

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**GEYSA CRISTINA SENA DA SILVA**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL BARÃO DE  
LUCENA – HBL - RELATO DE UMA VIVÊNCIA.**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**GEYSA CRISTINA SENA DA SILVA**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL BARÃO DE  
LUCENA – HBL - RELATO DE UMA VIVÊNCIA.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização  
em Linhas de Cuidados em Enfermagem -  
Opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis do  
Departamento de Enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Catarina como requisito parcial  
para a obtenção do título de Especialista.

**Profª Orientadora: Emiliane Silva Santiago**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL BARÃO DE LUCENA – HBL - RELATO DE UMA VIVÊNCIA**. De autoria do aluno **GEYSA CRISTINA SENA DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem - Doenças Crônicas não Transmissíveis.

---

**Profª Ma. Emiliane Silva Santiago**

Orientadora da Monografia

---

**Profª Dra. Vânia Marli Schubert Bakes**

Coordenadora do Curso

---

**Profª Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os que fazem o Acolhimento Cirúrgico do Hospital Barão de Lucena, Adriane incansável no gerenciamento da “lista”, Célio com seu carisma e costume de abraçar o mundo, e Olívia com seu imenso coração e conselhos diversos.

Dedico especialmente a Márcia Firmino (*in memorian*), que deixa saudades.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, a meus pais, Jackson e Sônia, que sempre me estimulam a buscar mais conhecimento; a meus irmãos que tiveram muita paciência comigo e com minhas dúvidas; a meus amigos a quem abandonei nesse período, mas que não me abandonaram; e a meus queridos amigos do Hospital Barão de Lucena, que me ajudaram de formas surpreendentes.

Adriana Eich Kuhnen e Emiliane Santiago, vocês conseguiram me tirar do marasmo e me estimularam quando mais precisei.

A todos, muito obrigada pelo amor, pelo carinho, pelo apoio incondicional.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	1
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: RELATO DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO CIRÚRGICO NO HBL .....	4
2.1	Acreditação Hospitalar .....	6
2.2	Acolhimento Cirúrgico .....	10
3	MÉTODO.....	14
4	RESULTADO E ANÁLISE .....	17
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	21
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	23
	Anexo 1: Projeto Governança Clínica .....	26
	Anexo 2: Visão das Clínicas.....	32
	Anexo 3: Ata.....	34
	Anexo 4: Ata preenchida .....	35
	Anexo 5: POP .....	37
	Anexo 6: Descrição de Cargos Enfermeiro .....	42
	Anexo 7: Descrição de Cargos Técnicos de Enfermagem .....	44
	Anexo 8: Avaliação Inicial de Enfermagem.....	46

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Grade de Indicadores adotada pelo Projeto pela Gerência de Qualidade. ....	10
Figura 2: Fluxo de atendimento do Acolhimento Cirúrgico . ....	13

## LISTA DE SIGLAS

ACOCIR – Acolhimento Cirúrgico

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

HBL – Hospital Barão de Lucena

HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz

JCI – *Joint Comision International*

MS – Ministério da Saúde

NHS – *National Helth System*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE - Pernambuco

PNH – Política Nacional de Humanização

POP – Procedimento Operacional Padrão

PROADI – Programa de Desenvolvimento Institucional

RJ – Rio de Janeiro

S/D – Sem Data

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1: Projeto Governança Clínica

Anexo 2: Visão das Clínicas

Anexo 3: Ata

Anexo 4: Ata preenchida

Anexo 5: POP

Anexo 6: Descrição de Cargos Enfermeiro

Anexo 7: Descrição de Cargos Técnicos de Enfermagem

Anexo 8: Avaliação Inicial de Enfermagem

## RESUMO

Quando o Ministério da Saúde criou e lançou a Política Nacional de Humanização, teve início a busca pela modernização, segurança e humanização da assistência prestada ao paciente da rede de saúde pública. Um dos instrumentos utilizado nessa busca é a Acreditação Hospitalar. O Hospital Barão de Lucena, localizado na cidade do Recife-PE, foi agraciado inicialmente com esse elemento de desenvolvimento da qualidade, as visitas diagnósticas realizadas tinham por finalidade iniciar o processo de Acreditação, com o início desta revolução assistencial na Instituição foi constatado a fragilidades dos processo, dos instrumentos, dos fluxos, da segurança e qualidade da assistência prestada à população. Embasado nesse diagnóstico inicial o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, localizado em São Paulo-SP trouxe o Projeto de Governança Clínica para a Instituição, um sistema inovador de gerenciamento de instituições hospitalares, direcionado à Linha de Cuidado ao Paciente Cirúrgico. Com a implantação do projeto, questionou-se “Como se pode assegurar o acesso, a segurança e a qualidade do cuidado assistencial ao paciente cirúrgico no Hospital Barão de Lucena?”. Esse questionamento levou a uma busca por reordenação de fluxos, pela redução de agravos aos pacientes, diminuição dos eventos sentinela, e participação efetiva dos trabalhadores e dos gestores nessa busca. Exigindo da Instituição que adotasse novos olhares sobre a forma de gerir o Hospital, criou-se então, o Acolhimento Cirúrgico um serviço que procura com suas ações otimizar, padronizar, centralizar e orientar os pacientes com indicação cirúrgica, buscava-se, então a excelência do cuidado prestado para a população.

## 1 INTRODUÇÃO

“ Colocar o paciente na melhor condição para que a natureza pudesse agir sobre ele”. (FLORENCE NIGHTINGALE, 1858)

O complexo contexto das organizações de saúde demanda ações coerentes com o mundo globalizado que dissemina informação e tecnologia de forma crescente e constante. Nesse cenário a busca pela melhoria na qualidade da assistência à saúde é um critério a ser adotado pelas organizações que prezam por um atendimento de excelência (MANZO, SP, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 1989, considerou a acreditação das organizações de saúde como elemento estratégico no desenvolvimento da qualidade na América Latina (FELDMAN, 2005).

A Acreditação Hospitalar é uma certificação semelhante ao ISO, mas exclusiva para instituições de Saúde. Trata-se de um método de avaliação voluntário, periódico e reservado dos recursos institucionais de cada hospital para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos (CBA, RJ/SP, S/D). Não é uma forma de fiscalização mas um programa de educação continuada. Através da Acreditação Hospitalar, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa.

Acreditação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente. A acreditação é baseada em padrões aplicáveis, predeterminados e publicados. A avaliação é realizada in loco, por uma equipe de avaliadores composta por pares – médicos, enfermeiros e administradores -, e ocorre a cada três anos. (CBA, RJ/SP, S/D)

A partir deste diagnóstico e com o desenvolvimento do processo de educação, de acordo com o Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar, é possível discutir, criteriosamente, os achados da avaliação e desenvolver um plano de ações capazes de

promover a efetiva melhoria do desempenho da instituição, abrangendo todos os seus serviços e segmentos existentes.

O processo de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente e os resultados obtidos. Através disso, as instituições:

- Elevam sua credibilidade junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade do atendimento;
- Proporcionam um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribui para a satisfação do trabalhador;
- Negocia junto às fontes pagadoras, com base em dados relativos à qualidade do cuidado;
- Escutam os pacientes e seus familiares, respeitam seus direitos e criam com eles uma parceria no processo de cuidado;
- Criam uma cultura aberta a aprender com os relatórios realizados regularmente sobre eventos adversos e questões de segurança; e
- Estabelecem um estilo de liderança colaborativa que define prioridades e uma liderança contínua que prima pela qualidade e segurança do paciente em todos os níveis. (CBA, RJ/SP, S/D).

Com as visitas diagnósticas realizadas no Hospital Barão de Lucena, que tinham por finalidade iniciar o processo de Acreditação, foi constatado a fragilidades dos processo, dos instrumentos, dos fluxos, da segurança e qualidade da assistência prestada à população. Embasado nesse diagnóstico inicial o Hospital Alemão Oswaldo Cruz trouxe o Projeto de Governança Clínica para a Instituição, que viria para buscar, criar e estabelecer com os funcionários da instituição novas formas de atuar com qualidade e segurança para o os usuários, os trabalhadores e os gestores do Hospital.

Alto índice de suspensões cirúrgicas, discrepâncias nos agendamentos cirúrgicos, longas filas de espera cirúrgica, pacientes com pré –operatório mal feito ou incompleto, ausência de orientação ao paciente e aos familiares sobre os procedimentos, paciente com múltiplos prontuários, trabalhadores da Instituição desgastados, sobrecarregados e sem atualização técnica em sua área de atuação. Muitos eram os problemas diagnosticados e que precisavam de intervenção imediata de todos os envolvidos no processo de trazer o Hospital Barão de Lucena, para a modernidade física e funcional com segurança e qualidade.

Ir para o campo sem uma definição exata do problema de pesquisa constituiu a primeira grande dificuldade experimentada, já que o questionamento sobre o fluxo do paciente cirúrgico já havia sido definido, reavaliado e revalidado na própria Instituição. Saliente-se aqui, também, a inexistência de um instrumento a ser utilizado na coleta de dados de forma mais objetiva. Estas questões levaram esta pesquisadora a tentar pôr no papel o que foi vivenciado como observadora e participante do processo de implantação de um novo serviço, uma nova modalidade assistencial que gerou mudanças na Instituição. Assim, o presente instrumento de relato se enquadra no seguinte eixo de desenvolvimento de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que seria a Opção 1 - TECNOLOGIA DE CONCEPÇÃO.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: RELATO DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO CIRÚRGICO NO HBL**

Quando o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2003, criou e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), buscava englobar as iniciativas, as ações e os programas com foco na humanização já existente dentro das práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), isso porque essas iniciativas atuavam de forma isolada e fragmentada, não se articulavam.

A PNH ou HumanizaSUS surge, então, como uma política que engloba as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e a potencializá-las, partindo de experiências já vivenciadas no SUS, visando a massificar a discussão sobre o conceito de humanização, ressaltando a importância de humanizar as relações entre pacientes e profissionais de saúde. (MS, BRASIL, 2004)

É a parceria entre o fazer técnico e o comportamento ético, dentro dessa política entende-se Humanização como

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (CONEP, 2000).

A partir desse cenário de mudança, o Ministério da Saúde criou várias ações dirigidas ao fortalecimento do SUS, entre elas, o Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI - SUS), que estimula e cria parcerias com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida, como o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, de São Paulo. (HAOC, BRASIL, 2012)

Essa parceria reflete o comprometimento com a melhoria da qualidade das condições de saúde da população brasileira mediante transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o sistema.

Baseadas em temas prioritários determinados pelo MS, as instituições parceiras apresentam projetos a serem executados em um período de três anos nas seguintes áreas:

estudos de avaliação e incorporação de tecnologia; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. (HAOC, BRASIL, 2012) O PROADI - SUS segue a orientação constitucional apoiada no tripé da universalidade, integralidade e equidade do SUS. (HAOC, BRASIL, 2012)

Em 2008, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) assinou o Termo de Compromisso com o Ministério da Saúde, quando criou sua Superintendência de Sustentabilidade Social e foi reconhecido como Entidade Beneficente de Assistência Social. Como resultado dessa parceria público-privada, quinze projetos foram desenvolvidos durante o triênio 2009-2011, permitindo ao Hospital transferir seu conhecimento e a qualidade de seus serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). O Termo foi renovado para o triênio 2012-2014, com quatorze projetos, alguns dos projetos já existentes terão continuidade, e novas iniciativas também foram criadas para o período. (HAOC, BRASIL, 2012)

Dentro desse contexto, o HAOC trouxe o projeto de Reestruturação dos Grandes Hospitais Públicos, através da Melhoria da Qualidade Assistencial, para o Hospital Barão de Lucena, Recife-PE (HBL), com duas ferramentas para a implantação da melhoria da qualidade: a preparação para Acreditação Hospitalar pela *Joint Commission Internacional* (JCI) em outubro de 2009 até os dias atuais, e o Projeto de Governança Clínica em janeiro de 2012 até janeiro de 2013.

