



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

UFF

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Protocolo para programar las cirugías electivas en una maternidad escuela: estado metodológico

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

1 Maternidad Escuela, Universidad Federal de Rio de Janeiro - UFRJ

RESUMEN

Objetivo: construir un protocolo de programación y el flujo asistencial de programación de cirugías electivas para el Centro Obstétrico de una maternidad. **Método:** investigación metodológica, descriptiva, cualitativa, tipo estudio de caso, realizada en el 2015 en una maternidad del municipio de Rio de Janeiro. Se utilizó el Planeamiento Estratégico Situacional propuesto por Carlos Matus, a partir de los momentos explicativo, normativo, estratégico y táctico-operativo. **Resultados:** en el momento explicativo se procedió con el diagnóstico de la realidad de la programación del sector quirúrgico; en el normativo se propusieron las estrategias de solución para enfrentar el problema; en el estratégico se construyó la viabilidad de las estrategias de solución a partir de planes de acción; en el táctico-operativo se realizaron las acciones: construcción del protocolo y de un diagrama de flujo de la programación quirúrgica. **Conclusión:** se cree que esos instrumentos, que todavía necesitan probarse y validarse en el escenario del estudio, auxiliarán la gestión de los procesos asistenciales del sector.

Descriptor: Planificación Estratégica; Procedimientos Quirúrgicos Electivos; Protocolos; Enfermería; Gestión Clínica

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de atención a la salud son un modo construido por la sociedad para responder a las necesidades de salud de las personas a partir de la oferta de servicios de calidad, seguros y costo-eficientes; tienen por tanto, como objetivo final, generar valor para la población usuaria. Dicho valor se expresa en la relación entre la calidad de los resultados clínicos, económicos y humanísticos y los recursos utilizados en el cuidado^{1,2}.

Para eso, la gestión de la atención a la salud necesita tener como base a la población y considerar los procesos de planificación en el establecimiento de estrategias que busquen equilibrar los medios – recursos humanos, materiales y financieros – y los fines – cuidado clínico¹.

En este sentido, a lo largo de la historia, diferentes modelos de gestión asistencial han surgido para atender las prerrogativas de los diversos sistemas de salud existentes en el mundo³ y alcanzar mejoras prácticas clínicas en la atención de los usuarios y sus necesidades de salud.

La gestión de la clínica ha sido asumida como el modelo apropiado para Brasil, ya que ha sido propuesto basado en la singularidad organizativa y económica del Sistema Único de Salud (SUS)². Ella se origina del modelo de atención de gestión introducido en los Estados Unidos, caracterizado por la libertad y práctica clínica organizada por los profesionales y en el modelo de gobernanza clínica del Reino Unido, que estableció progresos en las políticas educativas y de gestión en el ámbito de la calidad de los servicios de atención a la salud^{1,2}.

A gestión es un conjunto de tecnologías sanitarias derivadas de directrices clínicas, que proporcionan la gestión del cuidado, o sea, planificación, acompañamiento y evaluación de la asistencia prestada al usuario, y ella se ejecuta mediante el flujo de atención integral, huma-

nizado, eficiente, seguro, basado en evidencias clínicas, articulando acciones y saberes de los profesionales involucrados⁴.

Las directrices clínicas deben orientar las líneas de cuidados, las cuales expresan caminos asistenciales seguros para atender al usuario, basado en sus necesidades diagnósticas y terapéuticas, y objetivan la racionalización y la calificación de los servicios de salud ofertados⁵.

Las instituciones de salud buscan incesantemente, la calidad de la asistencia, porque ella, establece modelos en la producción del cuidado, a partir de los cuales se establece un proyecto terapéutico conductor de los flujos de la línea de cuidado, los cuales a su vez, deben ser capaces de evaluar el acceso seguro a las tecnologías necesarias al cuidado^{6,7}.

En esta perspectiva, la resolución de la asistencia puede verificarse a través del mapeo de los procesos realizados en las organizaciones de salud, que posibilita evaluar no solo los flujos de atención, sino también el desempeño de la asistencia prestada.

Basándose en esos conceptos, los autores de este artículo, como gestores de la maternidad escenario de este estudio, observaron que en la práctica diaria, el camino recorrido por las usuarias, desde la marcación hasta la realización del procedimiento quirúrgico, revela dificultades en la organización del proceso de trabajo y la optimización de recursos humanos, materiales y de la capacidad instalada.

