



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL



JAQUELINE SOUZA DA SILVA

A GESTÃO CLÍNICA DO FLUXO ASSISTENCIAL DAS CIRURGIAS ELETIVAS
DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE
JANEIRO

Rio de Janeiro

2017

JAQUELINE SOUZA DA SILVA

**A GESTÃO CLÍNICA DO FLUXO ASSISTENCIAL DAS CIRURGIAS ELETIVAS
DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE
JANEIRO**

Dissertação apresentada a Banca do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do Título de Mestre Profissional em Saúde Perinatal.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Fonte de Rezende Filho
Co orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Rio de Janeiro

2017

Si381 Silva, Jaqueline Souza da
A gestão clínica do fluxo assistencial das cirurgias eletivas da Maternidade Escola Da Universidade Federal do Rio De Janeiro /Jaqueline Souza da Silva-- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2017.
76 f.; 31 cm.
Orientador: Prof. Dr. Jorge Fonte de Rezende Filho
Dissertação (Mestrado em Saúde Perinatal) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, 2017.
Referências bibliográficas: f. 58
1. Gestão Clínica. 2. Segurança do Paciente. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Responsáveis. 5. Saúde Perinatal – Dissertação. I. Rezende Filho, Jorge Fontes. II. Esteves, Ana Paula Vieira dos Santos II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. III. Título.

A GESTÃO CLÍNICA DO FLUXO ASSISTENCIAL DAS CIRURGIAS ELETIVAS DA
MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Jaqueline Souza da Silva

Orientador: Prof. Drº. Jorge Fonte de Rezende Filho

Co orientadora: Prof.ª. Drª Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Aprovada por:

Presidente, Prof. Drº. Jorge Fonte de Rezende Filho

Prof. Drº. Joffre Amim Junior

Prof. Drº. Roberto José Leal

Prof.ª. Drª Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Prof. Drº. Cristos Pritsivelis

Rio de Janeiro

Março 2017

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo à minha família e amigos pelo apoio, paciência, e ajuda em todos os momentos percorridos durante o Mestrado Profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela iluminação e sabedoria nos momentos de dificuldades e desânimo.

Agradeço os meus pais: José Carlos e Eva pela ajuda e apoio. E também os meus filhos: Larissa e Lucas pelo incentivo e paciência.

Agradeço aos Dr. Jorge Fonte Rezende Filho (orientador) e Dr. Joffre Amim Junior pela oportunidade de participar do Mestrado Profissional.

Agradeço a Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves pela paciência, amizade, orientação nos momentos de desorientação e o incentivo para continuar o percurso até o fim.

E também agradeço aos amigos: Ádane, Joelma, Gleiciane, Hélder, Priscila Oliveira, Caroline e Renata Vasconcelos.

Agradeço os professores do Mestrado Profissional pela contribuição intelectual e acadêmica.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos” (Marcel Proust)

RESUMO

SILVA, Jaqueline Souza da. **A gestão clínica do fluxo assistencial das cirurgias eletivas da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. 2017. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Perinatal) – Programa de Mestrado Multiprofissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A organização da assistência integral prestada à paciente cirúrgica a partir da gestão da clínica, visando uma atenção de qualidade, segura e efetiva. Neste sentido, a construção de um protocolo de assistência à paciente cirúrgica eletiva para a maternidade é a proposta de estudo. Será uma abordagem qualitativa, com cunho analítico onde será testada a hipótese original. O estudo de caso foi a estratégia escolhida para a pesquisa, com intuito de avaliar as ações no centro obstétrico, através da utilização do mapa cirúrgico, de kits pré-definidos de materiais de consumo, de acordo com a proposta de organização de gestão clínica intitulada pela autora, por meio desta estratégia ocorrerá o mapa cirúrgico, a solicitação de cirurgias e o planejamento prévio de quesitos necessários para todo o itinerário terapêutico cirúrgico proposto para o paciente. Tal proposta está sendo desenvolvida na Maternidade Escola da UFRJ. Objetivo geral: Estruturar a assistência perioperatória da atenção perinatal na Maternidade Escola, com vistas a gestão clínica do processo de trabalho do profissional de saúde, melhoria do fluxo assistencial e segurança da paciente. Objetivos específicos: construir um protocolo de agendamento para as cirurgias eletivas; implementar o protocolo e o fluxo assistencial de programação cirúrgica para realizar a gestão clínica no centro obstétrico e criar indicadores para o processo de monitorização da assistência prestada. A coleta de dados foi por meio de um instrumento de coleta de dados do tipo questionário estruturado, onde a pesquisadora fez um pré e pós-teste sobre o modelo organizacional proposto. A análise dos dados dos questionários foi pelo método de Bardin (2011) (análise de conteúdo) e se concentrará em torno de três partes: pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e interpretação dos dados já alcançados. E foi realizada a validação do instrumento com especialistas através da técnica Delphi e análise dos dados com a escala Likert.

Palavras-chave: Gestão clínica. Segurança do paciente. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

SILVA, Jaqueline Souza da. **The clinical management of the care flow of the elective surgeries of the School Maternity of the Federal University of Rio de Janeiro**. 2017. 76 f. Dissertation (Master in Perinatal Health) - Multiprofessional Master Program in Perinatal Health, School Maternity, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The organization of the full assistance provided to the surgical patient from the management of the clinic, aiming for quality care, safe and effective. In this sense, the construction of an elective surgical care protocol for motherhood is the proposal of the study. It will be a qualitative approach, with an analytical character where the original hypothesis will be tested. The case study was the strategy chosen for the research, in order to evaluate the actions in the obstetric center, through the use of the surgical map, of predefined kits of consumption materials, according to the proposal of a clinical management organization entitled by the author, through this strategy will occur the surgical map, the request of surgeries and the previous planning of necessary questions for all the surgical therapeutic itinerary proposed for the patient. This proposal is being developed in the School Maternity of UFRJ. General objective: To structure the perioperative care of perinatal care in the School Maternity with a view to the clinical management of the work process of the health professional, improvement of the care flow and patient safety. Specific objectives: build a scheduling protocol for elective surgeries; Implement the protocol and care flow of surgical programming to perform clinical management in the obstetric center and create indicators for the process of monitoring the care provided. The data collection was done through a data collection instrument of the structured questionnaire type, where the researcher did a pre and post test on the proposed organizational model. The analysis of the data of the questionnaires was by the method of Bardin (2011) (content analysis) and will be concentrated around three parts: pre-analysis, material exploration and treatment of results, inference and interpretation of data already achieved. And the instrument validation was carried out with specialists using the Delphi technique and data analysis with the Likert scale.

Keywords: Clinical management. Patient safety. Quality of health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Representação gráfica para o Fluxograma	28
Figura 2	Kit parto normal.....	48
Figura 3	Kit cesárea/videolaparoscopia/laqueadura tubária/laparotomia exploratória....	49
Figura 4	Kit curetagem/cura gem/cerc la gem/gestação molar	50
Figura 5	Kit anestesia	51
Figura 6	Kit setor	52
Gráfico 1	Frequência da 2ª Avaliação.....	43
Gráfico 2	Frequência da 3ª Avaliação.....	44
Quadro 1	Conhecer o Mapa Cirúrgico	33
Quadro 2	Conhecer O Agendamento Cirúrgico	33
Quadro 3	Aquisição Do Conhecimento Através Do Treinamento.....	34
Quadro 4	Realização Agendamento.....	34
Quadro 5	Antecedência Na Programação Cirúrgica	35
Quadro 6	Utilização Do Processo	37
Quadro 7	Alguma Contribuição	38
Quadro 8	2ª Avaliação dos Especialistas	40
Quadro 9	3ª Avaliação dos Especialistas	41
Quadro 10	2ª Avaliação dos Especialistas de acordo com a legenda	41
Quadro 11	3ª Avaliação dos Especialistas de acordo com legenda	42
Quadro 12	Frequência Absoluta e Relativa da 2ª Avaliação	43
Quadro 13	Frequência Absoluta e Relativa da 3ª Avaliação	43
Quadro 14	Avaliação dos especialistas e o Coeficiente Alfa de Cronbach.....	45

LISTA DAS SIGLAS

AMIU	Aspiração Manual Intrauterino
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HEMO	Hemocomponentes
IG	Idade Gestacional
GVIMS	Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviço de Saúde
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviço de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VIDEO	Videolaparoscopia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PES	Planejamento Estratégico Situacional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	JUSTIFICATIVA.....	15
1.2	Objetivo geral.....	16
1.3	Objetivos específicos.....	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1	Gestão da clínica.....	17
2.1.1	Mapeamento dos processos.....	18
2.1.2	Processo de trabalho.....	20
2.2	Agendamento Cirúrgico.....	21
2.2.1	Fluxograma de Agendamento Cirúrgico.....	22
2.3	Qualidade e Segurança do Paciente.....	23
3	METODOLOGIA.....	26
3.1	Materiais e Métodos.....	26
3.2	Aspectos Éticos.....	32
4	RESULTADOS.....	33
4.1	Categorias.....	33
4.2	A validação Do Mapa Cirúrgico pela técnica Delphi e Escala Likert.....	39
4.3	Indicadores.....	46
4.4	Kits Cirúrgicos.....	47
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	54
6	CONCLUSÃO.....	60
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICE A – PRÉ-TESTE.....	68
	APÊNDICE B – PÓS-TESTE.....	69
	APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE CIRURGIAS.....	70
	APÊNDICE D - MAPA CIRÚRGICO.....	71
	APÊNDICE E – MAPA CIRÚRGICO COM VALID... ..	72
	APÊNDICE F – MAPA CIRÚRGICO FINAL... ..	73
	APÊNDICE G – PROTOCOLO DE AGENDAMENTO DASCIRUR... ..	74
	APÊNDICE H- FLUXOGRAMA DO AGENDAMENTO.....	76
	APÊNDICE I PROJETO APLICATIVO.....	77
	APÊNDICE J TCLE.....	111
	ANEXO – ATA DA DISSERTAÇÃO.....	112

1 INTRODUÇÃO

A gestão da assistência à saúde objetiva a oferta de um serviço de qualidade, seguro e com custos eficientes na organização das ações no atendimento à paciente. E para que a assistência à paciente seja eficaz, o planejamento do serviço é necessário, estabelecendo estratégias para o melhor gerenciamento da atenção à saúde.

Neste sentido, novas tecnologias nos sistemas de saúde surgiram para alcançar as melhoras práticas clínicas no atendimento à paciente e as suas necessidades de saúde. A gestão da clínica é uma tecnologia de saúde que promove um atendimento eficiente, baseado nas evidências clínicas e visando melhorar a qualidade assistencial.

A gestão da clínica teve suas origens em dois sistemas de saúde, a atenção gerenciada nos Estados Unidos da América (EUA), caracterizada pela liberdade e prática clínica organizada pelos profissionais e também pela governança clínica oriunda do Reino Unido que estabeleceu as melhorias da qualidade dos serviços e pelas políticas educacionais e gerenciais para melhoria da atenção à saúde (MENDES, 2014, p.45).

No Brasil, a gestão da clínica iniciou-se com a Constituição Federal em 1988, e posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua regulamentação, com a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de atenção à saúde. A Portaria do Ministério da Saúde (MS), nº 4279/10, estrutura as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo estratégias para assegurar um atendimento de qualidade, humanizado, com eficácia clínica e sanitária. A Rede de Atenção à Saúde se organiza a partir de um processo de gestão da clínica associada à eficiência na utilização dos recursos, através do planejamento e gestão.

“A gestão clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção a saúde de qualidade centrada nas pessoas, efetiva, segura, eficiente, oportuna, equitativa e ofertada de forma humanizada” (MENDES, 2011, p.368).

Essas tecnologias sanitárias destinam-se ao planejamento e avaliação da assistência prestada à usuária, promovendo o gerenciamento do cuidado, estabelecendo um fluxo de atendimento integral, articulando ações e saberes dos profissionais envolvidos.

Neste sentido, o cliente ocupar lugar de destaques é uma tendência da gestão contemporânea dos serviços de saúde, o que a equipe necessita se preparar para lidar de maneira natural com esse usuário, que cada vez mais estará envolvido com o processo terapêutico e como trabalho desenvolvido nas organizações, propiciando grande avanço no que se refere ao atendimento, das reais necessidades da clientela atendida (FERNANDES et al, 2003, p.165).

O cuidado à saúde está centrado no acolhimento a paciente, no estabelecimento do vínculo e na responsabilidade das ações, através da linha de cuidado. Pessoa, Santos e Torres (2011, p.21), “define linha de cuidados como a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde”.

A organização de uma assistência integral prestada à paciente, através da linha de cuidado objetiva o planejamento, a implementação e avaliação da qualidade dos cuidados. Para Braga (2006 apud SANTOS; CUBAS, 2012, p.22), as diretrizes da linha de cuidado visam à racionalização e a qualificação de serviços na rede em relação ao paciente, que deve, conforme sua necessidade, percorrer um caminho qualificado e facilitado para ter acesso aos serviços em razão do diagnóstico e da terapêutica que lhe foi prescrita. Com bases nesses conceitos e observando a nossa prática diária, o caminho percorrido pela paciente dentro da Maternidade Escola desde a marcação até a realização do procedimento cirúrgico, são questões que se revelam como “dificuldades” para a organização de processo de trabalho e otimização dos recursos humanos, materiais e a capacidade instalada para atender o Centro Obstétrico.

Os processos e tecnologias de trabalhos estão associados um certo modo de agir, no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados que sejam satisfatórios do ponto de vista da sua eficácia tanto para o usuário quanto para o trabalhador (FRANCO; MERHY, 2012, p.154)

Atualmente, estou como Coordenadora de Enfermagem do Centro Obstétrico, onde os agendamentos dos procedimentos cirúrgicos são realizados numa planilha que circula no ambulatório, na medicina fetal e na divisão médica, para que os profissionais médicos possam realizar tal marcação. Esta planilha fica na Emergência (porta de entrada na unidade) e os profissionais do Centro Obstétrico precisam ir até o setor para verificar as marcações do dia. Havendo então uma comunicação informal destas programações para a equipe do centro obstétrico.

As pacientes comparecem no dia e hora marcados e comunicam que vieram para a internação e posterior procedimento cirúrgico. Além dessas marcações, esta unidade que é

referência em gestações com risco fetal, na cidade do Rio de Janeiro, atende usuárias de outras unidades para o atendimento na maternidade, de cesáreas de urgência/emergências, abortos e outros.

Nesse sentido, observo que todas essas causas impactam no processo de trabalho do centro obstétrico, uma vez que há falta de programação para uso dos recursos humanos e materiais, dificuldades de previsão para utilização das salas operatórias, resultando na falta de rotatividade de leitos, diminuindo a produtividade do setor, aumentando o tempo de permanência das usuárias e o custo hospitalar. Além de acarretar na comunicação inadequada para a equipe do setor, que precisa buscar as informações na planilha da emergência.

Sendo assim, na tentativa de organizar e realizar a gestão clínica deste setor, eu enquanto Coordenadora, me vi em meio a algumas questões norteadoras do estudo que emergiram mediante tais inquietações: Seria possível organizar o fluxo assistencial das cirurgias eletivas neste setor, com vistas a aperfeiçoar os processos de trabalho? Com a organização de tal fluxo, melhoraria a questão da qualidade da assistência com vistas a segurança do paciente? Mediante a programação das cirurgias eletivas, seria possível criar indicadores de tal processo para avaliar a gestão da clínica? O mapa de programação cirúrgica possibilitaria uma melhor gestão clínica do processo de trabalho do profissional de saúde na assistência perioperatória, melhorando assim o fluxo assistencial? E assim prosseguimos com a planificação desta dissertação com o intuito de sanar tais questionamentos e realizar a gestão clínica do ambiente organizacional em questão.

A organização de um fluxo assistencial para a usuária atendida na maternidade começou com a identificação da quantidade de clientes admitidas na internação para a realização de procedimento cirúrgico na unidade, que mensalmente fica em torno de 30% e a ausências de um fluxo cirúrgico e de protocolos.

Com a construção de uma programação cirúrgica semanal, foi possível visualizar os procedimentos a serem seguidos, planejamento de insumos e dos custos através da utilização dos kits cirúrgicos, dimensionar adequadamente os profissionais de enfermagem e apoio, organizar salas, organização dos pedidos de urgência e emergência através de uma planilha, além de aproveitar, utilizar e planejar o uso das informações cotidiano mapa cirúrgico, através dos indicadores cirúrgicos para planejar e otimizar o uso do setor. Segundo Franco e Magalhães Junior (2004, p.4), “a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. ”

A qualidade da assistência é uma busca incessante pelas instituições de saúde, estabelecendo padrões na produção do cuidado e na segurança do paciente. A partir da produção do cuidado se estabelece um projeto Terapêutico que segundo, Costa et al (2014, p.740), “pode constituir o fio condutor para os fluxos da linha do cuidado, os quais devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. ”E a resolutividade da assistência a usuária está centrada na integralidade das ações de saúde e na produção deste cuidado.

Nesse sentido, este estudo teve como hipótese: o protocolo e fluxo de agendamento organizarão o atendimento eletivo as pacientes cirúrgicas da unidade.

1.1 Justificativa

A proposta do estudo se baseou na prática assistencial nos centros cirúrgicos e obstétricos, onde o uso do mapa de programação das cirurgias e também das urgências/emergências solicitadas, faz-se necessário para a melhoria da assistência. A organização do serviço de saúde favorece a gestão assistencial e viabiliza toda a rede de apoio terapêutico e diagnóstico que permeia o atendimento da usuária da instituição. A operacionalização da linha de cuidado contribui para as boas práticas da assistência e organiza todo um fluxo e além de desempenhar um papel importante na qualidade e produtividade dos atos de saúde.

O objeto de estudo tem a intenção de colocar em prática uma assistência cirúrgica estruturada na atenção materno-infantil, visando a melhoria do cuidado. A necessidade de se documentar a assistência a usuária, por meio de um instrumento de agendamento cirúrgico, a fim de facilitar a comunicação entre os setores dentro da unidade. A implementação do mapa de programação cirúrgica à mulher atendida na instituição, permitirá o melhor desempenho do centro obstétrico, além de proporcionar o conhecimento da programação cirúrgica com antecedência e a possibilidade de novas avaliações da assistência através dos indicadores.

E a utilização da linha de cuidado integral à mulher pela instituição, poderá servir de modelo para outras unidades de saúde e ensino, como melhoria na qualidade assistencial centrada na saúde materno-infantil.

O processo de construção de tecnologias leve-duras iniciou na descoberta de uma planilha de marcação das pacientes atendidas na instituição para internação. Nesta planilha encontra-se nome, prontuário, diagnóstico e o nome do médico responsável pela paciente.

E também a solicitação da sala operatória para as urgências e emergências, é feita em um livro, que fica no Centro Obstétrico, onde os médicos plantonistas colocam o motivo da solicitação, hora e assinatura com carimbo.

Então, diante destas situações encontradas, surgiu o seguinte questionamento: o mapa de programação cirúrgica possibilita uma melhor gestão clínica do processo de trabalho do profissional de saúde na assistência perioperatória, melhorando assim o fluxo assistencial?

O estudo através desses questionamentos e da possibilidade de se organizar um serviço prestado as pacientes, foram traçados os objetivos da pesquisa.

1.2 Objetivo geral

Estruturar a assistência perioperatória da atenção perinatal na Maternidade Escola com vistas a gestão clínica do processo de trabalho do profissional de saúde, melhoria do fluxo assistencial e segurança da paciente.

1.3 Objetivos específicos

- Construir um protocolo de agendamento das cirurgias eletivas;
- Implementar o protocolo de agendamento e o fluxo assistencial de programação cirúrgica para realizar a gestão clínica no centro obstétrico;
- Criar indicadores para o processo de monitorização da assistência prestada.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Gestão da clínica

A gestão da clínica no atendimento à paciente cirúrgica é melhorar a assistência prestada, produzindo um cuidado de qualidade, eficiente, seguro e, além disso, aperfeiçoar os recursos materiais, humanos e da capacidade instalada do centro obstétrico.

As origens da gestão da clínica iniciaram em dois sistemas de saúde, que segundo Vecina Neto (2014, p.45), “a mais antiga, desenvolvida no sistema privado dos Estados Unidos da América, a atenção gerenciada. Outra, mais recente, a governança clínica que se estabeleceu no serviço nacional do Reino Unido”.

Estes sistemas se fundamentam no livre acesso aos serviços de saúde, estabelecimento dos custos efetivos na atenção à saúde, produzir cuidados livres de danos aos pacientes e melhoria da qualidade assistencial.

No Brasil, a partir desses dois sistemas de saúde, foi adotada a expressão gestão da clínica, que se destina a prover uma assistência humanizada, efetiva, visando a melhoria das práticas clínicas no atendimento das usuárias (MENDES, 2011, p.364), definiu como um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde. Nesta perspectiva, a gestão da clínica estabelece padrões ótimos para a prática, com o objetivo de obter a assistência de qualidade, efetiva e segura, onde o paciente é visto como um todo. Para Travassos e Caldas (2013, p.20), “a qualidade do cuidado é composta por diversos atributos, que incluem: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade”.

Baseado nesses atributos que a gestão da clínica busca a melhoria da qualidade dos serviços de saúde centrada no usuário. A gestão da clínica são tecnologias sanitárias que segundo Mendes (2011, p.368), “partem das tecnologias mãe, as diretrizes clínicas, e a partir delas desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera”.

As diretrizes clínicas são recomendações importantes para a gestão da clínica, “com o propósito de influenciar decisões dos profissionais da saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias específicas”(MENDES, 2014, p.46).As diretrizes clínicas possuem quatro funções que atendem aos sistemas de saúde: gerencial, educacional, comunicacional e legal.

A função gerencial segundo Mendes (2011, p.373) “decorre da necessidade de controle da variabilidade dos serviços de saúde, faz-se pela verificação da evidência e sua incorporação das linhas guias e os protocolos clínicos”. Estes últimos são os dois tipos principais de diretrizes clínicas.

As linhas guias são recomendações que sistematizam todo o atendimento à usuária, Mendes (2011, p.372), comenta que são “desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizada de modo a normatizar todo o processo”. Já os protocolos clínicos detalham o processo através de documentos específicos.

A função gerencial estabelece estratégias para que as ações sejam planejadas, otimizando recursos e viabilizando os processos dentro dos serviços de saúde. O planejamento das cirurgias eletivas no centro obstétrico perpassa pela organização do setor na parte gerencial e também no cuidado à paciente, uma vez que os profissionais são comunicados com antecedência do procedimento e se preparam para o atendimento.

Rivera e Artmann (2012, p.39) comentam Matus (1993), “o planejamento articula o projeto (propósitos de governo) com a capacidade de gerir as habilidades, a gestão e liderança (capacidade de governo) com a variedade das ações controladas ou não (governabilidade) ”.

Neste sentido que o triângulo de Matus (1993) citado por Riveira e Artman (2012) (projeto, gestão e liderança e o controle das ações) possibilita que a gestão se organize com antecedência e monitore este processo que envolve a assistência à paciente neste momento crucial para ela e a família. Os processos são analisados e mapeados, visando ações de melhoria da qualidade do cuidado e desta forma garantindo a segurança cirúrgica da paciente.

