

ARTIGOS ORIGINAIS

Protocolo de agendamento de cirurgias eletivas de uma maternidade escola: estudo metodológico

Jaqueline Souza da Silva¹, Ana Paula Vieira dos Santos Esteves¹, Joffre Amim Junior¹, Jorge Fonte de Rezende Filho¹

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

Objetivo: construir um protocolo de agendamento e o fluxo assistencial de programação de cirurgias eletivas para o Centro Obstétrico de uma maternidade. **Método:** pesquisa metodológica, descritiva, qualitativa, do tipo estudo de caso, operacionalizada em 2015 em uma maternidade do município do Rio de Janeiro. Empregou-se o Planejamento Estratégico Situacional proposto por Carlos Matus, a partir dos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. **Resultados:** no momento explicativo procedeu-se com o diagnóstico da realidade de agendamentos do setor cirúrgico; no normativo foram propostas as estratégias de solução para o enfrentamento do problema; no estratégico construiu-se a viabilidade das estratégias de solução a partir de planos de ação; no tático-operacional foram operacionalizadas as ações: construção do protocolo e de um fluxograma de agendamento cirúrgico. **Conclusão:** acredita-se que esses instrumentos, que ainda precisam ser testados e validados no cenário do estudo, auxiliarão a gestão dos processos assistenciais do setor.

Descritores: Planejamento Estratégico; Procedimentos Cirúrgicos Eletivos; Protocolos; Enfermagem; Governança Clínica

INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são arranjos construídos pela sociedade para dar respostas às necessidades de saúde das pessoas a partir da oferta de serviços de qualidade, seguros e custo-eficientes; tem, portanto, como objetivo final, a geração de valor para a população usuária. Tal valor se expressa na relação entre a qualidade dos resultados clínicos, econômicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado^(1,2).

Para tanto, a gestão da atenção à saúde precisa ter por base a população e considerar os processos de planejamento no estabelecimento de estratégias que busquem equilibrar os meios – recursos humanos, materiais e financeiros - e os fins – cuidado clínico⁽¹⁾.

Neste sentido, ao longo da história, diferentes modelos de gestão assistencial surgiram para atender as prerrogativas dos diversos sistemas de saúde existentes no mundo³ e alcançar as melhores práticas clínicas no atendimento aos usuários e às suas necessidades de saúde.

A gestão da clínica tem sido assumida como o modelo apropriado ao Brasil, uma vez que foi proposto com base na singularidade organizacional e econômica do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁾. Ela tem suas origens no modelo de atenção gerenciada introduzido nos Estados Unidos, que se caracteriza pela liberdade e prática clínica organizada pelos profissionais, e no modelo de governança clínica do Reino Unido, que estabeleceu progressos nas políticas gerenciais e educacionais e no âmbito da qualidade dos serviços de atenção à saúde^(1,2).

A gestão da clínica configura-se como um conjunto de tecnologias sanitárias emanadas de diretrizes clínicas, que proporcionam o gerenciamento do cuidado, isto é, o planejamento, acompanhamento e avaliação da assistência prestada ao usuário, a qual se operacionaliza mediante fluxo de atendimento integral, humanizado, eficiente, seguro, baseado nas evidências clínicas, e que articula ações e saberes dos profissionais envolvidos⁽⁴⁾.

As diretrizes clínicas devem orientar as linhas de cuidados, as quais expressam percursos assistenciais seguros para o atendimento do usuário, em razão das suas necessidades diagnósticas e terapêuticas, e visam à racionalização e à qualificação dos serviços de saúde ofertados⁽⁵⁾.

A qualidade da assistência é uma busca incessante pelas instituições de saúde, uma vez que ela estabelece padrões na produção do cuidado, a partir do qual se estabelece um projeto terapêutico que se constitui fio condutor para os fluxos da linha de cuidado, os quais, por sua vez, devem ser capazes de avaliar o acesso seguro às tecnologias necessárias ao cuidado^(6,7).

Nessa perspectiva, a resolutividade da assistência pode ser verificada por meio do mapeamento dos processos realizados nas organizações de saúde, que possibilita avaliar não apenas os fluxos de atendimento, mas também o desempenho da assistência prestada.

Com bases nesses conceitos, os autores deste artigo, enquanto gestores da maternidade cenário deste estudo, observaram que, na prática diária, o caminho percorrido pelas usuárias, da marcação à realização do procedimento cirúrgico,

revela dificuldades para a organização do processo de trabalho e otimização de recursos humanos, materiais e de capacidade instalada.

Considerando o exposto, este estudo teve por objetivo construir um protocolo de agendamento e o fluxo assistencial de programação de cirurgias eletivas para o Centro Obstétrico de uma maternidade.