O Hospital Barão de Lucena (HBL) foi inaugurado no dia 18 de janeiro de 1958, pelo então Presidente da República Juscelino Kubitschek. A unidade, localizada na Avenida Caxangá, recebeu o nome em homenagem ao eminente magistrado Henrique Pereira de Lucena. Na época, a administração era da Sociedade Beneficente e Hospitalar das Usinas de Açúcar, que transferiu a gestão para o Instituto Nacional e Previdência Social (INPS) após um declínio funcional e financeiro, entre 1968 e 1973. Em 1992, a unidade passou a ser gerenciada pelo Governo de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Atualmente, o Hospital Barão de Lucena é referência estadual em atendimento materno-infantil de alta complexidade. Com 310 leitos ativos, a unidade conta com uma equipe composta por 1.800 servidores e 300 prestadores de serviços, além de receber os alunos da Residência dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição. Ambulatorialmente, onde são realizadas cerca de 500 consultas por dia, são oferecidas especialidades como endocrinologia

pediátrica, ginecologia, mastologia, proctologia, nefrologia adulto, oncologia adulto, vascular, cirurgia geral, cirurgia oncológica pacientes adultos, entre outras. Nas duas emergências (obstétrica e pediátrica), são realizadas uma média de quatro mil atendimentos por mês. Já no bloco cirúrgico, mensalmente, são realizadas 300 cirurgias. O serviço de apoio diagnóstico realiza uma média de 29.260 exames de patologia clínica por mês e 4.606 exames no Setor de Imagiologia. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES, PERNAMBUCO, S/D)

O Hospital, por seu histórico, nível de complexidade e por estar situado em uma localidade de fácil acesso à população, foi agraciado com a iniciativa do Governo do Estado de Pernambuco, que procura modernizá-lo fisicamente, através do Plano Diretor de Obras, atrelando a reforma física à reforma dos processos propiciada pela Acreditação. Este Plano Diretor prevê a reformulação de todo o espaço físico do hospital e a construção de novas áreas, como as novas emergências pediátrica e obstétrica, o novo ambulatório e novos leitos de enfermaria, que devem ser entregues até 2014 e pelas ações realizadas dentro do Pacto Pela Saúde, que é a adesão do Estado de Pernambuco a um conjunto de reformas institucionais do SUS, as quais preveem maior qualidade do sistema e a divisão de responsabilidade na redução de índices negativos de mortalidade e prevalência de doenças. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES, PERNAMBUCO, S/D)

## **2.1 Acreditação Hospitalar**

Mas o que é Acreditação Hospitalar? Como ela influenciou a iniciativa da Instituição de modificar sua forma de fazer saúde, sua busca pela qualidade pela excelência da assistência?

Acreditação é um processo no qual uma entidade, geralmente não governamental, separada e independente da instituição de saúde, avalia a instituição de saúde para determinar se ela atende a uma série de requisitos (padrões) criados para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado. A acreditação é geralmente voluntária. Os padrões de acreditação são geralmente considerados como ideais e concretizáveis. A acreditação propicia um compromisso visível, por parte da instituição, de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente, garantir um ambiente seguro, e trabalhar constantemente para reduzir os riscos ao paciente e aos profissionais. A acreditação tem granjeado atenção em todo o mundo como ferramenta eficaz de avaliação e de gestão da qualidade. (CBA, BRASIL, 2010)

Na seção I dos padrões com foco no paciente da JCI são abordadas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (*International Patient Safety Goals - IPSG*), cujo propósito é promover melhorias na segurança do paciente. Essas metas destacam as áreas problemáticas na assistência à saúde e apresentam soluções consensuais para esses problemas, baseadas em evidências e em opiniões de especialistas. Conforme o Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Comission Internacional* para Hospitais (CBA, BRASIL, 2010), as metas são apresentadas da seguinte forma:

- Meta 1: Identificar os Pacientes Corretamente;
- Meta 2: Melhorar a Comunicação Efetiva;
- Meta 3: Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta - Vigilância;
- Meta 4: Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto;
- Meta 5: Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- Meta 6: Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrente de Quedas;

Com o andamento do processo de Acreditação Hospitalar, ficou claro, dentro da nossa estrutura de instituição pública, que o HBL não atendia às Metas Internacionais de Segurança do Paciente de forma plena e contínua, sendo necessário, inclusive, que o HAOC trouxesse o Projeto Governança Clínica para a Instituição. Isso exige um esforço não só do corpo clínico desta, mas também de todos os demais profissionais que compõem o Hospital, para que revisitem os processos assistenciais básicos e sigam as normas elementares de qualidade assistencial em benefício dos pacientes para os quais a atividade é voltada.

#### Segundo o *National Health System* (NHS) do Reino Unido, Governança Clínica

É um sistema através do qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e a garantia de elevados padrões de atendimento, criando um ambiente de excelência de cuidados clínicos. (NHS, 2012)

Devido a uma maior fragmentação gerencial, estrutural e processual, além da fragilidade da segurança e da qualidade do cuidado assistencial, foi evidenciado e definido pela própria Instituição que se iniciaria o Projeto de Governança Clínica pela linha de Cuidado do Paciente Cirúrgico.

Segue a apresentação do projeto de Governança Clínica:

A partir deste Projeto de Governança, que colocou em um microscópio toda a situação caótica em que se encontravam as Clínicas Cirúrgicas, ficou evidente que a iniciativa de reordenação de fluxos, busca pela excelência no atendimento ao usuário, redução de agravos aos usuários, diminuição dos eventos sentinela, exigiam da Instituição que adotasse novos olhares sobre a forma de gerir o Hospital. Assim, o HBL foi levado à criação não só do Acolhimento Cirúrgico, mas de muitos outros projetos como esse, que buscam a otimização da assistência ao paciente com segurança e competência clínica. Constitui-se como pertinente, portanto, que se apresente o Projeto de Governança Clínica, matriz do Acolhimento Cirúrgico.

Buscou-se como objetivo do Projeto de Governança Clínica:

- Sistematizar e otimizar o processo assistencial da linha de cuidado cirúrgico;
- Aperfeiçoar o gerenciamento da linha na sua integralidade dentro de um modelo matricial;
- Implementar a segurança do cuidado ao paciente, conforme o processo de acreditação hospitalar pela JCI em curso;
- Implantar uma fórmula de gerenciar as manifestações dos usuários do hospital quanto à sua percepção de qualidade.

Tinha-se por metas específicas de Governança:

- Definir e monitorar metas quantitativas pactuadas para os indicadores de produção, produtividade e qualidade da linha cirúrgica;
- Aumentar as taxas de utilização operacional do bloco cirúrgico e a ocupação dos leitos cirúrgicos;
- Reduzir o tempo de permanência nas clínicas cirúrgicas;
- Reduzir a taxa de suspensão de cirurgia.

### **Estrutura Geral do Projeto de Governança Clínica:**

#### 1. Composição da Estrutura de Governança:

- Diretora Geral
- Gestora Médica
- Gestora de Enfermagem
- Gestor Administrativo Financeiro
- Gestor de Suprimentos

## 2. Composição da Equipe de Gerenciamento do Projeto:

- Gestora Médica;
- Gestora de Enfermagem;
- Gerência da Qualidade;
- Chefia Médica da Proctologia;
- Chefia Médica da Vascular;
- Chefia Médica da Mastologia;
- Chefia Médica da Ginecologia;
- Chefia Médica da Cirurgia Geral;
- Coordenadora de Enfermagem do Bloco Cirúrgico;
- Coordenadora de Enfermagem do Bloco Obstétrico;
- Coordenadora de Enfermagem das Clínicas Cirúrgicas.

## 3. Líderes da Equipe de Gerenciamento do Projeto:

- Gestora Médica;
- Gestora de Enfermagem.

### **Indicadores adotados pelo Projeto de Governança:**

Mas, como mostrar a situação de forma clara, com dados que pudessem fornecer subsídios para atingir os objetivos e metas que foram pactuados pelas instituições participantes do processo?

Isso só pôde acontecer através de uma grade de Indicadores adotados pela Gerência de Qualidade, a partir de uma série histórica em janeiro de 2012. Esses são indicadores de

Produção, Produtividade, Qualidade e Custo que foram pactuados entre a SES-PE, o HAOC e o HBL. Os dados coletados são analisados criticamente, durante as reuniões mensais com agenda fixa, onde são apresentados de forma objetiva pela gerência de qualidade, e discutidos por todo o grupo de Governança.

As avaliações são feitas através do Método de Análise e Solução de Problemas (MASP), planos de ações, reformulação dos processos, mudanças na estrutura de trabalho e realizando o PDCA (*Plan* -planejar, *Do*- fazer, *Verify*- verificar e *Act*- agir).

## PRODUÇÃO

- Nº de cirurgias realizadas

## PRODUTIVIDADE

- Taxa de uso da capacidade instalada no Bloco Cirúrgico
- Taxa de uso da capacidade operacional no Bloco Cirúrgico

## QUALIDADE

### a) RESULTADOS

- Taxa de infecção de sítio cirúrgico de cirurgia limpa eletiva
- Taxa de reintervenção cirúrgica não-programada em cirurgia primária eletiva

### b) PROCESSO

- Taxa de suspensão de cirurgias eletivas

## CUSTO

- Custo Mensal com serviços terceirizados de anestesia

Figura 1: Grade de Indicadores adotada pelo Projeto pela Gerência de Qualidade. (HBL, 2012)

## 2.2 Acolhimento Cirúrgico

Com o andamento do Projeto, a participação inicial do grupo deveria ser a de montar uma visão clara sobre o funcionamento das Clínicas Cirúrgicas; iniciar a manufatura dos

protocolos clínicos adequados; formar grupos de trabalho que analisassem e reformulassem os processos já existentes na Unidade; descobrir, observar, relatar e avaliar todos os fluxos existentes que se relacionassem ao paciente cirúrgico, desde a entrada dele na Instituição até a alta hospitalar.

O processo mostrou - se muito complexo, já que se tratou da reforma de uma estrutura assistencial estagnada, cheia de vícios, embasada apenas na visão de alguns indivíduos e não na coletividade e para a coletividade.

As análises críticas dos dados colhidos pela Gerência de Qualidade apresentaram, pelos indicadores adotados, que se estava diante de um quadro de baixas eficiência e efetividade da linha de cuidado, fracionamento da assistência, ausência de diretrizes clínicas, protocolos, fluxos, alta demanda da população, longas listas de espera para cirurgias eletivas, alto número de suspensões de cirurgias por inadequação clínica dos pacientes, pré-operatório das clínicas sem fluxo, sem continuidade, com pacientes perdidos pela Instituição sem concluir o pré-operatório de forma adequada e em tempo hábil, baixa utilização da capacidade operacional do bloco cirúrgico e o baixo desempenho do Hospital frente às demandas do Pacto pela Saúde do Governo do Estado de Pernambuco.

Cada Clínica cirúrgica organizava, preparava, classificava e agendava as cirurgias dos pacientes dentro dos seus próprios parâmetros e de acordo com sua chefia clínica, o que resultava na falta de padronização e em discrepâncias entre os agendamentos (ANEXO 2). Exemplificando: enquanto o paciente da Mastologia estava com seu processo pronto no período entre 20 e 30 dias - com pré-operatório feito e avaliado pelo cirurgião e cirurgia agendada - as pacientes da Clínica Ginecológica passavam até 90 dias para poderem ser consideradas aptas para o procedimento cirúrgico. Isso ocorria por burocratização excessiva, com várias consultas médicas, e só ficaria concluído com a avaliação da junta médica, que poderia, inclusive, reenviar o paciente para o cirurgião de origem se não concordasse com o procedimento cirúrgico sugerido.

O paciente, sem orientação adequada e um local que centralizasse as ações pré-operatórias necessárias, acabava tendo que esperar durante um tempo muito longo por um procedimento que era necessário ao seu bem-estar físico imediato.

Em agosto de 2012, enquanto se discutia a etapa pré-cirúrgica e tentava-se construir o fluxo dos pacientes, durante uma *brainstorming* ou tempestade de ideias, surgiu o questionamento: “Como se pode assegurar o acesso, a segurança e a qualidade do cuidado assistencial ao paciente cirúrgico no Hospital Barão de Lucena?” Sentiu – se, então, que era necessária a criação de um serviço que otimizasse, padronizasse, centralizasse e orientasse os pacientes com indicação cirúrgica já determinada. Assim, foi criado o Acolhimento Cirúrgico (ACOCIR), serviço direcionado apenas para pacientes pré-cirúrgicos adultos do HBL.

O acolhimento é uma das referências ético-estético-políticas da Política Nacional de Humanização-PNH (MS, BRASIL, 2009). Acolher refere-se à maneira como recebemos as pessoas e como incluímos suas demandas e necessidades ao nosso serviço. Isso implica a escuta das queixas e opiniões de variados tipos expressas pelo usuário e o reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e compartilhamento de saberes.