2.1.1 Mapeamento dos processos

A partir da gestão clínica, o processo de atendimento à paciente possibilita planejar, organizar e gerenciar as atividades prestadas às usuárias. Neste contexto, a assistência cirúrgica as pacientes que são atendidas no centro obstétrico foram mapeadas, com intuito de melhorar a qualidade do atendimento.

O mapeamento dos processos envolvidos neste atendimento, como: agendamento cirúrgico, otimização dos insumos e equipamentos, dimensionamento dos recursos humanos e a relação das atividades desenvolvidas na assistência geram dados que servirão para os

indicadores. Segundo Demarchi (2012, p.40) “para a realização do cuidado integral à paciente, é necessário entender a articulação entre os diversos processos e como integrá-los de forma racional”.

Os processos são atividades que transformam as informações em serviços dentro da organização. A gestão baseada em processos permite avaliar, medir, monitorar e obter resultados de qualidade na assistência. Guimarães et al. (2016, p.1163), comenta que:

[...] entre as ferramentas reconhecidas para a gestão das organizações está o mapeamento de processos, instrumento básico para conhecer, avaliar, controlar, colocar em prática e melhorar continuamente os processos de trabalho.

A gestão da assistência através dos processos envolvidos fornece dados diários da organização e do planejamento setorial, visando um atendimento de qualidade e eficiente. Desta forma, é possível, gerenciar o atendimento realizado, focando nas necessidades da paciente, produzindo uma assistência de qualidade.

O entendimento do processo dentro de uma organização foi explicado por Scartezini (2009, p.9) em que “todo trabalho realizado numa organização, faz parte de um processo. Não existe um produto ou serviço oferecido sem um processo. A gestão por processos é a forma estruturada de visualização do trabalho”.

O mapeamento dos processos realizados no setor possibilita avaliar os fluxos de atendimento e agendamento das cirurgias. Além de verificar o desempenho da assistência prestada à paciente e a segurança na realização dos procedimentos cirúrgicos.

No centro obstétrico viabilizará a gestão das atividades realizadas no setor, permitindo o planejamento eficiente e eficaz das necessidades da clientela assistida pela unidade. Gomes et al.(2015, p.41), comenta que “a importância de atividades que promovam uma ampliação das informações ligadas aos processos e fluxo de trabalho nas organizações, auxiliando na realização de uma gestão de excelência”.

O propósito do mapeamento do processo é garantir um atendimento de qualidade, eficaz, eficiente e livre de erros. A viabilidade do processo depende do apoio dos profissionais envolvidos na ação, segundo Rivera (2011, p.1848) “a construção de legitimidade nos processos de diálogo, de cooperação peça essencial da possibilidade de permitir que um plano de ação”.

O processo começa com o atendimento da paciente no ambulatório (pré-natal) e posteriormente a avaliação médica que definirá uma possível intervenção cirúrgica. A partir dessa avaliação, é agendada a cirurgia eletiva para a paciente, e tem seu desfecho com a

realização do procedimento cirúrgico. Todo o atendimento envolvido é mapeado e segundo Guimarães et al (2016, p.1162) “possibilita a compreensão do fluxo e das rotinas dos serviços, auxiliando na identificação de falhas dos processos realizados”.

2.1.2 Processo de trabalho

A construção do processo de trabalho na saúde é baseada no homem, que atuando sobre a produção do cuidado com os meios necessários para transformá-los em uma assistência de qualidade e eficaz. Pessoa, Santos e Torres (2011, p.23) conceituam processo de trabalho como, “as práticas dos trabalhadores da saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde”.

A relação entre os trabalhadores e os usuários durante a produção do cuidado é a criação de vínculos, que permitem uma assistência mais acolhedora nos processos produtivos de trabalho. Segundo Merhy (2007, p.29), “expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção de cuidado, bem como de governá-las”.

Nesta perspectiva que o trabalho em saúde articula estratégias buscando o aprimoramento do cuidado através de tecnologias que podem ser duras, leve-duras e leves. Essas tecnologias são definidas por Franco e Merhy (2012, p.154), “a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras (equipamentos), leve-duras (conhecimentos técnicos) e leves (relacionais)”.

A relação dos processos de trabalho com as tecnologias implantadas pelos autores produz uma conexão e a formação de fluxos de produção de cuidado assistencial seguro para o paciente no período perioperatório.

Neste sentido Franco (2006, p.3) diz que “sempre haverá a articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize”.

O cuidado vai sendo produzido à medida que a mulher caminha pelas redes interligadas nos processos de trabalho em saúde, como um rizoma, que se distingue como uma haste subterrânea de multiplicidade, que se interagem entre si. Deleuze e Guattari (1995, p.4), dizem que “num rizoma, ao contrário, cada traço não remete necessariamente a um traço

linguístico: Cadeias semióticas de toda natureza são aí conectadas a modos de codificação muito diversos, cadeias biológicas, políticas, etc....”.

As comunicações não verbais deste processo de trabalho vão se entrelaçando ao longo da assistência realizada para a paciente. Permitindo a multiplicidade das ações visando o atendimento perioperatório na unidade de saúde.

Essa assistência perioperatória materna é muito peculiar e exige um trabalho em saúde eficaz, evitando assim danos em decorrência de uma assistência inadequada. Segundo diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2014, p.7), “as complicações têm sua origem no próprio processo de gravidez e parto e em outras situações, elas podem surgir em decorrência da assistência oferecida ou como consequência de erros no processo de trabalho”.

A construção de um protocolo de agendamento para as pacientes cirúrgicas eletivas da Maternidade Escola servirá para melhorar o processo de trabalho já existente na unidade, visando uma comunicação mais efetiva entre os profissionais e o planejamento do atendimento à paciente para o procedimento cirúrgico eletivo. A possibilidade de uma internação com antecedência promoverá o preparo da paciente e da equipe do centro obstétrico para o procedimento cirúrgico eletivo eficaz.

2.2 Agendamento cirúrgico

O centro obstétrico é um setor que se destina a diferentes modelos de parto humanizado, mas com o agravamento das condições clínicas da paciente durante o período gestacional e de parto, torna-se necessário um planejamento da assistência prestada com antecedência. Botazini, Toledo e Souza (2015, p.211), referem que “a estrutura do programa cirúrgico a ser desenvolvido é realizada por um enfermeiro no dia prévio a cirurgia. A equipe responsável deve emitir um aviso cirúrgico com antecedência”.

Apesar do aumento da cobertura de pré-natal na rede de atenção à saúde, há ainda um grande número de óbitos maternos e segundo Vecina Neto (2014, p.220), “tem importante casualidade no momento do parto”.

Partindo desses relatos, o planejamento do centro obstétrico é para atender a demanda interna de agendamento cirúrgico eletivos, a fim de evitar subutilização das salas operatórias, otimizando custos e recursos disponíveis. A partir desse momento, pensar em planejar ações para resolver os problemas existentes tornou-se uma estratégia.

Em 1996, Carlos Matus propôs o Planejamento Estratégico Situacional (PES), onde o conhecimento da realidade permiti identificar os problemas, planejar e implementar as ações viáveis, com o intuito de atingir os objetivos propostos. Segundo Melleiro, Tronchin e Ciampone (2005, p.166) “processar problemas implica em explicar como se desenvolve, fazer planos para atacar as suas causas, analisar e construir a viabilidade política do plano e nas propostas de solução”.

O planejamento estratégico do centro obstétrico perpassa pela rede articulada dos processos de trabalho formada para viabilizar todo o atendimento perioperatório das pacientes cirúrgicas. Além disso, o planejamento envolve o número de salas operatórias, com a RDC nº 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2002, p.52), recomenda “[...] uma (01) sala operatória para cada trinta (30) leitos obstétricos”. A capacidade produtiva do setor, todo grupo de profissionais envolvidos seja direta ou indiretamente, a quantidade de insumos e equipamentos, além das tecnologias leve-duras e leves já implementadas.

E também envolve o tipo de cirurgia, o tempo médio dos procedimentos, tempo de limpeza entre os procedimentos, preparo para as cirurgias, atendimento pré e pós anestésico e de permitir a comunicação das equipes (médica, enfermagem, nutrição e administração) dos agendamentos cirúrgicos eletivos diariamente. Portanto, o planejamento através “do agendamento não é uma atividade trivial e deve ser cuidadosamente estruturado e gerenciado” (VECINA NETO, 2014, p.218).

O planejamento antecipado dos agendamentos cirúrgicos organiza o setor, e este ordenamento começa bem antes, quando ocorre a marcação da cirurgia no ambulatório. E todo esse caminho percorrido pela paciente até a sua cirurgia, é como se fosse um mapa. Esta ideia pode ser comparada ao mapa e visto no rizoma de, que

O decalque já traduziu o mapa em imagem, já transformou o rizoma em raízes e radículas. Organizou, estabilizou, neutralizou as multiplicidades segundo eixos de significância e de subjetivação que são os seus (DELEUZE; GUATTARI 1995, p.9).

2.2.1 Fluxograma de agendamento cirúrgico

A formulação das linhas guias partem do estabelecimento da atenção a uma condição de saúde e suas prioridades. Partindo desta premissa, será estabelecido um fluxo de atendimento perioperatório à usuária assistida numa maternidade pública, federal e de ensino, desde a sua chegada a unidade de saúde até sua alta hospitalar.

Neste contexto, a construção da linha guia para a assistência perioperatória, permitirá desenhar o caminho percorrido pela usuária, além do acompanhamento articulado dos atendimentos prestados à usuária e a criação do fluxograma perioperatório da unidade em questão. Segundo Santos e Penna (2009, p.653), “as linhas de cuidado integram os recursos disponíveis em fluxos de assistência que garantem ao usuário o acesso àqueles necessários à sua assistência”.

O fluxo de agendamento integrará todas as ações terapêuticas no atendimento à usuária, promove o conhecimento dos processos de trabalho dos profissionais de saúde ao longo deste caminho, além de acolher à usuária com responsabilidade e cuidado na assistência prestada.

A partir dessa perspectiva, foi pensado num protocolo assistencial perioperatório para as usuárias da maternidade. A construção do protocolo assistencial foi feita a partir do mapeamento das ações realizadas no caminho da usuária dentro da unidade, Merhy (2007, p.73) dizem que “a perspectiva de ‘desenhar’ certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção”.

A produção do cuidado dentro do protocolo assistencial perioperatório foi esquematizada através do fluxograma (representação gráfica) e foram utilizados símbolos universalmente padronizados:

A elaboração deste fluxograma representa descritivamente a entrada da paciente na unidade e todas as etapas pelo qual passa, até a saída, com a alta hospitalar. Segundo Franco (2006, p.1), “o reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações, ou seja, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações”.

O fluxo assistencial de programação cirúrgica informará e orientará o processo de trabalho dentro da unidade.

2.3 Qualidade e segurança do paciente

A qualidade na assistência é primordial para segurança do paciente nos serviços de saúde, uma vez que o gerenciamento dos riscos, das tecnologias, dos medicamentos e de todo o processo de cuidar, permiti a criação de protocolos, rotinas e ações que guiarão os profissionais da saúde no atendimento.

A qualidade é definida por Gama e Saturno (2013, p.30), como “oferecer um serviço ou produto que vai atender as necessidades e expectativas do que ele pretende atender”.

A qualidade envolve atender com atenção e respeito ao paciente, baseado no conhecimento científico, com acesso adequado as tecnologias e aos serviços de saúde, evitando causar desnecessariamente danos ao mesmo.

A segurança do paciente é uma busca constante no mundo atual e tem como premissa a de reduzir ou eliminar o dano causado ao paciente durante o seu atendimento. Todo dano produzido na assistência ao paciente, deve ser investigado as causas e consequências, como medida para avaliar todo o cuidado prestado, além de evitar novos erros.

Em 1999, nos EUA foi publicado o documento intitulado Erro é humano: construindo um sistema seguro. E os autores Capella, Cho e Lima (2013, p.13) comentam ainda que “ a qualidade na assistência aumenta a possibilidade de obter os resultados com o nível de conhecimento atual”.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2011 publicou a RDC nº 63 que dispõe sobre as boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, humanização e gestão e também aborda a segurança do paciente. E na Portaria nº529 de 1 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de qualificar o cuidado com boas práticas em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com os órgãos responsáveis pela saúde dos países vem buscando estratégias para promover a segurança nos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, prevenindo erros que causem danos.

A qualidade nos serviços depende de seis dimensões criadas e adaptadas pela OMS (2012) e seriam as seguintes citadas no documento da Anvisa em 2013:

- 1- Segurança – evitar que a assistência prestada resulte em lesões;
- 2- Efetividade – prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes;
- 3- Atenção centrada no paciente – Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores;
- 4- Oportunidade/acesso – redução das esperas e atrasos, por vezes prejudiciais para aqueles que recebem e prestam o cuidado;
- 5- Eficiência – prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias;
- 6- Equidade – prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoas, tais: gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômicos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013, p.32).

As organizações de saúde buscam a qualidade nos serviços prestados e que sejam realizados de forma efetiva, eficaz e com eficiência. E para atingir essa qualidade, o atendimento deve ocorrer corretamente, com menor custo, com ausências de erros. A RDC nº 63 defini no seu Art. 4º como garantia da qualidade: a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos, para os fins a que se propõem;

A gestão dos serviços avalia os resultados de suas ações através dos indicadores setoriais, avaliando a possibilidade de mudança das atitudes nas intervenções e planejando a melhoria do desempenho dentro da instituição. E para isso aconteça é necessário o entendimento de toda equipe multiprofissional acerca da segurança da paciente.

3 METODOLOGIA

3.1 Materiais e métodos

O presente estudo foi desenvolvido na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), localizada no município do Rio de Janeiro. Onde o cenário de estudo é assim descrito: um centro obstétrico com quatro (4) leitos de pré-parto e parto, três salas operatórias, sala de atendimento imediato ao RN e uma unidade intermediária (UI).

A abordagem foi qualitativa, descritiva, analítica e como desenho tivemos um estudo de caso. Os estudos descritivos e analíticos produzem e analisam informações relevantes, que segundo Rouquayrol e Gurgel (2013, p.65), “devem orientar ações de assistência, prevenção e controle de doenças, além de influenciar o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde”.

O estudo de caso foi uma estratégia escolhida para a pesquisa, com intuito de avaliar as ações no centro obstétrico, com a utilização do mapa cirúrgico, kits e solicitação das cirurgias. Yin (2001, p.31), comenta Schramm (1971), onde a “essência de um estudo de caso, é esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados”.

A busca pelos artigos para fundamentar o estudo proposto foi feita nas bases de dados Lilacs, Pubmed e Medline, com a utilização das palavras-chave: “Gestão Clínica”; “Segurança Do Paciente”; “Qualidade da Assistência à Saúde”. Os artigos foram selecionados a partir do mês de abril de 2015 até abril de 2016.

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: médicos obstetras e enfermeiros responsáveis pelo agendamento cirúrgico das cirurgias eletivas no ambulatório e os médicos obstetras e enfermeiros, que iriam utilizar este agendamento cirúrgico para o gerenciamento do centro obstétrico.

Os critérios de exclusão a outros profissionais, que mesmo estando envolvidos no processo de atendimento assistencial cirúrgico, como nutricionistas, psicólogos, nutrólogos, assistentes sociais e os técnicos de enfermagem, não fazem parte do agendamento e do gerenciamento cirúrgico no centro obstétrico.

Sendo assim, para cumprir os três objetivos específicos do estudo com vistas a atingir a estruturação da assistência perioperatória da atenção perinatal na Maternidade Escola da UFRJ, para estruturar a gestão clínica do processo de trabalho do profissional de saúde, melhoria do fluxo assistencial e segurança da paciente. Foi desenhada a seguinte trajetória metodológica:

Objetivo 1 - Construir um protocolo de agendamento das cirurgias eletivas:

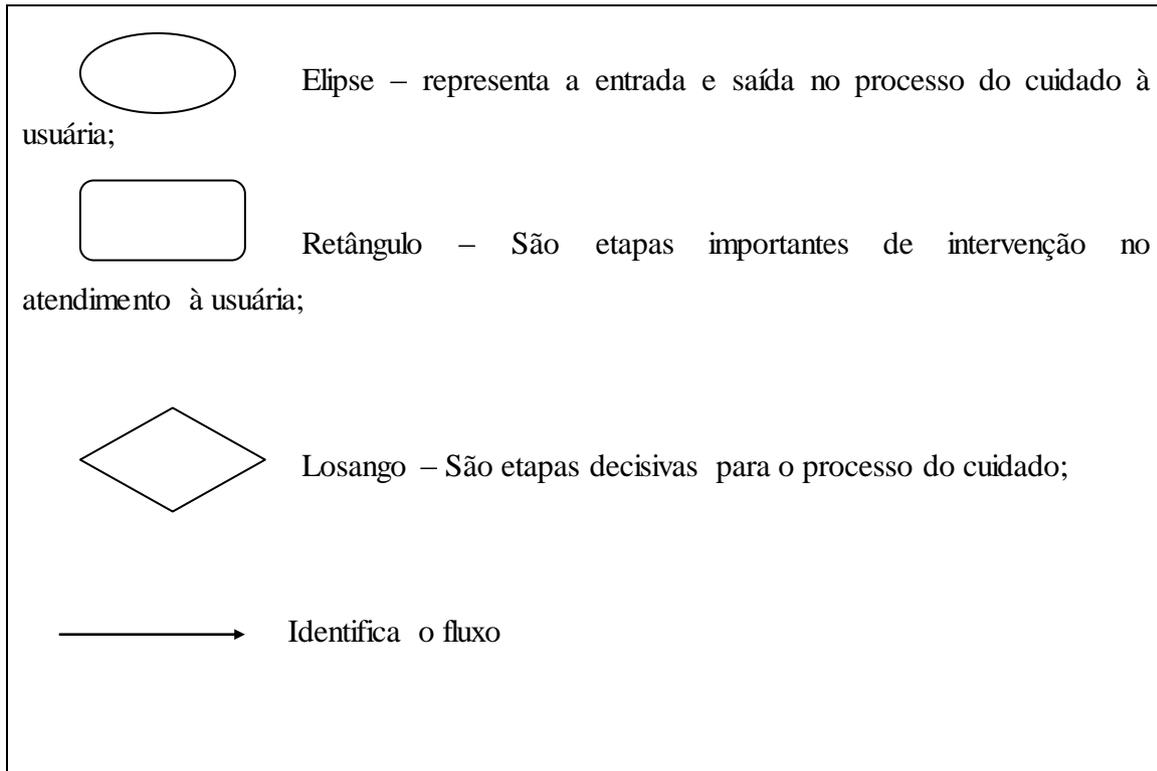
A construção de um protocolo de agendamento das cirurgias eletivas foi feita através do planejamento estratégico situacional, coma criação do fluxograma de marcação cirúrgica e normatizando todo o atendimento desde a admissão da paciente até a alta da mesma. O protocolo foi estruturado com o projeto aplicativo (vide apêndice 1), que tinha a meta de elaborar um protocolo assistencial para as pacientes cirúrgicas da Maternidade Escola, e isso foi atingido neste objetivo”.

Objetivo 2 - Implementar o protocolo de agendamento e o fluxo assistencial de programação cirúrgica para realizar a gestão clínica no centro obstétrico:

Para implementar o protocolo e o fluxo assistencial da programação cirúrgica para a realização da gestão clínica no centro obstétrico foi utilizado os questionários pré-teste e pós-teste, a validação do mapa cirúrgico com a técnica Delphi, escala Likert e coeficiente de confiabilidade, além dos kits cirúrgicos e solicitação da sala operatória. Desta forma, melhorando a organização, o planejamento e o atendimento cirúrgico no setor.

O fluxo assistencial da programação cirúrgica foi implementado através do percurso percorrido da paciente cirúrgica desde a sua entrada na Maternidade Escola, a realização do procedimento cirúrgico até a sua alta. E foram usados os símbolos universalmente padronizados.

Figura 1 – Representação gráfica para o Fluxograma



Fonte: Elaborado pela autora, 2016

Para a abordagem qualitativa do estudo foram formulados dois instrumentos: pré-teste e pós-teste, que foram aplicados antes e depois do treinamento para o agendamento e o uso do mapa e assim testar o protocolo com o fluxograma proposto para a gestão do processo de trabalhos dos profissionais envolvidos.

Os questionários foram totalmente estruturados e compostos de questões abertas e fechadas, referentes à temática do estudo e introduzindo com nome do participante, idade e profissão. Hulley et al. (2015, p.215), comentam que “os questionários são geralmente a maneira mais eficiente e uniforme de se administrar questões simples, são menos onerosos e fáceis de padronizar”.

Ocorreu um treinamento para a realização do agendamento e uso do mapa cirúrgico, cujas etapas desse processo foram: aplicação do pré-teste, demonstração do modelo de agendamento cirúrgico e orientação com relação ao seu funcionamento, logo após iniciou a utilização do mapa cirúrgico. E após três meses de uso do mapa cirúrgico no centro obstétrico, foi possível aplicar o pós-teste.

O mapa cirúrgico criado para o centro obstétrico e utilizado inicialmente após a aplicação do pré-teste, continha as seguintes informações: sala operatória e hora que seria realizado o procedimento, nome da paciente, idade, registro, idade gestacional, diagnóstico, nome do procedimento cirúrgico, o uso ou não da videolaparoscopia, necessidade de hemocomponentes e nome da circulante. Além disso, constaria os nomes dos enfermeiros e

chefia do plantão médico. Esse mapa cirúrgico foi apresentado aos participantes no treinamento.

A análise dos dados dos questionários foi realizada por análise de conteúdo de Bardin (2011) e se concentrou nas partes: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. O período de apuração dos dados coletados dos questionários aconteceu em três meses.

A partir da análise das respostas dos trinta e seis (36) participantes do pré-teste foram definidas as categorias do estudo e são elas: conhecimento, organização e processo de trabalho. A pré-análise foi realizada inicialmente surgiram unidades temáticas:

- Gestão clínica;
- Linha de cuidados;
- Fluxo assistencial;
- Segurança do paciente;
- Processo de trabalho;
- Assistência perioperatória;
- Programação cirúrgica;
- Mapa cirúrgico;
- Cirurgia eletiva;

Após uma nova leitura das respostas foi possível identificar novas unidades temáticas, sendo feita uma recodificação, o que permitiu estabelecer as três categorias já expostas acima. Neste sentido, as unidades temáticas são:

- Organização;
- Planejamento;
- Protocolo assistencial;
- Tempo para programação;
- Melhoria da assistência;
- Otimizar recursos materiais e humanos;
- Fluxo de agendamento;

As respostas dos participantes no pós-teste foram colhidas após a utilização do mapa cirúrgico por três meses, e somente 22 participantes responderam o pós-teste, ficando sem a resposta de 14 pesquisados. As respostas permitiram a formação de duas categorias: utilização do processo de trabalho e contribuição. A pré-análise das respostas surgiram unidades temáticas e que possibilitou estabelecer as categorias:

- Contribuição;

- Melhoria do serviço;
- Programação assistencial organizada;
- Utilização do processo;

O início da utilização do agendamento e do mapa cirúrgico foi logo após o pré-teste dos participantes envolvidos no processo. As informações contidas no mapa cirúrgico foram coletadas através dos dados numéricos, que serviram para a criação dos indicadores setoriais. Essa coleta aconteceu entre março e maio de 2016.

