgências e transplantes são realizados de acordo com demanda do usuário e organização do serviço cirúrgico.

Este segmento de agenda sinalizava oportunidades de melhorias relacionadas com tempo de internação e com checagens de necessidades específicas para garantia de segurança assistencial. Residentes médicos e cirurgiões convocavam usuários de acordo com a patologia, com o treinamento em serviço e com o tempo de espera em filas, impondo a instituição uma prática assistencial, por vezes, com hiato de planejamento multidisciplinar.

A técnica de rodas de conversas sobre o cenário estudado e o planejamento de melhoria contínua com a implantação do fluxograma de agendamento eletivo foram essenciais à construção dessa tecnologia em saúde. Os participantes do processo foram gestores hospitalares, pesquisadores e atores multidisciplinares do processo cirúrgico, em busca de uma construção coletiva mais efetiva em relação à gestão do atendimento perioperatório.

Revisões de rotinas hospitalares subsidiaram compreensão de etapas com retrabalho e perda de valor agregado no processo de assistência. As atividades multidisciplinares foram registradas em painéis de estudos, reuniões com atas, desenho de esquema estratégico de processo cirúrgico com construção interativa de todos os envolvidos no cuidado perioperatório e com tomadas de decisões compartilhadas.



Medidas administrativas e assistenciais foram tomadas em comum acordo com gestores hospitalares e equipe multidisciplinar envolvidos na pesquisa para facilitar a revisão do agendamento posto e implantar fluxograma cirúrgico proposto, definindo medidas de segurança intersetorial para minimizar riscos assistenciais, suspensões relacionadas com planejamento institucional e aumentar produtividade cirúrgica.

Alguns problemas relacionados ao mapa foram listados como forma de otimizar a resolução e planejar melhorias relacionadas ao processo de agendamento. Destes, três foram mais evidentes: processo de confecção de mapa cirúrgico arcaico, mapa analisado anteriormente e alterado sem comunicação a unidade e retrabalho relacionado com gestão insuficiente da instituição sobre agenda eletiva.

Estas três observações de um grupo de profissionais relacionados com o processo de assistência perioperatória justificou a necessidade de construção de um fluxograma de agendamento mais efetivo, centrado nas necessidades dos usuários e administrativamente mais viável para a segurança perioperatória. Várias interações de processos intersetoriais e ajustes gerenciais resultaram em um fluxograma de agendamento cirúrgico desenvolvido em um software chamado Bizagi®.

A validação foi realizada com autores relacionados a atendimento cirúrgico com realização de ajustes para melhoria contínua da segurança perioperatória e análise multidisciplinar de uma linha de cuidado do usuário cirúrgico na instituição, oportunizando ampliação de visão para o macroprocesso assistencial.

2 Resultados e discussão

A elaboração de um fluxograma de agendamento cirúrgico passou por análise das etapas críticas e das dificuldades relacionadas ao modelo de programação eletiva. O acesso ao atendimento ambulatorial pré-operatório inicia através de encaminhamento de unidades primárias a Secretária de Saúde do Estado e do Município para avaliação de necessidade individualizada de atendimento cirúrgico terciário.

Esta estratégia da rede de atenção ordena, permite efetivação da integralidade, mas é preciso considerar gargalos que reduzem a efetividade assistencial, por exemplo. O acesso a serviços especializados, o dimensionamento e a organização das ofertas e o grau de resolutividade da Atenção Primária precisam ser criteriosamente analisados para favorecer



acesso a serviços de saúde como locação de consultas e procedimentos terapêuticos aos pacientes de maior risco em tempo oportuno.

Esta análise se justifica através da crescente demanda ambulatorial por especialidades cirúrgicas. Fatores como complexidades patológicas, aumento da expectativa de vida, gestão insuficiente de encaminhamentos por unidades secundárias/ primárias e co-morbidades impactam no aumento do tempo de espera para a realização do procedimento, em riscos assistenciais e em sobrecarga de atendimento para equipe multidisciplinar.