Considerando lo expuesto, este estudio tuvo como objetivo construir un protocolo de programación y el flujo asistencial de la programación de cirugías electivas para el Centro Obstétrico de una maternidad.

Se cree que la organización del servicio de cirugía favorecerá la gestión asistencial y viabilizará toda la red de apoyo terapéutico y diagnóstico que permea la atención de las usuarias de la institución; y que la operatividad

de la línea de cuidado contribuirá para la realización de buenas prácticas de asistencia, ya que desempeña un papel importante en la calidad y productividad de los actos de salud.

MÉTODO

Se trata de una investigación metodológica, descriptiva, de abordaje cualitativo, realizada a través de un estudio de caso, cuyo escenario fue la Maternidad Escuela de la Universidad Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), ubicada en el municipio de Rio de Janeiro, RJ, Brasil. La ME/UFRJ está compuesta por un Centro Obstétrico con cuatro lechos de parto y parto, tres quirófanos, una sala de atención inmediata del recién nacido (RN) y una unidad intermediaria (UI).

El estudio se realizó en el segundo semestre de 2015, por medio del método de Planeamiento Estratégico Situacional (PES) propuesto por el economista Carlos Matus⁸, que consiste en un método flexible de ajustamiento del proceso de planificación, que permite incorporar la complejidad de los problemas sociales mediante el acompañamiento continuo de la realidad analizada.

Conforme propuesto por el PES, el desarrollo del estudio se basó en los momentos explicativo, normativo, estratégico y táctico-operativo, que hacen parte de la construcción de un plan operativo, que en este caso, es construir un protocolo de programación y flujo asistencial de programa cao de cirugías electivas para un centro obstétrico.

En el momento explicativo se procedió con el diagnóstico de la realidad del sector quirúrgico, mediante la identificación y selección de problemas a partir del árbol de problemas, que se configura como un instrumento que posibilita definir el enfoque del análisis y apreciar adecuadamente los problemas existentes,

comprendiendo sus interrelaciones causales. En él se establecen las ligaciones más importantes, transformando la realidad, que es compleja, en una concepción simplificada, con el fin de hacer posible la acción⁹. El árbol de problemas fue construido con base en la observación y experiencia profesional de más de quince años de los autores en el escenario de este estudio. O sea, el hecho de los investigadores ser también gestores del servicio fue decisivo para elaborar este trabajo y construir el plan operativo.

En el momento normativo se propusieron las estrategias de solución para enfrentar los problemas identificados y analizados. En el momento estratégico se buscó analizar y construir la viabilidad de las estrategias de solución. Y finalmente, en el momento táctico-operativo, se ejecutó en plan, es decir, se implementó el modelo de gestión asistencial y sus instrumentos de acompañamiento y evaluación¹⁰.

En conformidad con las Resoluciones nº 466, de diciembre de 2012, y nº 510, de 7 de abril de 2016, del Consejo Nacional de Salud, el proyecto de esta investigación se envió al Comité de Ética y Pesquisas de la ME/UFRJ, obteniéndose la aprobación por el Parecer nº 1.457.181, de 18 de marzo de 2016.

RESULTADOS

Momento explicativo

El diagnóstico de la realidad que envuelve el Centro Obstétrico identificó como problema prioritario que merece intervención, la programación ineficiente de las cirugías electivas. Este problema deriva considerablemente del actual 'modelo' de programación de cirugías, que son:

- las marcaciones de los procedimientos quirúrgicos se realizan en una planilla que circula

en el ambulatorio, en la medicina fetal y en la dirección de la unidad, para que los profesionales médicos puedan realizar la marcación. Esta planilla debe permanecer en la emergencia (puerta de entrada de la unidad) y los profesionales del Centro Obstétrico necesitan ir hasta el sector para verificar las marcaciones del día. Este flujo desorganizado promueve un proceso de comunicación informal entre los equipos de los diferentes sectores de la maternidad;

- las usuarias comparecen, a la emergencia de la unidad, el día y la hora marcados y comunican a los profesionales del sector que vinieron para ingresarse para realizar el procedimiento quirúrgico programado. Además de estas marcaciones, esta unidad, que es referencia en embarazos con riesgo fetal en la ciudad de Rio de Janeiro, atiende usuarias de otras unidades que tienen necesidades como ce-

s áreas de urgencia/emergencia, ligaduras y abortos, entre otras;

- inexistente flujos y protocolos asistenciales quirúrgicos en el Centro Obstétrico.