A validação do instrumento da programação das cirurgias eletivas foi através da técnica de *Delphi*, que é reconhecida como uma avaliação preditiva, indicada quando faltam dados referentes ao problema da pesquisa. A característica principal da técnica *Delphi* é a valorização da experiência e do conhecimento dos especialistas acerca do assunto proposto pelo estudo.

Segundo Castro e Rezende (2009, p.430), definiu como “um método sistematizado de julgamento de informações, utilizado para obter consenso de especialistas sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos”. A técnica *Delphi* foi utilizada em três fases para a validação do instrumento, descritas a seguir:

FASE 1 – Foram selecionados nove (9) especialistas conforme os critérios de inclusão. Um questionário com perguntas fechadas contendo as informações socioprofissionais dos especialistas e outro questionário com perguntas sobre a programação das cirurgias eletivas, foi elaborado, que serviu como critérios do processo de avaliação.

A amostra foi composta de especialistas com ampla experiência no assunto que trabalham em centro cirúrgico e/ou centro obstétrico e participaram anonimamente. Foi solicitado aos especialistas responder as perguntas do questionário individualmente. E enviado por e-mail para teste, após contato telefônico e onde obtive resposta dos mesmos em quinze dias.

FASE 2 – Somente seis (6) responderam os questionários. Após a análise das respostas do primeiro questionário foi enviado uma nova rodada de perguntas para os especialistas abordando a programação cirúrgica e a elaboração do mapa. Nesse sentido foi possível fazer observações sobre os questionários. E foi testado via internet obtendo nova resposta após quinze dias. As considerações dos especialistas possibilitaram a construção de um novo mapa cirúrgico, e sendo assim, foi realizada uma terceira rodada de questionário para uma nova avaliação do instrumento.

FASE 3 - A coleta de dados foi realizada através da tabulação do consenso dos especialistas, com números atribuídos nas avaliações, neste sentido, foi utilizada a escala de

Likert ou escala somatória, de três pontos, onde Oliveira (2001, p. 01) “representa várias assertivas sobre o assunto”.

A escala de Likert serviu para fundamentar a validação do mapa cirúrgico, devido a maior familiaridade dos especialistas com o assunto do estudo, avaliando o grau de concordância entre eles. E estes puderam contribuir com critérios adequados para a correta confecção do mapa cirúrgico.

A coleta de dados foi realizada através da tabulação do consenso dos especialistas, através dos números atribuídos nas avaliações. A análise dos resultados foi pela escala de Likert com a tabulação dos dados em planilhas de *Excel* com o cálculo da frequência absoluta e relativa, de acordo com concordância dos especialistas.

Nesta escala, para cada assertiva apresentada aos especialistas contará com itens que indicam as avaliações: concordo (3), incerto (2), discordo (1) e com números atribuídos que variam de um (1) a três (3), transformando uma escala nominal em numérica. Neste sentido, foi possível obter o grau de concordância entre os especialistas.

Foi utilizado para a confiabilidade nas respostas dos especialistas o coeficiente Alfa de *Cronbach* (α). Para Matthiensen (2011, p.9) diz que o “coeficiente Alfa de *Cronbach* (α) é uma medida comumente utilizada de confiabilidade e os valores de α variam de 0 a 1,0; quanto mais próximo de 1, maior confiabilidade entre as respostas”. O coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador através da seguinte equação:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_r^2} \right]$$

Onde:

- K corresponde ao número de itens do questionário;
- S_i^2 corresponde a variância de cada item;
- S_r^2 corresponde a variância total do questionário, determinada como a soma de todas as variâncias Hora, Monteiro e Arica (2010, p.89).

A tabulação dos dados em planilhas de *Excel* com o cálculo da média e variância. Neste coeficiente de Alfa de *Cronbach* (α) para cada assertiva apresentada aos especialistas contará com itens que indicam as avaliações: concordo (1,0), incerto (0,50), discordo (zero) e com números atribuídos que variam de um (1,0) a zero (0), transformando uma escala nominal em numérica. Esse coeficiente possui variância de zero a um, portanto as numerações

utilizadas para Likert, necessitou ser alterada e desta forma, foi verificada a confiabilidade de 0,6945651964.

Objetivo 3: Criar indicadores para o processo de monitorização da assistência prestada.

Para avaliar a assistência prestada à usuária, foram criados indicadores formados a partir da análise do processo de trabalho e dos resultados do atendimento cirúrgico. Esses indicadores foram divididos em três categorias: Indicadores de Monitorização da Assistência, Indicadores de Processo e Indicadores de Resultados. Os mesmos serão demonstrados nos resultados.

3.2 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola, conforme a Resolução 466/12 e 510/16 do CNS e obteve aprovação no parecer (1.457.181) no dia 18 de março de 2016. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi usado na coleta de dados, pois os entrevistados só puderam participar mediante assinatura do termo com a autorização prévia.

4 RESULTADOS

Foram trinta e seis (36) participantes no pré-teste e para cada um foi dado um número de 1 a 36, com intuito de facilitar a compreensão das respostas. A partir do agrupamento de categorias, as respostas foram separadas, analisadas e evidenciou que o planejamento das atividades do setor, quando feita com antecedência, permiti uma melhor organização da assistência à paciente cirúrgica.

4.1 Categorias

Categoria I – Conhecimento

Os participantes responderam sobre o conhecimento do mapa cirúrgico e foi obtida a seguinte resposta:

Quadro 1 - Conhecer o Mapa Cirúrgico

CONHECER O MAPA CIRÚRGICO			
SIM		NÃO	
Número Absoluto (N°)	Percentual (%)	Número Absoluto (N°)	Percentual (%)
31	86,11%	5	13,89%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

Com relação ao conhecimento sobre o agendamento cirúrgico realizado na instituição, os participantes responderam o seguinte:

Quadro 2 - Conhecer O Agendamento Cirúrgico

CONHECER O AGENDAMENTO CIRÚRGICO					
SIM		PARCIALMENTE		NÃO	
N°	Percentual (%)	N°	Percentual (%)	N°	Percentual (%)
18	50,00%	01	2,78%	17	47,22%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

A aquisição do conhecimento do mapa cirúrgico através do treinamento específico sobre o fluxo de agendamento e o protocolo assistencial e foi informado pelos participantes:

Quadro 3- Aquisição Do Conhecimento Através Do Treinamento

AQUISIÇÃO DO CONHECIMENTO ATRAVÉS DO TREINAMENTO			
SIM		NÃO	
Nº	Percentual (%)	Nº	Percentual (%)
30	83,33%	06	16,67%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

Categoria II – Organização

Nesta categoria, as respostas dos participantes sobre o agendamento de cirurgias e se eles já realizaram em algum momento e as respostas foram desta forma:

Quadro 4 - Realizaram Agendamento

REALIZARAM AGENDAMENTO			
SIM		NÃO	
Nº	Percentual (%)	Nº	Percentual (%)
20	55,56%	16	44,44%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

De acordo com as respostas dos participantes, apenas uma parte deles realizaram o agendamento cirúrgico na instituição. E esse agendamento cirúrgico realizado pelos 55,56% dos participantes (médicos), enquanto que os 44,44% dos participantes que não realizaram o agendamento (enfermeiros), mas utilizaram o processo de trabalho. É uma forma de planejamento setorial e favorece a execução do procedimento com segurança.

O planejamento do agendamento é primordial, mas para isso acontecer adequadamente, é necessário a antecedência de um certo tempo para a programação e melhor organização do serviço. Neste sentido, os participantes responderam sobre essa antecedência para o agendamento.

Quadro 5 - Antecedência Na Programação Cirúrgica

TEMPO	ANTECEDENCIA NA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA	
	NUMERO ABSOLUTO	PORCENTAGEM
01 DIA	11	31%
02 DIAS	02	6%
07 DIAS	04	11%
15 DIAS	09	25%
21 DIAS	01	3%
1 MÊS	01	3%
1 ANO	01	3%
NAO RESPONDERAM	02	6%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

Os resultados obtidos sobre a antecedência na programação cirúrgica foram demonstrados através dos percentuais referentes aos dias, meses e anos. A relação do tempo com a programação é importante, visto que a antecedência possibilita a organização da assistência de qualidade e otimização dos recursos.

As informações dos participantes foram colocadas desde um dia até um ano para o agendamento das cirurgias eletivas. A necessidade de meses para a realização da programação cirúrgica, acontece quando o procedimento tem um custo muito caro, com demanda alta de pacientes e escassez de recursos materiais.

Além dos resultados do quadro sobre antecedência na programação cirúrgica, foram coletadas outras informações dos participantes sobre o assunto:

14 – *“Sim, quanto antes definido o mapa melhor a organização e programação. No entanto é necessário deixar vagas para urgências e emergências”*

15 – *“Sim, já que a sala deve ser ainda organizada pela equipe”*

29 – *“Acredito que saber ao início do plantão os procedimentos agendados seria o ideal para organização do setor”*

31 – *“Sim, podemos organizar pessoal e material”*

Categoria III – Processo de Trabalho

Nesta categoria, foi abordada a questão de achar válido o processo de trabalho para o agendamento e mapa cirúrgico dentro do centro obstétrico. Dentre as respostas dos participantes, a sinalização da organização do serviço como medida para a melhoria da assistência as pacientes cirúrgicas foi a que mais apareceu nas respostas.

3– *“Sim, organização e maior eficiência para o serviço”*

4 – *“Sim, a programação do mapa é importante para a organização de diversos setores da maternidade. ”*

5 – *“Sim, para a organização do serviço, do preparo do material e da equipe cirúrgica”*

8 – *“Sim, para organizar o fluxo de agendamento”*

11 – *“Sim, facilita a organização do centro obstétrico e o planejamento do setor.*

15 – *“Sim, pois facilita organização das cirurgias e priorização das que demandam maior urgência”*

28 – *“Sim, possibilita a maior organização do serviço”*

32 – *“Sim, permiti enquanto profissional organizar o trabalho para um bom desempenho”*

As falas dos participantes demonstram que a organização do serviço dentro do centro obstétrico promoverá a melhoria na assistência com o novo processo de trabalho. Para que haja a organização e o planejamento da assistência através do fluxo de marcação das cirurgias, é necessário que o agendamento seja no mínimo de um dia de vinte e quatro horas (24h00min) de antecedência para o procedimento.

A próxima categoria analisada foi a utilização do processo de trabalho, que surgiu após a realização do pós-teste. Ocorreu uma pré-análise das respostas e posteriormente foi definida a unidade temática proposta abaixo.

Categoria IV – Utilização do Processo de Trabalho

O processo de trabalho no centro obstétrico com a programação do mapa cirúrgico foi analisado pelos participantes durante o pós-teste. Os dados obtidos foram expostos no quadro abaixo:

Quadro 6 -Utilização Do Processo

UTILIZAÇÃO DO PROCESSO			
SIM		NAO	
NÚMERO ABSOLUTO	PERCENTUAL	NÚMERO ABSOLUTO	PERCENTUAL
13	59,09%	9	40,90%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

A utilização do mapa cirúrgico pela equipe foi analisada positivamente (59,09%) como um processo de trabalho instituído no setor. Indicando que o mapa cirúrgico serviu para a melhoria do trabalho no setor, facilitando o processo de atendimento da paciente.

Esse processo de trabalho inicia-se lentamente, e aos poucos os membros da equipe vão conhecendo a utilização do mesmo. É neste sentido que as análises negativas (40,90%) de uma parte dos participantes mostram que a equipe ainda está conhecendo a utilização do processo de trabalho.

Uma outra questão abordada no pós-teste foi o que acharam desse processo de trabalho e para cada participante que afirmou conhecer o processo e comentou sobre o assunto, foi dado um número para a identificação dos mesmos. As respostas estão expostas abaixo:

1 - *“É um bom processo pois evita a desorganização nos plantões”*

3 - *“Eficiente, capaz de organizar o serviço e contribuir para o andamento do plantão”*

5 - *“Valioso, importante para o crescimento profissional de quem atua dentro da maternidade”*

12 - *“Achei este processo de trabalho um instrumento de suma importância, pois contribui para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem”*

18 - *“Ótimo, facilitou a organização e o fluxo das pacientes dentro dos diferentes setores do serviço”*

20 - *“Muito bom para a organização do serviço e da rotina”*

22 - *“Agiliza e propicia melhor organização”*

A partir da utilização do processo de trabalho, foi abordado também no pós-teste, se houve melhoria ou não no serviço após a utilização do mesmo, os participantes responderam da seguinte forma:

1 – “Organização e melhor planejamento dos plantões”

11 – “Na prática não vi tanta diferença. Pelo menos, nos dias de plantão, as cirurgias já estavam agendadas de forma correta no agendamento. Mas as solicitações de salas com solicitação prévia facilitaram a rapidez no preparo de salas”

12 – “Organização do setor, na abertura da sala cirúrgica, otimização do tempo, previsão e provisão de insumos e equipamentos, reserva de hemocomponentes e por fim na segurança do paciente”

18 – “Houve melhora na organização e na comunicação entre os profissionais do serviço”

A próxima unidade temática é a contribuição para o processo de trabalho instituído no centro obstétrico.

Categoria V– Contribuição

Quadro 7 -Alguma Contribuição

ALGUMA CONTRIBUIÇÃO			
SIM		NAO	
NÚMERO ABSOLUTO	PERCENTUAL	NÚMERO ABSOLUTO	PERCENTUAL
5	22,72%	17	77,27%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

3 – “O processo poderia ser informatizado e não manual”

5 – “Organização e melhor fluxo assistencial aos pacientes”

8 – “Mais informação”

12 – “A contribuição foi a segurança do paciente”

18 – “Incluir as induções agendadas no mapa do centro obstétrico”

A categoria teve algumas contribuições pelos participantes, um deles relatou sobre informatizar o processo, existe a possibilidade de a programação cirúrgica ser realizada em uma planilha online no ambulatório e visualizada no centro obstétrico, além de ter a programação cirúrgica impressa, contudo o processo precisa ainda ser interiorizado pelos profissionais da instituição, para que o mapa cirúrgico seja visto como uma parte importante da segurança do paciente.

Os participantes do pós-teste que não opinaram sobre a nova proposta foram 17, totalizando 77,22% da pesquisa realizada.

A implementação de um instrumento para ser utilizado numa instituição, torna-se necessário que o mesmo seja avaliado e validado por expertises com ampla experiência no assunto e na importância de sua utilização. A validação do instrumento pelas expertises foi feita através da Técnica Delphi, que permitiu obter as contribuições dos avaliadores com questionários e analisar essas informações através da Escala Likert com a tabulação dos dados.

4.2 A validação Do Mapa Cirúrgico pela técnica Delphi e Escala Likert

Neste sentido, a validação do mapa cirúrgico por especialistas experientes foi necessária, pois propicia um grau de concordância para a construção do instrumento eficaz para a programação das cirurgias eletivas.

No primeiro ciclo de Delphi, nove avaliações foram enviadas pelo e-mail das especialistas, após contato telefônico, porém somente seis especialistas responderam as avaliações. Com o retorno do questionário socioprofissional e da segunda avaliação, relatando as opiniões das especialistas e suas contribuições.

1 - INSTRUMENTO SOCIOPROFISSIONAL DO ESPECIALISTA

- 1- Idade: ____anos
- 2- Sexo: () Masculino () Feminino
- 3- Tempo de formação: ____ anos
- 4- Experiência em programação cirúrgica: ____anos
- 5- Pós-graduação: () Especialista () Mestre () Doutor
- 6- Trabalha em qual instituição na programação cirúrgica
() pública () Privada
- 7- Função profissional nestas instituições:

() Gestor () Assistência () Ensino

8 – Nome da Instituição em que trabalha : _____

Os instrumentos recebidos dos especialistas que participaram da validação, num total de seis (6), foram analisados os aspectos socioprofissionais e apresentaram as variáveis: todas do sexo feminino, com idade variando de 31 a 48 anos, cujo tempo de formação variando de 3 a 18 anos. A experiência em programação cirúrgica variando de 1 a 18 anos, sendo exercido em unidade hospitalares públicas, exercendo funções de assistência (3=50,0%), ensino (2=33,3%) e gestão (1=16,7%). Os participantes da validação têm pós-graduação, sendo especialistas (3=50,0%) e mestres (3=50,0%).

O primeiro questionário enviado aos especialistas é composto de perguntas acerca dos itens que compõem um mapa cirúrgico e alternativas composta de concordo, incerto e discordo. Para cada pergunta foi colocado um número para a identificação da mesma nos quadros, facilitando a compreensão dos dados.

Quadro 8–2ª Avaliação dos Especialistas

AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS			
	CONCORDO	INCERTO	DISCORDO
Q1 - A programação cirúrgica é necessária para obstetrícia?			
Q2 - Idade gestacional e diagnóstico são requisitos para o mapa cirúrgico?			
Q3 - Uso do vídeo é importante colocar no mapa cirúrgico?			
Q4 - A colocação dos hemocomponentes é importante?			
Q5 - A organização da programação cirúrgica atende os requisitos necessários para a confecção do mapa?			
Q6 - É necessário colocar os nomes dos enfermeiros de plantão?			
Q7 - É necessário colocar os nomes da chefia de plantão?			
Q8 - É necessário colocar o tipo de anestesia?			
Q9 - É necessário colocar os nomes dos anestesistas?			

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

A partir das respostas dos especialistas, o mapa cirúrgico foi construído conforme as contribuições descritas nas avaliações. E uma nova rodada de questões foi realizada com as dúvidas e contribuições dos especialistas para avaliação dos mesmos. Novos campos foram acrescentados como: alergia e localização da paciente.

No segundo ciclo de Delphi, um novo questionário foi enviado para esclarecer ainda algumas dúvidas das especialistas e assim foi possível concluir o mapa cirúrgico de acordo com as contribuições.

Quadro 9 – 3ª Avaliação dos Especialistas

3º QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS	Concordo	Incerto	Discordo
Q 1- O campo de tipo de anestesia foi retirado do mapa cirúrgico?			
Q 2 - O campo alergias foi acrescentado devido a segurança da paciente?			
Q 3 - O campo video foi colocado no mapa devido os procedimentos específicos da medicina fetal?			
Q 4 - É importante colocar a localização da paciente?			

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

A introdução do campo alergias, devido a segurança da paciente no procedimento cirúrgico e também a localização do setor que encaminharia a paciente para o centro obstétrico. Outra questão relatada é a internação da paciente com antecedência e a realização da visita pré-operatória no alojamento conjunto pelo enfermeiro (a), como medida de assegurar que o procedimento cirúrgico seja seguro e eficaz. Embora o campo vídeo tenha recebido concordo em todos os especialistas, uma das avaliadoras questionou em sua contribuição que o campo vídeo é importante para as cirurgias, mas ela não entendia esse campo na obstetria. Por isso foi necessária uma nova pergunta com a utilização em específicos procedimentos dentro da obstetria.

A escala Likert utilizada na avaliação dos especialistas, usou a legenda com alternativas e valores correspondentes, como: concordo (=3), incerto (=2) e discordo (=1) e o próximo quadro contém colunas com as expertises e as questões numeradas (Q). Para cada questão numerada há a resposta da expertise correspondente, de acordo com a legenda.

Quadro 10 – 2ª Avaliação dos Especialistas de acordo com a legenda

Avaliação dos Especialistas									
Expertise	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3	2	3	1	2

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

De acordo com o quadro, houve concordância entre os especialistas na maioria das questões, porém há divergências nas questões 6, 8 e 9; relacionadas com o nome dos enfermeiros e anestesistas e também o tipo de anestesia. Nos comentários dos especialistas discordantes nessas questões, relataram que os nomes dos enfermeiros e anestesistas não eram importantes no mapa cirúrgico e que o tipo de cirurgia era irrelevante na obstetrícia, já que as anestésias realizadas nas gestantes eram raquianestesia e peridural. Não era habitual o uso da anestesia geral e inalatória na obstetrícia.

Quadro 11– 3ª Avaliação dos Especialistas de acordo com legenda

3º questionário: Avaliação dos especialistas				
Expertise	Q1	Q2	Q3	Q4
1	2	3	3	3
2	1	3	3	3
3	3	3	3	3
4	1	3	3	3
5	3	3	3	3
6	3	3	3	3

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2016

A terceira rodada de questões, as especialistas continuaram a colocar dúvidas quanto ao campo da anestesia na questão 1 da terceira avaliação, discordaram da saída do campo e que ele deveria retornar ao mapa cirúrgico, porém outra avaliadora ficou indecisa sobre isso, entretanto concordaram com as outras questões.

E foram contabilizados os dados e formulados as frequências absoluta e relativa, a partir da contagem de quantas vezes uma variável é citada e a relação ao total citado no estudo.

Após colocar os números correspondentes as respostas para expertise, a análise das frequências absoluta (Fa) e relativa (Fr) foram realizadas no quadro abaixo e ficou evidenciado que o grau de concordância entre as especialistas foi muito favorável nos dados obtidos com as respostas.

Quadro 12 – Frequências Absoluta e Relativa da 2ª Avaliação

Frequências da 2ª Avaliação			
Alternativas	Fa	Fr	%
Concordo	50	0,93	93%
Incerto	3	0,06	6%
Discordo	1	0,02	2%
total	54	1,00	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

Gráfico 1 - Frequência da 2ª Avaliação

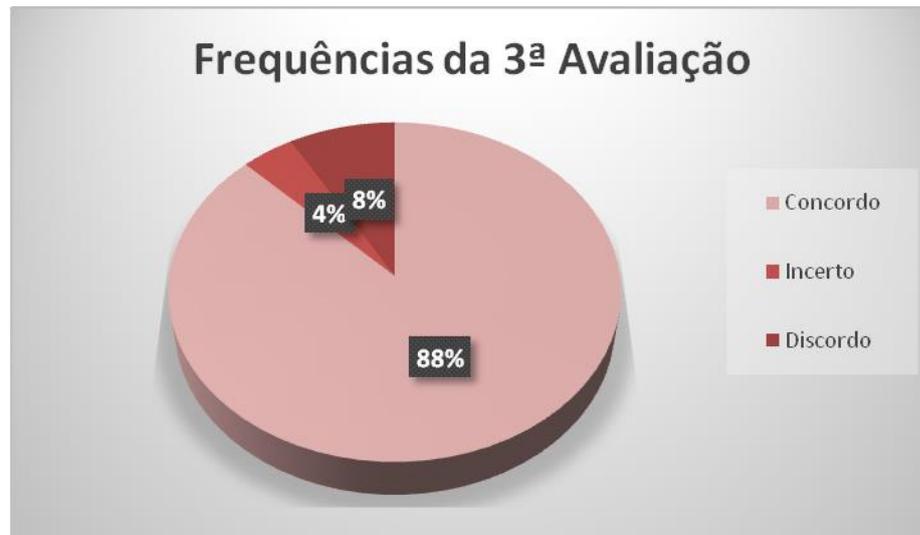
Fonte: Elaborado pela autora, 2016

A frequência da alternativa concordo obteve o maior percentual (93%), mostrando o grau de concordância entre os especialistas, permitindo um instrumento (mapa cirúrgico) confeccionado com uma avaliação positiva na validação e pode ser visualizado no gráfico representativo e no quadro com os valores.