Acredita-se que a organização do serviço de cirurgia favorecerá a gestão assistencial e viabilizará toda a rede de apoio terapêutico e diagnóstico que permeia o atendimento das usuárias da instituição; e que a operacionalização da linha de cuidado contribuirá para as boas práticas da assistência, já que desempenha papel importante na qualidade e produtividade dos atos de saúde.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa metodológica, descritiva, de abordagem qualitativa, operacionalizada por meio de um estudo de caso, cujo cenário foi a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), localizada no município do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. A ME/UFRJ é composta por um Centro Obstétrico com quatro leitos de pré-parto e parto, três salas operatórias, sala de atendimento imediato ao recém-nascido (RN) e uma unidade intermediária (UI).

O estudo foi conduzido no segundo semestre de 2015, por meio do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto pelo economista Carlos Matus⁸, que consiste num método flexível de ajustamento do processo de planejamento, o qual permite incorporar a complexidade dos problemas sociais mediante o acompanhamento contínuo da realidade analisada.

Conforme proposto pelo PES, o desenvolvimento do estudo se baseou nos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, que fazem parte da construção de um plano operativo, neste caso, o de construir um protocolo de agendamento e fluxo assistencial de programação de cirurgias eletivas para um centro obstétrico.

No momento explicativo se procedeu com o diagnóstico da realidade do setor cirúrgico, mediante identificação e seleção de problemas a partir da árvore de problemas, que se configura como um instrumento que possibilita a definição do foco de análise e uma apreciação adequada 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 ação⁹. A árvore de problemas foi construída com base na observação e experiência profissional de mais de quinze anos dos autores no cenário deste estudo. Dito isso, o fato de os pesquisadores serem também gestores do serviço foi decisivo para a elaboração deste trabalho e construção do plano operativo.

No momento normativo foram propostas as estratégias de solução para o enfrentamento dos problemas identificados e analisados. No momento estratégico buscou-se analisar e construir a viabilidade das estratégias de solução. E, por fim, no momento tático-operacional, se deu a execução do plano, isto é, a implementação do modelo de gestão assistencial bem como de seus instrumentos de acompanhamento e avaliação⁽¹⁰⁾.

Em conformidade com as Resoluções nº 466, de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto desta pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da ME/UFRJ, obtendo-se aprovação pelo Parecer nº 1.457.181, de 18 de março de 2016.

RESULTADOS

Momento explicativo

O diagnóstico da realidade que envolve o Centro Obstétrico identificou como problema prioritário que merece intervenção o agendamento ineficiente das cirurgias eletivas. Esse problema decorre sobremaneira do atual ‘modelo’ de agendamento de cirurgias, qual seja:

a) as marcações dos procedimentos cirúrgicos são realizadas numa planilha que circula no ambulatório, na medicina fetal e na direção da unidade, para que os profissionais médicos possam realizar o agendamento. Essa planilha deve permanecer na emergência (porta de entrada da unidade) e os profissionais do Centro Obstétrico precisam ir até o setor para verificar as marcações do dia. Esse fluxo desorganizado promove um processo de comunicação informal entre as equipes dos diferentes setores da maternidade;

b) as usuárias comparecem, na emergência da unidade, no dia e hora marcados e comunicam aos profissionais do setor que vieram para a internação em razão de procedimento cirúrgico agendado. Além dessas marcações, esta unidade, que é referência em gestações com risco fetal na cidade do Rio de Janeiro, atende usuárias de outras unidades cujas necessidades são, entre outras, cesáreas de urgência/emergência, laqueaduras e abortos;