Este 'modelo' de programación impacta directamente el proceso de trabajo del Centro Obstétrico, ya que no comprende la programación de la utilización de los recursos humanos y materiales de los quirófanos, resultando en baja rotación de los lechos, diminuta productividad del sector y aumento del tiempo de permanencia de las usuarias en el alojamiento conjunto y del coste hospitalario.

Vale aclarar que 30% de las clientes ingresadas en el Centro Obstétrico son sometidas a procedimientos quirúrgicos electivos.

La Figura 1 presenta el árbol de problemas construido con base en la realidad del Centro Obstétrico de la ME/UFRJ.

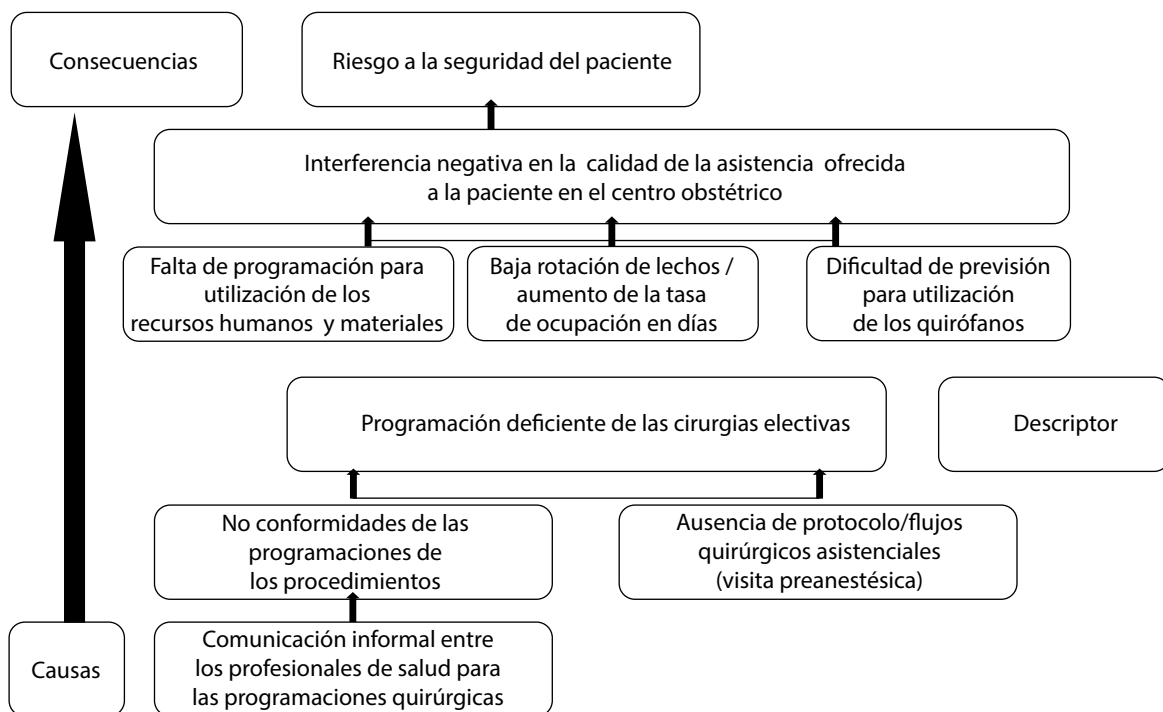


Figura 1. Árbol de problemas representativo de la realidad del Centro Obstétrico de la Maternidad Escuela de la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2015

Fuente: Elaboración de los autores.