Quadro 13 – Frequências absoluta e relativa da 3ª Avaliação

Frequências da 3ª Avaliação			
Alternativas	Fa	Fr	%
Concordo	21	0,88	88%
Incerto	1	0,04	4%
Discordo	2	0,08	8%
total	24	1,00	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

Gráfico 2 - Frequência da 3ª Avaliação

Fonte: Elaborado autora, 2016

Na terceira avaliação, o grau de concordância também foi positivo, obtendo 88% das respostas concordando com o novo mapa cirúrgico proposto a partir do consenso das especialistas, de acordo com o gráfico por setores, além do quadro demonstrativo.

A verificação da confiabilidade das respostas das especialistas foi realizada através do coeficiente Alfa de Cronbach e a partir disso, foi necessária uma nova numeração para cada resposta das especialistas: concordo (1), incerto(0,5) e discordo(0). Essa nova numeração é devido ao coeficiente de Alfa de Cronbach possui a variação de zero (0) a um (1). Os valores quanto mais próximo de um (1), mas confiável são as respostas dos especialistas.

Na planilha da 2ª Avaliação foram realizadas para cada resposta dos especialistas de acordo com a nova numeração e o cálculo das médias e das variâncias de cada avaliador, chamada de variância "E" e também a variância das questões, chamada de variância "Q". Obedecendo a fórmula do coeficiente Alfa de Cronbach (α):

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_r^2} \right]$$

Onde:

- K corresponde ao número de itens do questionário;
- S_i^2 corresponde a variância de cada item (variância Q)

- S^2 corresponde a variância total do questionário (variância E)

Quadro 14 - Avaliação dos especialistas e o Coeficiente Alfa de Cronbach

2º questionário - Avaliação dos Especialistas										Média	Variância E
Expertise	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
3	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	0,94444444	0,02777778
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
6	1	1	1	1	1	0,5	1	0	0,5	0,77777778	0,13194444

Média	1	1	1	1	1	0,91666667	1	0,75	0,91666667
Variância Q	0	0	0	0	0	0,04166667	0	0,175	0,04166667

SOMA VARA Q	0,25833333
SOMA VARA E	0,15972222

Coeficiente de Alfa de Cronbach = 0,6945651964

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

A obtenção dos dados e a utilização da fórmula e assim foi obtido o coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor é 0,6945651964. Como o valor do coeficiente varia de 0 a 1, quanto mais próximo do número 1, mais confiável, indicando que o instrumento é confiável para a utilização do mesmo na instituição.

Após a conclusão da validação do mapa cirúrgico foi criado o protocolo de agendamento foi criado juntamente com o fluxo assistencial dos procedimentos cirúrgicos eletivos desde a entrada da paciente na unidade, demonstrando os caminhos a serem seguidos para o agendamento cirúrgico até a realização do procedimento. Para que se concretize todo o processo é necessário que haja a pactuação entre os profissionais envolvidos no ambulatório especializado, os coordenadores da enfermagem e centro obstétrico. Segundo Rivera e Artmann (2012, p.63), “a concepção comunicativa do planejamento implica na sua compreensão como processo cultural, de negociação e de exercício de uma liderança intersubjetiva”.

O agendamento cirúrgico acontecerá em dois momentos: quando as pacientes internadas na unidade por causa do seu diagnóstico clínico e que posteriormente serão agendadas para o procedimento cirúrgico e outra é quando o obstetra no ambulatório solicita a marcação das cirurgias eletivas.

A programação cirúrgica realizada com antecedência através do mapa é possível iniciar a assistência pré-operatória tanto de enfermagem quanto a anestésica. Analisando a condição clínica e também fornece todas as orientações para as pacientes e familiares.

Segundo Possari (2011, p.103), “[...] o gerenciamento da programação cirúrgica possibilita avaliação sistematicamente das atividades e, conseqüentemente, o aproveitamento das potencialidades de recursos humanos e materiais existentes”.

As informações fornecidas pelo mapa cirúrgico servirão para criar os indicadores de monitorização da assistência prestada, um processo contínuo e sistemático de avaliação das atividades cirúrgica.

4.3 Indicadores

Os indicadores proporcionam a monitorização direta das informações mensuráveis dentro do serviço prestado a paciente. Essa estratégia possibilita avaliar as ações e seus resultados reestrutura o processo de trabalho dentro da instituição.

- Indicadores de Monitorização da Assistência
- Indicadores de Processo:
 - **Taxa de suspensão de cirurgia eletiva** = número de cirurgias suspensas dividido pelo total de cirurgias programadas em determinado período e multiplicado por 100.
 - **Percentual de cirurgias de urgência/emergência**= número de cirurgia de urgência/emergência multiplicado por 100 e dividido pelo número total de cirurgias ao mês.
 - **Número absoluto e percentual de cirurgias marcadas por indicação cirúrgica** = Número de cirurgias para cada indicação cirúrgica multiplicado por 100, dividido pelo número total de cirurgias marcadas no mês.
 - **Percentual de cirurgias com contagem de compressas**= número de cirurgias com a contagem de compressas multiplicado por 100 e dividido pelo total de cirurgias realizadas ao mês.
 - **Percentual de preenchimento correto do registro cirúrgico**= número de preenchimento correto do registro cirúrgico multiplicado por 100 e dividido pelo número total de preenchimento correto do registro cirúrgico no mês.

- Indicadores de Resultados
 - **Número absoluto e percentual de queimadura por placa de bisturi** = número de queimadura por placa de bisturi multiplicado por 100 e dividido pelo total de cirurgias realizadas ao mês.
 - **Número absoluto e percentual de queda de paciente** = número de queda de paciente multiplicado por 100 e dividido pelo total de procedimentos realizadas ao mês.

4.4 Kits cirúrgicos

Os kits cirúrgicos foram planejados para a otimização dos materiais, com intuito de diminuir os custos operatórios. Os gastos com recursos materiais desnecessários podem inviabilizar as estratégias para a melhoria no atendimento às pacientes. O planejamento dos recursos materiais aliado ao melhor custo/benefício, favorece o processo de trabalho dos profissionais, uma vez que, é possível obter a utilização dos materiais mais coerente com a atenção à saúde.

O centro obstétrico utiliza uma grande quantidade de materiais e o planejamento desses recursos favorece a melhor utilização, além de contabilizar os custos dos materiais usados. Possari (2011, p.62), comenta que “os artigos hospitalares têm aumentado consideravelmente, devido à complexidade de tratamentos e procedimentos técnicos, exigindo materiais modernos para sua execução do atendimento à clientela”.

A previsão dos recursos materiais é feita através do levantamento das necessidades do centro obstétrico e o kit cirúrgico permitirá saber a quantidade certa de materiais para suprir o setor, assim como os utilizados e os custos.

Os kits cirúrgicos foram estabelecidos a partir das relações dos materiais utilizados nos procedimentos, e foi incluído a manutenção do aparelho de videolaparoscopia e excluído a esterilização dos materiais cirúrgicos permanentes.

Apresento os kits cirúrgicos abaixo:

4.4.1 - Kit Parto Normal

Figura 2– Kit parto normal

	MATERNIDADE ESCOLA/ UFRJ CENTRO OBSTÉTRICO/ KIT		
	KIT PARTO NORMAL		
	MATERIAIS CIRÚRGICOS	QUANTIDADE	QUANTIDADE
		NO KIT	USADA
	KIT PARTO NORMAL	1	
	CAPOTES	1	
	PACOTE DE COMPRESSA	1	
	TOALHA ABSORVENTE PARA ACOLHIMENTO DO RN	1	
	PACOTES DE GASES	5	
	TRANSOFIX	1	
	EQUIPO DE SORO	1	
	EXTENSOR MULTIVIAS (POLIFIX) de duas vias	1	
	SONDA URETRAL(TAM: 10)	1	
	SACO DE PLACENTA	1	
	LÂMINA DE BISTURI (TAM: 21)	1	
	LUVAS ESTÉREIS: TAM 6,5	2	
	LUVAS ESTÉREIS: TAM 7,0 e 7,5 (02 unidades de cada tamanho)	4	
	LUVAS ESTÉREIS: TAM 8,0 e 8,5(01 unidades de cada tamanho)	2	
	SERINGAS: 10ml e 20 ml (01 de cada unidade)	2	
	AGULHAS: 40X12 e 30X07(01 de cada unidade)	2	
	CATETER VASCULAR PERIFÉRICO (JELCO) números: 16, 18 e 20 (02 de cada unidade)	6	
	TUBO DE COLETA DE SANGUE DE TAMPÁ ROXA	1	
	CLORECIDINA 1% SOL. AQUOSA 100ML	1	
	FIOS		
	KIT PARTO NORMAL	1	
	TOTAL		
NOME DA PACIENTE:			
REGISTRO:			
PROCEDIMENTO REALIZADO:			
ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL:			

4.1.2 - Kit cesárea/Videolaparoscopia/Laqueadura tubária/ Laparotomia Exploratória

Figura 3 – Kit cesárea/videolaparoscopia/laqueadura tubária/laparotomia exploratória

 MATERNIDADE ESCOLA/ UFRJ CENTRO OBSTÉTRICO/ KIT		
KIT CESÁREA / VIDEOLAPAROSCOPIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA/LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA		
MATERIAIS CIRÚRGICOS	QUANTIDADE	QUANTIDADE
	NO KIT	USADA
KIT CESÁREA	1	
CAMPO CIRÚRGICO PARA COBERTURA DA MESA DE MAYO COM REFORÇO ABSORVENTE 1,40X0,60m	1	
CAMPOS CIRÚRGICOS DESCARTÁVEIS SIMPLES, IMPERMEÁVEIS MEDINDO 1,80X1,25m PARA MESA CIRÚRGICA	2	
CAMPO CIRÚRGICO DESCARTÁVEL SIMPLES , MEDINDO 1,50X1,50m PARA COBERTURA DO INSTRUMENTAL	1	
CAMPO CIRÚRGICO DESCARTÁVEL SIMPLES, MEDINDO 0,75X0,95cm	1	
CAPOTES	4	
PACOTES DE COMPRESSAS COM 5 UNIDADES CADA	6	
TOALHA ABSORVENTE PARA ACOLHIMENTO DO RN	1	
PACOTES DE GASES	10	
TRANSOFIX	2	
EQUIPO DE SORO	2	
EXTENSOR MULTIVIAS (POLIFIX) de duas vias	2	
CATETER VASCULAR PERIFÉRICO (JELCO) números: 16, 18 e 20 (02 de cada unidade)	6	
FRASCO DE ASPIRAÇÃO	1	
EXTENSOR FLEXÍVEL PARA ASPIRAÇÃO	1	
SONDA VESICAL DE FOLEY tamanhos: 12 e 14(uma de cada número)	2	
SISTEMA FECHADO DE URINA(UROFIX)	1	
CAPA DE TRANSDUTOR	4	
AVENTAIS PROTETORES	5	
SACO DE PLACENTA	1	
LÂMINA DE BISTURI (um de cada número: 15 e 21)	2	
LUVAS ESTÉREIS: TAM 6,5	4	
LUVAS ESTÉREIS: TAM 7,0 e 7,5 (05 unidades de cada tamanho)	10	
LUVAS ESTÉREIS: TAM 8,0 e 8,5(02 unidades de cada tamanho)	4	
SERINGAS: 10ml e 20 ml (02 de cada unidade)	4	
AGULHAS: 40X12 e 30X07(02 de cada unidade)	4	
TUBO DE COLETA DE SANGUE DE TAMPA ROXA	1	
ESCOVA DE CLOREXIDINA DEGERMANTE	7	
CLOREXIDINA 0,5% SÓL. ALCOÓLICA 100ML	1	
MANUTENÇÃO DE APARELHO DA VIDEOLAPAROSCOPIA	1	
FIOS(Quais foram utilizados e quantidade)		
KIT CESÁRIA	1	
FIO CIRÚRGICO PRETO MONOFILAMENTO DE POLIAMIDA (NYLON) Nº4	1	
TOTAL SEM VIDEO		
TOTAL COM VIDEO		
NOME DA PACIENTE:		
REGISTRO:		
CIRURGIA REALIZADA:		
ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL:		

Fonte: Elaborado da autora, 2016.

4.1.4 Kit Anestesia

Figura 5– Kit anestesia

 MATERNIDADE ESCOLA/ UFRJ CENTRO OBSTÉTRICO/ KIT		
KIT ANESTESIA		
MATERIAIS CIRÚRGICOS	QUANTIDADE	QUANTIDADE
	NO KIT	USADA
FILTRO BACTERIOLÓGICO	1	
CATETER DE PERIDURAL TAM: G16	2	
AGULHA DE PERIDURAL TAM: G16	2	
AGULHA DE RAQUIANESTESIA TAM: 22, 25 e 27 (uma de cada)	3	
ELETRODOS	5	
PACOTE DE COMPRESSA	1	
PACOTES DE GASES	5	
CATETER VASCULAR PERIFÉRICO (JELCO) números: 16, 18 e 20 (02 de cada unidade)	6	
EQUIPO DE SORO	2	
EXTENSOR MULTIVIAS (POLIFIX) de duas vias	2	
LUVAS ESTÉREIS: TAM 6,5	2	
LUVAS ESTÉREIS: TAM 7,0 e 7,5 (02 unidades de cada tamanho)	4	
LUVAS ESTÉREIS: TAM 8,0 e 8,5(01 unidades de cada tamanho)	2	
SERINGAS: 1ml e 3ml (02 de cada unidade)	4	
SERINGAS: 10ml e 20 ml (03 de cada unidade)	6	
AGULHAS: 13X4,5 e 25X8 (03 de cada tamanho)	6	
AGULHAS TAM: 40x12	5	
FRASCO DE ALCOOL 70% 100ML	1	
KIT PARA PACIENTES OBESAS		
CATETER DE PERIDURAL TAM: G 20	1	
AGULHA DE PERIDURAL TAM: G 18	1	
AGULHA DE RAQUIANESTESIA TAM: G20	1	
VALOR TOTAL		
NOME DA PACIENTE:		
REGISTRO:		
ANESTESIA REALIZADA:		
ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL:		

Fonte: Elaborado da autora, 2016.

4.1.5 Kit Setor

Figura 6– Kit setor

 MATERNIDADE ESCOLA/ UFRJ CENTRO OBSTÉTRICO/ KIT		
KIT SETOR		
	QUANTIDADE	QUANTIDADE
MATERIAIS CIRÚRGICOS	NO KIT	USADA
LUVAS DE PROCEDIMENTOS	3 CX	
CAPOTES	3	
PACOTES DE COMPRESSAS	15	
PACOTES DE GASES	50	
ELETRODOS (com cinco unidades cada conjunto)	10 conjuntos	
TRANSOFIX	10	
EQUIPO DE SORO	20	
EXTENSOR MULTIVIAS (POLIFIX) de duas vias	10	
SONDA VESICAL DE FOLEY(tamanhos: 12, 14 e 16 (duas de cada))	6	
SONDA URETRAL(TAM: 10)	5	
SACO DE PLACENTA	6	
LÂMINA DE BISTURI (TAM: 21)	5	
FITA CREPE	2	
MALHA TUBULAR	1	
EQUIPO DE SORO DE BOMBA INFUSORA	7	
EXTENSOR MULTIVIAS (POLIFIX) de duas vias	15	
CATETER VASCULAR PERIFÉRICO (JELCO) números: 14 e 16 (04 de cada unidade)	8	
CATETER VASCULAR PERIFÉRICO (JELCO) números: 18 e 20 (10 de cada unidade)	20	
ROMPEDOR DE MEMBRANA AMNIÓTICA	10	
LUVAS ESTÉRIL: TAM 6,5	15	
LUVAS ESTÉREIS: TAM 7,0 e 7,5 (15 unidades de cada tamanho)	30	
LUVAS ESTÉREIS: TAM 8,0 e 8,5 (5 unidades de cada tamanho)	10	
ESPÉCULOS DESCARTÁVEIS	3	
PULSEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO	5	
CORDCLAMP	20	
PACOTE DE ABSORVENTE	3	
PACOTE DE ALGODÃO	1	
PACOTE DE GASE NÃO ESTÉRIL	1	
POTE DE URINA ESTÉRIL	5	
SERINGA: 1ml	50	
SERINGAS: 03 ml e 05 ml (15 de cada unidade)	30	
SERINGAS: 10ml e 20 ml (30 de cada unidade)	60	
AGULHA 13x4,5	10	
AGULHAS: 20x5,5	20	
AGULHAS: 25x8,0 e 30X07 (20 de cada unidade)	40	
AGULHA 40X 12	50	
PACOTE DE FRALDAS	2	
ESPARADRAPO	4	
ESPARADRAPO MICROPORE	1	
TUBOS DE COLETA DE SANGUE (tampas: roxa e tijolo - 05 de cada)	10	
TUBOS DE COLETA DE SANGUE (tampas:cinza e azul - 03 de cada)	6	
ESCOVAS SECAS	10	
ESCOVAS COM CLOREXIDINA	20	
BORRACHA DE OXIGÊNIO	20	
BORRACHA DE ASPIRAÇÃO	20	

(continua)

SONDAS NASOGÁSTRICAS (tamanhos 4,0 e 6,0 - 04 de cada)	8	
SONDAS NASOGÁSTRICAS (tamanhos 7,0 e 8,0 - 06 de cada)	12	
SONDA NASOGÁSTRICA TAM: 10	5	
SISTEMA FECHADO DE URINA ESTÉRIL	3	
SISTEMA FECHADO DE URINA ESTÉRIL E COM COLETOR DE DIURESE HORÁRIA	3	
LANCETAS	20	
ATADURA 15 CM	2	
ATADURA 20CM	2	
TOUCA	2 sacos	
MÁSCARAS	2 sacos	
FRASCO DE COLETA DE URINA DE 24 HORAS	2	
FILTRO BACTERIOLÓGICO	3	
CATETER DE PERIDURAL TAM: G16	10	
AGULHA DE PERIDURAL TAM: G16	10	
AGULHA DE RAQUIANESTESIA TAM: 22, 25 e 27 (5 de cada)	15	
OUTRAS SOLICITAÇÕES:		
CATETER DE PERIDURAL TAM: G 20	1	
AGULHA DE PERIDURAL TAM: G 18	1	
AGULHA DE RAQUIANESTESIA TAM: G20	1	
ROLO DE REGISTRO DE CARDIOTOCOGRAFIA	1	
SONDA DE FOLEY TAM 18	1	
SONDA NASO GÁSTRICA 16 e 20	2	
GEL PARA ULTRASSONOGRRAFIA	2	
EQUIPO DE INFUSÃO PARA USO DE BOMBA INFUSORA COM COPO GRADUADO(150 ml	1	
TOT 7,0 / 7,5 / 8,0 / 8,5 (1 DE CADA)	4	
TOT PEDIÁTRICO 2,0 / 2,5 / 3,0 / 3,5 / 4,0 / 4,5 (1 DE CADA)	6	
SONDA URETRAL 12 e 14 (5 DE CADA)	10	
DRENO DE PENROSE	1	
TOTAL		
ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL:		

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A organização da análise dos dados parte do método de Bardin (2011) torna-se necessário o tratamento dos resultados obtidos nos testes, com a classificação e agrupamento dos dados e a categorização dos mesmos.

Os dados obtidos com as respostas dos profissionais do centro obstétrico foram analisados, classificados e agregados em três categorias distintas, como: conhecimento, utilização do instrumento e processo de trabalho.

Segundo Bardin (2011, p.147) categorização é “uma operação de classificação de elementos constituintes de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero, com os critérios previamente definidos”.

Isso demonstra que mesmo sendo um projeto novo para a instituição, os profissionais do setor já tiveram oportunidade de conhecer um mapa cirúrgico em outras instituições e este conhecimento prévio serviu para o melhor entendimento do projeto. Este conhecimento contribui para a execução do mapa cirúrgico diariamente, além de contribuir para a melhoria da comunicação da programação, visto que no início os profissionais procuravam saber das cirurgias do dia na agenda da emergência. E segundo Possari (2011, p.101) o agendamento “visa ordenar, de maneira segura e confortável, a execução de um procedimento programado”.

O conhecimento do agendamento cirúrgico favoreceu a assistência prestada à paciente e é importante para a equipe do centro obstétrico. A programação do mapa cirúrgico serviu para melhorar a comunicação, otimizar os recursos materiais necessários para a realização do procedimento e favoreceu a interação entre os membros da equipe do centro obstétrico.

Neste sentido, os autores Rivera e Artmann (1999, p.357), colocam que “vários métodos criam a possibilidade de fluxos de comunicação ampliada, além de envolver o processo gerencial como um todo”.

Diante da construção de novas práticas gerenciais, o processo de trabalho e a assistência à paciente sofrem mudanças que possibilitam a melhoria da segurança do cuidado cirúrgico. Neste sentido, as novas práticas precisam ser interiorizadas pela equipe do centro obstétrico, e isso começa com a aquisição do conhecimento do fluxo e protocolo assistencial cirúrgico.

O intuito do treinamento foi esclarecer como proceder no agendamento cirúrgico e para isso foi criado um protocolo de agendamento de cirurgias eletivas na instituição, contendo o fluxo assistencial de atendimento e marcação dessas cirurgias.

Neste contexto, Possari (2011, p.87) comenta que “uma das estratégias para que isso ocorra é a educação do funcionário no seu local de trabalho, sendo essencial para sua aprendizagem, pois permiti vivenciar as atividades que irá desenvolver”.

O protocolo assistencial otimizou a gestão do centro obstétrico, com a organização dos recursos disponíveis e o planejamento da programação cirúrgica. Além de auxiliar todos os profissionais da instituição no agendamento.

É importante para a instituição ter um protocolo que guiará seus procedimentos cirúrgicos através do fluxo assistencial estabelecido. Misoczky e Guedes (2011, p.18) comenta Matus (1996, p.12) “O planejamento é o cálculo situacional que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação”.

Essa comunicação prévia dos procedimentos contribuiu para a gestão clínica do centro obstétrico, uma vez que otimizou o planejamento assistencial e assegurou uma assistência de qualidade. Os fluxos estabelecidos para os agendamentos cirúrgicos ajudam no entendimento do processo a ser seguido dentro da instituição. Segundo Possari (2011, p.100) “é necessário utilizar meios e processos comunicativos capazes de suprir as necessidades com base na quantidade e qualidade”.

Na Maternidade Escola não é necessário um tempo longo para o agendamento cirúrgico, devido a especificidade das pacientes atendidas na unidade. A avaliação da necessidade de cirurgia é feita em um momento específico da gestação da paciente e que permite agendar com um tempo de dias a cirurgia. Diante do exposto a Portaria N° 1919 de 2010, define o procedimento cirúrgico eletivo como “aquele procedimento cirúrgico terapêutico executável em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência”. (BRASIL, 2010).