Este cenário apresenta oportunidades de melhoria e justifica revisão das rotinas de trabalho para implantação de um fluxograma cirúrgico mais efetivo com foco em gestão de filas de espera, redução de riscos assistenciais aos usuários, priorização de gravidade e avaliação da capacidade de atendimento institucional. Alinhar estes fatores com o agendamento cirúrgico sistemático favorece a segurança assistencial e a gestão dos processos de cuidados perioperatórios dos usuários.

Avaliação clínica, exames laboratoriais e radiológicos realizados, consulta pré-anestésica são etapas determinantes para indicação formal de cirurgia e para o início de um planejamento de agendamento eletivo. Os resultados deste estudo foram apresentados realizando comparações entre o modelo de marcação anterior e após implantação de fluxograma de agendamento cirúrgico proposto, ratificando a importância da segurança perioperatória e da gestão de filas de espera como estratégica institucional para melhoria contínua e para a satisfação dos usuários/ familiares.

2.1 Gestão da Fila de Espera por Especialidades

O controle da demanda cirúrgica era realizado exclusivamente por cirurgiões e/ou residentes de Medicina. Registros de pessoas preparadas para cirurgias eram gerenciados em cadernos, em planilhas de Excel e/ou em formulários. Esta variação de controle impunha riscos de comunicação não efetiva entre profissionais e usuários, favorecia erros gerenciais/assistenciais, expondo equipe multidisciplinar, instituição e usuário a danos relacionados com planejamento insuficiente de cirurgias eletivas.

A constatação de oportunidades de melhoria no cenário descrito, as dificuldades relacionadas à gestão de filas de espera e as interações multidisciplinares no cuidado cirúrgico justificaram a revisão dos processos assistenciais e a inserção da instituição como corresponsável pelo planejamento de agenda eletiva. O desafio perpassou por conhecer a



demanda ambulatorial, gerenciar criteriosamente filas por especialidades, revisar atividades relacionadas ao agendamento eletivo e implementar medidas de segurança perioperatória para beneficiar o usuário e a qualidade assistencial.

Uma medida administrativa foi a implantação de um setor denominado Núcleo Interno de Regulação (NIR) que tem como finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde e as Centrais de Regulação correspondentes, de forma integrada e pactuada, visando otimizar a utilização do leito hospitalar, contribuindo para redução do tempo de espera para a internação, avaliando resultados e buscando melhorias contínuas EBSEH INTERNET, permitindo implantação de melhorias contínuas.

O local de construção de mapa passou do Centro Cirúrgico para a Unidade de Regulação, uma vez que o planejamento depende de gerenciamento de leitos para internação eletiva e de outros fatores, como, média de permanência cirúrgica, taxa de ocupação, índice de substituição, entre outros. Rotinas assistenciais foram alteradas na instituição. As interações intersetoriais com unidades afins como Central de Material e de Esterilização, internações cirúrgicas, Unidade de Terapia Intensiva e farmácia foram alinhadas para atender necessidades específicas e visão de cuidado integrado.

Esta alteração foi contemplada no fluxograma de agendamento cirúrgico proposto com impacto na gestão de leitos, acesso a população e melhorias nas etapas críticas do processo assistencial. Estrategicamente, a validação de filas de espera, a revisão de fluxo de agendamento de consulta pré-anestésica e os ajustes administrativos foram realizados em busca de segurança, qualidade e aumento de produtividade cirúrgicas

Todas estas ações foram planejadas para reduzir danos aos usuários, reconhecer os fatores que favorecem o cancelamento eletivo e propor medidas para minimizar esta ocorrência e considerando que a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e usuários no agendamento cirúrgico, por exemplo, podem minimizar o absenteísmo (6), impactando nos custos institucionais e na satisfação do usuário.