Pensar acolhimento pode significar pensar mais do que um novo artifício para “organizar a demanda”, muito embora isso também possa ser fundamental. Trata-se de pensar-se no trabalho de produzir relações acolhedoras coletivamente. O acolhimento pode, nessa perspectiva, ser tomado como um efeito e um conjunto de processos que desembocam em uma ampliação da capacidade-acolhedora do hospital. (MS, BRASIL, 2009).

Sobre o Acolhimento Cirúrgico, observou-se a necessidade de uma definição mais adequada às metas da Instituição. Assim, foi identificado que

Consiste na consulta de Enfermagem, preconizada na Resolução do COFEN nº 358/2009, realizada pelo profissional enfermeiro no período pré-operatório, garantindo as orientações necessárias para encaminhamentos dos exames pré-operatórios e pareceres necessários, além de informações sobre a internação, processo cirúrgico, plano de cuidados pré-operatórios e recuperação cirúrgica. (HBL, PERNAMBUCO, 2013)

Buscava-se, com a implantação do Acolhimento, suavizar o fluxo cirúrgico, melhorar a capacidade operacional, diminuir o tempo de permanência, sistematizar a entrada do paciente na Instituição, padronizar os exames a serem pedidos, identificar e priorizar pacientes com necessidades especiais, além de promover o ensino do autocuidado ao paciente e à família como medidas preventivas de complicações a fim de aumentar sua autoconfiança, facilitar a prática do autocuidado e o restabelecimento rápido no período pós-operatório, evitando, assim, complicações.

Dentro do escopo apresentado pela situação da Instituição, teríamos diversas dificuldades na implantação do serviço, e definir um fluxo de atendimento ao paciente cirúrgico era um ponto imprescindível para o andamento dos trabalhos. A seguir, se deveria apresentá-lo ao grupo do Projeto de Governança e, após aprovação por todos, implantá-lo de forma gradual e sistêmica na Instituição. O fluxo mais adequado ao nosso serviço e ao nosso público seria então:

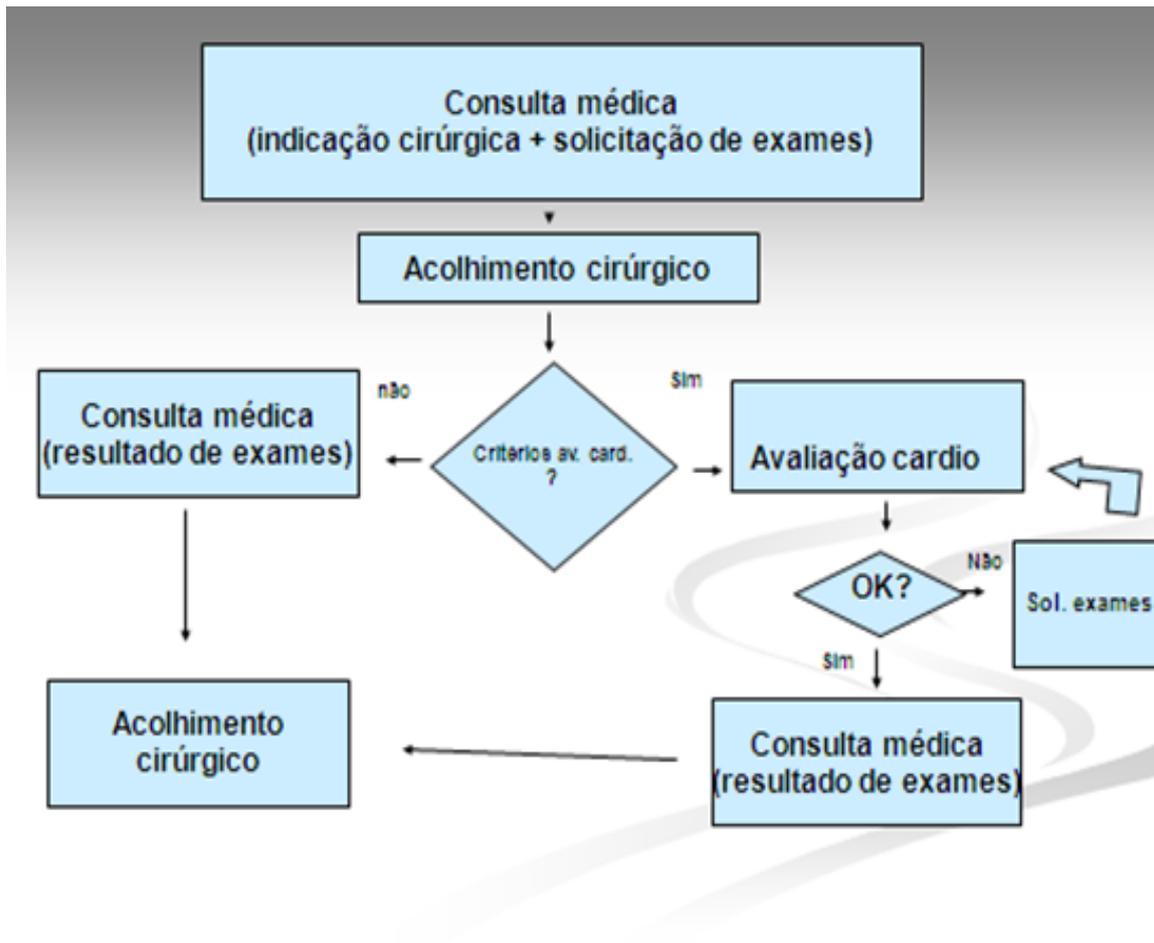


Figura 2: Fluxo de atendimento do Acolhimento Cirúrgico Fonte: POP, HBL, 2012.

### 3 MÉTODO

O método utilizado foi o qualitativo, que se fundamenta em dados coletados nas interações pessoais, experiências do sujeito, dados socioculturais, fenômenos epidemiológicos diversos e mudanças tecnológicas na área da saúde.

Com apenas uma enfermeira, o Acolhimento Cirúrgico do Hospital Barão de Lucena iniciou suas atividades, em Julho de 2012, com o envio do banco de dados da Cirurgia Geral por meio lógico para apreciação e gerenciamento.

Com uma lista de espera por cirurgia com mais de 900 pacientes, que iam de hérnias umbilicais até cirurgias como gastrectomias, e que estavam nesta lista desde 2010, a Cirurgia Geral foi a primeira clínica cirúrgica da Instituição que entregou seu banco de dados para o Acolhimento gerenciar.

Foi preciso uma série de condutas coordenadas e pactuadas com a Diretoria Geral, Gerência de Enfermagem, Gerência Médica, Chefia Clínica e Enfermeira do serviço para que não houvesse mais agravos aos pacientes. Foram feitas ligações telefônicas para todos os pacientes listados, buscando-se informações sobre o estado de saúde do paciente, se o mesmo já havia sido operado em outra instituição, se ele ainda possuía interesse em realizar sua cirurgia, como estavam os exames pré-operatórios, se válidos ou não, e se o paciente tinha interesse em permanecer com o mesmo médico.

Todas estas questões ajudaram a reorganizar a lista de espera, com a exclusão dos pacientes que não queriam mais ser operados, dos que foram a óbito, dos operados em outra instituição, dos que não tinham contato atualizado, dos que já não residiam mais no Estado, mas, conseguiu-se apenas retirar cerca de 250 pacientes. Passou – se então a se discutir que atitudes seriam tomadas para revitalizar esse banco de dados.

Era preciso definir se receberíamos ou não novos pacientes na clínica, e se seriam excluídos todos os pacientes anteriores ao ano de 2011. Apesar da resistência da Chefia Clínica e dos Cirurgiões em geral, definiu-se que não seriam abertos novos prontuários, e que os pacientes anteriores a 2011 seriam retirados da lista de espera, mas que eles seriam atendidos se chegassem à Instituição por demanda espontânea. A exceção seria,

evidentemente, os casos dos pacientes com diagnóstico fechado de câncer e com encaminhamento da rede estadual ou municipal de saúde, referenciando o HBL.

Todas as reuniões de planejamento de ações foram documentadas em forma de Ata (ANEXO 3)(ANEXO 4), na qual consta a descrição da mesma, todos os assuntos discutidos, e as pendências que eram relatadas de forma clara e objetiva.

Deu-se, então, a definição e a produção de documentos referentes às atividades do serviço, como o POP do Acolhimento Cirúrgico (ANEXO 5), os Formulários de Descrição de Cargos do Enfermeiro (ANEXO6) e do Técnico de Enfermagem (ANEXO 7), o Siglário Cirúrgico, o Livro de Marcação de Pareceres Cardiológicos, o Mapa Cirúrgico Diário *online* e o Formulário de Avaliação Inicial de Enfermagem (ANEXO 8), o qual será adotado em toda a Instituição e se encontrava em fase de adaptação e de teste nas clínicas da unidade obstétrica e de internação.

Enquanto isso, foi assumida pelo Acolhimento a manufatura dos Mapas Cirúrgicos diários, assim, todas as clínicas cirúrgicas entregam a programação cirúrgica semanal para que se entre em contato com os pacientes. Caso haja qualquer pendência ou alteração, é de responsabilidade do Acolhimento o gerenciamento da crise e a busca de soluções junto à clínica afetada, assim como cabe a ele comunicar-se com os demais setores relatando as providências tomadas.

Ao fim de sete meses de trabalho intenso, agora composto com mais um técnico de enfermagem, o Acolhimento implantou um novo banco de dados, com compartilhamento e visualização não só da clínica em questão, mas da Diretoria Geral, Gerência Médica e Gerência de Enfermagem, com aproximadamente 350 pacientes distribuídos de acordo com sua patologia, data de exames pré-operatórios e prioridade clínica, esta definida pelo cirurgião.

Desde então, todos os pacientes cirúrgicos da Instituição passam pelo Acolhimento ou são encaminhados para ele. Nele, constrói-se com os cirurgiões responsáveis o mapa cirúrgico diário, centralizam-se as marcações de pareceres cardiológicos pré-operatórios, comunica-se aos pacientes as datas das cirurgias, orienta-se o internamento, classificam-se os pacientes prioritários, orienta-se o pré-operatório, e encaminha-se para doações de sangue na instituição referenciada.

Hoje, com duas enfermeiras diaristas, pela manhã e pela tarde, e dois técnicos de enfermagem, plantões de doze por 36 horas, de segunda a sexta-feira, o Acolhimento recebe de 150 a 200 pacientes por semana.

Por se tratar do relato da implantação de um projeto e não de uma pesquisa, este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não utilizaram nele dados relativos aos sujeitos.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

Um dos resultados esperados é o Protocolo de Atendimento ao Paciente Cirúrgico no Hospital Barão de Lucena, o que não foi atingido ainda, pois o protocolo continua em construção e em análise pela equipe multiprofissional, o que dificulta a publicação e a implantação do mesmo.

Quanto ao Referencial Teórico, com a consulta à literatura pertinente à área, importa dizer que, por ser um serviço pioneiro, pelo menos na Região e, principalmente em hospitais da rede pública, o material encontrado é de uma escassez quase desanimadora e, ao mesmo tempo, estimulante pela contribuição que está sendo dada através deste estudo.

A maior fonte de informações é a política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS – HumanizaSUS – que representou uma iniciativa na busca da integração ética à saúde, a bioética no cuidado de enfermagem. É a procura pela abordagem holística da assistência em todas as fases do cuidado, a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente com participação dele e da família.

Segundo Boff (2003, p. 48), “ o cuidado constitui a categoria central do novo paradigma de civilização que forceja por emergir em todas as partes do mundo”.

A preocupação com a humanização do cuidado, vem em decorrência da constatação de inúmeras arbitrariedades que ocorrem com aqueles que recorrem aos serviços públicos de saúde

A Humanização materializa-se através de um esforço coletivo de ações que se expressam no acolhimento, na gestão participativa, na clínica ampliada, na visita domiciliar no direito ao acompanhante, na gestão e formação do processo de trabalho, na educação permanente, na equipe de referência e apoio matricial, entre tantas outras instâncias de atuação da equipe de saúde. (MS. BRASIL, 2004)

O período pré-operatório é considerado como etapa crucial, pois este contato inicial fornecerá subsídios para todo o planejamento da assistência a ser prestada. Neste momento de esclarecimento das dúvidas, de complementação das informações, de transmissão de confiança e segurança ao paciente ameniza o estresse decorrente de um procedimento cirúrgico.