A programação de um a dois dias conforme relato dos participantes é utilizada para as pacientes que fazem o acompanhamento no pré-natal especializado (diabetes, hipertensão e gemelar) na instituição, enquanto a marcação com um tempo maior de 7 a 15 dias serviria para a programação da fetoscopia, da doença trofoblástica gestacional (DTG) e da laqueadura tubária por videolaparoscopia.

A antecedência na programação das cirurgias eletivas melhora também a comunicação dentro da unidade, uma vez que os setores e os profissionais são informados

antecipadamente dos procedimentos cirúrgicos agendados. A antecedência é efetiva e eficaz para a programação e planejamento da gestão setorial.

O tempo necessário para realizar o agendamento deve seguir o protocolo assistencial e este preconiza uma antecedência de 24 horas no mínimo. Segundo Faria et al. (2010, p.67), afirmam que “a programação cirúrgica proporciona uma melhor distribuição do número de cirurgias/dia, tendo como resultado uma ocupação progressiva do centro cirúrgico com reflexos na ocupação dos leitos”.

A partir dos registros dos participantes acima, a programação das cirurgias eletivas é uma estratégia para a organização setorial e otimização dos recursos. O gerenciamento do centro obstétrico abrange o monitoramento e planejamento da assistência da paciente, e para isso é necessário a internação da mesma no dia anterior, para as cirurgias marcadas pelo ambulatório especializado. Desta forma, a assistência à paciente acontecerá efetivamente, permitindo o atendimento da equipe multiprofissional no período pré-operatório.

Neste contexto, Faria et al. (2010, p.64) afirma que “o propósito de garantir um modelo de gestão orientado para resultados, fez-se necessária a centralização dos processos operacionais da reserva de leitos e da programação cirúrgica”.

A partir da organização e do planejamento da programação cirúrgica citado nos resultados, uma nova categoria foi criada para compor a tríade da gestão e é o processo de trabalho.

O planejamento, a organização e o processo de trabalho formam uma tríade estratégica de atuação da equipe na instituição e isso contribui para o gerenciamento da assistência e segurança do paciente. A tríade age diretamente na gestão do centro obstétrico, visto que o planejamento das ações assistenciais possibilita a organização de vários processos, como: a comunicação eficaz dos procedimentos cirúrgicos, o agendamento das cirurgias eletivas, otimização dos recursos materiais e melhor dimensionamento de pessoal e com isso favoreceu todo o processo de trabalho no centro obstétrico. Segundo Toni (2004, p.5) “a viabilidade estratégica das ações planejadas é um conjunto de procedimentos práticos e teóricos para garantir a realização do plano com máxima eficácia”.

A partir do momento que a paciente é internada para a realização do procedimento cirúrgico, inicia-se o processo assistencial e para promover um cuidado diferenciado à paciente gestante, faz-se necessário que esta internação seja no dia anterior a cirurgia. Promovendo o contato da paciente com a assistência especializada no pré-operatório, com o

preparo para a cirurgia, esclarecimento do procedimento e com medidas de aliviar a ansiedade da mesma.

Neste contexto, o processo de trabalho no centro obstétrico com as novas práticas serviu para a melhoria da assistência, visto que a organização e o planejamento possibilitarão que os profissionais não trabalhem com o inesperado no dia do plantão. O conhecimento prévio das cirurgias agendadas estará visível para todos.

O conhecimento prévio das cirurgias eletivas é um cuidado centrado na paciente, promovendo uma assistência segura, eficiente e eficaz. Nos casos mais complexos, a assistência planejada com antecedência permite uma segurança no profissional que irá prestar o cuidado cirúrgico e anestésico. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2013, p. 127) ressalta que “o planejamento e sistematização da cirurgia são capazes de reduzir significativamente a mortalidade e as complicações dos procedimentos cirúrgicos em qualquer nível de complexidade nos serviços de saúde”.

A partir da utilização do mapa cirúrgico no centro obstétrico, foi realizado o pós-teste do estudo e posteriormente as respostas foram analisadas, codificadas e categorizadas em duas unidades temáticas: utilização do processo de trabalho e contribuição.

O conhecimento do processo de trabalho propiciou uma melhoria da assistência à paciente com a organização do agendamento e comunicação prévia dos procedimentos à equipe de profissionais do centro obstétrico. O trabalho diário com o novo processo ajudou no planejamento das atividades desenvolvidas no setor, como: no preparo da sala operatória, na otimização dos recursos materiais e pessoais para a cirurgia, facilitando o andamento do plantão.

O desenvolvimento de estratégias para o planejamento gerencial no cuidado à paciente visando a segurança assistencial no procedimento cirúrgico e anestésico são analisadas pelas autoras Harada e Pedreira (2013, p.50) através das “instituições de saúde que demonstram usar as melhores práticas baseadas em evidências, por meio de processos padronizados, protocolos, [...] demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras”.

O planejamento da assistência com o mapa cirúrgico proporcionou a melhoria do cuidado centrada na paciente no centro obstétrico. O novo processo propiciou uma nova perspectiva na programação obstétrica da instituição, refletindo nas atitudes dos profissionais e na melhor organização do setor. Segundo Gomes et al. (2016, p.141), comenta que “a qualidade nos serviços de saúde é determinante, que assegura e controla os riscos aos quais os pacientes estão submetidos”.

Neste contexto, o mapa cirúrgico consiste de informações pertinentes das pacientes a ser atendidas no centro obstétrico, como: identificação, localização da paciente, diagnóstico, idade, idade gestacional, prontuário, alergias e além de informar a necessidade de hemocomponentes e a utilização do videolaparoscopia (medicina fetal). Desta forma, é possível obter muitas informações necessárias para viabilização dos procedimentos cirúrgicos e os profissionais terem segurança no atendimento da paciente.

A programação cirúrgica é um cuidado centrado na paciente, com a finalidade de assegurar uma assistência eficiente, eficaz, oportuna e de qualidade. O segundo desafio global instituído pela Organização Mundial de Saúde (2004) é a segurança do paciente no procedimento cirúrgico anestésico, a Organização Mundial de Saúde (2009, p.18) indica que na “fase pré-operatória que ocorre a obtenção da confirmação da identificação da paciente, do sítio a ser operado, [...], bem como o preparo da paciente”.

O novo processo de trabalho contribuiu para a organização da programação cirúrgica e melhora na comunicação prévia dos procedimentos.

O instrumento criado foi uma estratégia para melhorar a comunicação entre os profissionais do centro obstétrico acerca dos procedimentos cirúrgicos eletivos. A informação transmite mais eficiência no atendimento à paciente que passará pelo procedimento cirúrgico. E permite o gerenciamento das salas operatórias de acordo com as demandas cirúrgicas dentro do setor, assim com a utilização efetiva dos recursos materiais. Segundo Possari (2011, p.100), “a informação é considerada como um fator essencial. Para isso é necessário utilizar meios e processos comunicativos capazes de suprir as necessidades com base na quantidade e qualidade”.

O centro obstétrico é um setor complexo e com muitas atividades cirúrgicas e a programação cirúrgica promoveu o conhecimento prévio das cirurgias eletivas, facilitando o planejamento adequado das salas e otimizando os recursos humanos e a capacidade instalada do setor.

Todas as propostas são para a melhoria da qualidade da assistência e servem como conhecimento do processo no atendimento à paciente cirúrgica da Maternidade Escola. O fluxo assistencial de agendamento da programação cirúrgica foi reestruturado e de conhecimento de todos que atendem as pacientes e farão parte deste processo.

O projeto aplicativo apresentado no APÊNDICE I intitulado “Elaboração de um protocolo assistencial para as pacientes cirúrgicas eletivas da Maternidade Escola – UFRJ” desenvolveu-se a partir do 1º objetivo do estudo, onde era construir um protocolo de agendamento para as cirurgias eletivas. E também com a ausência de ferramentas de gestão

que impactam o centro obstétrico, como a falta de programação para uso dos recursos humanos e materiais, dificuldades de previsão para utilização das salas operatórias, além da comunicação inadequada para a equipe do setor. Consequentemente a inferência negativa na qualidade da assistência à paciente no centro obstétrico.

O projeto aplicativo foi um dos produtos do estudo e contribuiu para atender a construção e qualificação do protocolo de agendamento das cirurgias eletivas.

A construção do protocolo e do fluxo assistencial de programação cirúrgica foi avaliado pelos profissionais que participam do processo de agendamento e utilização do mapa cirúrgico. Segundo Kipper (2011 apud SILVA; NOVARETTI, 2015, p.3) “a identificação de uma tarefa e a sua transcrição de modo sequência do e organizado, evita desorientações no decorrer do cumprimento das atividades, [...]; asseguramos preliminarmente quais resultados atingir”.

A mensuração dos custos de cada procedimento permitiu informações dos gastos de cada atividade realizada no centro obstétrico, mapeando o processo gerencial envolvido e a utilização mais racional dos recursos materiais.

O custo de cada procedimento dependerá do atendimento de cada paciente, avaliando situação clínica e gravidade nessa assistência. O conhecimento antecipado dos agendamentos cirúrgicos auxiliará no gerenciamento de todo o processo e mapeamento dos recursos e dos custos.

Segundo, Gonçalves (2010, p.76) “o objetivo da obtenção dos custos é a geração de informações para a base de conhecimento e mapeamento de processos visando essencialmente o apoio à tomada de decisões gerenciais”.

Neste mapeamento, não foram mensurados os custos com o atendimento profissional à paciente desde sua entrada na unidade até sua saída do centro obstétrico, após procedimento realizado, além dos gastos com materiais esterilizados e utilização de gases e medicações anestésicas.

6 CONCLUSÃO

A gestão clínica propicia novas tecnologias na assistência à paciente cirúrgica, visando alcançar as melhores práticas no atendimento, planejando com antecedência os cuidados. Neste contexto, para responder as perguntas iniciais geradas nos objetivos específicos, descrevo:

Objetivo 1 - Construir um protocolo de agendamento das cirurgias eletivas: A construção do protocolo de agendamento das cirurgias eletivas foi realizada com a elaboração do fluxo assistencial desde a entrada da paciente no pré-natal da unidade pelo acolhimento, a marcação cirúrgica no ambulatório e alojamento conjunto pelos médicos, a organização do mapa cirúrgico com todo o planejamento da assistência, além da realização do procedimento cirúrgico e posterior alta hospitalar da usuária.

A programação cirúrgica organizada com antecedência ainda precisa ser institucionalizada pela equipe profissional da unidade, tendo o entendimento que é necessário para a segurança da paciente, o planejamento dos cuidados cirúrgicos e anestésicos para a eficácia e eficiência da assistência no momento do parto.

Um novo protocolo de agendamento foi implementado com a presença de dados necessários para a programação cirúrgica. Para a realização da gestão clínica foram criadas novas estratégias para otimizar os recursos materiais (kits cirúrgicos) através dos custos dos materiais, evitando desperdício, e também a comunicação (solicitação da sala operatória) dentro do centro obstétrico, esta última serviu para a comunicação dos procedimentos de urgência e emergência para a equipe do setor, agilizando a assistência prestada.

Objetivo 2 - Implementar o protocolo de agendamento e o fluxo assistencial de programação cirúrgica para realizar a gestão clínica no centro obstétrico - o protocolo que descrevia o fluxo de agendamento das cirurgias eletivas foram criados a partir das experiências diárias com a programação cirúrgica na unidade.

A programação cirúrgica realizada com antecedência contribuiu para a melhoria do fluxo assistencial no centro obstétrico, favorecendo o conhecimento prévio das pacientes que passarão pelo procedimento, desta forma possibilita o planejamento dos cuidados prestados pela equipe. O planejamento, a organização e o processo de trabalho formam uma tríade estratégica de atuação da equipe na instituição e isso contribui para o gerenciamento da assistência e segurança do paciente no procedimento cirúrgico.

O mapa cirúrgico foi validado por especialistas com ampla experiência em cirurgias pela técnica Delphi e a Escala Likert, aonde foi obtida o grau de concordância entre os avaliadores e também o coeficiente de confiabilidade, Alfa de Cronbach, além da avaliação dos profissionais que agendaram e utilizaram o instrumento no centro obstétrico.

Objetivo 3 - Criar indicadores para o processo de monitorização da assistência prestada. A criação dos indicadores para o processo de monitorização da assistência prestada, avalia todo o processo de trabalho através da mensuração dos dados colhidos dos registros da assistência prestada à paciente, durante o procedimento cirúrgico. Os indicadores de processo e resultados foram criados para a monitorização da assistência.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Serviço de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014. (Série: Tecnologia em Serviços de Saúde).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 21 fev. 2003. Seção1, p.28. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/2002/50_02rdc.pdf . Acesso em: 30 jan. 2016

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1919, de 15 de julho de 2010. Estabelece política nacional dos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jul. 2010. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/899-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/14-media-e-alta-complexidade/12670-cgmac-teste-botao-9>. Acesso em: 15 dez. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº4279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 30 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013, Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 abr. 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurançadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria529> Acesso em: 28 nov. 2016.

BOTAZINI, N. O.; TOLETO, L. D.; SOUZA, D. M. S. T. Cirurgias eletivas: cancelamento e causas. **Rev. SOBECC**, v.20, n.4, p.210-219, 2015.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME Rev. Min. Enferm.**, v.13, n.3, p.429-434. 2009.

CAPELLA, D. M.; CHO, M.; LIMA, R. S. A Segurança do paciente em serviço de saúde no contexto da América Latina e Caribe. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviço de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviço de Saúde (GGTES). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: Anvisa, 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 1). Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 30 jan. 2016. p.13-17

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviço de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviço de Saúde (GGTES). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: Anvisa, 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 1). Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 30 jan. 2016. p. 29-39.

COSTA, J. P. et al. Resolutividade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, v.38, n.103, p.733-743, 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução: Aurélio Guerra Neto; Célia Pinto Costa. São Paulo: Edições. 34, 1995. v.1. (Coleção TRANS). Disponível em: https://rizoma.milharal.org/files/2012/11/Rizoma-Deleuze_Guattari.pdf. Acesso em: 30 jan. 2016.

DEMARCHI, T. M. Gestão por processos como ferramenta da qualidade em um hospital-maternidade pública do município de São Paulo. **RAS**, v.14, n.54, p.37-43, 2012.

FARIA, E. et al. Nova abordagem de gerenciamentos dos leitos associada à agenda cirúrgica. **RAS**, v.12, n.47, p.63-70, 2010.

FERNANDES, M. S. et al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Rev. Latino-am. Enf.**, v.11, n.2, p.161-167, 2003.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ – LAPPIS, 2006. Disponível em:

<www.uesc.br/atencaosaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/integralidade_na_assist_a_saude_tulio_franco_o_helvecio_magalhaes.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Rev. Tempus Acta Saúde Col.**, v.6, n.2, p.151-163, 2012. Disponível em: <www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034> Acesso em: 11 dez. 2015.

GOMES, A. F. M. M. et al. Mapeamento do fluxo de trabalho das atividades em engenharia clínica: a experiência do Hospital de Clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo. **Rev. Fmp.**, v.48, n.1, p.41-47, 2015.

GOMES, C. D. P. P. et al. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. **Rev. SOBECC**, v.21, n.3, p.140-145, 2016.

GONÇALVES, M. A. et al. Gestão estratégica hospitalar: a aplicabilidade do sistema ABC em um bloco cirúrgico. **RAHIS**, n.4, p.73-86, 2010.

GUIMARÃES, M. F. L. et al. Mapeamento de processos: fluxo de instrumentos de cirurgias vídeo assistidas. **Rev. Enferm online**, v.10, n.3, p.1162-1169, 2016.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G. O erro humano e sua prevenção. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviço de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviço de Saúde (GGTES). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: Anvisa, 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 1). p.41-55.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produt. Prod.**, v.11, n.2, p.85-103, 2010.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**.4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MATTHIENSEN, A. **Uso do coeficiente Alfa de Cronbach em avaliação por questionários**. Boa vista: EMBRAPA, 2011. (Documentos 48)

MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R.; CIAMPONE, M. H. T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.18, n.2, p.165-171, 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à rede. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p.2-49.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MISOCZKY, M. C. A.; GUEDES, P. **Planejamento e programação na administração pública**. Brasília: CAPES: UAB, 2011.

OLIVEIRA, T. M. V. Escalas de mensuração de atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Administração OnLine**, v.2, n.2, 2001. Disponível em: <http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/veludo_-_escalas_de_mensuracao_de_atitudes_thurstone_osgood_stapel_likert_guttman_alpert.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Tradução: Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PESSOA, L. R.; SANTOS, H. A.; TORRES, K. R. B. O. (Org.). **Manual do gerente**: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

POSSARI, J. F. **Centro cirúrgico**: planejamento, organização e gestão. 5.ed. São Paulo: Iátria, 2011.

RIVERA, F. J. U. Argumentação e validade edifício-situacional planejamento estratégico Matus. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.9, p.1847-1957, 2011.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde**: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. Saúde Col.**, v.4, n.2, p.355-365, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. C. S. **Epidemiologia & saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTOS, A. S.; CUBAS, M. R. **Saúde coletiva**: linhas de cuidados e consulta em enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enf.**, v.18, n.4, p.652-660, 2009.

SCARTEZINI, L. M. B. **Análise e melhoria de processos**. Goiânia: do autor, 2009. (Apostila, 1).

SILVA, G. K.; NOVARETTI, M. C. Z. Reestruturação do fluxo de internação para cirurgias eletivas por meio da gestão de processos em um hospital público. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GESTÃO DE PROJETOS, INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE 4, 2015, São Paulo. **Anais...**São Paulo: SINGEP, 2015. p.1-10.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA- ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviço de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviço de Saúde (GGTES). **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 1). p. 19-28.

TONI, J. O que é planejamento estratégico situacional. **Rev. Espaço Acad.**, n.32, jan. 2004. Disponível em: <[file:///F:\O que é o planejamento estratégico situacional_.html](file:///F:\O%20que%20%C3%A9%20o%20planejamento%20estrat%C3%A9gico%20situacional_.html)>. Acesso em: 11 maio 2016.

VECINA NETO, G. Organização e funcionamento dos serviços de saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. cap.3.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – PRÉ-TESTE**Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola/UFRJ**

Pesquisa em: A Gestão Clínica do Fluxo Assistencial das cirurgias eletivas da Maternidade Escola da UFRJ

PRÉ – TESTE

Nome: _____

Idade: _____

Profissão: _____

1-Conhece um mapa cirúrgico?

2-Já agendou cirurgias para o mapa cirúrgico?

3-Acha válido este processo de trabalho?

sim não Porquê? _____

4-Acredita que a antecedência de quanto tempo seja necessária para a programação e melhor organização do serviço?

5-Você tem conhecimento de como é realizado o agendamento cirúrgico nesta instituição?

6-Gostaria de receber um treinamento para o mapa cirúrgico?

APÊNDICE B – PÓS-TESTE**Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola/UFRJ**

Pesquisa em: A Gestão Clínica do Fluxo Assistencial das cirurgias eletivas da Maternidade Escola da UFRJ

PÓS-TESTE

Nome: _____

Idade: _____

Profissão: _____

1-Utilizou o processo de agendamento cirúrgico proposto para o qual foi treinado?
() sim () não em caso de não, por quê? _____

2- O que achou deste processo de trabalho?

3-Em que aspecto ocorreram ou não a melhoria no serviço?

4- Alguma contribuição?

APÊNDICE D - MAPA CIRÚRGICO

Este mapa cirúrgico foi o primeiro a ser confeccionado para a validação das expertises:

SALA	HORA	NOME DA PACIENTE	IDADE	REGISTRO	IG	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMENTO	VIDEO	HEMO	CIRCULANTE
 <div style="text-align: center;"> <p>MATERNIDADE ESCOLA / UFRJ</p> <p>MAPA DE PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA</p> <p>DATA: _____</p> </div> 										
ENFERMEIROS PLANTONISTAS:										
CHEFIA DO PLANTÃO OBSTÉTRICO:										

APÊNDICE E – MAPA CIRÚRGICO COM A VALIDAÇÃO TÉCNICA DELPHI

O mapa cirúrgico abaixo ficou estabelecido com a validação com a Técnica Delphi com as expertises:

		MATERNIDADE ESCOLA / UFRJ											
		MAPA DE PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA											
		DATA: / /											
SALA	HORA	NOME DA PACIENTE	LOCAL/ENF	IDADE	REGISTRO	IG	DIAGNOSTICO	PROCEDIMENTO	ALERGIAS	VIDEO	HEMO	CIRCULANTE	
ENFERMEIROS PLANTONISTAS:													
ANESTESISTAS:													
CHEFIA DO PLANTÃO OBSTÉTRICO:DR°													

APÊNDICEG – PROTOCOLO DE AGENDAMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS

PROTOCOLO DE AGENDAMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS

Título: AGENDAMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS

1. Definição:

O agendamento cirúrgico é uma medida de planejamento da execução de um procedimento cirúrgico.

2. Finalidade:

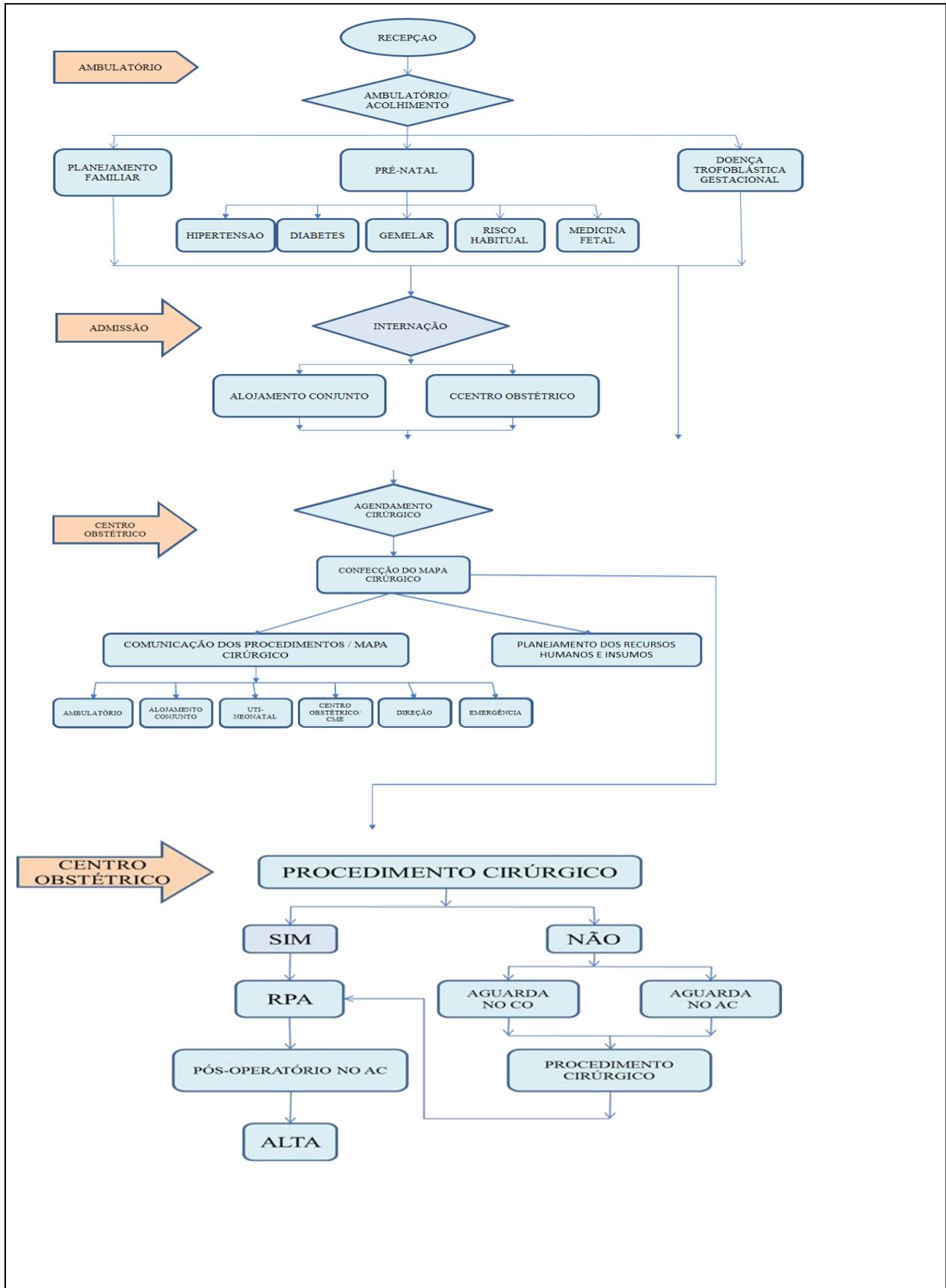
- Planejamento da assistência cirúrgica realizada na instituição;
- Verificar a necessidade de intervenção cirúrgica através da consulta clínica, no ambulatório ou no alojamento conjunto e a partir desse momento é agendado até a realização do procedimento cirúrgico.

