

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

GISELLE PINTO DA SILVA AMARAL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:**

**REORGANIZAÇÃO DAS AGENDAS DE RISCO CIRÚRGICO NO HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA**

BRASÍLIA – DF

2021

GISELLE PINTO DA SILVA AMARAL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:**

**REORGANIZAÇÃO DAS AGENDAS DE RISCO CIRÚRGICO NO HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA**

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

Orientadora: Prof. Dra. Helena Seidl

**BRASÍLIA – DF**

**2021**

GISELLE PINTO DA SILVA AMARAL

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

REORGANIZAÇÃO DAS AGENDAS DE RISCO CIRÚRGICO NO HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome, Instituição

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome, Instituição

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome, Instituição

**AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais pelo apoio, à minha filha pela compreensão, e ao meu marido pela companhia ao longo dessa jornada.

À minha orientadora, Dra. Helena Seidl, pela paciência, incentivo, e disponibilidade constantes.

Aos colegas de turma, e em especial aos companheiros do Hospital Naval de Brasília. Aos meus chefes e demais superiores hierárquicos, e aos subordinados e integrantes das diferentes equipes de trabalho.

E, principalmente, a Deus, que se fez presente nas atitudes daqueles que tornaram esse projeto possível.

**RESUMO**

A avaliação pré-operatória de risco cirúrgico é um tipo de exame médico realizado antes de cirurgias eletivas com o objetivo prevenir eventuais complicações, constituindo, portanto, uma etapa determinante da qualidade da assistência. Esta avaliação, por sua vez, é influenciada por fatores relacionados ao paciente e também ao procedimento cirúrgico a realizar-se, de tal modo que cada caso deverá ser analisado individual e objetivamente, por meio de tabelas, bases de padrões e escalas pré-estabelecidas e internacionalmente aprovadas. Exames complementares são frequentemente demandados durante estas avaliações, e a logística de realização destes métodos, de retorno do paciente para avaliação dos resultados e instruções quanto ao preparo perioperatório foi o objeto de estudo deste trabalho, que buscou reorganizar o agendamento das consultas de risco cirúrgico no Hospital Naval de Brasília. Foi considerada a influência deste agendamento não somente sobre a assistência ao indivíduo a ser operado, mas também sobre a necessidade de acesso dos demais pacientes às consultas com os especialistas envolvidos na avaliação do risco cirúrgico, e sobre a própria gerência de operações da recepção, do laboratório, e até do centro cirúrgico, justificando a importância das intervenções propostas pela dimensão do impacto positivo que delas podemos esperar, ao longo de toda a cadeia produtiva da assistência hospitalar. Foram propostas medidas de orientação aos pacientes, de treinamento das equipes de marcação de consultas, a implementação do uso do formulário de avaliação pré-operatória de risco cirúrgico no modelo do “Saúde Naval” e a orientação das equipes cirúrgicas quanto ao encaminhamento de pacientes, com o objetivo de reduzir em 20% o número de pacientes que precisam agendar retorno ao ambulatório de risco cirúrgico por não terem conseguido concluir a avaliação necessária na primeira consulta com o especialista, no prazo de 60 dias.

Palavras-chave: Risco Cirúrgico. Agendamento. Intervenção.

**LISTA**

**DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AHA – American Heart Association

ACC – American College of Cardiology

Com7°DN – Comando do Sétimo Distrito Naval

ECAG – Evento Cardiovascular Adverso Grave

ESC – European Society of Cardiology

HNBra1 – Hospital Naval de Brasília

PD – Plano do Dia

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

SUS – Sistema Único de Saúde

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO**......................................................................................................................1

1.1 OBJETIVOS.........................................................................................................................2

1.1.1 Objetivo Geral....................................................................................................................2

1.1.2 Objetivos Específicos.........................................................................................................2

1.2 JUSTIFICATIVA .................................................................................................................3

1.3 METODOLOGIA.................................................................................................................6

**2 REFERENCIAL TEÓRICO**.................................................................................................7

2.1 Perspectiva Assistencial........................................................................................................7

2.2 Perspectiva Gerencial............................................................................................................7

**3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO.**...................................................................................8

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA....................................................................8

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA..............................................................9

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES......................................................................................11

3.4 GESTÃO DO PROJETO................................................................................................... 18

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**..............................................................................................18

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**..................................................................................20

**INTRODUÇÃO**

O ‘risco cirúrgico’ é uma avaliação formal feita antes de cirurgias eletivas com o propósito de estimar o estado global de saúde do paciente no período pré-operatório, antevendo possíveis complicações no intuito de evitá-las e/ou de minimizar os seus impactos. A avaliação do risco cirúrgico é feita tradicionalmente por cardiologistas, por meio de algoritmos e de escalas aprovadas por organizações internacionais, como a American Heart Association (AHA), o American College of Cardiology (ACC) e a European Society of Cardiology (ESC).