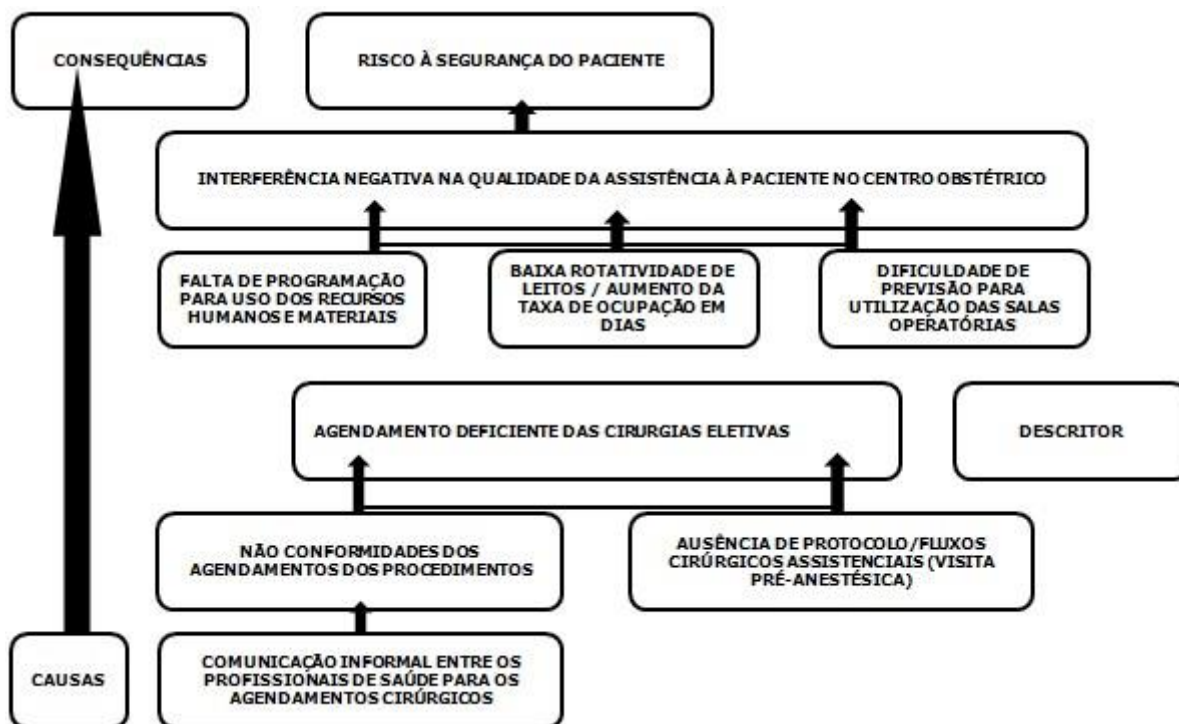
c) inexistem fluxos e protocolos assistenciais cirúrgicos no Centro Obstétrico.

Esse ‘modelo’ de agendamento tem impacto direto no processo de trabalho do Centro Obstétrico, uma vez que não compreende a programação de uso dos recursos humanos e materiais e das salas operatórias, resultando na baixa rotatividade de leitos, diminuta produtividade do setor e aumento do tempo de permanência das usuárias no alojamento conjunto e do custo hospitalar.

Cumpramos esclarecer que 30% das clientes admitidas na internação do Centro Obstétrico são submetidas a procedimentos cirúrgicos eletivos.

A Figura 1 apresenta a árvore de problemas construída com base na realidade do Centro Obstétrico da ME/UFRJ.

Figura 1 – Árvore de problemas representativa da realidade do Centro Obstétrico da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2015



Fonte: Elaboração dos autores.

Momento normativo

Frente ao problema central evidenciado e analisado, delinearam-se três ações estratégicas de solução:

- Criar um protocolo de agendamento das cirurgias eletivas do Centro Obstétrico;
- Implementar o fluxo de agendamento de cirurgias eletivas no protocolo assistencial;
- Criar indicadores para acompanhamento da assistência prestada.

Para cada ação estratégica foram propostas ações operacionais, isto é, ações que, uma vez realizadas, vão permitir a obtenção do produto que se propõe para a resolução do problema identificado. Também foram levantadas as principais dificuldades e facilidades de implementação de cada uma dessas ações (Figura 2).

Figura 2 – Ações operacionais estabelecidas para as ações estratégicas delineadas no Planejamento Estratégico Situacional do Centro Obstétrico da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2015

AÇÃO ESTRATÉGICA: CRIAR O PROTOCOLO DE AGENDAMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS DA MATERNIDADE ESCOLA-UFRJ		
OPERAÇÕES	DIFICULDADES	FACILIDADES
OP 1	Identificar os atores que utilizam o Centro Obstétrico	Procedimentos; urgências e emergências; porta aberta
OP 2	Pactuação com os atores identificados na Operação 1	Acesso e apoio dos profissionais da maternidade com cirurgias agendadas
OP 3	Construção de um modelo de agendamento cirúrgico	Todos os atores pertencem à instituição
OP 4	Pactuação com os atores com apresentação do modelo de agendamento do centro obstétrico e setores envolvidos	Estrutura já definida; atores já identificados e o modelo pactuado com os usuários identificados
OP 5	Implantar o agendamento de acordo com o novo modelo pactuado	Estrutura de comunicação entre os setores envolvidos para agendamento
AÇÃO ESTRATÉGICA: IMPLEMENTAR O FLUXO DE AGENDAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS NO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA ME		
OP 1	Oficializar e validar o modelo de agendamento das cirurgias eletivas	Infraestrutura para realizar o agendamento
AÇÃO ESTRATÉGICA: CRIAR OS INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA		
OP 1	Construção dos indicadores	Estrutura já definida articulada com os setores envolvidos e atores já pactuados; existência de um protocolo assistencial
OP 1	Construção dos indicadores	Caracterizar e quantificar
		Informações fidedignas no setor

Fonte: Elaboração dos autores.