3. Descrição do Procedimento:

- **AGENDAMENTO CIRÚRGICO**
 - O atendimento a paciente inicia-se com a entrada na instituição através do Sistema de Regulação de vagas do estado (SISREG) e sua admissão no ambulatório.
 - Ao ser admitida no ambulatório pelo acolhimento realizado pelas enfermeiras do setor e posterior encaminhamento para a consulta especializada.
 - Ambulatório especializado:
 - Hipertensão Arterial;
 - Gemelar;
 - Diabetes;
 - Doença Trofoblástica Gestacional (Mola Hidatiforme);
 - Medicina Fetal (Anomalias fetais);
 - Planejamento Familiar (Laqueadura tubária);
 - Risco Habitual (Placenta Prévia e Insuficiência Cervical);
 - Anestesia (Avaliação anestésica para o procedimento).
 - Durante o pré-natal a paciente é avaliada pela equipe médica da unidade.
 - A equipe médica avalia a necessidade da cirurgia: indicação/ diagnóstico e previsão de data para a realização da cirurgia.
 - O agendamento será realizado com o mínimo de 24 horas de antecedência do procedimento cirúrgico.
 - Após a indicação será agendado a data em planilha própria com a colocação: nome, prontuário, idade, idade gestacional, alergias, diagnóstico, nome de quem indicou e observações. O mesmo prazo para agendamento do procedimento: mínimo de 24 horas.
 - O agendamento poderá ser realizado também no alojamento conjunto, uma vez que as pacientes internadas são avaliadas pela equipe médica de rotina diariamente e indicará a necessidade de uma intervenção cirúrgica para a mesma. Sendo agendado em planilha como a do ambulatório.
 - Essa planilha será enviada pelo e-mail da Coordenação do Centro Obstétrico, onde será concluída a marcação do procedimento e a confecção e distribuição do mapa cirúrgico.
- **DISTRIBUIÇÃO DA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA**
 - Com a distribuição da programação das cirurgias eletivas será realizada pela coordenação do centro obstétrico, e os setores serão informados sobre o mapa com antecedência.
 - Os setores relacionados na distribuição: Direção da unidade, Ambulatório, Emergência, nutrição, Centro Obstétrico (enfermagem e sala dos médicos), UTI neonatal, Alojamento Conjunto.
- **PLANEJAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS**
 - Previsão dos recursos materiais
 - Um levantamento as necessidades de recursos materiais do setor, identificando as quantidades e especificidades dos mesmos.
 - Provisão dos recursos materiais
 - A reposição de materiais no setor;
 - Solicitar o material no almoxarifado, receber e guardar;

- Kit de consumo dos materiais para cada procedimento cirúrgico.
 - Gerenciamento dos recursos humanos
- PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO**
- Internação no dia anterior ou na manhã do procedimento;
 - Identificar, reduzir e minimizar o nível de ansiedade da paciente;
 - Verificar as dúvidas e necessidades da paciente e família em relação ao ato anestésico-cirúrgico;
 - Verificar se o prontuário está em ordem, observando as anotações da equipe multiprofissional;
 - Realizar a continuidade da assistência prestada a paciente nos setores de internação e centro obstétrico;
 - Esclarecimento das rotinas do centro obstétrico;
 - Realizar entrevista com a paciente, verificando exames e as informações do prontuário;
 - Identificação de alergias, através da colocação de pulseira;
 - Identificação de risco de queda;
 - Retirada de adornos e próteses dentárias;
 - Jejum de no mínimo oito horas nas cirurgias eletivas;
 - Tonsura supra púbica;
- PERÍODO TRANSOPERATÓRIO**
- A paciente é admitida no centro obstétrico pelos enfermeiros do setor, o mesmo se apresenta com nome e categoria funcional.
 - O enfermeiro verifica a pulseira de identificação da paciente.
 - Encaminha a paciente até o pré-parto e faz a verificação de todas as informações do prontuário e faz a anamnese da paciente.
 - O enfermeiro explica o procedimento a paciente e a encaminha para o banho de aspersão.
 - O enfermeiro comunica a equipe médica a presença da paciente para a cirurgia eletiva.
 - A equipe da anestesia explica o procedimento anestésico.
 - A sala operatória é preparada pelos técnicos de enfermagem.
 - A paciente é encaminhada para a sala operatória pelo enfermeiro.
 - O procedimento cirúrgico pode atrasar o início devido as urgências e as emergências obstétricas, neste caso, a paciente aguarda no setor ou no alojamento, porém tudo é comunicado antecipadamente, evitando assim ansiedade na paciente.
 - O procedimento cirúrgico anestésico é realizado.
- PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO**
- A paciente se recupera do procedimento cirúrgico anestésico no centro obstétrico e logo a seguir é encaminhada para o alojamento conjunto.
 - O pós-operatório é realizado no alojamento conjunto. E posteriormente ocorrerá a alta hospitalar.
 - Caso tenha ocorrido alguma intercorrência durante o procedimento cirúrgico anestésico, a paciente ficará no centro obstétrico para ser monitorada continuamente.
- 4. Resultados Esperados:**
- SEGURANÇA DA PACIENTE**
 - Procedimento cirúrgico anestésico realizado livre de dano à paciente.
 - A realização da cirurgia segura na unidade.

APÊNDICE H -FLUXOGRAMA DO AGENDAMENTO



APÊNDICE I - PROJETO APLICATIVO



Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA

JAQUELINE SOUZA DA SILVA

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA AS PACIENTES CIRÚRGICAS ELETIVAS DA MATERNIDADE ESCOLA- UFRJ

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientador Prof. Dr. Joffre Amim Junior

Co Orientadora: ProfªDra. Ana Paula Vieira dos
Santos Esteves

RIO DE JANEIRO – RJ

JULHO - 2016

JAQUELINE SOUZA DA SILVA

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA AS
PACIENTES CIRÚRGICAS ELETIVAS DA MATERNIDADE ESCOLA-
UFRJ

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientador Prof. Dr^o. Joffre Amim Junior

Co Orientadora: Prof.^a Dr.^a.Ana Paula Vieira
dos Santos Esteves

RIO DE JANEIRO – RJ

JULHO – 2016

RELAÇÃO DAS FIGURAS

FIGURA 1 – AÇÃO ESTRATÉGICA: IMPLEMENTAR O AGENDAMENTO CIRÚRGICO DO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE ESCOLA – UFRJ – OPERAÇÕES 1, 2 E 3	98
FIGURA 2 - AÇÃO ESTRATÉGICA: IMPLEMENTAR O AGENDAMENTO CIRÚRGICO DO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE ESCOLA – UFRJ – OPERAÇÕES 4 E 5	99
FIGURA 3 – IMPLEMENTAR O FLUXO DE AGENDAMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS NO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA MATERNIDADE ESCOLA.....	100
FIGURA 4 – CRIAR OS INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA.....	101
FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DO AGENDAMENTO CIRURGICO.....	105

SUMÁRIO

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	81
2. <u>OBJETIVOS</u>	83
3. <u>REFERENCIAL TEÓRICO</u>	84
3.1. <u>Gestão Clínica</u>	84
3.2. <u>Processos de trabalho</u>	84
3.3. <u>Agendamento cirúrgico</u>	85
3.3.1. <u>Fluxograma do agendamento cirúrgico</u>	86
4. <u>MÉTODO DO PROJETO APLICATIVO</u>	88
4.1. <u>Fases do projeto</u>	88
4.1.1. <u>Fase de Iniciação</u>	88
4.1.2. <u>Fase de Planejamento</u>	88
4.1.3. <u>Fase de execução</u>	89
4.1.4. <u>Fase de Monitoramento e Controle</u>	89
4.1.5. <u>Fase de Encerramento</u>	90
4.2. <u>Planejamento Estratégico</u>	90
4.2.1. <u>Conceito de estratégia</u>	90
4.2.2. <u>Conceito de situação</u>	91
4.2.3. <u>Conceito de problema</u>	92
4.2.4. <u>Momentos do processo de planejamento</u>	92
5. <u>ANÁLISE DE PROBLEMAS</u>	93
5.1. <u>Conceito: árvore de problemas</u>	93
5.1.1. <u>Árvore de Problemas</u>	94
5.2. <u>ATORES SOCIAIS</u>	95
5.2.1. <u>Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais</u>	95
5.2.2. <u>Análise de Atores Sociais</u>	96
6. <u>PLANO DE AÇÃO</u>	97
7. <u>RESULTADOS ESPERADOS DAS AÇÕES ESTRATEGICAS</u>	102
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	108

1 - INTRODUÇÃO

No Brasil, a gestão da clínica iniciou-se com a Constituição Federal em 1988, e posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua regulamentação, com a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de atenção à saúde. A Portaria do Ministério da Saúde (MS), nº 4279/10, estrutura as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo estratégias para assegurar um atendimento de qualidade, humanizado, com eficácia clínica e sanitária. A Rede de Atenção à Saúde se organiza a partir de um processo de gestão da clínica associada a eficiência na utilização dos recursos, através do planejamento e gestão. Nesse sentido, Mendes cita que:

“A gestão clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção a saúde de qualidade centrada nas pessoas, efetiva, segura, eficiente, oportuna, equitativa e ofertada de forma humanizada.”(MENDES,2011, p.368).

Essas tecnologias sanitárias destinam-se ao planejamento e avaliação da assistência prestada à usuária, promovendo o gerenciamento do cuidado, estabelecendo um fluxo de atendimento integral, articulando ações e saberes dos profissionais envolvidos.

O cuidado à saúde está centrado no acolhimento a usuária, no estabelecimento do vínculo e na responsabilidade das ações, através da linha de cuidado. Pessoa et al (2011, p.21), “define linha de cuidados como a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde.”

Observando a nossa prática diária, o caminho percorrido pela usuária dentro da unidade desde a marcação até a realização do procedimento cirúrgico, são questões que se revelam como “dificuldades” para a organização de processo de trabalho e otimização dos recursos humanos e materiais no Centro Obstétrico. Franco e Merhy (2012 p.154), relatam que “os processos e tecnologias de trabalho estão associados um certo modo de agir, no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados que sejam satisfatórios do ponto de vista da sua eficácia tanto para o usuário quanto para o trabalhador.”

As marcações dos procedimentos cirúrgicos no cenário deste estudo são feitas numa planilha que circula no ambulatório, na medicina fetal e na direção da unidade, para que

os profissionais médicos possam realizar o agendamento. Esta planilha fica na Emergência (porta de entrada na unidade) e os profissionais do Centro Obstétrico precisam ir até o setor para verificar as marcações do dia. Havendo então uma comunicação informal destas programações para a equipe do centro obstétrico.

As usuárias comparecem no dia e hora marcados e comunicam que vieram para a internação e posterior procedimento cirúrgico. Além dessas marcações, esta unidade que é referência em gestações com risco fetal, na cidade do Rio de Janeiro, atende usuárias de outras unidades para o atendimento na maternidade, de cesáreas de urgência/emergências, laqueaduras, abortos, aspiração manual intrauterina (AMIU) e outros.

Todas essas causas impactam o processo de trabalho do centro obstétrico, uma vez que há falta de programação para uso dos recursos humanos e materiais, dificuldades de previsão para utilização das salas operatórias, resultando na falta de rotatividade de leitos, diminuindo a produtividade do setor, aumentando o tempo de permanência das usuárias e o custo hospitalar.

A organização de um fluxo assistencial para a usuária atendida na maternidade começou com a identificação da quantidade de clientes admitidas na internação para a realização de procedimento cirúrgico na unidade, mensalmente fica em torno de 30% e a ausências de um fluxo cirúrgico e de protocolos.

Com a construção de uma programação cirúrgica semanal, será possível visualizar os procedimentos a serem seguidos, planejamento e de insumos e dos custos através da utilização dos kits cirúrgicos, dimensionar adequadamente os profissionais de enfermagem e apoio, organizar salas, organização dos pedidos de urgência e emergência através de uma planilha, além de aproveitar, utilizar e planejar o uso das informações contida no mapa cirúrgico, através dos indicadores cirúrgicos para planejar e otimizar o uso do setor. Segundo Franco e Junior (2004 p.4), “a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. ”

A qualidade da assistência é uma busca incessante pelas instituições de saúde, estabelecendo padrões na produção do cuidado e na segurança do paciente. A partir da produção do cuidado se estabelece um projeto Terapêutico que segundo, Costa et al (2014, p. 740), “ pode constitui o fio condutor para os fluxos da linha do cuidado, os quais devem ser capazes de garantir o acesso seguro à tecnologias necessárias à assistência. ” E a resolutividade da assistência a usuária está centrada na integralidade das ações de saúde e na produção deste cuidado.

Então, diante destas situações encontradas, surgiu o seguinte questionamento: a gestão clínica do fluxo assistencial do centro obstétrico contribui para a melhoria da qualidade assistencial as pacientes cirúrgicas da Maternidade Escola?

O estudo através desses questionamentos e da possibilidade de se organizar um serviço prestado as usuárias, foram traçados objetivo e ações esperadas para este projeto aplicativo.

2.- Objetivo da Ação

- Melhorar a qualidade da assistência das pacientes cirúrgicas as Maternidade Escola.

2.1 – Ações Específicas

- Criar um protocolo de agendamento das cirurgias eletivas;
- Implementar o protocolo e o fluxo assistencial de agendamento;
- Criar indicadores para o processo de monitorização da assistência prestada.

3- REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – Gestão Clínica

A gestão da clínica no atendimento à paciente cirúrgica é melhorar a assistência prestada, produzindo um cuidado de qualidade, eficiente, seguro e, além disso, otimizar os recursos materiais, humanos e da capacidade instalada do centro obstétrico.

As origens da gestão da clínica iniciaram-se em dois sistemas de saúde, que segundo Vecina Neto e Malik (2014, p.45), ”a mais antiga, desenvolvida no sistema privado dos Estados Unidos da América (EUA), a atenção gerenciada. Outra, mais recente, a governança clínica que se estabeleceu no serviço nacional do Reino Unido. ”

Estes sistemas se fundamentam no livre acesso aos serviços de saúde, estabelecimento dos custos efetivos na atenção à saúde, produzir cuidados livres de danos aos pacientes e melhoria da qualidade assistencial.

No Brasil, a partir desses dois sistemas de saúde, foi adotada a expressão gestão da clínica, que se destina a prover uma assistência humanizada, efetiva, visando a melhoria das práticas clínicas no atendimento das usuárias. (MENDES, 2011, p.364), definiu como um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde. Nesta perspectiva, a gestão da clínica estabelece padrões ótimos para a prática, com o objetivo de obter a assistência de qualidade, efetiva e segura, onde o paciente é visto como um todo. Para Travassos e Caldas (2013, p.20), ”a qualidade do cuidado é composta por diversos atributos, que incluem: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. ”

3.2 - Processo de trabalho

A construção do processo de trabalho na saúde é baseada no homem, que atuando sobre a produção do cuidado com os meios necessários para transformá-los em uma assistência de qualidade e eficaz. Pessoa (2011, p.23) conceitua processo de trabalho como, “as práticas dos trabalhadores da saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde”.

A relação entre os trabalhadores e os usuários durante a produção do cuidado é a criação de vínculos, que permitem uma assistência mais acolhedora nos processos produtivos de trabalho. Segundo Merhy (2007, p.29), “expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção de cuidado, bem como de governá-las”.

Nesta perspectiva que o trabalho em saúde articula estratégias buscando o aprimoramento do cuidado através de tecnologias que podem ser duras, leve-duras e leves. Essas tecnologias são definidas por Merhy e Franco (2012, p.154), “a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras (equipamentos), leve-duras (conhecimentos técnicos) e leves (relacionais) ”.

A relação dos processos de trabalho com as tecnologias implantadas pelos autores produz uma conexão e a formação de fluxos de produção de cuidado assistencial seguro para o paciente no período perioperatório.

Neste sentido Franco (2006, p.3) diz que “sempre haverá a articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize”.

Essa assistência perioperatória materna é muito peculiar e exige um trabalho em saúde eficaz, evitando assim danos em decorrência de uma assistência inadequada. Anvisa (2014, p.7) relata que, “as complicações têm sua origem no próprio processo de gravidez e parto e em outras situações, elas podem surgir em decorrência da assistência oferecida ou como consequência de erros no processo de trabalho”.

A construção de um protocolo de agendamento para as pacientes cirúrgicas eletivas da Maternidade Escola servirá para melhorar o processo de trabalho já existente na unidade, visando uma comunicação mais efetiva entre os profissionais e o planejamento do atendimento à paciente para o procedimento cirúrgico eletivo. A possibilidade de uma internação com antecedência promoverá o preparo da paciente e da equipe do centro obstétrico para o procedimento cirúrgico eletivo eficaz.

3.3 - Agendamento cirúrgico

O centro obstétrico é um setor que se destina a diferentes modelos de parto humanizado, mas com o agravamento das condições clínicas da paciente durante o período gestacional e de parto, torna-se necessário um planejamento da assistência prestada com antecedência. Botazini, Toledo e Souza (2015, p.211), referem que “a estrutura do programa cirúrgico a ser desenvolvido é realizada por um enfermeiro no dia prévio a cirurgia. A equipe responsável deve emitir um aviso cirúrgico com antecedência”.

Apesar do aumento da cobertura de pré-natal na rede de atenção à saúde, há ainda um grande número de óbitos maternos e segundo Vecina Neto (2014, p.220), “tem importante casualidade no momento do parto”.

Partindo desses relatos, que o planejamento do centro obstétrico para atender a demanda interna de agendamento cirúrgico eletivos, a fim de evitar subutilização das salas operatórias, otimizando custos e recursos disponíveis.

O planejamento estratégico do centro obstétrico perpassa pela rede articulada dos processos de trabalho formada para viabilizar todo o atendimento perioperatório das pacientes cirúrgicas. Além disso, o planejamento envolve o número de salas operatórias, com a RDC nº 50 da Anvisa (2002, p.52), recomenda uma (01) sala operatória para cada trinta (30) leitos obstétricos. A capacidade produtiva do setor, todo grupo de profissionais envolvidos seja direta ou indiretamente, a quantidade de insumos e equipamentos, além das tecnologias levadas e leves já implementadas.

E também envolve o tipo de cirurgia, o tempo médio dos procedimentos, tempo de limpeza entre os procedimentos, preparo para as cirurgias, atendimento pré e pós anestésico e de permitir a comunicação das equipes (médica, enfermagem, nutrição e administração) dos agendamentos cirúrgicos eletivos diariamente. Portanto, o planejamento através “do agendamento não é uma atividade trivial e deve ser cuidadosamente estruturado e gerenciado”. (VECINA NETO, 2014, p.218)

O planejamento antecipado dos agendamentos cirúrgicos organiza o setor, e este ordenamento começa bem antes, quando ocorre a marcação da cirurgia no ambulatório. E todo esse caminho percorrido pela paciente até a sua cirurgia, é como se fosse um mapa. Esta ideia pode ser comparada ao mapa é visto no rizoma de Deleuze e Guattari (1995, p.9), que “o decalque já traduziu o mapa em imagem, já transformou o rizoma em raízes e radículas. Organizou, estabilizou, neutralizou as multiplicidades segundo eixos de significância e de subjetivação que são os seus”.

3.3.1 – Fluxograma de Agendamento Cirúrgico

A formulação das linhas guias partem do estabelecimento da atenção à uma condição de saúde e suas prioridades. Partindo desta premissa, será estabelecido um fluxo de atendimento perioperatório à usuária assistida numa maternidade pública, federal e de ensino, desde a sua chegada a unidade de saúde até sua alta hospitalar.

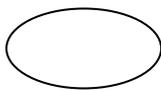
Neste contexto, a construção da linha de cuidado para a assistência perioperatória, permitirá desenhar o caminho percorrido pela usuária, além do acompanhamento articulado dos atendimentos prestados à usuária e a criação do fluxograma perioperatório da unidade em questão. Segundo Santos e Penna (2009, p.653), “as linhas de cuidado integram os recursos

disponíveis em fluxos de assistência que garantem ao usuário o acesso àqueles necessários a sua assistência. ”

A linha de cuidado integra todas as ações terapêuticas no atendimento à usuária, promove o conhecimento dos processos de trabalho dos profissionais de saúde ao longo deste caminho, além de acolher à usuária com responsabilidade e cuidado na assistência prestada.

A partir dessa perspectiva, foi pensado num protocolo assistencial perioperatório para as usuárias da maternidade. A construção do protocolo assistencial foi feita a partir do mapeamento das ações realizadas no caminho da usuária dentro da unidade, Merhy e Onocho (2007, p.73) diz que “a perspectiva de “desenhar” um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção. ”

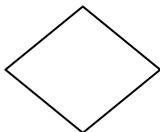
A produção do cuidado dentro do protocolo assistencial perioperatório foi esquematizada através do fluxograma (representação gráfica) e foram utilizados símbolos universalmente padronizados:



Elipse – representa a entrada e saída no processo do cuidado à usuária;



Retângulo – São etapas importantes de intervenção no atendimento à usuária;



Losango – São etapas decisivas para o processo do cuidado;



Identifica o fluxo de dados.

A elaboração deste fluxograma representa descritivamente a entrada da paciente na unidade e todas as etapas pelo qual passa, até a saída, com a alta hospitalar. Segundo Franco (2006, p.1), “o reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações, ou seja, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações”.