Ao realizar a avaliação pré-operatória de risco cirúrgico, o médico deverá reunir conceitos de diferentes áreas do conhecimento, empregando-as no sentido de abranger aspectos amplos da saúde do paciente, permitindo uma avaliação integral, global e individualizada. Não deverão ser negligenciados o estado nutricional, cognitivo, funcional, emocional, o manejo do stress pré-operatório, as necessidades de profilaxia antimicrobiana ou antitrombótica, entre outros.

Com o objetivo de sistematizar a avaliação de risco cirúrgico e facilitar a comunicação entre as equipes envolvidas no perioperatório, vários algoritmos já foram validados, e seus escores comparados entre si em diferentes publicações, que demonstraram que os diversos índices existentes apresentam, todos, vantagens e limitações, e embora não apresentem isoladamente acurácia elevada, são ainda melhores do que o acaso na predição de eventos adversos - devendo portanto ser utilizados rotineiramente na avaliação perioperatória, embora não substituam a avaliação clínica do examinador (GUALANDRO et al, 2017).

Nem sempre existem dados ou evidências disponíveis na literatura para todas as situações, e a avaliação deve ser individualizada e criteriosa, o que indica a importância fundamental da consulta de avaliação de risco cirúrgico por especialista treinado e experiente. A consulta de risco cirúrgico tem, portanto, importância ímpar, sendo um dos determinantes da qualidade da assistência.

Exames complementares e pareceres de especialistas são frequentemente demandados durante estas consultas. Este trabalho buscou analisar a logística de realização destes métodos, de retorno do paciente para avaliação dos resultados e instruções quanto ao preparo perioperatório, reorganizando o agendamento das consultas de risco cirúrgico no Hospital Naval de Brasília com o objetivo de reduzir em 20% o número de pacientes que precisam agendar retorno ao ambulatório de risco cirúrgico por não terem conseguido concluir a avaliação necessária na primeira consulta com o especialista, no prazo de 60 dias, promovendo assim a melhoria da saúde dos usuários do SSM através da melhora da qualidade da assistência.

**OBJETIVOS**

* + 1. Objetivo Geral:

Organizar o acesso aos tratamentos cirúrgicos e às consultas ambulatoriais na clínica de Cardiologia do HNBra.

1.1.2 Objetivos Específicos:

a) Identificar as causas de agendamento dos numerosos retornos à consulta com cardiologista para a conclusão da avaliação pré-operatória de risco cirúrgico;

b) Elaborar e implantar procedimento padronizado de encaminhamento dos pacientes cirúrgicos à cardiologia;

c) Capacitar todos os profissionais de saúde com relação ao encaminhamento dos pacientes e agendamento das consultas na clínica de cardiologia; e

d) Reduzir em 20% o número agendamento de retornos ao ambulatório de risco cirúrgico por não terem conseguido concluir a avaliação necessária na primeira consulta com o especialista, no prazo de 60 dias.

**JUSTIFICATIVA**

Com o aumento da longevidade das populações e o incremento tecnológico das últimas décadas, são cada vez maiores as opções de tratamentos cirúrgicos para as mais diferentes situações clínicas, e para pacientes cada vez mais complexos – mais idosos e com mais patologias simultâneas. Desta forma, a necessidade de avaliações pré-operatórias de risco cirúrgico também apresentou aumento exponencial (SANTOS JR, 2003).

Considerando ainda a judicialização crescente à qual vêm sendo submetidos os serviços de saúde (CHAVES; ZERBINI, 2017), e a necessidade de documentação do estado clínico dos pacientes antes das cirurgias, são frequentemente indicados, além da anamnese e do exame físico, exames complementares específicos a cada caso, cujos prazos de realização impactam não somente a avaliação do risco cirúrgico em si, mas toda a logística de marcação de consultas e a gerência de operações dos mais diferentes setores hospitalares - da recepção ao centro cirúrgico.

Ao comparecer à consulta de risco cirúrgico, o paciente deverá portar seus exames complementares e laudos, e informar seus antecedentes clínicos. A depender de fatores relacionados ao paciente ou ao procedimento cirúrgico que se planeja realizar, o médico encarregado da avaliação do risco desenhará estratégias, tratamentos e ajustes que eventualmente demandarão aprofundamento da investigação clínica através de métodos complementares, ou a reavaliação do paciente após as intervenções, para quantificar os efeitos alcançados.