Momento estratégico

Nesse momento foi realizada a identificação e classificação da relevância dos atores sociais imbricados nos processos assistenciais do Centro Obstétrico. Segundo Matus⁽⁸⁾, 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. Para tanto, é necessário que esse ator tenha o controle sobre os recursos relevantes; uma organização minimamente estável; e um projeto para intervir nessa realidade.

A relevância dos atores sociais envolvidos no processo assistencial cirúrgico eletivo na unidade foi classificada como sendo baixo, médio ou alto:

- Alta relevância: direção da unidade, chefias médicas (Ambulatório, Alojamento e Centro Obstétrico) e coordenações de enfermagem (Ambulatório e Centro Obstétrico);
- Média relevância: enfermeiros do Centro Obstétrico;
- Baixa relevância: funcionários técnicos-administrativos. Na sequência, para cada uma das ações estratégicas foi elaborado um plano de ação, composto pela análise e descrição das variáveis necessárias à viabilização prática das proposituras: programação de recursos, cronograma e os processos de avaliação e monitoramento (Figura 3).

O plano de ação é uma ferramenta amplamente utilizada no mundo inteiro para acompanhamento de atividades. Auxilia na coordenação das equipes, pois explicita quem é responsável por cada atividade, as datas de entrega e registro do progresso. Com um plano de ação é possível apresentar, fácil e rapidamente, o andamento das atividades, as estratégias utilizadas, os atores que as executaram, o cronograma de execução, enfim, todo o histórico das ações executadas ou previstas no âmbito aplicado⁽¹¹⁾.

Figura 3 – Planos de ação para as ações estratégicas delineadas no Planejamento Estratégico Situacional do Centro Obstétrico da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2015

AÇÃO ESTRATÉGICA: CRIAR O PROTOCOLO DE AGENDAMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS DA MATERNIDADE ESCOLA-UFRJ								
OPERAÇÕES	RECURSO				CRONOGRAMA	RESPONSÁVEL	AVALIAÇÃO	MONITORAMENTO
	FINANCEIRO	ORGANIZATIVO	PODER	MATERIAL				
OP 1	Institucional	Pesquisadores deste estudo	Apoio do Programa de Mestrado e Direção	Institucional	30 dias	Pesquisadores deste estudo	Todos os profissionais cartografados no período estipulado	Reuniões quinzenais
OP 2	Institucional	Ambulatórios especializados, enfermaria e coordenadores dos serviços	Coordenadores dos ambulatórios especializados e enfermaria	Institucional	30 dias	Pesquisadores deste estudo	100% do processo de pactuação	Reuniões quinzenais com os profissionais
OP 3	Institucional	Profissionais envolvidos do Centro Obstétrico, coordenadores dos serviços e coordenadores do mestrado	Direção da unidade e divisão médica e de enfermagem, coordenadores dos serviços	Institucional	30 dias	Pesquisadores deste estudo	Conclusão do modelo e validação junto aos atores envolvidos	Reuniões quinzenais
OP 4	Institucional	Pesquisadores deste estudo	Direção da unidade e divisão médica e de enfermagem, coordenadores dos ambulatórios especializados e enfermaria	Institucional	30 dias	Pesquisadores deste estudo	Reunião para apresentação do modelo	Reunião semanal
OP 5	Institucional	Profissionais envolvidos, além do Ambulatório e Enfermaria	Direção da unidade e divisão médica e de enfermagem, coordenadores dos ambulatórios especializados e enfermaria	Institucional	30 dias	Pesquisadores deste estudo	Indicadores do mapa	Resultados dos indicadores
AÇÃO ESTRATÉGICA: IMPLEMENTAR O FLUXO DE AGENDAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS NO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA MATERNIDADE ESCOLA								
OP 1	Institucional	Pesquisadores deste estudo	Direção da unidade e divisão médica e de enfermagem	Institucional	30 dias	Pesquisadores deste estudo	Revisão das etapas do processo de agendamento; implantação no site	Número de acesso no site: cálculo: nº de acessos ao protocolo/nº de acessos ao site

Fonte: Elaboração dos autores.

Momento tático-operacional

Este momento consiste em colocar o PES em prática, isto é, apresentar os resultados decorrentes das ações estratégicas.

Ação: criar o 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, conforme protocolo descrito na sequência.