### **Projeto de intervenção: Acolhimento Cirúrgico**

O Procedimento Operacional Padrão (POP), que descreve um padrão técnico, um passo a passo de um processo, bem como as atribuições e responsabilidades dos executantes (HBL, PERNAMBUCO, 2013) do Acolhimento Cirúrgico, dispõe sobre as atividades realizadas no Acolhimento por seus componentes, nesse documento operacional, definiu-se todo o esqueleto do serviço que seria implantado. Transcrevem-se, a seguir, alguns tópicos que foram abordados:

#### **O Acolhimento Cirúrgico tem como finalidades:**

- Redução do tempo de internamento e de complicações;
- Redução da ocorrência de suspensão de cirurgias;
- Melhoria do acesso da população à assistência cirúrgica de qualidade;
- Minimização do surgimento de estresse;
- Melhora de participação do paciente na sua recuperação, frente ao conhecimento do processo pré e pós-operatório;
- Redução de alterações metabólicas e hemodinâmicas exacerbadas pelo desconhecimento sobre os procedimentos e sobre suas consequências para o paciente.

Para se atingir a finalidade proposta, é necessário que a confiança do paciente seja conquistada. Para que isso ocorra, a equipe deve:

- Identificar-se ao paciente;
- Conversar sobre o objetivo da entrevista;
- Ser cordial, clara e objetiva, saber ouvir atentamente, ser compreensiva;
- Ter disponibilidade de tempo para a orientação, propiciar ambiente agradável e confortável;
- Mostrar-se preocupada com as ansiedades e medos do paciente, oferecer segurança, diminuindo os desconfortos emocionais;
- Ter conhecimento científico, exatidão de informação, respeitar crenças espirituais e valores culturais, encorajar a verbalização;
- Respeitar a família, fazendo-a presente no processo de orientação.

### **Atribuições do Acolhimento Cirúrgico:**

- Consulta de enfermagem pré-operatória em dois momentos:
  1. Após a 1ª consulta médica:

Histórico de enfermagem, encaminhamento para exames pré-operatórios e avaliação dos critérios para avaliação cardiológica.
  2. Após a 2ª consulta médica:

Pacientes aptos são inseridos na lista de espera de cada especialidade cirúrgica; levantamento dos diagnósticos de enfermagem; elaboração do plano de cuidados pré-operatórios.
- Gerenciamento da lista de espera cirúrgica:

Planilha de espera cirúrgica *online* (*Google Drive*), alimentada pelas enfermeiras do Acolhimento Cirúrgico com compartilhamento para visualizações das equipes médicas. Baseadas nessa lista de espera, as equipes médicas entregam ao acolhimento a programação cirúrgica semanal (todas as sextas-feiras, até às 12:00), a qual, por sua vez, servirá de base para a programação cirúrgica diária.
- Gerenciamento das substituições cirúrgicas:

As substituições cirúrgicas poderão acontecer até as 12:00 do dia anterior ao procedimento agendado na programação semanal, entregues pela equipe médica ao Acolhimento Cirúrgico em mãos ou por meio lógico (e-mail institucional do Acolhimento Cirúrgico).
- Programação cirúrgica diária:

A programação cirúrgica diária é compartilhada por meio do *Google Drive* com o Centro Cirúrgico proporcionando as edições necessárias. Para os Coordenadores médicos das clínicas cirúrgicas, Gerência Médica (GM), Gerência de Enfermagem (GENF) e Diretoria Geral (DG), apenas a visualização é proporcionada, diariamente, em dias úteis a partir das 12:00 do dia anterior. A programação das segundas-feiras é compartilhada nas sextas-feiras até às 12:00.

As Consultas de Enfermagem estavam programadas para início imediato, com o gerenciamento das listas de espera dos pacientes passando de forma definitiva para o sistema lógico adotado pelo serviço, e o espaço físico ficou definido que seria no andar térreo, subordinado à Gerência do Ambulatório, com livre acesso e autonomia de encaminhamento ao Serviço de Internamento, Marcação de consultas, Laboratório, Banco de Sangue, Serviço

Social, Ambulatórios das Clínicas Cirúrgicas e Cardiológicas, Serviço de Oncologia, Nefrologia, e Centro Cirúrgico. Diante de tantos dados colhidos de forma subjetiva, através da observação e da participação no processo, como já mencionado anteriormente, pela escassez de material a ser consultado sobre o assunto, percebeu-se que os procedimentos investigativos envolvendo os métodos qualitativos são não apenas desejáveis, mas, acima de tudo, necessários à continuidade do progresso científico da área da saúde.

O Acolhimento, hoje, se tornou referência dentro da Instituição no atendimento ao paciente cirúrgico, pois, a centralização das consultas de pareceres cardiológicos não tem fila de espera, com o paciente realizando seu parecer dentro do mês solicitado e com facilidade de remarcação. Saliente-se também que os casos de prontuários errados nas consultas das juntas médicas e no momento do internamento caíram drasticamente, assim como caiu o número de suspensão de cirurgias ocorrido por inadequação do preparo cirúrgico.

O ambulatório pré-operatório e as orientações antecipadas assumem uma grande importância na prática de enfermagem, é um processo interativo em que a participação do paciente e da família é imprescindível, nesse processo, a criatividade, o bom senso, a flexibilidade e o poder de observação, são importantes qualidades no processo de coleta de informações necessárias e suficientes para que sejam tomadas decisões pertinentes ao tratamento e recuperação do paciente.

Nesse ponto, importa destacar a reação dos usuários à atuação do Acolhimento, pois esse diferencial mais humanizado proporciona, inclusive, reações positivas de surpresa nos pacientes.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Como se pode assegurar o acesso, a segurança e a qualidade do cuidado assistencial ao paciente cirúrgico no Hospital Barão de Lucena?” Foi a partir desse questionamento que procurou organizar a Instituição HBL para que funcionasse em benefício daqueles que são a razão de sua existência: os pacientes.

As dificuldades diárias mostram claramente que a instituição hospitalar de caráter público, deve se modernizar para atender às demandas atuais na área de cuidados aos pacientes. E a realidade da falta de verba para a saúde atinge diretamente não só os funcionários da Instituição, mas também os alunos, os usuários, as famílias e a comunidade que utiliza o Hospital como referência para seus tratamentos de saúde.

O HBL hoje em dia encontra-se em uma situação caótica, devido a falta de um quadro de funcionários adequado ao porte da Instituição, a Instituição está sendo afetada diretamente pela falta de anestesistas na rede pública de saúde. Apenas as cirurgias de grande porte e relacionadas a Neoplasias estão sendo realizadas recorrentemente, as demais foram reduzidas ao mínimo semanal, então as nossas listas de espera estão novamente atingindo um patamar quase quilométrico, e neste momento há apenas o gerenciamento da crise. Os pacientes que esperam há seis meses na fila estão sendo chamados pelo Acolhimento para fazer a renovação dos exames, a remarcação de junta médica e a orientação sobre o quadro em que se encontra a situação da Instituição

A implantação da consulta de enfermagem no setor foi adiada de 2013 para 2014, pois não havia ainda local adequado para avaliação física inicial do paciente, e o impresso de Avaliação Inicial da Enfermagem foi reformulado mais uma vez para se adequar às necessidades da Instituição. Definimos após essa reformulação, a qual deixou o impresso mais fluido e de fácil compreensão, que o Acolhimento realizaria durante a primeira consulta o histórico e o levantamento de dados, e que na segunda consulta concluiríamos o plano de ação e de cuidados adequados ao paciente.

Esse momento não está sendo realizado por falta de profissionais para realizar todas as consultas que se teria de fazer, além da evidente inadequação física do ambiente de trabalho, onde não há privacidade, pois a sala possui paredes de madeira e está, neste momento, em um corredor que havia sido desativado. Como a reprogramação do início das consultas foi

adequada à entrega do novo espaço físico pleiteado, não se pode esperar por mais enfermeiras, e assim, trabalho será realizado dentro do possível.

A espera pelo momento de implantação do protocolo de atendimento ao paciente cirúrgico adulto, e de todas as benesses decorrentes desse processo, não está sendo feita de forma inerte, há uma movimentação de todas as partes envolvidas para que este dia ocorra o mais breve possível, de forma ampla, irrestrita e humanizada.

“ O enfermeiro não pode deve perder a essência humanística de sua profissão”. (BONFIM, I.M. ; MALAGUTTI, W. SP, 2011)

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização (PNH). Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

BONFIM, I.M. ; MALAGUTTI, W. - Enfermagem em Centro Cirúrgico: Atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico. 2ª ed. São Paulo, Martinari; 2011, p. 21 - 28; p. 71 – 81

CHEREGATTI, A.L. - Enfermagem em clínica cirúrgica: no pré e no pós - operatório. 1ª ed. São Paulo, Martinari; 2012, p.160

Descrição de Cargos – ENFERMEIROS – HBL, Recife, PE, 2013.

Descrição de Cargos - TÉCNICOS DE ENFERMAGEM – Recife, PE, 2013.

FELDMAN, LB; GATTO, M.; CUNHA, I. História da evolução da qualidade hospitalar: Dos padrões a acreditação. Acta Paulista de Enfermagem. 2005;18(2):213-9

MANZO, BF; Brito, MJM; CORRÊA, AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP.2012; 46(2):388-394.

Procedimento Operacional Padrão - POP Acolhimento Cirúrgico - HBL, Recife, PE, 2013.

Projeto Governança Clínica no HBL - PROADI - SUS - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, Recife, PE, 2012.

SMELTZER, S.C. ; BARE, B.G. - Brunner e Suddart: Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002

Visão Geral Das Marcações Cirúrgicas – HBL, Recife, PE, 2013.

### **REFERÊNCIAS DE SITES**

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. S/D. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>. Acesso em 03/02/2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Ficha de Estabelecimento: Hospital Barão de Lucena. 2003. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=2611602427427](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2611602427427). Acesso em 03/02/2014.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Acreditação Internacional. Rio de Janeiro - RJ/ São Paulo – SP. S/D. Disponível em: <http://www.cbacred.com.br/acreditacao/acreditacao/acreditacao-internacional.asp>. Acesso em: 27/03/2014.

G1 PERNAMBUDO. No Recife, Hospital Barão de Lucena passa por reformas e ampliação. Recife, PE, 2012. Disponível em: <http://g1.globo.com/pe/pe-noticias/2012/07/no-recife-hospital-barao-de-lucena-passa-por-reformas-e-ampliacao.html>. Acesso em 03/02/2014

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. O HAUOC. São Paulo, SP, 2012. Disponível em: [http://proadi.eadhaoc.org.br/Proadi\\_EAD/mod/page/view.php?id=2](http://proadi.eadhaoc.org.br/Proadi_EAD/mod/page/view.php?id=2). Acesso em 14/03/2014.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. PROADI-SUS. São Paulo, SP, 2012. Disponível em: [http://proadi.eadhaoc.org.br/Proadi\\_EAD/mod/page/view.php?id=1](http://proadi.eadhaoc.org.br/Proadi_EAD/mod/page/view.php?id=1). Acesso em 14/03/2014.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. Sustentabilidade Social. São Paulo, SP, 2012. Disponível em: [http://www.hospitalalemao.org.br/sustentabilidade\\_social/default.aspx](http://www.hospitalalemao.org.br/sustentabilidade_social/default.aspx). Acesso em 14/03/2014.

MARTINS, Rosemeire. O que é PDCA. Maio, 2012. Disponível em: <http://www.blogdaqualidade.com.br/o-que-e-pdca/> . Acesso em 16/03/2014.

SCÁRDUA, Sandro. Governança Clínica: conceito em rápida evolução. Bahia, BA, 2012. Disponível em: <http://saudeweb.com.br/blogs/governanca-clinica-conceitos-em-rapida-evolucao/> . Acesso em 16/03/2014.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Governador assina Ordem de Serviço para novas obras no HBL, Recife, PE. 2012. <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/governador-assina-ordem-de-servico-para-novas-obras-no-hbl/>. Acesso em 03/02/2014.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Hospital barão de lucena. Pernambuco, PE, S/D. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/regiao-metropolitana/hospital-barao-de-lucena-2/>. Acesso em 03/02/2014

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Pernambuco adere ao Pacto pela Saúde. Recife, PE. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/historica-3257/> Acesso em 03/02/2014.

## Anexo 1: Projeto Governança Clínica

	PROJETO	Nº 001	Página 1 de 6
		Código: HBL.DG.PRO	
		Versão nº:01	
		Data desta versão: 20/03/2012	

### 1. PROBLEMA

Fragmentação gerencial, estrutural e processual; e fragilidade da segurança e qualidade do cuidado assistencial ao paciente cirúrgico.