É fundamental, portanto, que o paciente em pré-operatório consiga retornar ao especialista em tempo hábil, e que as cirurgias eletivas sejam agendadas no cenário de máxima segurança possível, sob rigoroso controle de comorbidades e doenças preexistentes. Por outro lado, pacientes clinicamente compensados não devem retornar ao cardiologista, prejudicando o acesso de outros pacientes a este especialista. Também não se justificam atrasos no tratamento destes pacientes, tornando-os predispostos ao surgimento de complicações, assim como não deverá haver ociosidade da capacidade cirúrgica instalada das instituições (BITTENCOURT et al, 2020).

Este problema foi priorizado devido à possibilidade de intervenção sobre suas causas críticas estarem ao alcance da autora, mediante o emprego de recursos amplamente disponíveis no HNBra e de baixo custo, porém capazes de promover impacto positivo não só ao ambulatório de cardiologia, mas ao próprio funcionamento do SSM na área de abrangência do Com7°DN, reduzindo os gastos com serviços terceirizados ao facilitar o acesso dos usuários do sistema às consultas com especialista em Cardiologia e aos tratamentos cirúrgicos indicados, melhorando portanto a saúde dos indivíduos através da melhoria da assistência.

**METODOLOGIA**

Este trabalho consiste na elaboração de um projeto de intervenção, construído em etapas sistemáticas e previamente estabelecidas. Para a identificação e seleção do problema sobre o qual intervir foi realizada uma reunião entre os profissionais do ambulatório de cardiologia do HNBra, seguida do agrupamento dos problemas afins, e através da aplicação da Técnica do Grupo Nominal foi detectado não somente o problema prioritário, mas também as suas possíveis causas. A partir do reconhecimento das possíveis causas, foram selecionadas aquelas consideradas críticas, ou seja, as causas sobre as quais existisse governabilidade, comportassem intervenções, e apresentassem eventualmente algum impacto sobre o problema, eliminando-o ou reduzindo sua gravidade. Foi realizada, ainda, breve revisão da literatura disponível sobre o tema e foram elaboradas matrizes de programação de ações para cada causa crítica, considerando não apenas a previsão e disponibilidade de recursos, mas ainda os prazos de execução e os produtos esperados de cada ação.

**REFERENCIAL TEÓRICO**

**PERSPECTIVA ASSISTENCIAL**

O risco cirúrgico é uma etapa pré-operatória tão importante quanto o ato cirúrgico em si. Esse processo tem a finalidade de compilar, de maneira sistemática, informações e métricas do paciente, evitando que eventuais complicações se interponham durante e depois da cirurgia, melhorando, portanto, a qualidade da assistência ao mesmo tempo em que diminui seus custos (HORTA AB, 2017).

A avaliação pré-operatória do risco cirúrgico e a consequente classificação dos pacientes em uma das diferentes categorias de estratificação facilita a comunicação entre as diferentes equipes multidisciplinares envolvidas nos processos de assistência cirúrgica e permite, além do planejamento dos cuidados, a tomada de decisões mais assertiva. O exame pré-operatório sugere uma mudança na conduta durante o cuidado com o paciente, reduzindo o tempo médio de recuperação e de internação dos pacientes. Conforme Cataneo, (CATANEO, DC, 2004) a avaliação perioperatória do risco cirúrgico deve ser objetiva e fundamentada em algoritmos, e embora não existam evidências de superioridade da acurácia de um algoritmo em relação aos demais, todos eles são melhores que a avaliação exclusivamente subjetiva do médico.

Os eventos cardiovasculares adversos no perioperatório são importantes causas de óbito (terceira causa de morte no perioperatório nos Estados Unidos), além de acarretarem altas taxas de complicações, prolongarem o tempo de hospitalização e aumentarem os custos. Estima-se que sejam realizadas cerca de 200 milhões de cirurgias em adultos a cada ano, no mundo. Estudos recentes sugerem que em pelo menos 10 milhões, algum evento cardiovascular adverso grave (ECAG) ocorra. Apesar do número de mortes relacionadas diretamente à anestesia ter reduzido na escala de 10 vezes nas últimas décadas (menos de 1/100.000), a mortalidade pós-operatória continua considerável: 1,5% dos adultos submetidos à cirurgia não cardíaca em regime de internação hospitalar irá a óbito nos primeiros 30 dias. (DEVEREAUX et al, 2015).