Agendamento cirúrgico

- O atendimento à paciente inicia-se na consulta ambulatorial especializada, com indicação da cirurgia a partir das condições e necessidades da paciente (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 cirúrgica, é agendada a data para a realização do procedimento em planilha própria com a colocação de: nome, prontuário, idade gestacional, diagnóstico, nome de quem indicou e observações;
- O agendamento também poderá ser realizado no Alojamento Conjunto, uma vez que as pacientes internadas são avaliadas diariamente pela equipe médica de rotina, que poderá indicar a necessidade de uma intervenção cirúrgica. O agendamento nesse setor também deve ser realizado em planilha, como a do Ambulatório;
- A planilha de agendamento 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

- A distribuição da programação das cirurgias eletivas será realizada pela Coordenação do Centro Obstétrico, de modo a informar aos setores, com antecedência, sobre o mapa cirúrgico;
- Os setores que devem receber a distribuição da programação das cirurgias são: Direção da unidade, Ambulatório, Emergência, Central de Material e Esterilização, Ultrassonografia, Centro Obstétrico (enfermagem e sala dos médicos), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Alojamento Conjunto (enfermagem e sala dos médicos).

Planejamento dos recursos humanos e materiais

- Previsão dos recursos materiais

Deve ser realizado o levantamento das necessidades de recursos materiais do setor, identificando as quantidades e especificidades dos mesmos

- Provisão dos recursos materiais

Indicar a necessidade de reposição de materiais no setor

Solicitar o material no almoxarifado, receber e guardar

Montar o kit de consumo dos materiais para cada procedimento cirúrgico

- Gerenciamento dos recursos humanos

Período pré-operatório

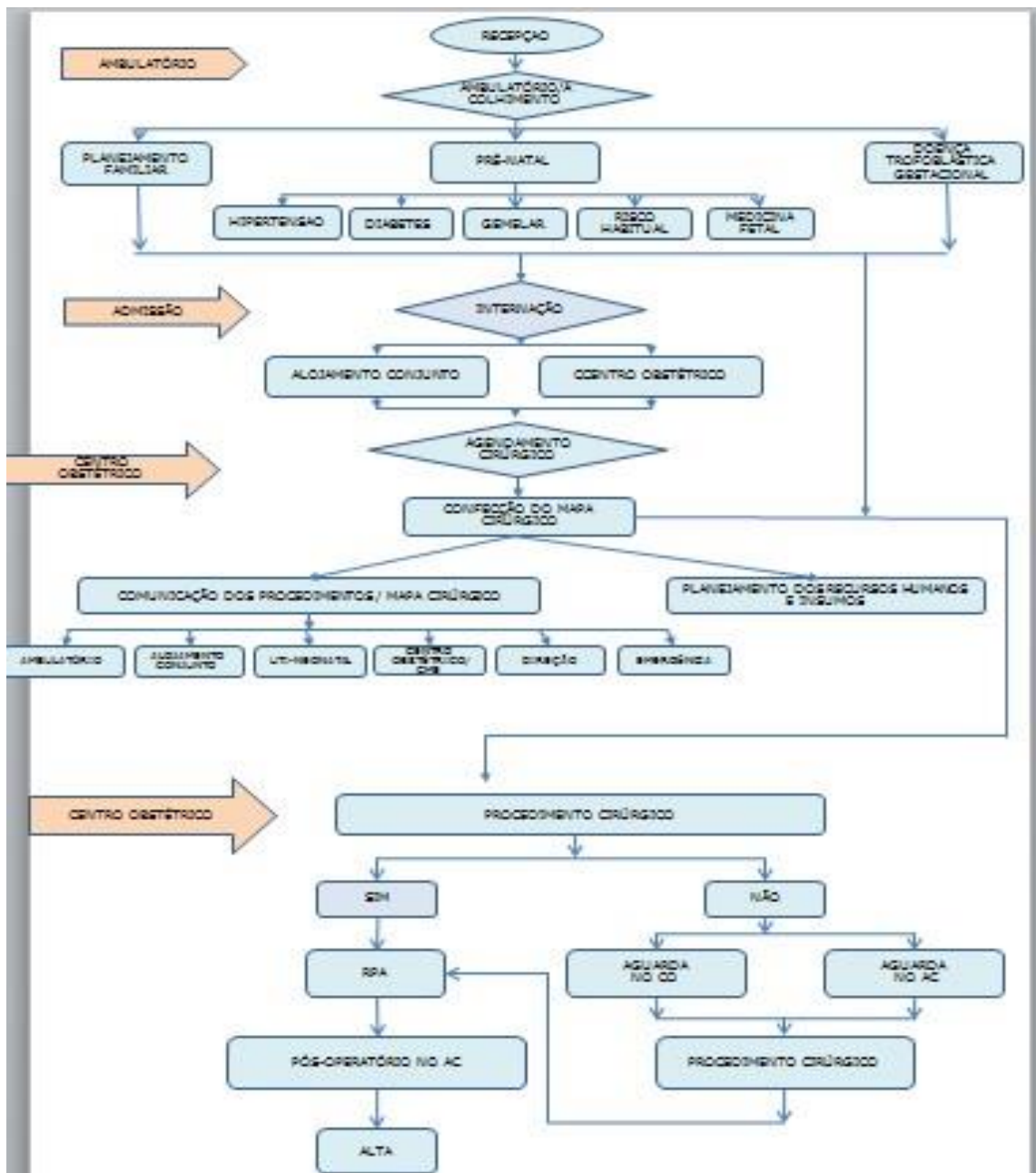
- Internação no dia anterior ou na manhã do procedimento;
- Identificar, reduzir e minimizar o nível de ansiedade da paciente;
- Verificar as dúvidas e necessidades da paciente e família em relação ao ato anestésico-cirúrgico;
- Verificar se o prontuário está em ordem, observando as anotações da equipe 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 mediante colocação de pulseira;
- Identificação de risco de queda;
- Retirada de adornos e próteses dentárias;
- Jejum de no mínimo oito horas para as cirurgias eletivas;
- Tonsura supra púbica;
- Registrar em folha de evolução a admissão da paciente no Centro Obstétrico, colocando as informações colhidas.