### 2. JUSTIFICATIVA

Pelas evidências de baixa eficiência e efetividade da linha de cuidado. Fragmentação da sistematização (ausência de diretrizes clínicas, protocolos e fluxos), alta demanda da população e baixa utilização da capacidade operacional do bloco cirúrgico, o que dificulta o desempenho do Hospital frente às demandas do Pacto pela Saúde do Governo do Estado de Pernambuco.

### 3. OBJETIVO

- Sistematizar e otimizar o processo assistencial da linha de cuidado cirúrgico;
- Aperfeiçoar o gerenciamento da linha na sua integralidade dentro de um modelo matricial;
- Implementar a segurança do cuidado ao paciente conforme processo de acreditação hospitalar pela JCI em curso;
- Implantar uma fórmula de gerenciar as manifestações dos usuários do hospital quanto a sua percepção de qualidade.

### 4. METAS

- Definir e monitorar metas quantitativas pactuadas para os indicadores de produção, produtividade e qualidade da linha cirúrgica;
- Aumentar as taxas de utilização operacional do bloco cirúrgico e ocupação dos leitos cirúrgicos;
- Reduzir o tempo de permanência das clínicas cirúrgicas;

Elaborado por

Aprovado pela DIRETORIA GERAL em 10/04/2012

	<p style="text-align: center;">PROJETO</p>	Nº 001	Página 2 de 6
		Código: HBL.DG.PRO Versão nº:01 Data desta versão: 20/03/2012	
<b>GOVERNANÇA CLÍNICA</b>			

- Reduzir a taxa de suspensão de cirurgia.

#### 5. MÉTODOS E FERRAMENTAS

- Análise e reformulação de processos;
- Mudanças na estrutura;
- PDCA;
- Planos de ação;
- MASP (Método de Análise e Solução de Problemas).

#### 6. PRAZOS

	META	PRAZO
a)	Definir e monitorar metas quantitativas pactuadas para os indicadores de produção, produtividade e qualidade da linha cirúrgica;	30 dias
b)	Aumentar as taxas de utilização operacional do bloco cirúrgico e ocupação dos leitos cirúrgicos;	60 dias
c)	Reduzir o tempo de permanência das clínicas cirúrgicas;	60 dias
d)	Reduzir a taxa de suspensão de cirurgia.	60 dias

#### 7. CRONOGRAMA

METAS	30 DIAS				
a)					
b)					

Elaborado por

Aprovado pela DIRETORIA GERAL em 10/04/2012

	<p style="text-align: center;">PROJETO</p>	Nº 001	Página 3 de 6
		Código: HBL.DG.PRO	
		Versão nº:01	
		Data desta versão: 20/03/2012	
GOVERNANÇA CLÍNICA			

c)					
d)					

#### 8. SISTEMA DE GERENCIAMENTO

- Análise crítica dos indicadores;
- Reuniões mensais na segunda quinzena do mês;
- Reunião objetiva com apresentação de dados previamente validados para análise;
- Agenda fixa até o final do ano.

#### 9. RELEVÂNCIA

##### BENEFÍCIOS

- Organização dos processos gerencial e assistencial de cuidado aos pacientes cirúrgicos;
- Incrementação no faturamento do hospital;
- Melhoria da qualidade assistencial com satisfação do paciente;
- Otimização do acesso da população à assistência cirúrgica de qualidade;
- Integração profissional aos processos de qualidade e segurança da assistência com alinhamento ao projeto institucional

##### RISCOS

- Baixa adesão dos profissionais ao projeto;
- Insuficiência de recursos financeiros para o escopo do projeto;
- Descontinuidade do projeto em qualquer fase.

#### 10. ESCOPO

- Não haverá contratações de novos profissionais;
- Não haverá ampliação das especialidades médicas;

Elaborado por

Aprovado pela DIRETORIA GERAL em 10/04/2012

	PROJETO	Nº 001	Página 4 de 6
		Código: HBL.DG.PRO	
GOVERNANÇA CLÍNICA		Versão nº:01	
		Data desta versão: 20/03/2012	

- Não haverá incremento de tecnologia no Bloco Cirúrgico;

## 11. ESTRUTURA GERAL DO PROJETO

### COMPOSIÇÃO DA ESTRUTURA DE GOVERNANÇA

- Diretora Geral
- Gestora Médica
- Gestora de Enfermagem
- Gestor Administrativo Financeiro
- Gestor de Suprimentos

### COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE GERENCIAMENTO DO PROJETO

- Gestora Médica;
- Gestora de Enfermagem;
- Gerência da Qualidade;
- Chefia Médica da Proctologia;
- Chefia Médica da Vascular;
- Chefia Médica da Mastologia;
- Chefia Médica da Ginecologia;
- Chefia Médica da Cirurgia Geral;
- Coordenadora de Enfermagem do Bloco Cirúrgico;
- Coordenadora de Enfermagem do Bloco Obstétrico;
- Coordenadora de Enfermagem das Clínicas Cirúrgicas.

### LÍDERES DA EQUIPE DE GERENCIAMENTO DO PROJETO

- Gestora Médica;
- Gestora de Enfermagem;

Elaborado por

Aprovado pela DIRETORIA GERAL em 10/04/2012

	PROJETO	Nº 001	Página 5 de 6
		Código: HBL.DG.PRO Versão nº:01 Data desta versão: 20/03/2012	
GOVERNANÇA CLÍNICA			

#### ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ EXECUTIVO (GOVERNANÇA)

- Responsável pelo resultado final do Programa.
- Aprovar solicitações de mudanças dos projetos.
- Analisar os desvios das metas dos projetos, avaliando as ações de melhorias propostas e seus impactos.
- Selecionar e liderar os Gerentes de Projetos.
- Garantir sinergia entre os projetos de forma a garantir o resultado final do Programa.

#### ATRIBUIÇÕES DO GERENTE DE PROJETO (LÍDERES DA EQUIPE DE GERENCIAMENTO DO PROJETO)

- Responsável pelas entregas dos projetos.
- Tomar ou obter as decisões requeridas para assegurar que os objetivos dos projetos sejam atendidos.
- Manter comunicação permanente com os stakeholders do projeto.
- Convocar e liderar as reuniões da Equipe dos Projetos.
- Registrar e divulgar as lições aprendidas dos projetos.
- Assegurar a utilização da metodologia e ferramentas de gestão.
- Coordenar as interfaces entre as áreas participantes dos projetos.

#### ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE GERENCIAMENTO DE PROJETO

- Executar as atividades do projeto pactuadas com o Gerente de Projeto.
- Participar das Reuniões de Planejamento e Acompanhamento dos projetos

#### 12. PROCESSO DE VALIDAÇÃO

- HAOC
- SES-PE
- Grupo gestor HBL
- Chefias Médicas das clínicas cirúrgicas HBL
- Supervisoras de Enfermagem das áreas cirúrgicas (clínicas cirúrgicas, Bloco cirúrgico e CME)

Elaborado por

Aprovado pela DIRETORIA GERAL em 10/04/2012

	PROJETO	Nº 001	Página 6 de 6
		Código: HBL.DG.PRO	
		Versão nº:01	
		Data desta versão: 20/03/2012	

### 13. FORMALIZAÇÃO

- Termo de abertura
- Sessão inicial (10/04/2012)
- Entrega
- Termo de encerramento

### 14. GRADE DE INDICADORES

#### PRODUÇÃO

- Nº de cirurgias realizadas

#### PRODUTIVIDADE

- Taxa de uso da capacidade instalada no Bloco Cirúrgico
- Taxa de uso da capacidade operacional no Bloco Cirúrgico

#### QUALIDADE

##### a) RESULTADOS

- Taxa de infecção de sítio cirúrgico de cirurgia limpa eletiva
- Taxa de reintervenção cirúrgica não-programada em cirurgia primária eletiva

##### b) PROCESSO

- Taxa de suspensão de cirurgias eletivas

#### CUSTO

- Custo Mensal com serviços terceirizados de anestesia

### 15. ANEXOS

Fichas Técnicas dos Indicadores.

Elaborado por

Aprovado pela DIRETORIA GERAL em 10/04/2012

## Anexo 2: Visão das Clínicas



### VISÃO GERAL DAS MARCAÇÕES CIRÚRGICAS:

- 1) **VASCULAR:** NO AMBULATÓRIO A 1ª CONSULTA COM AVALIAÇÃO, EXAME FÍSICO, SOLICITAÇÃO DE EXAMES PRÉ OPERATÓRIO; NA 2ª CONSULTA AVALIAÇÃO DOS EXAMES, PEGA – SE OS DADOS DO PACIENTE DE CONTATO, PACIENTE INSERIDO POR RESIDENTE RESPONSÁVEL EM LISTA DE ESPERA CONFORME LOCALIZAÇÃO NA LISTA, A ESPERA ESTÁ EM TORNO DE 15 DIAS PARA SER INSERIDO NO MAPA CIRÚRGICO.
- 2) **MASTOLOGIA:** CONSULTA NO AMBULATÓRIO, SE DEFINIÇÃO DE CIRURGIA ENCAMINHA – SE PARA BIÓPSIA NO MESMO DIA (SE POSSÍVEL) OU ENTÃO É FEITA A BIÓPSIA NO PRÓPRIO CONSULTÓRIO, SE CISTO NÃO PALPÁVEL SOLICITA – SE USG E TODOS OS EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS NECESSÁRIOS; AO RETORNO NO AMBULATÓRIO TODOS OS EXAMES SÃO COLOCADOS NO PRONTUÁRIO E ENCAMINHADOS PARA MARCAÇÃO CIRÚRGICA COM DRA NANJI, A MARCAÇÃO ESTÁ SENDO IMEDIATA SEM PERÍODO DE ESPERA. ( SEPARAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS POR MÉDICO STAFF EM PASTAS AZUL E VERDE, VERDE PRONTUÁRIOS COMPLETOS SEM PENDÊNCIA, AZUL PRONTUÁRIOS COM PENDÊNCIAS.
- 3) **PROCTOLOGIA:** CONSULTA INICIAL COM EXAME FÍSICO, SOLICITAÇÃO DE EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS E AIH, EM ALGUNS CASOS MAIS COMPLEXO HAVERÁ UMA SEGUNDA CONSULTA PARA AVALIAÇÃO DOS EXAMES E DO PACIENTE, EM CASOS CIRÚRGICOS MAIS SIMPLES SÃO ENCAMINHADOS DIRETO PARA A JUNTA MÉDICA (COM DR. MAURÍCIO MATOS + R2 +R1) PARA SEREM INSERIDOS NO MAPA CIRÚRGICO DE FORMA IMEDIATA, PELO IPAD OU COMPUTADOR JÁ QUE O MAPA DE PROCTOLOGIA É ON LINE NO I CLOUD, SE NÃO HOVER A PRESENÇA DE DR MAURÍCIO MATOS SÃO ANOTADOS TODOS OS DADOS DO PACIENTE INCLUSIVE OS CONTATOS PARA SEREM INSERIDOS NO MAPA ASSIM QUE QUE CONSEGUIREM ACESSO AO I CLOUD, ESPERA PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA ENTRE 15 A 30 DIAS.



- 4) **GINECOLOGIA:** CONSULTA AMBULATORIAL COM EXAME FÍSICO, SOLICITAÇÃO DE EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS, AIH, APÓS SERÁ ENCAMINHADO A JUNTA MÉDICA ( DR VERA, DRA RISOMAR, DRA GRAÇA) ONDE SERÁ COLOCADO NA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA (LIVRO), NAS 6ª FEIRAS É FEITO O MAPA SEMANAL COM TODAS AS MODIFICAÇÕES NECESSÁRIAS; ANTES DE OCORRER O INTERNAMENTO OCORRE UMA REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS PELOS RESIDENTES R2 OU R3, NO DIA DO INTERNAMENTO É FEITO UM EXAME FÍSICO/GINECOLÓGICO POR R2 OU R3 + STAFF COM A PACIENTE E NOVA REAVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO, VALIDANDO O INTERNAMENTO OU NÃO.
- 5) **CIRURGIA GERAL:** CONSULTA PARA RENOVAÇÃO DOS EXAMES COM ANOTAÇÃO DE TODOS OS DADOS DO PACIENTE CIRÚRGICOS E DE CONTATO PARA SEREM ENVIADOS AO SEGUNDO AMBULATÓRIO APÓS A RENOVAÇÃO DOS EXAMES DO PACIENTE; 2ª CONSULTA PARA MARCAÇÃO DE CIRURGIA + AIH. DEVIDO DIFICULDADES JÁ EXPOSTAS O NÚMERO DE PACIENTE TEM SE REDUZIDO, FAZENDO COM QUE A ESPERA SEJA MÍNIMA. TODAS AS SEXTAS É FEITO O MAPA CIRÚRGICO SEMANAL.