Algumas características clínicas isoladamente implicam alto risco de complicações cardíacas perioperatórias, e o que todas elas têm em comum é o fato de representarem alto risco de complicações espontâneas, independentemente do contexto perioperatório. São elas: [insuficiência coronária](https://www.medicinanet.com.br/pesquisas/insuficiencia_coronaria.htm) aguda, [insuficiência cardíaca](https://www.medicinanet.com.br/pesquisas/insuficiencia_cardiaca.htm) descompensada, [arritmias ventriculares](https://www.medicinanet.com.br/pesquisas/arritmias_ventriculares.htm) ou qualquer arritmia acompanhada de instabilidade hemodinâmica e doença valvar grave, principalmente estenose aórtica importante. Obviamente, apenas operações de necessidade extrema devem ser realizadas em pacientes com alguma dessas características clínicas. Outros marcadores clínicos, especialmente sintomas ou diagnóstico de insuficiência cardíaca compensada e insuficiência coronária, são contemplados de diferentes maneiras nos algoritmos de avaliação perioperatória, e de maneira geral, apresentam impacto intermediário sobre a estimativa do risco. Fatores de risco para aterosclerose coronária também são considerados, como diabetes, hipertensão, idade avançada, doença cerebrovascular e insuficiência renal. Cabe ainda lembrar a importância da capacidade funcional, relacionada à incidência de complicações sistêmicas e cardíacas perioperatórias, não apenas por ser marcador de doenças graves, mas também por limitar a acurácia da anamnese; ou seja, pacientes com baixa capacidade funcional podem não apresentar sintomas de insuficiência cardíaca ou coronária e, ainda assim, apresentarem doença coronária de mau prognóstico. O algoritmo da AHA/ACC é o que mais valoriza essa característica (FLEISHER LA, 2007).

Embora a maioria dos pacientes submetidos a operações não cardíacas apresente baixo risco cardíaco perioperatório, é fundamental discriminar quais são aqueles com risco elevado para direcionar a essa população tanto as estratégias protetoras quanto as de monitorização rigorosa para detecção precoce de eventos. Outro aspecto extremamente relevante, para o qual a avaliação objetiva do risco cardíaco é fundamental, é que a equipe médica deve sempre primar pela estratégia que propicie o menor risco global; ou seja, as estratégias devem ser discutidas entre as diversas equipes envolvidas no cuidado perioperatório, considerando-se, além das características clínicas, qual a premência do procedimento cirúrgico proposto. Desta forma, pacientes com risco cardíaco estimado elevado, porém com risco iminente de complicação fatal relacionada à doença que motivou a indicação cirúrgica (por exemplo, aneurisma de aorta com dor), não devem ter sua operação adiada para investigação ou tratamento complementar. Por sua vez, pacientes candidatos a operações eletivas e com estimativa de risco cardíaco elevado (por exemplo, revascularização de membros inferiores por claudicação intermitente) devem ter sua operação adiada, ou até mesmo cancelada, até que o risco cardíaco esteja controlado.

Calcular o risco cirúrgico é importante, portanto, para programar intervenções e estratégias de cuidados com o objetivo de **diminuir as chances de morte, de sequelas, de incapacidades e de complicações relacionadas às operações, impactando de forma positiva vários indicadores de qualidade da assistência.**

**PERSPECTIVA GERENCIAL**

Em nosso país, desde a implementação das diretrizes de criação do SUS, a organização da assistência à saúde foi centrada principalmente na Atenção Primária e no ambiente hospitalar. Entre estes dois extremos, a Atenção Ambulatorial Especializada não teve o mesmo tratamento por parte dos formuladores de políticas públicas de saúde. A gestão deste campo da assistência vem sendo historicamente exercida em função da questão da oferta e demanda, sem considerar as especificidades dos processos e dos modos de produção do cuidado nos serviços especializados, e menos ainda a sua interação com outros serviços e processos da assistência (ROCHA, DC. 2014).

Os serviços de saúde especializados, quando não realizados, representam uma chance perdida de ofertar assistência a outro usuário que necessita de atenção à sua saúde, e também perda de recursos humanos, administrativos, financeiros e sociais que foram mobilizados para a realização do serviço (OLÍMPIO et al. 2016).