Ação: implementar o fluxo de agendamento cirúrgico

A Figura 4 ilustra o fluxograma de agendamento elaborado para o Centro Obstétrico da ME-UFRJ. O processo de implementação desse fluxo na rotina do setor será objeto de outros estudos.

Figura 4 - Fluxograma de agendamento cirúrgico do Centro Obstétrico da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2015



Fonte: Elaboração dos autores.

Ação: criar indicadores de monitorização da assistência cirúrgica

Os indicadores proporcionam a monitorização direta das informações mensuráveis dentro do serviço prestado às usuárias. Alguns indicadores de processo e de resultados foram estabelecidos, almejando-se que sejam frequentemente revistos, alterados e complementados quando necessário.

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 cirurgias de urgência/emergência multiplicado por 100 e dividido pelo número total de cirurgias realizadas no 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 no 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 queimaduras por placa de bisturi
- Número absoluto de quedas de paciente.

DISCUSSÃO

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 às pacientes que são atendidas no Centro Obstétrico foi mapeada com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento. Entende-se que para a realização do cuidado integral à paciente se faz necessário entender os diversos processos relacionados à assistência e à articulação entre eles para, então, integrá-los de forma racional⁽¹²⁾.

Tais processos são atividades que transformam as informações em serviços dentro da organização. Nesse sentido, a gestão baseada em processos permite avaliar, medir, monitorar e obter resultados relacionados às ações assistenciais⁽¹³⁾.

O planejamento da assistência das pacientes cirúrgicas, no cenário do estudo, foi iniciado com o agendamento das cirurgias pelos médicos no Ambulatório e Alojamento Conjunto. Nessa ocasião se observou que não havia protocolo específico para atendimento cirúrgico e que os processos de comunicação e de agendamento

eram inadequados para o planejamento e execução ótima das ações. Assim, constatado o problema, suas causas e consequências a partir da árvore de problemas, estabeleceram-se estratégias de solução.

Os processos estabelecidos e a articulação dos setores envolvidos no fluxo de agendamento e realização dos procedimentos cirúrgicos só foram possíveis com a pactuação dos coordenadores e chefia médica e de enfermagem, que contribuíram para o tracejamento do caminho das pacientes dentro da unidade, através do fluxograma e do protocolo de agendamento cirúrgico. Essa sistematização permitirá a visualização dos processos que fazem parte do fluxo de trabalho vigente e a identificação de pontos críticos que possam comprometer o desempenho de todo o sistema organizacional⁽¹³⁾, acarretar maiores custos ao serviço público e incutir repercussões maléficas aos pacientes e seus familiares⁽¹⁴⁾.

Uma vez formalizados, os processos da ME-UFRJ foram expressos em planos de ação, ferramenta muito utilizada para o acompanhamento das atividades desenvolvidas numa instituição, auxiliando as equipes na coordenação das atividades, já que explicitam a responsabilidade de cada ator, com cronograma e possibilidade de comentários sobre o progresso das ações.

É nesta linha que sistemas de melhoria contínua da qualidade são implementados como sistemas organizados para melhorar, de forma constante, procedimentos, resultados e serviços prestados pelas organizações de saúde⁽¹⁵⁾. Para tanto, os profissionais envolvidos na assistência precisam monitorar e avaliar os resultados de suas ações com base em informações que traduzam a complexidade de um centro cirúrgico⁽¹⁶⁾.