Reduzir índice de suspensão, otimizar uso de salas operatórias, melhorar segurança perioperatória, minimizar danos aqueles expostos a complicações patológicas foram os objetivos destas intervenções e como visão de futuro, planeja-se que todos os usuários sejam informados da data de planejamento cirúrgico e sejam convocados pela instituição com



realização de checagens prévias para validação do procedimento, individualidade do cuidado e otimização do treinamento em serviço.

2.2 Prazo de Entrega de Avisos Cirúrgicos

O preenchimento de avisos cirúrgicos era realizado por residentes de Medicina em com até vinte e quatro horas de antecedência do procedimento e após discussão de casos clínicos com preceptores. O documento administrativo era entregue no Centro Cirúrgico, após convocação de usuários para internação hospitalar. Este imediatismo impactava no planejamento multidisciplinar, na disponibilidade de insumos e de equipamentos, de leitos cirúrgicos, na organização dos serviços, no atendimento efetivo aos usuários e no índice de cancelamento elevado.

Considera que a necessidade cirúrgica é estressante para o paciente e que alta taxa de suspensões tem relação com impacto financeiro e descrédito na qualidade dos processos da instituição. As limitações são mais evidentes nos hospitais universitários públicos com sucateamento da estrutura física e de equipamentos, demora nos processos de aquisição de materiais, grande demanda de procedimentos de urgências e emergências, falta de leitos de UTI, múltiplas dificuldades.

Por isso, foi imperioso aumentar o prazo de planejamento de agendamento eletivo, uma vez que o intervalo de até vinte e quatro horas não garantia segurança para previsão, provisão de materiais e planejamento cirúrgico multisetorial. Pessoas eram expostas a não internar, mesmo após convocação médica com nome definido em mapa. Esta situação causava insatisfação aos usuários e familiares, aumentava risco de agravamento patológico e impactava em aumento de custos hospitalares.

Por estes motivos, reuniões multidisciplinares foram realizadas para avaliar planejamento cirúrgico e foi preciso reconhecer que a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para a construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder e trabalho por muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Decisões multidisciplinares definiram que o aumento do intervalo de tempo da entrega de avisos cirúrgicos de vinte e quatro para quarenta e oito horas poderia melhorar a segurança perioperatória, reduzir índice de cancelamento por não comparecimento, facilitar



comunicação usuário/ instituição e ainda efetivar planejamento intersetorial. O modelo biomédico passa por uma transição, onde a organização dos procedimentos cirúrgicos é responsabilidade multidisciplinar e intersetorial, favorecendo o usuário e a equipe médica.

No fluxograma elaborado, a comunicação para internação passa a ser maior, beneficiando os processos organizacionais, favorecendo o planejamento intersetorial e o acesso cirúrgico do paciente. Na prática, esta alteração de tempo de convocação e de entrega de avisos reduziu a possibilidade de danos, melhorou comunicação entre profissionais e favoreceu a produtividade cirúrgica.

Como visão a médio prazo, pretende-se planejar agendamento cirúrgico para uma semana com o intuito de realizar programação a médio prazo, considerando avaliação de filas de espera, gravidade patológica, demanda ambulatorial, treinamento multiprofissional e necessidades cirúrgicas sociais.

2.3 Checagens para garantir Segurança Perioperatória

A complexidade das interações entre serviços para realização operatória justifica a importância de realização de múltiplas checagens com objetivo de prevenir danos associados à assistência perioperatória e reduzir suspensões eletivas. O cuidado passa a ser complexo e mais perigoso. Esforços multiprofissionais precisam estar focados em promover medidas para reduzir os riscos e mitigar eventos adversos.

Em relação a assistência perioperatória, riscos podem ser prevenidos com checagem rigorosa de itens indispensáveis à segurança do usuário. A partir disto, o fluxograma de agendamento cirúrgico proposto determinada como pré-requisito revisões multissetoriais para planejamento seguro da assistência prestada. Os avisos recebidos são avaliados criticamente por uma equipe interdisciplinar com o intuito de prover insumos, disponibilizar equipamentos e instrumentais ou se preciso, bloquear procedimento, caso seja observado alguma etapa crítica não resolvida.