O fluxo assistencial de programação cirúrgica informará e orientará o processo de trabalho dentro da unidade.

4 - MÉTODO DO PROJETO APLICATIVO:

4.1 - Fases do Projeto

Projetos podem ser divididos em fases ou grupos de processos. De acordo com o Project Management Body of Knowledge (PMBOK) o projeto possui cinco fases: iniciação; planejamento; execução; monitoramento e controle; e encerramento.

4.1.1 Fase da iniciação

A primeira fase de um projeto é, normalmente, chamada de fase de iniciação, abertura ou concepção. Seu grupo de processos tem como objetivo definir um novo projeto ou uma nova fase de um projeto já existente. É dentro desta fase que ocorrem o reconhecimento formal da existência do projeto, a definição do escopo inicial e o comprometimento dos recursos financeiros para o projeto, além da identificação das partes interessadas (internas e externas) que podem interagir e influenciar no resultado geral do projeto. É na fase de iniciação que o gerente de projetos tem de ser definido e formalmente reconhecido pela organização executora do projeto, caso ainda não o tenha sido. Para este fim, deve-se lançar mão da elaboração do Termo de Abertura do Projeto, ferramenta que reconhece a existência do projeto. Trata-se de algo semelhante à “certidão de nascimento” do projeto (RODRIGUES, 2013).

O Termo de Abertura do Projeto pode conter: justificativa da existência do projeto; objetivos; premissas; restrições; nomeação formal do gerente do projeto; resultados esperados.

4.1.2 Fase de planejamento

O planejamento é uma arma poderosa que minimiza impactos negativos e aumenta as chances de sucesso nos resultados do projeto. O ato de planejar costuma sofrer forte influência da cultura organizacional em que o projeto está inserido. Mesmo que o senso comum saiba que é menos doloroso investir em prevenção do que em correções, empresas com baixo grau de maturidade em gerenciamento de projetos costumam negligenciar a fase de planejamento na busca de resultados de execução mais imediatos. Esse tipo de cenário costuma ser muito prejudicial ao gerente de projetos, que será responsabilizado por eventuais (e prováveis) resultados negativos que ocorram. Em ambientes mais maduros, incentiva-se o planejamento a ser desenvolvido com atenção e profissionalismo.

Segundo Rodrigues (2013), não se pode definir um período (absoluto ou percentual) de tempo para o desenvolvimento do planejamento, mas a boa prática orienta que, quanto mais tempo dispensarmos a ele, maiores as chances de sucesso do projeto. Mesmo que o projeto tenha tido o tempo requerido para desenvolver seu planejamento, muito raramente este não será alterado no decorrer de sua execução. Isso faz com que o processo de planejar o projeto seja iterativo. Em outras palavras, cada mudança prevista ou ocorrida no projeto, justificará um replanejamento de parte do projeto ou, em alguns casos, dele todo.

4.1.3 Fase de execução

O gerenciamento de projetos distingue as fases de execução e de monitoramento e controle por seus objetivos, processos e ferramentas, mas reconhece que é a partir da execução do projeto que o controle se faz mais atuante. Afinal, é a partir do momento que se inicia a execução dos trabalhos previstos para a construção dos objetivos do projeto, que os processos de monitoramento e controle atuam mais fortemente, para acompanhar se o que está sendo executado, segue o que foi planejado e, se necessário, interferir.

É na fase de execução que a maior parte dos recursos materiais e financeiros disponibilizados para o projeto será consumida e que os recursos humanos serão mobilizados. Esta fase exige, ainda, grande esforço de coordenação por parte da equipe do projeto, a fim de manter sua realização em conformidade com o plano de gerenciamento e as linhas de base dos planejamentos realizados. A comunicação é outro fator chave na fase de execução, pois a equipe do projeto tem de estar atenta às necessidades de comunicação previstas, a fim de que as partes interessadas recebam as devidas informações sobre o progresso do projeto.

São raros os casos dos projetos que conseguem executar exatamente aquilo que foi inicialmente previsto na fase de planejamento. Desse modo, quando uma alteração for inevitável, caberá à equipe do projeto estar atenta e reportar esta necessidade, a fim de que o projeto possa ser devidamente replanejado, e se garanta o redirecionamento dos trabalhos.

4.1.4 Fase de monitoramento e controle

A fase de monitoramento e controle perdura do início ao término do projeto. Isto por que, durante todo o seu ciclo de vida, há a necessidade da equipe do projeto estar atenta se o mesmo está seguindo a metodologia prevista e dentro de sua conformidade. Mas é durante a fase de execução que a equipe do projeto desprenderá seus maiores esforços em medir seu progresso e atuar sobre eventuais desvios identificados, a fim de que o projeto

mantenha a conformidade com o plano de gerenciamento. Este monitoramento contínuo fornece à equipe do projeto uma visão melhor sobre a saúde do mesmo e identifica quaisquer áreas que requeiram atenção adicional (RODRIGUES, 2013).

Dentre os objetivos desta fase, podem ser citados: controle sobre as mudanças e recomendação de ações preventivas para possíveis problemas; monitoramento das atividades do projeto em relação ao plano de gerenciamento e às linhas de base de desempenho; influência sobre os fatores que possam impedir o controle integrado de mudanças, para que somente as mudanças aprovadas sejam implementadas.

4.1.5 Fase de encerramento

Uma das características marcantes de um projeto é que ele é finito. Ou seja, além de ter uma data para início, deve ter também uma data de término planejada e acordada entre a equipe do projeto. Segundo Rodrigues (2013), pode-se entender que um projeto chega à sua fase de encerramento em três cenários:

- Quando todos os objetivos do escopo do projeto foram atendidos e entregues ao cliente.
- Quando ambas as partes (cliente e equipe do projeto) concordam em encerrar o projeto, mesmo que nem todos os objetivos do escopo tenham sido atendidos.
- Quando o projeto é abortado por força maior, sem realizar seus objetivos previstos.

Uma das grandes armadilhas de um projeto é deixá-lo em aberto, pois um projeto que não tiver seu fim formalmente decretado pelas partes interessadas ainda poderá ser resgatado em um momento futuro, mesmo depois de anos. Isso, provavelmente, traria grandes problemas ao gerente do projeto, visto que este não terá mais recursos alocados para tanto. Por isso, todo projeto deve ter seu término decretado. A etapa de encerramento do projeto tem como objetivos: formalizar o término das atividades realizadas pelo projeto junto ao seu cliente e aos fornecedores; comunicar o encerramento às demais partes interessadas; documentar as lições aprendidas com o projeto e demais documentos exigidos pela metodologia da organização.

4.2 Planejamento Estratégico

4.2.1 Conceito de estratégia

Estratégia vem do grego *estratego* e era utilizado para denominar os generais que comandavam as guerras na Grécia antiga. Geralmente, a palavra estratégia nos remete à ideia da existência de conflito.

O planejamento deve ser estratégico pois quando estamos diante de uma situação qualquer ou de um problema qualquer, geralmente, existem diversos atores sociais com diferentes visões, propósitos, interesses e compromissos relacionados a essa situação problema. São essas diferenças que colocam a possibilidade de conflitos. Existindo conflitos, é preciso que se raciocine estrategicamente para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados. Não se pode cometer o grave erro de pensar que só nós estamos planejando ou que “o outro também pensam como eu”.

4.2.2 Conceito de situação

Para Matus (1993), o conceito de situação expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam uma realidade. Portanto, uma situação pressupõe a existência de atores sociais que interpretam e explicam a realidade, estando, portanto, estabelecida a possibilidade de conflitos, já que os atores envolvidos podem ter interesses e objetivos diferentes. Portanto, uma situação pode ser compreendida como um espaço socialmente produzido no qual nós desempenhamos um papel e intervimos da mesma forma que os outros.

Entende-se que num processo de planejamento a leitura da realidade daquele é apenas uma das possíveis leituras dessa realidade. Por isso, é fundamental que sejam devidamente consideradas as interpretações da realidade formuladas por outros atores sociais, o que pode exigir a formulação de estratégias para superar possíveis conflitos.

Essa reflexão ajuda a perceber que uma explicação ou análise sobre determinada situação depende necessariamente de: quem explica; para que explica; a partir de qual posição explica; em face de quais outros explica.

Diferente do planejamento tradicional, que considera possível haver um conhecimento único e objetivo da realidade, para o planejamento estratégico situacional, o conhecimento e a explicação da realidade dependem da inserção de cada ator. Por isso, uma explicação situacional é sempre feita por nós ou por eles, como atores sociais. Torna-se, então, muito importante distinguir a minha explicação daquela que tenta dar conta da explicação do outro, lembrando, também, que um mesmo ator pode, partindo de uma mesma realidade, perceber diferentes situações, visando a diferentes propósitos.

Uma situação constitui-se num espaço de produção social. Uma determinada situação expressa a condição, a partir da qual indivíduos ou grupos interpretam e intervêm nessa realidade.

4.2.3 Conceito de problema

Para Campos (2010), um problema pode ser definido como discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Portanto, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos. Sendo assim, um problema é autor referido e dependente da perspectiva de quem o identifica. Em determinadas situações, o que é um problema para um ator pode ser oportunidade para outros.

4.2.4 Momentos do processo de planejamento

Ao propor a ideia de momentos do processo de planejamento, Matus (1993) pretende contrapor a ideia de etapas adotadas no planejamento tradicional e compreendidas como fases estanques, numa sequência rígida. Os momentos constituem uma dinâmica permanente e dialética, ora predominando uma lógica, ora outra. Matus identifica quatro momentos que caracterizam o processo de planejamento estratégico situacional, que são apresentados a seguir:

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças desse momento com o chamado “diagnóstico tradicional” aqui se considera a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade (CAMPOS, 2010).
- Momento normativo: quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução (CAMPOS, 2010).
- Momento estratégico: busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançarem os objetivos traçados (CAMPOS, 2010).
- Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano (CAMPOS, 2010).

5 ANÁLISE DE PROBLEMAS

O objetivo da análise de problemas é o de estabelecer uma visão geral da situação problemática. É importante lembrar que “problemas não existem independentemente das pessoas que os têm – eles existem quando elas os sentem.” Helming e Göbel (1998). Isso significa que, ao se proceder à análise de problemas, deve ficar claro que atores sociais estão enfocando a realidade. Uma situação pode ser considerada problema para um grupo e solução para outro. Existem diversos instrumentos para se efetuar essa análise. Sua escolha dependerá do método de planejamento que se adote. Trabalharemos a árvore de problemas.

5.1 Conceito: árvore de problemas

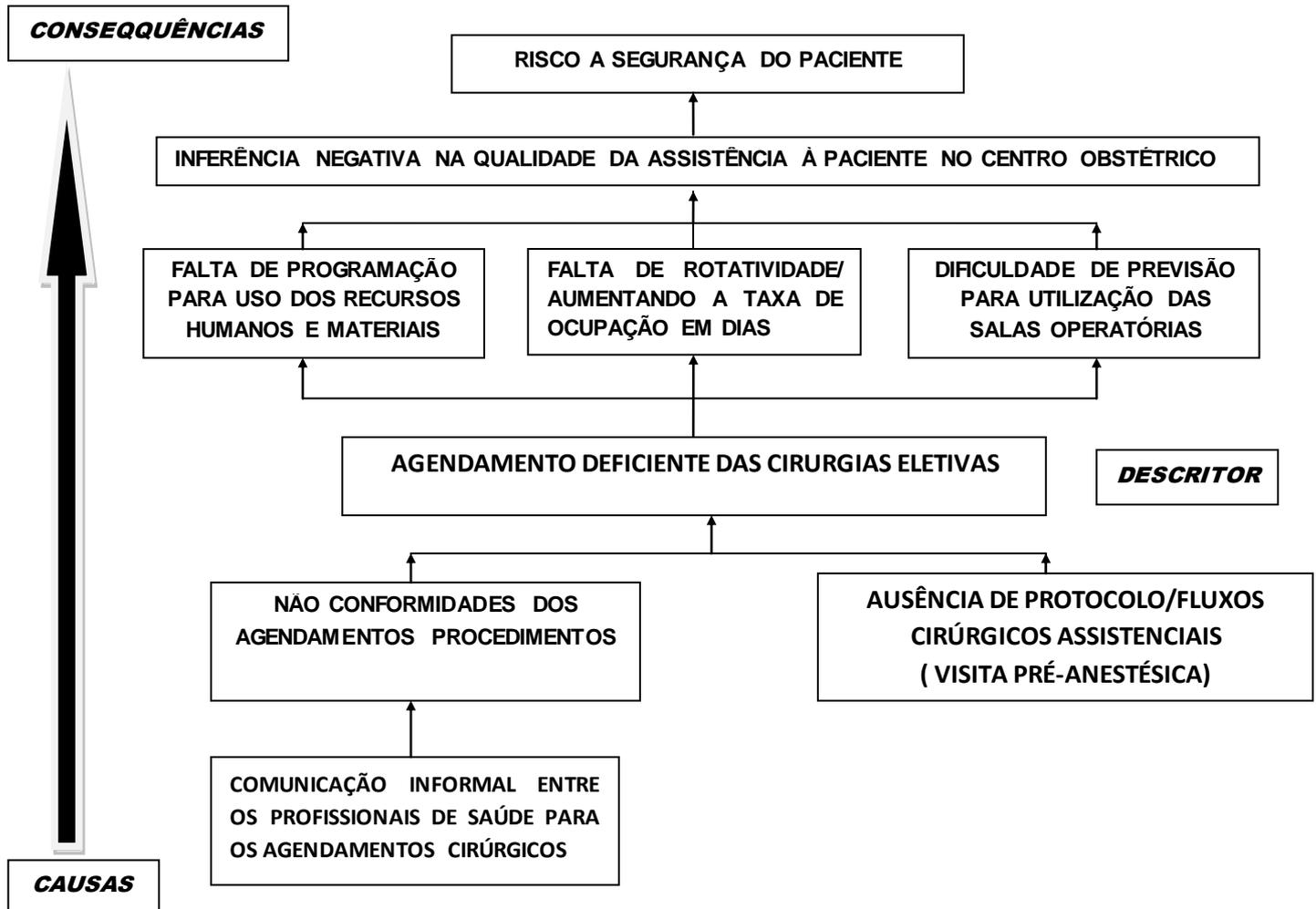
A árvore de problemas é um instrumento que possibilita uma adequada análise dos problemas existentes, com a compreensão de suas inter-relações causais. Nela são estabelecidas as ligações mais importantes, transformando a realidade, que é complexa, numa concepção simplificada a fim de tornar possível uma ação.

Para iniciar a construção da árvore é necessário que se determine claramente qual o corte a ser dado na realidade a ser trabalhada. A determinação do foco de análise (ou problema central, ou problema inicial), delimita o subconjunto da realidade a ser analisada, possibilitando clareza sobre a situação problemática e sua abrangência. Estabelecido o foco, passa-se ao levantamento e à ordenação dos problemas, considerando a relação de causalidade entre eles, dentro do princípio de que problemas geram problemas. A importância de um problema não é dimensionada por sua posição na árvore.

A análise de problemas é, portanto, um conjunto de técnicas para: definir o foco de análise de uma determinada situação; identificar os principais problemas dessa situação; e analisar os problemas estabelecendo suas relações de causalidade.

3- ÁRVORE DE PROBLEMAS

A árvore de problemas apresentada abaixo foi construída com o intuito de analisar a condução de projetos desenvolvidos ou executados no Centro Obstétrico, na Maternidade Escola-UFRJ.



A partir da análise da árvore, conclui-se que a ausência de ferramentas de Gestão impacta o processo de trabalho do centro obstétrico, uma vez que a falta de programação para uso dos recursos humanos e materiais, dificuldades de previsão para utilização das salas operatórias, resultando na falta de rotatividade de leitos, diminuindo a produtividade do setor, aumentando o tempo de permanência das usuárias e o custo hospitalar. Além da comunicação inadequada para a equipe do setor, que precisa buscar as informações na planilha da emergência.

A organização de um fluxo assistencial para a usuária atendida na maternidade começou com a identificação da quantidade de clientes admitidas na internação para a

realização de procedimento cirúrgico na unidade, que mensalmente fica em torno de 40% e as ausências de um fluxo cirúrgico e de protocolos.

5.2 ATORES SOCIAIS

Ator social é definido como um grupo organizado de pessoas, ou até mesmo uma única personalidade, que agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la (MATUS, 1993), para tanto é necessário que esse ator tenha: o controle sobre os recursos relevantes; uma organização minimamente estável; um projeto para intervir nessa realidade.

5.2.1 Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais

ATOR SOCIAL	VALOR	INTERESSE
Diretor da Maternidade Escola	Alto	+
Diretor Médico	Alto	+
Chefe do Ambulatório	Alto	+
Chefe do Alojamento	Alto	+
Chefe do Centro Obstétrico	Alto	+
Coordenadora de Enfermagem do Centro Obstétrico	Alto	+
Coordenadora de Enfermagem do Ambulatório	Alto	+
Enfermeiros do Centro Obstétrico	Médio	+
Funcionários Técnicos Administrativos	Baixo	-

5.2.2 Análise de Atores Sociais

Os atores sociais determinam ações, e segundo Muller e Filho (2002, p. 126) “ ao colocar em prática estas ações o ator acumula recursos e fortalece-se para quando começa a encontrar resistências a sua caminhando em busca de seu objetivo. ”

E é neste contexto que a viabilidade política permite examinar os recursos que facilitam ou dificultam as ações dos atores. Estratégias são criadas para se alcançar os objetivos do projeto com eficácia.

Os atores ativos são de alto valor, pois representam grande poder de influência e governabilidade.

- Diretor da Maternidade Escola – Dr. Joffre Amim Junior - Responsável pelo projeto aplicativo e pela Direção da Unidade.
- Diretor Médico – Dr. Jair Braga – Envolvido na execução do projeto.
- Chefe do Ambulatório - Dr. Rodrigo Rocco – Envolvido na execução do projeto.
- Chefe do Alojamento – Dr. Nilson Ramiro – Envolvido na execução do projeto.
- Chefe do Centro Obstétrico – Envolvido na execução do projeto.
- Coordenadora de Enfermagem do Centro Obstétrico – Enf. Jaqueline Silva – Responsável pelo planejamento, gerenciamento e execução do projeto.
- Coordenadora de Enfermagem do Ambulatório – Enf. Priscila Oliveira – Envolvida na execução do projeto.
- Enfermeiros do Centro Obstétrico – Envolvidos na execução do projeto.
- Funcionários Técnicos Administrativos – Envolvidos na execução do projeto.

6– PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é uma ferramenta para acompanhamento de atividades amplamente utilizado no mundo inteiro. Auxilia na coordenação das equipes, pois explicita quem é responsável por cada atividade, as datas de entrega e anotações /comentários sobre o progresso. Com um Plano de Ação em mãos é possível apresentar fácil e rapidamente o andamento de atividades, as táticas utilizadas, quem executou, quando, enfim, todo o histórico das ações executadas ou previstas no âmbito aplicado (RODRIGUES, 2014).

PLANO DE AÇÃO										
AÇÃO ESTRATÉGICA: IMPLEMENTAR O AGENDAMENTO CIRÚRGICO DO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE ESCOLA-UFRJ										
OPERAÇÕES	DIFICULDADES	FACILIDADES	RECURSO				CRONOGRAMA	RESPONSÁVEL	AVALIAÇÃO	MONITORAMENTO
			FINANCEIRO	ORGANIZATIVO	PODER	MATERIAL				
OP 1	IDENTIFICAR OS	ACESSO E APOIO	MESTRANDA	APOIO DO	30 DIAS	MESTRANDA	TODOS OS	REUNIÕES		
	ATORES QUE UTILIZAM	DOS PROFISSIONAIS	JACQUELINE	PROGRAMA		JACQUELINE	PROFISSIONAIS	QUINZENAIS		
	E	DA ME COM	E ORIENTADORES	DE MESTRADO		E ORIENTADORES	CARTOGRAFADOS			
	CENTRO OBSTÉTRICO	CIRURGIAS	Dr. JOFFRE e	E DIREÇÃO		Dr. JOFFRE e	NO PERÍODO			
		AGENDADAS	Dra. ANA PAULA			Dra. Enf. ANA PAULA	ESTIPULADO			
OP 2	PACTUAÇÃO COM OS	TODOS OS ATORES	AMBULATÓRIOS	OS COORDENADORES	30 DIAS	MESTRANDA	100 % DO	REUNIÃO COM OS		
	ATORES IDENTIFICADOS	PERTENCEN A	ESPECIALIZADOS,	DOS AMBULATÓRIOS		JACQUELINE	PROCESSO	PROFISSIONAIS		
	NA OPERAÇÃO 1	INSTITUIÇÃO	ENFERMARIA E	ESPECIALIZADOS		E ORIENTADORES	DE PACTUAÇÃO	E SERÃO		
		INSTITUÍDO		COORDENADORES		Dr. JOFFRE e		QUINZENAIS		
			DOS SERVIÇOS			Dra. Enf. ANA PAULA				
OP 3	CONSTRUÇÃO DE UM	ESTRUTURA JÁ DEFINIDA	INSTITUCIONAL	PROFISSIONAIS	30 DIAS	MESTRANDA	CONCLUSÃO DO	REUNIÕES		
	MODELO DE	ATORES JÁ IDENTIFICADOS	ENVOLVIDOS DO	DIREÇÃO DA		JACQUELINE	MODELO E	QUINZENAIS		
	AGENDAMENTO	E O MODELO PACTUADO	CENTRO OBSTÉTRICO,	MÉDICA E DE		E ORIENTADORES	VALIDAÇÃO JUNTO			
	CIRÚRGICO	COM OS USUÁRIOS	COORDENADORES	ENFERMAGEM,		Dr. JOFFRE e	AOS ATORES			
		IDENTIFICADOS	DOS SERVIÇOS E	COORDENADORES		Dra. Enf. ANA PAULA	ENVOLVIDOS			
			COORDENADORES DO	DOS SERVIÇOS						
			MESTRADO							

FIGURA 1 – Elaborada pela autora.