## Anexo 3: Ata



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO – SES/PE  
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA  
Ata de Reunião



PROJETO GOVERNANÇA CLÍNICA NA LINHA CIRÚRGICA			
Reunião			
Data		Início 00:00H	Término 00:00H
Local	– 8º ANDAR	Elaborada por	
Pauta			
1.			
2.			
3.			
Descrições			
Assuntos Discutidos		Prazo	Responsável
Pendências		Prazo	Responsável
Anexos			
1			
2			

## Anexo 4: Ata preenchida



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO – SES/PE  
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA  
Ata de Reunião



PROJETO	GOVERNANÇA CLÍNICA NA LINHA CIRÚRGICA		
Reunião	ETAPA 02 – INTERNAMENTO PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO		
Data	27/09/2010	Início 10:00 H	Término 12:50H
Local	8º ANDAR	Elaborada por	
<b>Pauta</b>			
1.	Agenda das próximas reuniões de Governança Clínica;		
2.	Revisão e avaliação das causas de suspensão cirúrgica e definição das condutas a serem adotadas;		
3.	Descrição, avaliação e definição do fluxo geral de internamento dos pacientes cirúrgicos eletivos;		
<b>Descrições</b>			
PRIMEIRO TÓPICO DA PAUTA EXPOSTO E DISCUTIDO SEM MAIORES DELONGAS, ACERTADO AGENDA PARA 30, 31 DE OUTUBRO E 01 DE NOVEMBRO PARA AS PRÓXIMAS REUNIÕES COM DR. LUÍS CÉSAR SEM MUDANÇA DAS PAUTAS DEFINIDAS NO DIA 26/10/2012;			
SOBRE O SEGUNDO ÍTEM DA PAUTA SURTIRAM VÁRIAS PROPOSTAS QUE FORAM DISCUTIDAS PELO GRUPO GERENCIAL, DEFINIMOS A NECESSIDADE IMEDIATA DE COMUNICAÇÃO FORMAL (POR ESCRITO EM FORMULÁRIO PRÓPRIO) DAS SUSPENSÕES POR PARTE DA EQUIPE MÉDICA NO CENTRO CIRÚRGICO, SENDO A LIBERAÇÃO DE SALA CIRÚRGICA ATRELADA A ESTA COMUNICAÇÃO QUE DEVERÁ SER FEITA EM DUAS VIAS, SENDO A PRIMEIRA VIA A DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE E A SEGUNDA VIA FICA NO CENTRO CIRÚRGICO PARA ALIMENTAÇÃO DOS DADOS ESTATÍSTICOS E GERENCIAIS. SE SUSPENSÃO OCORRER FORA DO CENTRO CIRÚRGICO EM ALGUMAS DAS ALAS DA INSTITUIÇÃO O MESMO FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELA EQUIPE MÉDICA, MANTENDO – SE O MESMO PROTOCOLO, A PRIMEIRA VIA É DO PRONTUÁRIO E SEGUNDA VIA DEVERÁ SER ENVIADA AO CENTRO CIRÚRGICO IMEDIATAMENTE.			
SOBRE O FLUXO DE INTERNAMENTO DOS PACIENTES CIRÚRGICOS ELETIVOS, HOUVE DESCRIÇÃO PELO SETOR ADMINISTRATIVO DO FLUXO VIGENTE NA INSTITUIÇÃO, INICIAMOS AVALIAÇÃO DO MESMO, CONSTATAMOS QUE HÁ A NECESSIDADE DE READEQUAÇÃO ÀS NOVAS DEMANDAS DA INSTITUIÇÃO; <b>HOUVE DISCUSSÃO SOBRE:</b> PROGRAMÇÃO SEMANAL, MAPA DIÁRIO (CIRURGIA PROGRAMADA É DIFERENTE DE CIRURGIA MARCADA), DATA PROVÁVEL DE INTERNAMENTO (D0, D-1 OU D-2), HORÁRIO ADEQUADO PARA LIBERAÇÃO DO MAPA DIÁRIO, READEQUAÇÃO FUNCIONAL DO ARQUIVO E INTERNAMENTO ( QUALIFICAÇÃO E AUMENTO DO NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS), ABRIR O ARQUIVO NO FIM DE SEMANA, MODERNIZAÇÃO DO ARQUIVO, PACIENTES COM DOIS OU MAIS PRONTUÁRIOS;			
<b>Assuntos Discutidos</b>			
FAZER PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA SUSPENSÃO DE CIRURGIAS		IMEDIATO	GRUPOS DE TRABALHO
REVISÃO DO DIAGRAMA DE PARETO, RODAR O PDCA, FAZER PLANOS DE AÇÃO		IMEDIATO	GRUPOS DE TRABALHO
COMUNICAÇÃO OFICIAL (MEMO) DA GM PARA AS CHEFIAS DAS CLÍNICAS SOBRE OS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DAS SUSPENSÕES CIRÚRGICAS.		IMEDIATO	GM
<b>Pendências</b>			
FAZER POP SOBRE SUSPENSÃO CIRÚRGICA		IMEDIATO	GM E GENF



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO – SES/PE  
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA  
Ata de Reunião



<b>PROJETO</b>	<b>GOVERNANÇA CLÍNICA NA LINHA CIRÚRGICA</b>		
<b>Reunião</b>	ETAPA 02 – INTERNAMENTO PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO		
<b>Data</b>	27/09/2010	<b>Início 10:00 H</b>	<b>Término 12:50H</b>
<b>Local</b>	8º ANDAR	<b>Elaborada por</b>	
TREINAMENTO E ORIENTAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO OPERACIONAL DAS SUSPENSÕES CIRÚRGICAS;		IMEDIATO	GM E GENF
DEFINIR GRUPOS DE TRABALHO PARA CRIAÇÃO DE PLANOS DE AÇÃO, SOBRE OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO DIAGRAMA DE PARETO E RODAR O PDCA;		30/10/12	GM
ASSESSORIA ADMINISTRATIVA PARA O SETOR DE ACOLHIMENTO CIRÚRGICO;		IMEDIATO	GAF
PROGRAMAR QUALIFICAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DOS SETORES ARQUIVO E INTERNAMENTO;		30/10/12	GAF
COMPILAÇÃO DOS MÚLTIPLOS PRONTUÁRIOS;		IMEDIATO	GAF E MV
MUDANÇA DO ACOLHIMENTO PARA SALA PRÉ – DETERMINADA;		IMEDIATO	GEM
<b>Anexos</b>			
1	ATA DA REUNIÃO		
2			

## Anexo 5: POP

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Nº 001	Página 1 de
		Código:	
<b>ACOLHIMENTO CIRÚRGICO (CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA)</b>		Versão nº:01	
		Data desta versão: 15/07/2013	

### SUMÁRIO

1. OBJETIVO
2. ABRANGÊNCIA
3. CONCEITOS
4. DESCRIÇÃO
5. RESPONSABILIDADES
6. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS
7. REFERÊNCIAS
8. ANEXOS

### HISTÓRICO DAS REVISÕES

No. DA VERSÃO	DATA	ITEM ALTERADO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	RESP. PELA ALTERAÇÃO	JUSTIFICATIVA

Elaboração:  
Aprovado pela DIRETORIA GERAL

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 001	Página 2 de
		Código:	
ACOLHIMENTO CIRÚRGICO (CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA)		Versão nº:01	
		Data desta versão: 15/07/2013	

## 1. OBJETIVO

Descrever o processo de acolhimento cirúrgico do paciente adulto.

## 2. ABRANGÊNCIA

Ambulatório e Clínicas Cirúrgicas

## 3. CONCEITOS

### 3.1. SIGLAS

COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
GM	GERENCIA MÉDICA
GENF	GERENCIA DE ENFERMAGEM
DG	DIRETORIA GERAL

### 3.1.1. DEFINIÇÕES:

**Acolhimento:** É uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) definida como compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram o serviço de saúde. Implica na escuta do usuário e suas queixas e no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e compartilhamento de saberes.

**Acolhimento Cirúrgico:** Consiste na consulta de Enfermagem, preconizada na Resolução do COFEN nº 358/2009, realizada pelo profissional enfermeiro no período pré-operatório, garantindo as orientações necessárias para encaminhamentos dos exames pré-operatórios e pareceres necessários, além de informações sobre a internação, processo cirúrgico, plano de cuidados pré-operatórios e recuperação cirúrgica.

### • DESCRIÇÃO

O Acolhimento Cirúrgico tem como finalidades:

- Redução do tempo de internamento e de complicações;
- Redução da ocorrência de suspensão de cirurgias;
- Melhoria do acesso da população à assistência cirúrgica de qualidade;
- Minimização do surgimento de estresse;
- Melhora de participação do paciente na sua recuperação, frente ao conhecimento do processo pré e pós-operatório;

Elaboração:  
Aprovado pela DIRETORIA GERAL

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Nº 001	Página 3 de
		Código:	
<b>ACOLHIMENTO CIRÚRGICO (CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA)</b>	Versão nº:01		
	Data desta versão: 15/07/2013		

- Redução de alterações metabólicas e hemodinâmicas exacerbadas pelo desconhecimento sobre os procedimentos e suas consequências para o paciente.

Para se atingir a finalidade proposta é necessário que a confiança do paciente seja conquistada. Para que isto ocorra, a equipe deve:

- Identificar-se ao paciente;
- Conversar sobre o objetivo da entrevista;
- Ser cordial, claro e objetivo, saber ouvir atentamente, ser compreensivo;
- Ter disponibilidade de tempo para a orientação, propiciar ambiente agradável e confortável;
- Mostrar-se preocupado com as suas ansiedades e medos, oferecer segurança, diminuindo os desconfortos emocionais;
- Ter conhecimento científico, exatidão de informação, respeitar crenças espirituais e valores culturais, encorajar a verbalização;
- Respeitar a família, fazendo-a presente no processo de orientação;

#### Atribuições do Acolhimento Cirúrgico:

- Consulta de enfermagem pré-operatória em dois momentos:
  1. Após 1ª consulta médica: histórico de enfermagem, encaminhamento para exames pré-operatórios e avaliação dos critérios para avaliação cardiológica.
  2. Após 2ª consulta médica: Pacientes aptos são inseridos na lista de espera de cada especialidade cirúrgica; levantamento dos diagnósticos de enfermagem; elaboração do plano de cuidados pré-operatórios.
- Gerenciamento da lista de espera cirúrgica: Planilha de espera cirúrgica on line (Google drive), alimentada pelas enfermeiras do acolhimento cirúrgico com compartilhamento para visualizações das equipes médicas. Baseada nesta lista de espera, as equipes médicas entregam ao acolhimento a programação cirúrgica semanal (todas as sextas feiras até às 12:00h), que por sua vez servirá de base para programação cirúrgica diária.
- Gerenciamento das substituições cirúrgicas: as substituições cirúrgicas poderão acontecer até as 12:00 do dia anterior ao procedimento agendado na programação semanal, entregues pela equipe médica ao acolhimento cirúrgico em mãos ou por meio lógico (e-mail institucional

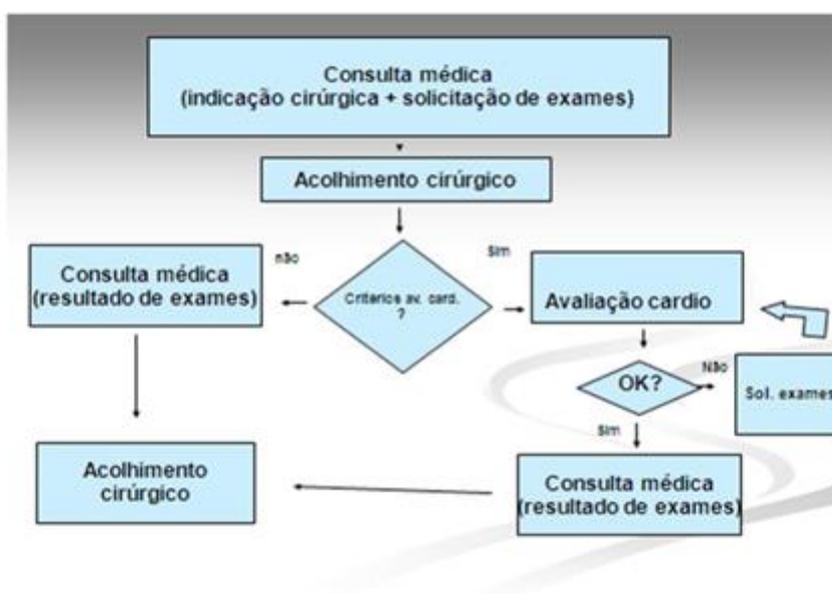
Elaboração:  
Aprovado pela DIRETORIA GERAL

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Nº 001	Página 4 de
		Código:	
<b>ACOLHIMENTO CIRÚRGICO (CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA)</b>	Versão nº:01		
	Data desta versão: 15/07/2013		

do acolhimento cirúrgico).