Este trabalho multidisciplinar gera qualidade para o atendimento cirúrgico, além de garantir segurança para a equipe e para o usuário. O farmacêutico do Centro Cirúrgico avalia documento de avisos com intuito de gerenciamento de necessidades específicas relacionadas ao procedimento e avaliação de disponibilidade de insumos solicitados. Interação médico-farmacêutico ocorre para esclarecimento de dúvidas, assim como realização de interação com



auditoria prévia para avaliação de padronização de uso de materiais previamente acordada com os cirurgiões.

Qualquer evidência de não conformidade, desabastecimento, insuficiência de insumos e/ou medicamentos essenciais ao procedimento é comunicada à equipe médica para decisão compartilhada em relação a manutenção ou suspensão da cirurgia. Este exemplo demonstra maturidade interdisciplinar quanto ao planejamento de agenda eletiva e o interesse institucional de melhoria da qualidade dos serviços prestados à sociedade exposta a riscos crescentes em filas de espera.

Esta postura de prevenção de erros relacionados a agendamento eletivo se estende a Central de Materiais e de Esterilização (CME), realizando medidas de previsão e provisão de instrumentais e/ou necessidades específicas para a execução cirúrgica. Processo de aquisição demorado, demanda reprimida, subdimensionamento de alguns instrumentais, necessidades específicas de algumas cirurgias reforçam a importância desta atividade de checagem com repercussões em redução de suspensões e proatividade assistencial.

Considerações finais

A necessidade de revisar processos de trabalho relacionados com o agendamento cirúrgico permitiu a compreensão de que melhorias contínuas de segurança relacionada a cirurgia perpassa por um macroprocesso complexo, iniciado no ambulatório pré-operatório até a alta hospitalar. Desta forma, decisões gerenciais relacionadas com a construção de um mapa cirúrgico efetivo precisavam ser criteriosamente discutidas em equipe multidisciplinar para beneficiar a sociedade.

Nesta perspectiva, a implantação de um fluxograma de agendamento cirúrgico permitiu a organização de etapas críticas para construção de mapa eletivo e com isto, favoreceu o acesso de usuários a atendimento secundário/terciário, sistematizou rotinas de trabalho intersetoriais, estimulou a comunicação interdisciplinar com visão proativa e ainda exigiu participação ativa da instituição nos resultados cirúrgicos.

A revisão do modelo de agendamento alertou sobre a imperiosidade de conhecer a demanda cirúrgica hospitalar, reforçando que o mapa deve estar vinculado a avaliações gerenciais como filas de espera por especialidades, relação prioridade/ gravidade patológica, serviço ambulatorial, treinamento multidisciplinar, metas institucionais e planejamento para



otimização de atendimento cirúrgico, focando em segurança assistencial e em qualidade dos serviços cirúrgicos prestados ao usuário.

A partir desta visão, o objetivo era prevenir danos assistenciais àqueles expostos a filas de espera. Eventos adversos como suspensões cirúrgicas por motivos preveníveis, erros de agendamento, comunicação cirúrgica imediata ao usuário, subutilização de mão de obra especializada e de tempo de salas operatórias foram estudados e analisados com o intuito de implantar medidas preventivas favoráveis a assistência perioperatória competente e a melhoria do planejamento de mapa cirúrgico.

Reforça-se que estas medidas discutidas multidisciplinarmente foram essenciais para implantar barreiras de segurança e para otimizar produtividade cirúrgica com foco em acesso ao tratamento e qualidade assistencial. A implantação do fluxograma de agendamento cirúrgico resultou em integração intersetorial, revisão de capacidade institucional, organização de processos de trabalho, redução de desperdícios e de retrabalho e planejamento de ações para melhoria do acesso cirúrgico à população.