Segundo informações do DATASUS, em 2019, foram realizadas pelo SUS cerca de 8,8 milhões de cirurgias eletivas em todo o Brasil. E embora a maioria das cirurgias seja segura, uma proporção significativa dos pacientes desenvolve complicações sérias, que resultam na perda da qualidade de vida, incapacidades e elevadas taxas de mortalidade. Com o aumento da expectativa de vida e do acesso cada vez maior a tratamentos cirúrgicos, a prevenção de tais desfechos se faz essencial. É fundamental que o paciente chegue à sala de cirurgia o mais bem preparado possível.

O cancelamento cirúrgico, por sua vez, é definido como a suspensão de procedimentos previamente programados, e sua mensuração vem ganhando relevância na gestão dos serviços de saúde em virtude de seu potencial para o direcionamento de recursos aos procedimentos que comumente são dispendiosos, bem como para diminuir a ociosidade da capacidade instalada das instituições públicas e privadas por meio da alocação racional de agendamentos de cirurgias (PINHEIRO et al, 2017).

As razões de cancelamento de cirurgias podem ser classificadas em três grandes categorias: relacionadas ao paciente (não comparecimento, condição clínica desfavorável à cirurgia ou falta de jejum); relacionadas ao planejamento cirúrgico (qualquer aspecto de organização/gestão do procedimento, como: prioridade de emergência; inversão da ordem cirúrgica; erro na programação cirúrgica; falta de vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para o pós-operatório; falta de exames e/ou documentos; falta de horário e falta de equipamentos); e relacionas aos recursos humanos (mudança de conduta médica, falta de profissional médico anestesiologista, cancelamento pelo cirurgião responsável e falta de preparo pré-operatório pela equipe cirúrgica) (PERROCA et al., 2007).

Assim como as causas de complicações pós operatórias, a maior parte dos fatores causadores de cancelamentos de cirurgias pode ser prevista e evitada, e o seu manejo administrativo se reflete na qualidade da assistência e da saúde dos pacientes, assim como nos indicadores de saúde financeira das instituições.

Desta forma, o agendamento das consultas de risco cirúrgico deverá ser eficiente, preciso, e organizado de maneira que contemple as particularidades desta avaliação (BITENCOURT et al, 2020). O encaminhamento de pacientes à cardiologia apenas após a realização dos exames complementares evita retornos desnecessários, assim como a comunicação ágil e clara entre as equipes de marcação de consultas, avaliação de risco e os cirurgiões.

Foi considerada a influência deste agendamento não somente sobre a assistência ao indivíduo a ser operado, mas também sobre a necessidade de acesso dos demais pacientes às consultas com os especialistas envolvidos na avaliação do risco cirúrgico e sobre a própria gerência de operações da recepção, do laboratório, e até do centro cirúrgico, justificando a importância das intervenções propostas neste trabalho pela dimensão do impacto positivo que delas podemos esperar, ao longo de toda a cadeia produtiva da assistência hospitalar.

**O PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

Diante do exposto, a agenda de riscos cirúrgicos desorganizada foi selecionada como o problema a ser enfrentado.

Analisando os nomes dos pacientes agendados com a finalidade de avaliação pré-operatória de risco cirúrgico no sistema informatizado de marcação de consultas do HNBra, verificou-se que 70,3% dos pacientes marcados precisaram retornar ao ambulatório para concluir a avaliação em consultas subsequentes, por não terem exames complementares consigo por oportunidade da visita ao especialista.

A construção do indicador para acompanhamento das medidas de intervenção considerou a necessidade de acesso aos dados dos atendimentos realizados pela clínica de cardiologia para seu cálculo preciso, sendo definido como:

**Número de Pacientes Atendidos para risco cirúrgico**

**N° de pacientes atendidos que retornaram**

Desta forma, ações foram programadas com o objetivo de promover a melhoria na saúde dos usuários através da facilitação do acesso aos tratamentos cirúrgicos, com a meta de baixar o índice de retorno em 20% no prazo de 60 dias.

**EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA**

Atualmente, no Hospital Naval de Brasília, cerca de 70% dos pacientes atendidos pela clínica de cardiologia com a finalidade de avaliação de risco cirúrgico precisam agendar retorno ao especialista para a verificação de exames complementares – eventualmente tão fundamentais à avaliação pré-operatória que poderiam ter sido solicitados por qualquer médico, mesmo que não especialista, quando da indicação de procedimento cirúrgico eletivo. A maioria destes pacientes desconhece a informação de que deverá comparecer às consultas de risco cirúrgico portando seus exames (que acreditam serem fundamentais apenas para o cirurgião), enquanto uma parcela menor sequer os realiza antes da consulta – alguns por não terem recebido do cirurgião assistente a solicitação de tais exames, outros por acreditarem que a marcação de consulta na cardiologia seria tão difícil que a ela comparecem na primeira oportunidade, sem nem mesmo terem realizado exames solicitados.