Nessa perspectiva, justifica-se a construção e uso de indicadores qualitativos e quantitativos específicos que produzam dados sistematizados que possam ser mensurados e interpretados, servindo, portanto, de guia para o monitoramento das atividades desenvolvidas no setor⁽¹⁷⁾.

Pensando nisso, neste estudo, alguns indicadores iniciais foram elaborados, os quais poderão ser calculados a partir de dados produzidos no decorrer dos processos envolvidos no atendimento cirúrgico do cenário deste estudo - agendamento cirúrgico, programação dos insumos e equipamentos, dimensionamento dos recursos humanos e a relação das atividades desenvolvidas na assistência.

É preciso ter em mente, no entanto, que, frente aos inúmeros processos dinâmicos envolvidos na assistência cirúrgica de uma maternidade, os indicadores precisam ser constantemente revisados e, se necessário, reconstituídos, tendo em vista a melhoria da assistência e os melhores resultados para os usuários. E, por isso, o planejamento não pode ser estático; deve se configurar como um ciclo permissivo a realinhamentos e à revisão, buscando encontrar um equilíbrio entre a manutenção

dos objetivos assistenciais e a imprescindível flexibilização diante das mudanças operadas no campo da saúde⁽¹⁸⁾.

Entendendo que o processo de trabalho em saúde é um todo complexo, constituído por relações de interdependência entre vários subprocessos também complexos, que operam, interagem, dialogam e retroagem entre si⁽¹⁹⁾, o planejamento e a sistematização da assistência cirúrgica são capazes de reduzir os riscos de complicações em qualquer nível de complexidade desse processo^(20,21).

A literatura aponta que a maior parte dos incidentes advindos do cuidado à saúde são resultantes de uma assistência mal planejada e de processos que necessitam ser revisados e subsidiados pelas características dos pacientes^(22,23). Tais fatores também são responsáveis por maiores gastos. Estudo indicou que 80% dos procedimentos cirúrgicos de uma unidade foram agendados de maneira incorreta, o que ocasionou tempo de uso das salas cirúrgicas acima do planejado. Constatou-se que, nos últimos dois anos, 5 mil horas em salas cirúrgicas poderiam ter sido economizadas⁽²⁴⁾. Nesse sentido, os protocolos sistematizados, por subsidiarem o desenvolvimento das funções profissionais, podem agenciar uma assistência de maior qualidade e reduzir os custos e danos aos pacientes⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

A gestão da assistência à saúde subsidia a oferta de serviços mais seguros e de maior qualidade mediante o uso de tecnologias de microgestão clínica que se destinam ao planejamento e a avaliação da assistência. De tal modo, instrumentos sistematizados de gestão assumem relevância na medida em que permitem a identificação da clientela assistida, a previsão e provisão de insumos materiais e de recursos humanos, e o melhor fluxo de informações entre os atores imbricados nos processos assistenciais.

Assim, constatadas as deficiências no processo de trabalho do Centro Obstétrico da ME-UFRJ, que acarretam diminuição da produtividade, uso ineficiente dos recursos humanos e materiais, maior tempo de permanência dos usuários na unidade e do custo hospitalar, buscou-se, com esta pesquisa, sistematizar o fluxo de atendimento das usuárias que são submetidas a cirurgias eletivas.

Para tanto, por meio do emprego dos momentos do PES, foram estabelecidos planos de ações estratégicas que pudessem contornar os problemas operacionais identificados, resultando na construção de um protocolo e de um fluxograma de agendamento cirúrgico que auxiliará a gestão dos processos assistenciais do setor. Ainda, alguns indicadores quantitativos foram constituídos com vistas a produzir informações sistematizadas que possam justificar rearranjos operacionais e a tomada de decisão.

Entendendo-se que quaisquer instrumentos assistenciais precisam ser testados e validados no cenário em que se deseja implantá-lo, tais etapas foram pactuadas com os atores atuantes no Centro Obstétrico e os resultados delas serão objeto de outros manuscritos. Nesse sentido, ante a implantação dessas tecnologias assistenciais que imprimirão o remodelamento do processo de trabalho, as novas práticas precisarão ser interiorizadas pela equipe do setor, de modo que serão necessários momentos educativos destinados a este fim.