- Programação cirúrgica diária: A programação cirúrgica diária é compartilhada por meio do Google drive com o Centro cirúrgico e visualização dos coordenadores médicos das clínicas cirúrgicas, GM, GENF e DG, diariamente em dias úteis até às 12:00h do dia anterior. A programação das segundas feiras são compartilhadas nas sextas feiras até às 12:00 h.

#### Fluxo de atendimento do paciente pré-operatório:



#### • RESPONSABILIDADES

Enfermeiros Assistenciais do Acolhimento cirúrgico, auxiliares administrativos do acolhimento cirúrgico e Médicos das Clínicas Cirúrgicas.

#### • REFERÊNCIAS

Resolução 358/2009 Conselho Federal de Enfermagem dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Política Nacional de Humanização

Elaboração:  
Aprovado pela DIRETORIA GERAL

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 001	Página 5 de
		Código:	
ACOLHIMENTO CIRÚRGICO (CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA)	Versão nº:01		
	Data desta versão: 15/07/2013		

- ANEXOS

Formulário de avaliação inicial de Enfermagem – Adulto e Obstetrícia

Formulário de descrição de cargos dos Enfermeiros do Acolhimento Cirúrgico

Formulário de descrição de cargos dos auxiliares administrativos do Acolhimento Cirúrgico



Elaboração:  
Aprovado pela DIRETORIA GERAL

Secretaria Estadual de Saúde – SES  
Hospital Barão de Lucena – HBL  
Unidade de Educação em Saúde – UES

### Formulário de Descrição de Cargos

<b>Cargo: Enfermeiro do Acolhimento cirúrgico</b>			
<b>Área / Setor: Assistencial/ Acolhimento Cirúrgico</b>			
<b>Atribuições</b>	<b>Requisitos Mínimos</b>	<b>Requisitos Desejáveis</b>	<b>Conhecimentos/ habilidades necessárias</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerenciamento da lista de espera cirúrgica;</li> <li>• Gerenciamento das suspensões e substituições ocorridas na programação cirúrgica diária;</li> <li>• Consulta de enfermagem pré - operatória em dois momentos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Após 1º consulta médica:</b> Histórico de enfermagem com levantamento das necessidades do paciente cirúrgico, encaminhamentos para exames pré operatórios e avaliação cardiológica;</li> <li>2. <b>Após 2º consulta médica (marcação de cirurgia):</b> Levantamento dos</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolaridade: Curso de Graduação em Enfermagem;</li> <li>• Registro no Conselho de classe;</li> <li>• Experiência: Mínima de 06 meses em Clínica Cirúrgica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialização em área assistencial;</li> <li>• Atualização em Diagnósticos de Enfermagem;</li> <li>• Atualização em informática;</li> <li>• Atualização em línguas (Inglês ou espanhol).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competência para o planejamento e execução de ações gerenciais;</li> <li>• Facilidade de comunicação e relacionamento interpessoal;</li> <li>• Habilidade para o planejamento educacional das necessidades do paciente cirúrgico;</li> <li>• Facilidade para lidar com a interdisciplinaridade inerente a função;</li> <li>• Conhecimento em cuidados de enfermagem com o paciente cirúrgico.</li> </ul>

## Anexo 6: Descrição de Cargos Enfermeiro

<p>diagnósticos de enfermagem, elaboração do plano de cuidados pré-operatórios. Orientação quanto a doação de sangue, normas e rotinas do Hospital;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração da programação cirúrgica semanal;</li> <li>• Elaboração da programação cirúrgica diária e envio do mesmo ao centro cirúrgico para divulgação;</li> </ul>			
<p><b>Elaborado por:</b> _____, em: 05/10/2012</p>			
<p><b>Revisado por:</b> _____, em: ____/____/____</p>			
<p><b>Aprovado por:</b> _____, em: ____/____/____</p>			

Secretaria Estadual de Saúde – SES  
Hospital Barão de Lucena – HBL  
Unidade de Educação em Saúde – UES

Formulário de Descrição de Cargos

Cargo: Auxiliar Administrativo do Acolhimento Cirúrgico			
Área / Setor: Assistencial / Acolhimento Cirúrgico			
Atribuições	Requisitos Mínimos	Requisitos Desejáveis	Conhecimentos/ habilidades necessárias
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recepcionar o paciente na sala de acolhimento cirúrgico e orientar o mesmo;</li> <li>Realizar contatos telefônicos para os pacientes da fila de espera cirúrgica e agendar as consultas para os ambulatórios específicos;</li> <li>Digitar documentos e encaminhar aos setores devidos;</li> <li>Digitar e entregar ao Centro Cirúrgico a relação de pacientes que serão operados no dia seguinte;</li> <li>Realizar pedidos semanais de insumos de acordo com a necessidade do setor;</li> <li>Solicitar consertos de equipamentos quando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escolaridade: Segundo Grau completo ou Curso Técnico em área afim completo;</li> <li>Experiência: Mínima de 06 meses em serviços burocráticos;</li> <li>Conhecimentos básicos em informática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Graduação em área afim;</li> <li>Atualização em informática;</li> <li>Atualização em línguas (inglês ou espanhol).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilidade de comunicação e relacionamento interpessoal;</li> <li>Facilidade para lidar com a interdisciplinaridade inerente a função;</li> <li>Conhecimento e habilidade informática básica;</li> <li>Conhecimento da estrutura física do hospital para facilidade de acesso e orientação aos pacientes.</li> </ul>

Anexo 7: Descrição de Cargos Técnicos de Enfermagem

<p>necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Resgate e devolução dos prontuários utilizados nas consultas realizadas no setor.</li></ul>			
<b>Elaborado por:</b> _____ em: 05/10/2012			
<b>Revisado por:</b> _____, em: ____/____/____			
<b>Aprovado por:</b> _____, em: ____/____/____			

## Anexo 8: Avaliação Inicial de Enfermagem



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/PE

HOSPITAL BARÃO DE LUCENA SUS.PE

Avaliação Inicial de Enfermagem - Adulto e Obstetrícia

DEVE SER PREENCHIDA NAS PRIMEIRAS 24 HORAS DE INTERNAÇÃO



I. ENTREVISTA				
IDENTIFICAÇÃO				
NOME DO PACIENTE:			PRONTUÁRIO:	
RG:	CPF:	SEXO: ( ) F ( ) M	DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:
PORTA DE ENTRADA NA INSTITUIÇÃO: ( ) SALA 3 ( ) ONCOLOGIA ( ) OBSTETRÍCIA ( ) AMBULATÓRIO ( ) CENTRAL DE LEITOS				
PROCEDÊNCIA: ( ) RESIDÊNCIA ( ) OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE ( ) OUTROS _____				
GRAU DE ESCOLARIDADE:				
ACOMPANHANTE: ( ) NÃO ( ) SIM		NOME:	GRAU DE PARENTESCO:	
RISCOS				
ALERGIAS:		( ) QUEDA ( ) FLEBITE ( ) SUICÍDIO	VIDE ROTINA ESPECÍFICA	
		( ) UPP ( ) OUTROS _____		
DADOS INICIAIS DA INTERNAÇÃO				
PARA O PACIENTE, QUAL O MOTIVO DA INTERNAÇÃO/TRATAMENTO?				
INTERNAÇÕES/CIRURGIAS RADIOTERAPIA/QUIMIOTERAPIA	LOCALIZAÇÃO/TIPO	DATA DO PROCEDIMENTO	INSTITUIÇÃO	OBSERVAÇÃO
ANTECEDENTES PESSOAIS/HÁBITOS				
COMORBIDADES	SIM	NÃO	DESCONHECE	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
DIABETES				DESDE QUANDO? TIPO:
HIPERTENSÃO				DESDE QUANDO?
CARDIOPATIA				QUAIS?
TVP/TEP				HÁ QUANTO TEMPO?
DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA				QUAIS?
OUTRAS				QUAIS?
TABAGISMO				QUANTOS CIGARROS/DIA?
ETILISMO				FREQUÊNCIA:
ATIVIDADE FÍSICA				FREQUÊNCIA:
SONO E REPOUSO: ( ) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) INSÔNIA ( ) OUTROS _____				
ASPECTOS NUTRICIONAIS				
PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) NÃO ( ) SIM			MENOS _____ Kg	
REDUÇÃO NA INGESTA ALIMENTAR NA ÚLTIMA SEMANA? ( ) NÃO ( ) SIM				
HISTÓRIA DE: ( ) TRANSPLANTE ( ) NEOPLASIAS ( ) HEPATOPATIA CRÔNICA ( ) IRC			01 ITEM POSITIVO ACIONAR NUTRICIONISTA	
ASPECTOS SOCIAL, ECONÔMICO E ESPIRITUAL				
( ) MORA SOZINHO ( ) COM FAMILIARES ( ) OUTROS _____ CUIDADOR: ( ) NÃO ( ) SIM			01 ITEM POSITIVO ACIONAR SERVIÇO SOCIAL	
SITUAÇÃO ECONÔMICA: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE DE QUEM? _____				
PROFISSÃO: _____ CRENÇA: _____				
BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL? _____			ADEQUAR FORMA DE COMUNICAÇÃO	
DÉFICIT: ( ) VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) NEUROLÓGICO ( ) OUTROS _____				
GRAU DE INSTRUÇÃO: ( ) ANALFABETO ( ) PRIMEIRO GRAU ( ) SEGUNDO GRAU ( ) SUPERIOR ( ) OUTROS _____				
MEDO DE FICAR LONGE DA FAMÍLIA: ( ) NÃO ( ) SIM RECEIO DE CONSEQUÊNCIAS DA DOENÇA: ( ) NÃO ( ) SIM			01 ITEM POSITIVO ACIONAR PSICOLOGIA	
SENTE INSEGURANÇA, MEDO, SOLIDÃO E DESAMPARO: ( ) NÃO ( ) SIM OBSERVAÇÕES: _____				
ANIMADO COM O TRATAMENTO/CIRURGIA: ( ) NÃO ( ) SIM OBSERVAÇÕES: _____				

ENFª

COREN-PE:

DATA:

/

/

HORA: \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/PE  
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA SUS.PE  
Avaliação Inicial de Enfermagem - Adulto e Obstetrícia



NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO				
TEM VONTADE DE RECEBER INFORMAÇÕES EDUCATIVAS: ( ) NÃO ( ) SIM OBSERVAÇÕES: _____			ESCLARECER DÚVIDA OU ACIONAR O PROFISSIONAL COMPETENTE	
PREFERE INFORMAÇÕES DO TIPO VERBAL: ( ) NÃO ( ) SIM OBSERVAÇÕES: _____				
PREFERE QUE A COMUNICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES: ( ) A ELE MESMO ( ) AOS FAMILIARES OBSERVAÇÕES: _____				
RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA				
NOME DO MEDICAMENTO	TRAZIDO DE CASA	VIA	DOSE	HORÁRIO
ACIONAR FARMACÊUTICO PARA VALIDAÇÃO DE MEDICAMENTOS TRAZIDOS DE CASA E/OU NÃO PADRONIZADOS				
DECLARAÇÃO DA CONFIRMAÇÃO DOS DADOS				
NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:		ENFª	DATA:	
ASSINATURA:		COREN-PE:	HORA:	