No mês de maio de 2021, dos 138 pacientes que compareceram ao ambulatório de cardiologia para avaliação de risco cirúrgico, 97 não tinham exames complementares mínimos necessários à realização da avaliação pré-operatória, o que corresponde a 70,28% do total de avaliações de risco cirúrgico.

Em consequência, muitos horários disponíveis nas agendas de consultas dos especialistas são ocupados por pacientes que, embora já tenham sido atendidos, precisam retornar para concluir a avaliação de risco, indicando o comprometimento da qualidade da assistência ao indivíduo, pela falta de informação, e também da assistência à coletividade, ao dificultar o acesso de outros pacientes ao especialista, pois os horários disponíveis para atendimento são reocupados.

Em média, ao buscar o agendamento de cardiologia no HNBra, o paciente espera 59 dias até a consulta. Em comparação, no HFA, o tempo de espera é de 48 dias e no HMAB é de 43 dias, até o encontro presencial com o especialista. Em clínicas privadas conveniadas, consultas são agendadas com menos de uma semana de espera.

Ultrapassando as fronteiras do ambulatório de cardiologia, o acesso do próprio paciente ao tratamento cirúrgico proposto é frequentemente retardado em virtude da demora para a conclusão da avaliação pré-operatória, o que eventualmente evolui para complicações e agravamentos do estado de saúde do indivíduo – podendo culminar inclusive na sobrecarga do serviço de emergência. Outra consequência notável do agendamento aleatório e desorganizado das consultas de risco cirúrgico é o adiamento de cirurgias eletivas previamente alocadas no mapa de ocupação de salas do centro cirúrgico, atrapalhando a logística de funcionamento deste setor e provocando ociosidade da capacidade instalada da instituição. Por último, embora não menos importante, a falta de organização no agendamento dos riscos cirúrgicos interfere de forma negativa no funcionamento do laboratório e setores de métodos gráficos e exames de imagens, bem como no fluxo de atendimento da recepção e setor de marcação de consultas, a até mesmo da ouvidoria, que se tornam vulneráveis às solicitações recorrentes de agendamento de retorno em caráter excepcional ou “de encaixe”.

Entre os fatores que contribuem para o problema neste hospital, três causas foram consideradas críticas e passíveis de intervenções, programadas segundo a previsão e disponibilidade de recursos, mediante o estabelecimento de prazos e definição dos produtos a serem alcançados.

A primeira causa crítica identificada na geração do problema foi a falta de orientação aos pacientes, no ato da marcação da consulta de risco cirúrgico, quanto à necessidade de comparecer à consulta munido de exames complementares e laudos.

A segunda causa considerada crítica foi o encaminhamento, pelos cirurgiões assistentes, de todo e qualquer paciente com indicação de cirurgias eletivas à avaliação de risco cirúrgico – e não apenas aqueles portadores de comorbidades ou que se beneficiariam de avaliação clínica pormenorizada para diagnóstico, tratamento, ou compensação de condições prévias.

A terceira causa crítica na gênese do problema a ser enfrentado foi a aleatoriedade do agendamento das consultas de risco cirúrgico, que são marcadas intercaladas às consultas regulares, e não em um dia ou horários especialmente destinados às avaliações pré-operatórias.

Após a identificação das causas, ações foram pensadas com o objetivo de eliminá-las ou, na medida do possível, minimizar o seu impacto negativo sobre a saúde dos usuários do SSM.

**PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES**

Foram elaboradas matrizes de programação de ações para cada causa crítica, considerando não apenas a previsão e disponibilidade de recursos, mas ainda os prazos de execução e os produtos esperados de cada ação.

Para o enfrentamento da falta de orientação aos pacientes quanto a necessidade de levar à consulta seus exames complementares e laudos foram propostas as seguintes ações: Implementar no HNBra o uso do formulário de solicitação de risco cirúrgico no modelo “Saúde Naval”; distribuir os formulários nos ambulatórios cirúrgicos; orientar o uso do formulário pelos cirurgiões; e treinar a equipe que realiza agendamentos das consultas.