O desenvolvimento desses instrumentos para uso específico da ME-UFRJ não permite a adoção deles por outros locais, sem que antes se proceda com uma avaliação e possível adaptação a outro contexto institucional. Nesse sentido, o método operacionalizado em âmbito local pode ser entendido como uma limitação desta pesquisa. A escassez de estudos documentados semelhantes a este que pudessem ampliar a discussão dos resultados também pode ser reconhecida como uma limitação.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à rede. In: Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p. 2-49.
2. Gomes R, Lima VV, Oliveira JM, Schiesari LMC, Soeiro E, Damázio LF et al. The Polisemy of Clinical Governance: a review of literature. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015 Aug [cited 2017 Sep 09];20(8):2431-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802431&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11492014>.
3. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Vol. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. pp. 143-182.
4. Gomes R, Lima VV. A Gestão da Clínica em questão. *Sci Media* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 09];27(2):1-2. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/27698/15716>
5. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Between flows and therapeutic projects: revisiting the notions of lines of care in health and therapeutic itineraries. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Sep 09];21(3):843-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300843&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
6. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Sep 09];38(103):733-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400733&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>.

7. Freire EMR, Batista RCR, Martinez MR. Project management for hospital accreditation: a case study. Online braz j nurs [Internet] 2016 [cited 2017 Sep 09];15(1):96-108. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5158>. doi: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20165158>
8. Matus C. Política, planejamento e governo. 2. ed. Brasília: IPEA; 1996.
9. Garcia PT, Reis RS. Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão. São Luís: EDUFMA, UNA-SUS/UFMA; 2016.
10. Braz JPA, Braz JKFS, Silveira WLL. Planejamento Estratégico Situacional para a melhoria da Central de Abastecimento Farmacêutico do Hospital Público de Doenças Infectocontagiosas (Natal/RN). Espaço saúde [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 09];17(2):160-8. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/26888/pdf16>
11. Agency for Healthcare Research and Quality. The Ten Steps of Action Planning. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
12. Sousa SM, Bernadino E. Nursing management for integral care: integrative review. J Nurs UFPE on line [Internet] 2015 [cited 2017 Sep 09];9(6):8312-21. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7585/pdf_8036
13. Guimarães MFL, Freire EMR, Silva DM, Pereira MS, Alves M. Mapeamento de processos: fluxo de instrumentos de cirurgias vídeo assistidas. J Nurs UFPE on line [Internet] 2016 [cited 2017 Sep 09];10(3):1162-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8340/pdf_9914
14. Santos GAAC, Bocchi SCM. Cancellation of elective surgeries in a Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 Jun [cited 2017 Set 09];70(3):535-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300535&lng=en&nrm=iso&tlng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0084>.
15. Dias LJ. Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca [Internet] 2014 [cited 2017 Set 09];2(1):39-40. Available from: <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73/49>
16. Amaral JAB, Spiri WC, Bocchi SCM. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. Rev SOBECC [Internet] 2017 [cited 2017 Set 09];22(1):42-51. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/833448/sobecc-v22n1_pt_42-51.pdf
17. Lima GCF, Santos JCC, Barreto RASS, Barbosa MA, Prado MA. Indicadores de procedimiento para la prevención de la infección del sitio quirúrgico desde la perspectiva de la seguridad del paciente. Enferm glob. [Internet]. 2016 Oct [cited 2017 Sep 09];15(44):264-75. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400011&lng=es.
18. Perelman J, Lourenço A, Russo G, Miraldo M. Pagamento pelo Desempenho nos Cuidados de Saúde Primários. São Paulo; Leya, 2017.
19. Polidoro AA, Souza AE. Planejamento estratégico em uma unidade de saúde: relato de experiência. RBTS [Internet] 2014 [cited 2017 Sep 09];1(2):3-12. Available from: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/10612/5953>.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviço de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviço de Saúde. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2013.

21. Carmo AFS, Gusmão Filho AR, Vidal AS, Salum RDL, Silva RAR, Santos ADB. Quality assessment of mother and child intensive healthcare services. *Online braz j nurs* [Internet] 2013 [cited 2017 Sep 09];12(2):251-68. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4009>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134009>.
22. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Moreira IA, Tobias GC, Silva Ana EBC. Indicators of care in a surgical clinic. *Enferm glob*. [Internet]. 2016 Jul [cited 2017 Sep 10];15(43):228-39. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/en_administracion1.pdf.
23. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2017 Set 10];25:e2907. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100357&lng=pt <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>>
24. Attaallah AF, Elzamzamy OM, Phelps AL, Ranganthan P, Vallejo MC. Increasing operating room efficiency through electronic medical record analysis. *J Perioper Pract* 2016 May;26(5):106-13.
25. Cechinel DB, Boff WM, Ceretta RA, Simões PW, Ceretta LB, Sônego FGF. Systemization of a protocol of clinical dental care to pregnant women in a city south catarinense. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 09];28(1):6-16. Available from: http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro-abril_2016/Odonto_01_2016_6-16.pdf

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 17/10/2017 Revisado: 22/12/2018 Aprovado: 29/12/2018