PLANO DE AÇÃO											
AÇÃO ESTRATÉGICA: IMPLEMENTAR O AGENDAMENTO CIRÚRGICO DO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE ESCOLA-UFRJ											
OPERAÇÕES	DIFICULDADES	FACILIDADES	RECURSO				CRONOGRAMA	RESPONSÁVEL	AVALIAÇÃO	MONITORAMENTO	
			FINANCEIRO	ORGANIZATIVO	PODER	MATERIAL					
OP 4	SENSIBILIZAR OS O AGENDAMENTO DO CENTRO OBSTÉTRICO E SETORES ENVOLVIDOS PARA SEGURANÇA DA PACIENTE	ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS SETORES ENVOLVIDOS PARA AGENDAMENTO	INSTITUCIONAL	MESTRANDA JAQUELINE E ORIENTADORES Dr. JOFFRE e Dra. ANA PAULA	DIREÇÃO DA UNIDADE E DIVISÃO MÉDICA E DE ENF. OS COORDENADORES DOS AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS E ENFERMARIA	INSTITUCIONAL	30 DIAS	MESTRANDA JAQUELINE E ORIENTADORES Dr. JOFFRE e Dra. ANA PAULA	REUNIÃO PARA APRESENTAÇÃO DO MODELO	REUNIÕES SEMANAL	
OP 5	UTILIZAÇÃO DO AGENDAMENTO DE ACORDO COM O NOVO MODELO PACTUADO	INFRAESTRUTURA PARA REALIZAR O AGENDAMENTO (AMBULATÓRIO E ENFERMARIA)	ESTRUTURA DOS SERVIÇOS EM REDE ARTICULADA	INSTITUCIONAL	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS, ALÉM DO AMBULATÓRIO E ENFERMARIA	DIREÇÃO DA UNIDADE E DIVISÃO MÉDICA E DE ENF. OS COORDENADORES DOS AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS E ENFERMARIA	INSTITUCIONAL	30 DIAS	ENFERMEIRA JAQUELINE E SECRETARIA DO CENTRO OBSTÉTRICO	INDICADORES DO MAPA DOS INDICADORES	RESULTADOS DOS INDICADORES

FIGURA 2 – Elaborada pela autora

PLANO DE AÇÃO										
AÇÃO ESTRATÉGICA: IMPLEMENTAR O FLUXO DE AGENDAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS NO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA ME										
OPERAÇÕES	DIFICULDADES	FACILIDADES	RECURSO				CRONOGRAMA	RESPONSÁVEL	AVALIAÇÃO	MONITORAMENTO
			FINANCEIRO	ORGANIZATIVO	PODER	MATERIAL				
OFICIALIZAR E VALIDAR O MODELO DE AGENDAMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS OP 1	CONFEÇÃO DO MODELO DE AGENDAMENTO	ESTRUTURA JÁ DEFINIDA ARTICULADA COM OS SETORES ENVOLVIDOS E ATORES JÁ PACTUADOS EXISTÊNCIA DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL	INSTITUCIONAL	MESTRANDA JAQUELINE E ORIENTADORES Dr. JOFRE, Dra. ANA PAULA e DR. LORGE	DIREÇÃO DA UNIDADE E DIVISÃO MÉDICA E DE ENF.	INSTITUCIONAL	30 DIAS	MESTRANDA JAQUELINE E ORIENTADORES Dr. JOFRE, Dra. ANA PAULA e DR. LORGE	REVISÃO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE AGENDAMENTO IMPLANTAÇÃO NO SITE	NÚMERO DE ACESSOS NO SITE CÁLCULO: Nº DE ACESSOS AO PROTOCOLO Nº DE ACESSOS AO SITE

FIGURA 3 - Elaborado pela autora.

PLANO DE AÇÃO										
AÇÃO ESTRATÉGICA: CRIAR OS INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA										
OPERÇÕES	DIFICULDADES	FACILIDADES	RECURSO				CRONOGRAMA	RESPONSÁVEL	AVALIAÇÃO	MONITORAMENTO
			FINANCEIRO	ORGANIZATIVO	PODER	MATERIAL				
CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES	CARACTERIZAR QUANTIFICAR	INFORMAÇÕES FIDELIGMS NO SETOR	INSTITUCIONAL	MESTRANDA JAQUELINE E ORIENTADORES Dr. JOFFRE, Dra. ANA PAULA e DR. JORGE	DIREÇÃO DA UNIDADE E DIVISÃO MÉDICA EDENEI.	INSTITUCIONAL	30 DIAS	MESTRANDA JAQUELINE E ORIENTADORES Dr. JOFFRE, Dra. ANA PAULA e DR. JORGE	RESULTADOS	MENSAL
OP 1										

FIGURA 4- Elaborada pela autora.

7- RESULTADOS ESPERADOS DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS

PROTOCOLO DE AGENDAMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS

O agendamento cirúrgico é uma medida de planejamento, da execução de um procedimento cirúrgico. O cirurgião verifica a necessidade de intervenção cirúrgica pela consulta clínica, seja no ambulatório ou alojamento conjunto e a partir desse momento é agendado o procedimento cirúrgico.

- **AGENDAMENTO CIRÚRGICO**

- O atendimento a paciente inicia-se na consulta ambulatorial especializada, com indicação e previsão de data para a realização da cirurgia.
- Ambulatório especializado:
 - Hipertensão Arterial;
 - Gemelar;
 - Diabetes;
 - Doença Trofoblástica Gestacional (Mola Hidatiforme);
 - Medicina Fetal (Anomalias fetais);
 - Planejamento Familiar (Laqueadura tubária);
 - Risco Habitual (Placenta Prévia e Insuficiência Cervical);
 - Anestesia (Avaliação anestésica para o procedimento).
- Após a indicação será agendado a data em planilha própria com a colocação: nome, prontuário, idade gestacional, diagnóstico, nome de quem indicou e observações.
- O agendamento poderá ser realizado também no alojamento conjunto, uma vez que as pacientes internadas são avaliadas pela equipe médica de rotina diariamente e indicará a necessidade de uma intervenção cirúrgica para a mesma. Sendo agendado em planilha como a do ambulatório.
- Essa planilha será enviada pelo e-mail da Coordenação do Centro Obstétrico, onde será concluída a marcação do procedimento e a confecção e distribuição do mapa cirúrgico.

- **DISTRIBUIÇÃO DA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA**
 - Com a distribuição da programação das cirurgias eletivas será realizada pela coordenação do centro obstétrico, e os setores serão informados sobre o mapa com antecedência.
 - Os setores relacionados na distribuição: Direção da unidade, Ambulatório, Emergência, Central de Material e Esterilização, Ultrassonografia, Centro Obstétrico (enfermagem e sala dos médicos), UTI neonatal, Alojamento Conjunto (enfermagem e sala dos médicos).

- **PLANEJAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS**
 - Previsão dos recursos materiais
 - Um levantamento as necessidades de recursos materiais do setor, identificando as quantidades e especificidades dos mesmos.
 - Provisão dos recursos materiais
 - A reposição de materiais no setor;
 - Solicitar o material no almoxarifado, receber e guardar;
 - Kit de consumo dos materiais para cada procedimento cirúrgico.

 - Gerenciamento dos recursos humanos

- **PERIODO PRÉ-OPERATÓRIO**
 - Internação no dia anterior ou na manhã do procedimento;
 - Identificar, reduzir e minimizar o nível de ansiedade da paciente;
 - Verificar as dúvidas e necessidades da paciente e família em relação ao ato anestésico-cirúrgico;
 - Verificar se o prontuário está em ordem, observando as anotações da equipe multiprofissional;
 - Realizar a continuidade da assistência prestada a paciente nos setores de internação e centro obstétrico;
 - Esclarecimento das rotinas do centro obstétrico;
 - Realizar entrevista com a paciente, verificando exames e as informações do prontuário;
 - Identificação de alergias, através da colocação de pulseira;

- Identificação de risco de queda;
- Retirada de adornos e próteses dentárias;
- Jejum de no mínimo oito horas nas cirurgias eletivas;
- Tonsura supra púbica;
- Registrar em folha de evolução a admissão da paciente no centro obstétrico, colocando as informações colhidas com a mesma.

• FLUXOGRAMA DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO

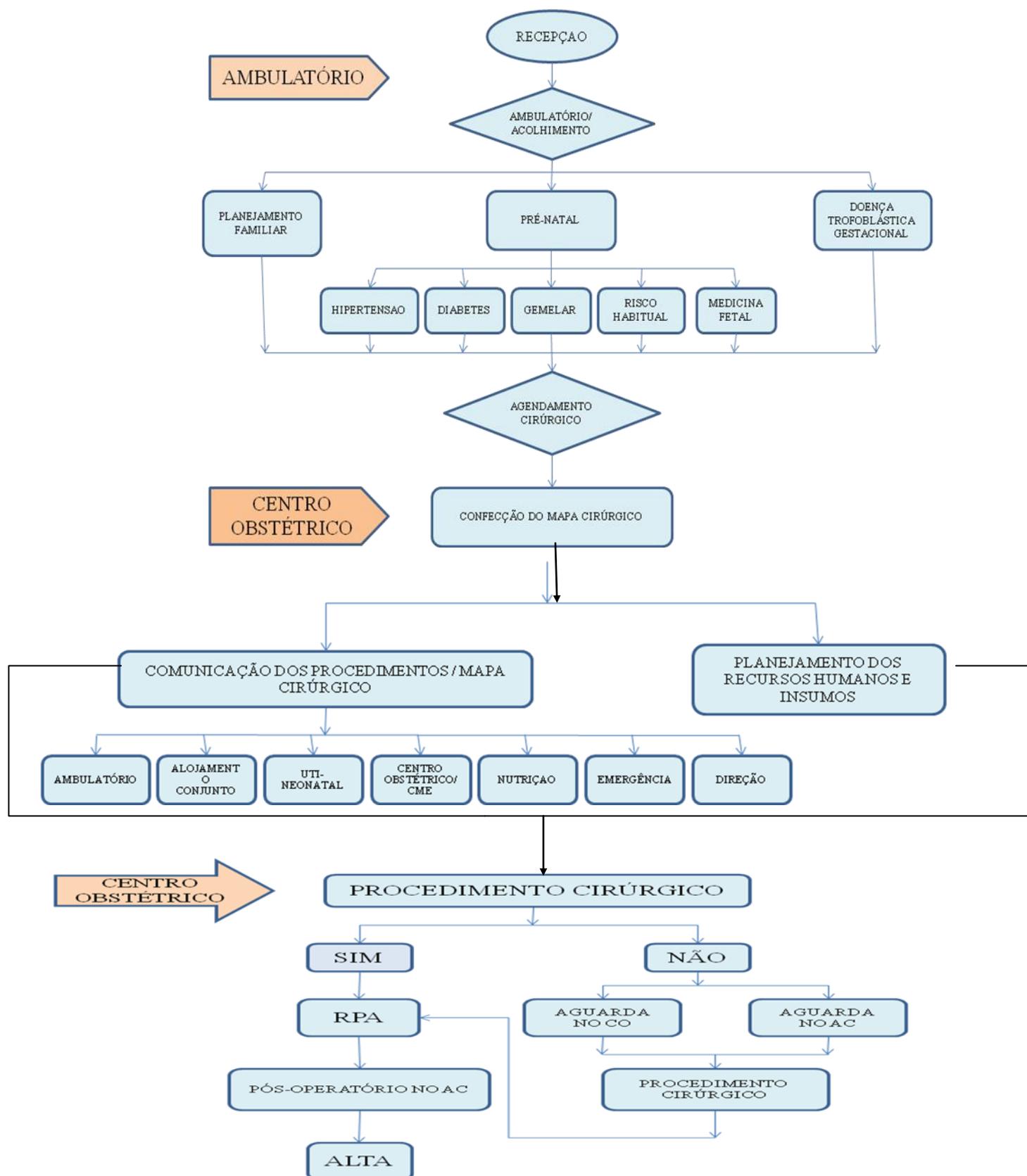


FIGURA 5 - Elaborada pela autora

- **INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

Os indicadores proporcionam a monitorização direta das informações mensuráveis dentro do serviço prestado a paciente.

- **INDICADORES DE PROCESSO:**

- **Taxa de suspensão de cirurgia eletiva** = número de cirurgias suspensas dividido pelo total de cirurgias programadas em determinado período e multiplicado por 100.

- **Número absoluto de cirurgias realizadas por porte cirúrgico:**

- ✓ Porte I = de 0 a 2 horas

- ✓ Porte II = de 2 a 4 horas

- ✓ Porte III = de 4 a 6 horas

- ✓ Porte IV = mais de 6 horas

- **Percentual de cirurgias de urgência/emergência** = número de cirurgia de urgência/emergência multiplicado por 100 e dividido pelo número total de cirurgias ao mês.

- **Número absoluto e percentual de cirurgias marcadas por indicação cirúrgica**

- **Percentual de cirurgias com contagem de compressas** = número de cirurgias com a contagem de compressas multiplicado por 100 e dividido pelo total de cirurgias realizadas ao mês.

- **Percentual de preenchimento correto do registro cirúrgico** = número de preenchimento correto do registro cirúrgico multiplicado por 100 e dividido pelo número total de preenchimento correto do registro cirúrgico no mês.

- **INDICADORES DE RESULTADOS**

- **Número absoluto de queimadura por placa de bisturi**

- **Número absoluto de queda de paciente**

CONCLUSÃO DAS AÇÕES ESPECIFICAS

O protocolo e o fluxo de agendamento das cirurgias eletivas foram criados a partir das experiências diárias com a programação cirúrgica na unidade. O fluxo e protocolo de agendamento serão implementados na Maternidade Escola e otimizará o atendimento das pacientes no centro obstétrico.

Os indicadores serviram para monitorar a assistência prestada à paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Serviço de atenção materna e neonatal**: segurança e qualidade. Brasília: ANVISA, 2014. (Série: Tecnologia em Serviços de Saúde).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. RDC nº 50 de 02 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.50,DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº4.279, de 30 de dezembro de 2010, **Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BOTAZINI, N. O.; TOLETO, L. D.; SOUZA, D. M. S. T. Cirurgias eletivas: cancelamento e causas. **Rev. SOBECC.**, v.20, n.4, p.210-219, 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Comunic. Saúde Soc.**, v.18, n.16, p.161-177, 2009.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Ferramentas e métodos de planejamento. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORÇAMENTO PÚBLICO. **Curso PPA**: elaboração e gestão. Brasília: ABOP, 2007. p. 1-14. (Ciclo Básico: Módulo II).

COSTA, J. P. et al. **Resolutividade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços**. Saúde Debate, Rio de Janeiro.V.38,N.103,P. 733-743, out-dez,2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs** (capitalismo e esquizofrenia). São Paulo: Ed. 34, 1995. v.1. Disponível em: <https://rizoma.milharal.org/files/2012/11/Rizoma-Deleuze_Guattari.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ – LAPPIS, 2006. Disponível em: <www.uesc.br/atencaosaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FRANCO, T.B.&JUNIOR, H.M.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado**. In: FRANCO,T.B.&JUNIOR,H.M.M.O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

FRANCO,T.B.&MERHY,E.E. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**.Rev.TempusActas de Saúde Coletiva,UnB,Brasília,v.6,nº2, 2012.

www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034

GERARDI, L.H.O & MENDES, I.A. **Do natural, do social e de suas interações: visões geográficas**. In: FILHO, W.B.F.&MULLER, G. Planejamento estratégico segundo Matus: Proposta e crítica. UNESP. Rio claro, SP.2002.

www.rc.unesp.br/igce/geografia/pos/downloads/2002/planejamento.pdf

GIOVANELLA, L. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa**. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.129-153, abr./jun. 1990.

HELMING, S. & GÖBEL, M. **Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos**, Deutsche GesellschaftfürTechnischeZusammenarbeit, Eschborn,1998.

MATUS, Carlos. **El plan como apuesta**. Revista PES (Planeación Estratégica Situacional). Caracas, Venezuela: FundaciónAltadir, n. 2, p. 9-59, abril, 1993.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2ed. Brasília, IPEA, 1996, vol.1.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende **Obstetrícia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PESSOA, L.R & SANTOS, H.A. & TORRES, K.R.B.O.(Org.) **Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

RODRIGUES, R. **Gerenciamento de Projetos**, 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Grupo Ibmec Educacional, 2013.

RODRIGUES, E. **Como fazer um plano de ação**. 2014. Disponível em: <<http://www.elirodrigues.com/2013/06/03/como-fazer-um-plano-de-acao/>>. Acesso em: 06 set. 2014.

SANTOS, A.S. & CUBAS, M.R. **Saúde coletiva: linhas de cuidados e consulta em enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enf.**, v.18, n.4, p.652-660, 2009.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. p.19-28.

VECINA NETO, G. Organização e funcionamento dos serviços de saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap.3.

APÊNDICE J - TERMO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa

A gestão clínica do fluxo assistencial das cirurgias eletivas da Maternidade Escola da UFRJ,
que tem por objetivos:

- Estruturar à assistência perioperatória da atenção perinatal na Maternidade Escola com vistas a gestão clínica do processo de trabalho do profissional de saúde e melhoria do fluxo assistencial e segurança do paciente;
- Criar um protocolo de agendamento das cirurgias eletivas;
- Implementar o protocolo de agendamento e o fluxo assistencial de programação cirúrgica para realizar a gestão clínica no centro obstétrico;
- Criar indicadores para o processo de monitorização da assistência prestada;

Sua participação consistirá em responder um questionário sobre A utilização do agendamento cirúrgico antes e após o uso deste no centro obstétrico da Maternidade Escola e suas contribuições para a melhoria da assistência.

Vale ressaltar que sua participação, assim como as respostas serão tratadas de forma *anônima* e *confidencial*, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Além disso, é importante salientar que sua colaboração será voluntária e, a qualquer momento poderá se recusar a responder, ou desistir de participar desta pesquisa.

Sua participação é muito importante, você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras para participar desta pesquisa. Os benefícios relacionados à sua participação serão a ampliação, divulgação e publicação do conhecimento científico produzido para a área da saúde. Os instrumentos utilizados como questionários, depoimentos gravados e outros, serão arquivados por cinco anos e posteriormente incinerados.

Jorge Fonte Rezende Filho
Pesquisador Orientador

Jaqueline Souza da Silva
Pesquisador Responsável
Tel.: (21)993825941

E-mail: jaquelinesilva2015@gmail.com

Eu, _____, declaro estar ciente do completo teor do
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele posso
desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

____/____/____
DATA

ANEXO – ATA DA DISSERTAÇÃO

Programa de Mestrado Profissional
em Saúde Perinatal da Maternidade Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ATA DO EXAME DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO PARA A CONCESSÃO DO GRAU
DE MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL DA
CANDIDATA

Jaqueline Souza da Silva

Aos dezesseis dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete realizou-se em sessão pública o Exame de Defesa da Dissertação da Candidata **Jaqueline Souza da Silva**, DRE 115120442, no Auditório Nobre da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, situado na Rua das Laranjeiras, 180, que submeteu sua Dissertação de Mestrado intitulada “A gestão clínica do fluxo assistencial das cirurgias eletivas da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro”, a uma Banca Examinadora formada pelos Professores: Dr. **Jorge Fonte de Rezende Filho**; Dr. **Roberto José Leal**; Dr. **Joffre Amim Junior**; Dra. **Ana Paula Vieira dos Santos Esteves**; Dr. **Cristos Pritsivelis**. O trabalho iniciou-se às 10h com a exposição oral da Dissertação por parte da candidata por cerca de ___ minutos, após o qual os membros da banca examinadora arguiram a candidata e atribuíram a menção:

- APROVADA**, devendo a candidata entregar a versão final no prazo máximo de 60 dias.
 com louvor
 EM ENIGÊNCIA, devendo a candidata satisfazer, no prazo máximo de 90 dias, às exigências listadas na Folha de Modificações de Dissertação de Mestrado anexa à presente ata.
 REPROVADA

Com a concordância de todos os presentes, nada mais havendo a tratar, subscrevemos esta ata.

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2017.

Prof. Dr. Jorge Fonte de Rezende Filho (Orientador e Presidente da Banca)

Ass: Jorge Fonte de Rezende Filho

Prof. Dr. Roberto José Leal (Avaliador Titular Externo)

Ass: Roberto José Leal

Prof. Dr. Joffre Amim Junior (Avaliador Titular Interno)

Ass: Joffre Amim Junior

Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves (Avaliador Suplente Interno)

Ass: _____

Dr. Cristos Pritsivelis (Avaliador Suplente Externo)

Ass: _____

Jaqueline Souza da Silva
Candidata (assinar conforme consta na identidade)

Rua das Laranjeiras, 180 Laranjeiras – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22240-003
Tel. (21) 2285-7935 ramal 207 Tel/Fax.: (21)2556-9747 ramal 260 E-mail: ensino@me.ufrj.br

Pedro Henrique Carvalho de Amorim
Assistente em Administração
Siape 19822727



Nos termos do § 3º do Artigo 22, da Lei nº 9.784
20.01.1000 faço autentica e presente cópia,
conforme original que foi apresentado.
Rio de Janeiro, 25/04/2017
Pedro Henrique C. de Amorim
Assinatura e Matrícula SIAPE

ANEXO – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP

MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ

**PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A GESTÃO CLÍNICA DO FLUXO ASSISTENCIAL DE UMA MATERNIDADE ESCOLA:
O MAPA CIRÚRGICO

Pesquisador: JAQUELINE SOUZA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53775516.5.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade-Escola da UFRJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.457.181

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ. Possui abordagem qualitativa, analítica onde será testada a hipótese original que é saber se a inclusão de um agendamento prévio cirúrgico, através de um instrumento pré-estabelecido, otimizará custos e será capaz de servir de modelo propulsor a gestão clínica aos procedimentos programáveis da Instituição. O estudo de caso foi a estratégia escolhida para a pesquisa, com intuito de avaliar as ações no centro obstétrico, através da utilização do mapa cirúrgico, de kits pré definidos de materiais de consumo, de acordo com proposta de organização de gestão clínica. A coleta de dados se dará por meio de um instrumento estruturado de coleta de dados do tipo questionário, onde a pesquisadora fará um pré e pós teste após o treinamento para o modelo organizacional proposto. A análise dos dados dos questionários será pelo método de Bardin <análise de conteúdo> e se concentrará em torno de três partes: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e interpretação, como também análises estatísticas pertinentes quanto aos indicadores propostos utilizando o programa SPSS.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br



**MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ**



Continuação do Parecer: 1.457.181

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

- Estruturar a assistência peri-operatória da atenção perinatal no cenário do estudo proposto com vistas a gestão clínica do processo de trabalho do Profissional de Saúde, para a melhoria do fluxo assistencial e segurança da paciente.

Secundários:

- Construir um protocolo de agendamento para as cirurgias eletivas;
- Implementar o protocolo de agendamento e o fluxo assistencial de programação cirúrgica para realizar a gestão clínica no centro obstétrico,
- Criar indicadores para o processo de monitorização da assistência prestada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos

Toda pesquisa que envolve seres humanos contém riscos, neste sentido detectar as inconformidades nos fluxos assistenciais cirúrgicos existentes poderá prejudicar o processo de trabalho existente, tendo em vista o constrangimento que poderá vivenciar o profissional envolvido.

- Benefícios

O atendimento será otimizado com a organização dos processos de saúde, onde todos os profissionais da equipe saberão o percurso percorrido pela usuária dentro da Instituição, além de favorecer a programação das cirurgias, o planejamento do uso/ custos de insumos, equipamentos, dimensionamento de pessoal e avaliar a assistência integral prestada. O mapa de programação cirúrgica minimiza os riscos, prevenindo inconformidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temática pertinente, atual e factível ao cenário de pesquisa proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes e corretamente estruturados.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.457.181

Recomendações:

Não existem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

- 1 - De acordo com o item VII da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa).
- 2 - Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_669596.pdf	28/02/2016 10:52:41		Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	28/02/2016 10:52:19	JAQUELINE SOUZA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/02/2016 10:51:06	JAQUELINE SOUZA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Jaqueline.pdf	28/02/2016 10:48:55	JAQUELINE SOUZA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Jaqueline.pdf	28/02/2016 10:45:09	JAQUELINE SOUZA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Março de 2016

Assinado por:

Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br