Matriz de programação de ações para o enfrentamento da falta de orientação aos pacientes:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ações | Recursos necessários | Produtos a serem alcançados | Prazo de conclusão | Responsável |
| Implementar no HNBra o uso do formulário de solicitação de risco cirúrgico no modelo “Saúde Naval” | Papel sulfite, impressora, e tinta para impressão. | Formulários de risco cirúrgico nos quais constam os resultados dos exames complementares. | 06/09/2021 | Servidora Civil Eliana Paiva  (Encarregada dos impressos do ambulatório) |
| Distribuir os formulários nos ambulatórios cirúrgicos e | Humano | Consultórios abastecidos de impressos | 01/09/2021 | CB (RM2-EF) Ceylijane  (Encarregada das salas dos ambulatórios) |
| Orientar o uso do formulário pelos cirurgiões | Humano | Cirurgiões habituados a encaminhar pacientes com o formulário preenchido | 01/09/2021 | CC (Md) Giselle Pinto |
| Treinamento da equipe que realiza agendamentos | Humano | Equipe treinada | 10/09/2021 | CF (CD) Fernanda Coutens  (Responsável pelo setor de agendamento) |

Para administrar os critérios de encaminhamento dos pacientes, os quais constituem característica cultural da instituição, sugeriu-se implementar, no HNBra, os protocolos de solicitação pré-operatória de risco cirúrgico da Sociedade Brasileira de Cardiologia; a orientação às equipes cirúrgicas; elaborar nota para publicação em PD e publicar as novas rotinas e protocolos em PD, documento este que oficializa as normas de conduta do hospital.

Matriz de programação de ações para o enfrentamento dos critérios de encaminhamento de pacientes:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ações | Recursos necessários | Produtos a serem alcançados | Prazo de conclusão | Responsável |
| Implementar no HNBra os protocolos de solicitação pré operatória de avaliação de risco cirúrgico da Sociedade Brasileira de Cardiologia. | Humanos | Encaminhamento apenas dos pacientes aos quais seja indicada a avaliação de risco cirúrgico (mediante formulário próprio, citado acima) | 06/09/2021 | CC (Md) Giselle Pinto  Com autorização da vice-diretora do HNBra |
| Orientação às equipes cirúrgicas | Humanos | Cirurgiões orientados | 06/09/2021 | CC (Md) Giselle Pinto |
| Elaborar nota para publicação em PD | Humanos | Nota redigida | 08/09/2021 | CC (Md) Giselle Pinto |
| Publicação das novas rotinas e protocolos em PD | Humanos | Protocolos publicados | 13/09/2021 | CMG (S) Fátima Palhota  (Vice-Diretora do HNBra) |

E para resolver a questão dos agendamentos intercalados de consultas regulares e consultas de risco cirúrgico foi programado separar as agendas entre si, implantar os horários destinados a cada tipo de atendimento no programa informatizado de marcação de consultas do HNBra e agendar os pacientes conforme o objetivo da consulta.

Matriz de programação de ações para o enfrentamento da organização dos agendamentos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ações | Recursos necessários | Produtos a serem alcançados | Prazo de conclusão | Responsável (nome da pessoa e não do setor em que trabalha) |
| Discriminar os horários e dias para agendamento exclusivamente de riscos cirúrgicos. | Humanos | Horários de consultas separados | 15/09/ 2021 | CC (Md) Giselle Pinto |
| Implantar estes horários nas grades de consultas. | Humanos | Sistema eletrônico de marcação de consultas adaptado ao novo formato | 15/09/2021 | 1T (RM2 T) Franklin  (Telemática) |
| Agendar os pacientes | Humanos | Consultas de risco cirúrgico marcadas em horários específicos, separadas das demais atividades de assistência. | 30/09/2021 | Equipe terceirizada de funcionários dos setores de agendamento e call center, subordinados à CF (CD) Fernanda Coutens |

**GESTÃO DO PROJETO**

A gestão do projeto é responsabilidade da encarregada da Clínica de Cardiologia, CC(Md) Giselle Pinto, incumbida da implementação das medidas propostas e do acompanhamento do alcance das metas e objetivos dentro dos prazos estabelecidos, bem como do surgimento de eventuais dificuldades – previstas ou imprevistas – e da sua administração, no sentido de evitar prejuízos ao andamento da intervenção. A efetividade das intervenções propostas vem sendo avaliada continuamente, através da realização de reuniões mensais com as equipes de marcação de consultas e cirurgiões, e da comparação das agendas dos especialistas antes e depois da intervenção planejada.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O alcance das metas e o sucesso das intervenções propostas neste projeto vêm sendo quantificados na medida em que as ações são realizadas. Espera-se que a definição de prioridades e a correção ou minimização das causas críticas elencadas garantam mais assertividade e eficiência aos processos de trabalho do ambulatório de cardiologia, e que o plano de ação desenhado produza os efeitos necessários à diminuição do índice de agendamento de consultas de retorno ao ambulatório de risco cirúrgico da clínica de cardiologia do HNBra.