II. EXAME FÍSICO				
SISTEMA NERVOSO CENTRAL				
ESTADO GERAL: ( ) REGULAR ( ) GRAVE ( ) GRAVÍSSIMO ( ) COMPROMETIDO			ESCALA DE GLASGOW:	
ATIVIDADE: ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COMATOSO ( ) OBNUBILAD			ESCALA DE RANSEY:	
TÔNUS: ( ) NORMAL ( ) HIPOTÔNICO ( ) HIPERTÔNICO			ESCÓTOMAS: ( ) NÃO ( ) SIM	
EVOLUÇÃO DA DOR: (PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DA DOR)			OBSERVAÇÃO:	
ESCALA DA DOR UTILIZADA:			HORA:	
ASPECTOS EMOCIONAIS: ( ) CHOROSO ( ) IRRITADO ( ) AGRESSIVO ( ) COMPREENSIVO ( ) PARTICIPATIVO ( ) OUTROS _____				
OBSERVAÇÃO:				
CABEÇA E PESCOÇO				
CABEÇA: ( ) DEFORMIDADES ( ) LESÃO DE COURO CABELUDO ( ) FO ( ) TQT			PUPILAS: ( ) FOTORREATIVA	
OLHOS: SECREÇÃO: ( ) NÃO ( ) SIM CARACTERÍSTICA: ( ) D ( ) E ( ) AMARELADA ( ) FISIOLÓGICA			( ) MIDRIÁTICA ( ) MIÓTIC ( ) D ( ) E	
( ) ACUIDADE DIMINUÍDA ( ) USO DE LENTES CORRETIVAS			( ) ISOCÓRICO ( ) ANISOCORIA	
NARIZ: ( ) EPISTAXE	BOCA: ( ) PRÓTESE	LÍNGUA:	OUVIDO: ( ) D ( ) E ( ) SECREÇÃO	
	( ) LESÃO DENTÁRIA		( ) ACUIDADE DIMINUÍDA ( ) PRÓTESE	
OBSERVAÇÃO:				

TORÁX E SISTEMA RESPIRATÓRIO				
PADRÃO RESPIRATÓRIO: ( ) EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIDISPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DESCONFORTO LEVE A MODERADO				
TIRAGENS E RETRAÇÕES: ( ) TIC ( ) TSC ( ) BAN ( ) RETRAÇÃO DE FÚRCULA ( ) RETRAÇÃO SUBXIFOIDÉIA ( ) RETRAÇÃO INFRA-ESCAPULAR				
OXIGENIOTERAPIA: ( ) NÃO ( ) SIM	TOSSE: ( ) NÃO ( ) SIM	SECREÇÃO: ( ) NÃO ( ) SIM	MODALIDADE: ( ) CAT O <sup>2</sup> FLUXO:	
DRENO TORÁCICO: ( ) NÃO ( ) SIM	( ) MÁSC DE VENTURI ( ) CPAP ( ) TOT N <sup>o</sup>	PF: CM ( ) TQT N <sup>o</sup>	( ) VMA ( ) VMNI	( ) D ( ) E
SECREÇÃO: ( ) NÃO ( ) SIM	FIO <sup>2</sup> : MODO:	PIP: PEEP: TI: FC:		
VOLUME: ASPECTO:	NEBULIZAÇÃO: ( ) NÃO ( ) SIM ( ) B <sup>2</sup>	( ) ATROVENT ( ) PULMICORT ( ) ADRENALINA		
CUIDADOS: ( ) TROCA DE FIXAÇÃO DE TOT/TQT ( ) TROCA DE CIRCUITO DE VENTILADOR/NEBULIZAÇÃO/UMIDIFICADOR/AMBÚ <sup>o</sup> ( ) TROCA CURATIVO DO DRENO				
MAMAS: ( ) D ( ) E ( ) SIMÉTRICAS ( ) TÚRGIDAS ( ) FLÁCIDAS ( ) MASTITE ( ) FISSURA ( ) MAMILO INVERTIDO ( ) BOA PEGA				
OBSERVAÇÃO:				

ENFª

COREN-PE:

DATA:

/

/

HORA: \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/PE  
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA SUS.PE



Avaliação Inicial de Enfermagem - Adulto e Obstetrícia

SISTEMA CARDIOVASCULAR			
RITMO: ( ) ARRITMIA ( ) BRADICARDIA ( ) TAQUICARDIA	SOPRO: ( ) NÃO ( ) SIM	PERFUSÃO: ( ) BOA ( ) LÍMITE ( ) REGULAR ( ) RUIM	
DISTRIBUIÇÃO HÍDRICA: ( ) REGULAR ( ) ANASARCA ( ) EDEMA DE EXTREMIDADES ( ) MAL DISTRIBUÍDO ( ) DESIDRATADO			
ACESSO VENOSO: ( ) CENTRAL LOCAL: ( ) PERIFÉRICO LOCAL:	CURATIVO: ( ) NÃO ( ) SIM		
( ) PAM LOCAL: ( ) FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA LOCAL:			
INFUSÕES VENOSAS:	ASPECTO:		
CUIDADOS: ( ) TROCA DO CURATIVO DO ACESSO VENOSO CENTRAL ( ) FILME TRANSPARENTE ____/____ DIAS	BH:		
AVALIAÇÃO DE FLEBITE: (ESCALA DE MADOX) ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	LOCALIZAÇÃO:		
PRESSÃO ARTERIAL: ( ) HIPERTENSO ( ) HIPOTENSO ( ) NORMOTENSO ( ) CONTROLE DE PA DE / H			
OBSERVAÇÃO:			

SISTEMA GASTROINTESTINAL			
ABDOMEN: ( ) PLANO ( ) FLÁCIDO ( ) DEPRESSÍVEL ( ) GLOBOSO ( ) DISTENDIDO ( ) TIMPÂNICO	VÍSCEROMEGALIAS: ( ) NÃO ( ) SIM		
( ) ASCÍTICO ( ) OSTOMIAS ( ) ÊMESE ( ) FO ( ) GRAVÍDICO ( ) BCF	QUAL(S)?		
NUTRICIONAL: DIETA: ( ) NÃO ( ) SIM VOLUME: PERÍODO: ( ) EM BIC	SE GRAVÍDICO: AFU: IG:		
VIA: ( ) SOG ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) ORAL ( ) SUSPENSA	GLICEMIA CAPILAR:		
CUIDADOS: ( ) TROCA DA FIXAÇÃO DA SOG/SNG/SNE/GTT	EVACUAÇÕES: ( ) NÃO HÁ QUANTO TEMPO? ( ) SIM Nº VEZES		
RESÍDUO GÁSTRICO:	ASPECTOS: ( ) DIARRÉICA ( ) ENDURECIDA ( ) PASTOSA ( ) NORMAL		
OBSERVAÇÃO:	INVOLUÇÃO UTERINA:		

SISTEMA GENITURINÁRIO			
ASPECTO DA GENITÁLIA:	DIURESE: ( ) SVD ( ) ESPONTÂNEA ( ) FRALDA	ASPECTO: ( ) HEMATÚRIA ( ) COLÚRICA	
( ) LESÕES ( ) VARIZES	( ) SONDAGEM INTERMITENTE / H	( ) METORRAGIA	
LÓQUIOS: ( ) SEROSO ( ) SEROSANGUINOLENTO ( ) SANGUINOLENTO	DU: DU:	VOLUME: ( ) ANÚRIA ( ) OLIGÚR ( ) POLIÚRIA	
OBSERVAÇÃO:	_____ ml/12 H _____ ml/12 H		

SISTEMA LOCOMOTOR	
( ) EDEMA ( ) LESÕES ( ) PRÓTESES ( ) VARIZES ( ) FO	MARÇA:
RISCO PARA QUEDA: (ESCALA DE MORSE) ( ) BAIXO (0 A 24 PONTOS) ( ) MÉDIO (25 A 50 PONTOS) ( ) ALTO (ACIMA DE 50 PONTOS)	
OBSERVAÇÃO:	CONTENÇÃO NO LEITO: ( ) NÃO ( ) SIM ( ) QUÍMICA ( ) FÍSICA

SISTEMA TEGUMENTAR			
COLORAÇÃO: ( ) DESCORADO ( ) CIANÓTICO ( ) ICTÉRICO	ZONA:	TURGOR: ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PREJUDICADO	
INTEGRIDADE DA PELE: ( ) SIM ( ) NÃO	TIPO DE LESÃO: ( ) CRÔNICA ( ) AGUDA ( ) CIRÚRGICA ( ) TRAUMÁTICA ( ) ÚLCERA POR PRESSÃO		
PONTOS POR PRESSÃO:			
RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO: (ESCALA DE BRADEN) ( ) BAIXO (18 A 20 PONTOS); ( ) MODERADO (12 A 17 PONTOS) ( ) ALTO (06 A 11 PONTOS)			
OBSERVAÇÃO:			

ESCALAS				
ESCALA DE BRADEN (AVALIAÇÃO DO RISCO DE UPP)				
DESCRIÇÃO	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS
PERCEPÇÃO SENSORIAL	TOTALMENTE LIMITADO	MUITO LIMITADO	LEVEMENTE LIMITADO	NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	COMPLETAMENTE MOLHADO	MUITO MOLHADO	OCASIONALMENTE MOLHADO	RARAMENTE MOLHADO
ATIVIDADE	ACAMADO	CONFINADO À CADEIRA	ANDA OCASIONALMENTE	ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	TOTALMENTE IMÓVEL	BASTANTE LIMITADO	LEVEMENTE LIMITADO	NÃO APRES LIMITAÇÕES
NUTRIÇÃO	MUITO POBRE	PROVAVELMENTE INADEQUADA	ADEQUADA	EXCELENTE
FRICÇÃO E CISALH.	PROBLEMA	PROBLEMA EM POTENCIAL	NENHUM PROBLEMA	TOTAL:

ENF#

COREN-PE:

DATA:

/

/

HORA: \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/PE  
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA SUS.PE



Avaliação Inicial de Enfermagem - Adulto e Obstetrícia

ESCALA ANALÓGICA DE DOR			
0		10	
Sem Dor		Pior Dor Possível	
0 - SEM DOR 1 A 3 - DOR 4 A 6 - DOR MODERADA A INTENSA 7 A 9 - DOR INTENSA 10 - PIOR DOR POSSÍVEL			
ESCALAS			
ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA)		ESCALA DE MADDOX (FLEBITE)	
		0	AUSÊNCIA DE REAÇÃO
		+ 1	SENSIBILIDADE AO TOQUE SOBRE A PORÇÃO IV DA CÂNULA
		+ 2	DOR CONTÍNUA SEM ERITEMA
		+ 3	DOR CONTÍNUA, COM ERITEMA E EDEMA, VEIA DURA PALPÁVEL A MAIS DE 8 CM ACIMA DO LOCAL IV DA CÂNULA
		+ 4	DOR CONTÍNUA, COM ERITEMA E EDEMA, VEIA DURA PALPÁVEL A MAIS DE 8 CM ACIMA DO LOCAL IV DA CÂNULA
		+ 5	TROMBOSE VENOSA APARENTE. TODOS OS SINAIS DE 4, MAIS FLUXO VENOSO = 0, PODE TER SIDO INTERROMPIDO DEVIDO À TROMBOSE.
TOTAL		SCORE	
ESCALA DE RAMSAY (NÍVEL DE SEDAÇÃO)		ESCALA DE GLASGOW	
NÍVEL DE ATIVIDADE	PONTOS	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL
PACIENTE ANSIOSO, AGITADO OU IMPACIENTE	1	ESPONTÂNEA	4
PACIENTE COOPERATIVO, ORIENTADO E TRANQUILO	2	À VOZ	3
PACIENTE QUE RESPONDE SOMENTE AO COMANDO VERBAL	3	À DOR	2
PACIENTE RESPONDE ATIVAMENTE A UM TOQUE LEVE NA GLABELA OU A UM ESTÍMULO SONORO AUDITIVO	4	NENHUM	1
PACIENTE RESPONDE DÉBILMENTE A UM TOQUE LEVE NA GLABELA OU A UM ESTÍMULO SONORO AUDITIVO	5	ORIENTADA	5
PACIENTE QUE NÃO RESPONDE A UM TOQUE LEVE NA GLABELA OU A UM ESTÍMULO SONORO AUDITIVO	6	CONFUSA	4
		PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
		PALAVRAS INCOMPREENSIVAS	2
		NENHUMA	1
		RESPOSTA MORAL	6
		OBEDECE COMANDO	5
		LOCALIZA A DOR	4
		MOVIMENTO DE RETIRADA	3
		FLEXÃO ANORMAL	2
		EXTENSÃO ANORMAL	1
		NENHUMA	1
TOTAL		TOTAL	
NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL			
PESSOA ENVOLVIDA NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO: ( ) PACIENTE ( ) ACOMPANHANTE OU FAMILIAR OBSERVAÇÕES: _____			
( ) PRÉ CIRURGIA ( ) HÁBITOS ALIMENTARES/DIETOTERAPIA			
( ) PÓS CIRURGIA ( ) TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS: _____			
( ) AUTO CUIDADO/HÁBITO DE VIDA DIÁRIA: _____ ( ) OUTRAS QUAIS? _____			
( ) PREPARO PARA ALTA ( ) OUTRAS QUAIS? _____			

ENF#

COREN-PE:

DATA:

/

/

HORA: \_\_\_\_\_