Este amadurecimento institucional demonstrou que avaliação de processos devem ser contínuas em busca de prestar uma assistência competente. Decisões multidisciplinares impactam em segurança, em benefício social e em custos institucionais, também. Vincular a realização de consulta pré-anestésica ao planejamento de agendamento eletivo é uma barreira de segurança que melhora o preparo do usuário e reduz riscos de cancelamento por instabilidade clínica.

Informatizar ambulatórios pré-operatórios, por exemplo, favorece o conhecimento de demanda cirúrgica e permite classificação de acordo com gravidade. Ainda garante atualização de cadastro, comunicação intersetorial, determinações específicas para o procedimento e transparência de fila de espera. Este estudo permitiu o início deste planejamento institucional, reconhecendo a importância da comunicação efetiva e da gestão de filas de espera de pacientes cirúrgicos para disponibilidade de acesso cirúrgico.

Este estudo reforça a complexidade de um planejamento de mapa cirúrgico. A implantação do fluxograma de agendamento proposto facilitou a execução operatória e implantou barreiras de segurança essenciais à gestão do cuidado perioperatório. Avaliações e decisões multidisciplinares permitiram evolução na construção de mapa cirúrgico mais efetivo ao usuário e com ênfase em segurança perioperatória, refletindo em processos sistematizados e em redução do índice de cancelamento eletivo hospitalar em relação aos anos anteriores.



Espera-se que esta pesquisa garantir qualidade de serviços cirúrgicos através de processos de trabalho mais planejados e que ainda possa direcionar outros estudos em busca de atendimento efetivo e competente nas unidades de saúde cirúrgicas do Sistema Único de Saúde, em busca de foco assistencial com riscos reduzidos e alta performance hospitalar.

REFERÊNCIAS

AVILA, M.A.G.; BOCCHI, S.C.M. **Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo.** Rev Esc Enferm USP, São Paulo. 47(1):193–7, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100024>.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** Ministério Da Saúde Do Bras. 2013;16. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>.

NASCIMENTO, L.; FONSECA, L.; GARCIA, A. C. K. A. **Suspensão cirúrgica: Perspectiva do Residente de Medicina em Clínicas Cirúrgicas.** Rev Bras Educ Med. Brasília, 38(2):205–12, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200007>.

KIPPLER, L.M.; ELLWANGER, M.C.; NARA, E.O.B.; FROZZA, R.; JACOBS, G. **Gestão por Processos: comparação e análise entre metodologias para implantação da gestão orientada a processos e seus principais conceitos.** Tecno-Logica, v. 15, n. 2, p. 89-99, 23 dez. 2011. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/tecnologica/article/view/2425>.

Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** [Internet]. Oms. 2009. 211 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf.

Saúde M da, Cruz FO, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** 2014. 1-40 p.

Saúde M da. **Protocolos de encaminhamento da Atenção Primária para Atendimento Especializada: cirurgia torácica e pneumologia adulto.** Vol. V. Brasília-DF: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. 31 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQzNg==>.

TERENCE, A.C.F.; FILHO, E.E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais.** 2006, Anais.. Fortaleza, CE: Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf.

YIN. R.K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. In: **Ltda BE**, editor. 5 ed. 5 edição. Porto Alegre: Bookman, 2015. 212 p.

Sobre os autores



¹ **Joseana Taumaturgo Magalhães Falcão.** Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Enfermagem Cardiovascular e em Acreditação Hospitalar. Fortaleza – CE. E-mail: joseanafalcao@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5577094460047950>. OrcID: <https://orcid.org/0000-0002-8451-5161>.

² **Adriano Rodrigues de Souza.** Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UECE). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza – CE. E-mail: adrianorsouza@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9741859064753536>. OrcID: <https://orcid.org/0000-0003-1029-0382>.