Com a impressão dos formulários de risco cirúrgico e sua distribuição pelas salas de atendimento das especialidades cirúrgicas, no início de setembro de 2021, houve imediata adesão e colaboração dos médicos destas equipes, que passaram a encaminhar os pacientes à cardiologia exclusivamente mediante preenchimento do documento, cujos campos incluem os resultados dos exames complementares. Os profissionais dos setores de marcação de consultas, em sua maioria trabalhadores contratados por uma firma terceirizada, apresentaram alguma dificuldade de compreensão dos processos de agendar os pacientes encaminhados mediante estes documentos em horários previamente determinados, e estabelecidos para o atendimento exclusivo de risco cirúrgico, e alguns pacientes ainda comparecem ao ambulatório da cardiologia nos horários dedicados às consultas assistenciais regulares. Novas reuniões de instrução a essas equipes serão agendadas e repetidas, até que as novas rotinas se estabeleçam e os resultados das intervenções possam ser quantificados.

A gestão hospitalar é conhecida por sua grande complexidade. As unidades hospitalares incorporam uma gama significativa de áreas de conhecimento necessárias ao seu funcionamento, que devem ser conduzidas de maneira adequada para que os serviços de saúde sejam ofertados da melhor maneira possível, e a atenção primária, por sua vez, não implica necessariamente a realização de processos de baixa complexidade. Neste sentido, o gestor de saúde deve focar seus esforços em programar melhorias, implementar ações com objetividade, avaliar e controlar a performance e medir seus resultados, nos mais diferentes cenários de prestação de serviços. Com a elaboração deste projeto, foi possível concluir que as atividades de gestão na área da saúde não se restringem ao cumprimento de normas técnicas e à administração dos processos produtivos e de pessoas. Gerir um serviço de saúde compreende promover o equilíbrio entre as diferentes partes que compõem uma estrutura, seja básica ou avançada, mas sempre dedicada ao cuidado ao paciente.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BITTENCOURT, RJ; ALONSO, RS; RODRIGUES, IBP; MACEDO, E; SILVA, CCG; OLIVEIRA, LVT. Gestão de Filas para Cirurgias Eletivas: Overview de Revisões Sistemáticas. Rev. Brasília Med. V 57; Ano 2020: 30-42.

CATANEO DC. Testes preditores de risco cirúrgico: qual o melhor? Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2004;30(Supl. 3):563.

Chaves, O., & Zerbini, T. (2017). Judicialização da medicina e o impacto orçamentário na administração pública: uma abordagem Médico-Legal. *Saúde Ética & Justiça*, *22*(2), 58-65.

DEVEREAUX PJ, SESSLER DI. Cardiac complications in patients undergoing major noncardiac surgery. N Engl J Med. 2015;373(23):2258-69.

FLEISHER LA, BECKMAN JA, BROWN KA ET AL. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). J Am Coll Cardiol 2007;50:e159-e242.

GUALANDRO DM, YU PC, CARAMELLI B, MARQUES AC, CALDERARO D, LUCIANA S. FORNARI LS ET AL. 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2017; 109(3Supl.1):1-104.

HORTA AB. Co-management ou responsabilidade partilhada entre a Medicina Interna e as especialidades cirúrgicas: a identificação dos doentes de alto risco. Medicina Interna. 2017; 24:44-7.

OLÍMPIO, Nogueira Bittar; MAGALHÃES, Adriana; MARTINES, Claudio; FELIZOLA, Nadja; FALCÃO, Lilian. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo, 2016. Artigo - BEPA 2016; 13(152): 19-32.

PERROCA MG, JERICÓ MC, FACUNDIN SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Revista Esc Enferm USP. 2007. 41(1):113-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a14.pdf. Acessado em 21/08/2021](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a14.pdf.%20Acessado%20em%2021/08/2021).

PINHEIRO SL; VASCONCELOS RO; OLIVEIRA JLC; MATOS FGOA; TONINI NS; ALVES DCI. Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público. Rev Mineira Enferm. 2017; 21 (e 1014).

ROCHA, DC. Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política. 2014. 237 p. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312781>. Acesso em: 28/09/2021.

SANTOS JR, JCM - O Paciente Cirúrgico Idoso. Revista Brasileira Coloproctologia, 2003;23(4):305-316.

PRESTES, A. Manual do gestor hospitalar. Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Rosana Oliveira e Viviã de Sousa.