Figura 2. Acciones operativas establecidas para las acciones estratégicas delineadas en el Planeamiento Estratégico Situacional del Centro Obstétrico de la Maternidad Escuela de la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2015

ACCIÓN ESTRATÉGICA: CREAR EL PROTOCOLO DE PROGRAMACIÓN DE LAS CIRURGIAS ELECTIVAS DE LA MATERNIDAD ESCUELA-UFRJ			
OPERACIONES	DIFICULTADES	FACILIDADES	
OP 1	Identificar los actores que utilizan el Centro Obstétrico	Procedimientos; urgencias y emergencias; puerta abierta	Acceso y apoyo de los profesionales de la maternidad con cirugías marcadas
OP 2	Acuerdo con los actores identificados en la Operación 1	Cambio del proceso de trabajo instituido	Todos los actores pertenecen a la institución
OP 3	Construcción de un modelo de programación quirúrgica	Acuerdo con los profesionales sobre la propuesta	Estructura ya definida; actores ya identificados y el modelo acordado con los usuarios identificados
OP 4	Acuerdo con los actores con presentación del modelo de programación del centro obstétrico y sectores involucrados	Sensibilizar os profissionais na importância do modelo para segurança da paciente	Estrutura de comunicação entre os setores envolvidos para agendamento
OP 5	Implantar la programación de acuerdo con el nuevo modelo acordado	Infraestructura para realizar la marcación	Estructura de los servicios en red articulada (ambulatorio y enfermería)
ACCIÓN ESTRATÉGICA: IMPLEMENTAR EL FLUJO DE PROGRAMACIÓN DE CIRURGIAS ELECTIVAS EN EL PROTOCOLO ASISTENCIAL DE LA ME			
OP 1	Oficializar y validar el modelo de programación de las cirugías electivas	Confecção del modelo de programación	Estructura ya definida articulada con los setores involucrados y los actores ya acordados; existencia de un protocolo asistencial
ACCIÓN ESTRATÉGICA: CREAR LOS INDICADORES PARA ACOMPAÑAR LA ASISTENCIA PRESTADA			
OP 1	Construcción de los indicadores	Caracterizar y cuantificar	Informaciones fidedignas en el sector

Fuente: Elaboración de los autores.

Momento normativo

Frente al problema central evidenciado y analizado, se delinearon tres acciones estratégicas de solución:

- Crear un protocolo para programar las cirugías electivas del Centro Obstétrico;
- Implementar el flujo de programación de las cirugías electivas en el protocolo asistencial;
- Crear indicadores para acompañar la asistencia prestada.

Para cada acción estratégica se propusieron acciones operativas, es decir, acciones que después de realizadas, permitirán obtener el producto que se propone para la resolución

del problema identificado. También se identificaron las principales dificultades y facilidades para implementar cada una de estas acciones (Figura 2).

Momento estratégico

En este momento se realizó la identificación e clasificación de la relevancia de los actores sociales imbricados en los procesos asistenciales del Centro Obstétrico. Según Matus⁸, actor social se define como un grupo organizado de personas, o una única personalidad que, actuando en terminada realidad, es capaz de transformarla. Para eso, es necesario que ese actor tenga el control sobre los recursos

relevantes; una organización mínimamente estable; y un proyecto para intervenir en esa realidad.

La relevancia de los actores sociales involucrados en el proceso asistencial quirúrgico electivo en la unidad se clasificó como bajo, médico o alto:

- Alta relevancia: dirección de la unidad, je-faturas médicas (Ambulatorio, Alojamiento y Centro Obstétrico) y coordinaciones de enfermería (Ambulatorio y Centro Obstétrico);
- Media relevancia: enfermeros del Centro Obstétrico;
- Baja relevancia: funcionarios técnicos-administrativos.

En la secuencia, para cada una de las acciones estratégicas se elaboró un plan de acción, compuesto por el análisis y la descripción de las variables necesarias para la viabilidad práctica de las propuestas: programación de recursos, cronograma y los procesos de evaluación y seguimiento (Figura 3).

El plan de acción es una herramienta ampliamente utilizada en todo el mundo para acompañar las actividades. Auxilia en la coordinación de los equipos, pues explicita quien es el responsable por cada actividad, las fechas de entrega y el registro del progreso. Con un plan de acción es posible presentar, fácil y rápidamente, el andamiaje de las actividades, las estrategias utilizadas, los actores que las ejecutarán, el cronograma de ejecución, en fin, todo e histórico de las acciones ejecutadas o previstas en el ámbito aplicado¹¹.

Momento táctico-operativo

Este momento consiste en colocar el PES en práctica, es decir, presentar los resultados derivados de las acciones estratégicas.

Acción: crear el protocolo de programación de las cirugías electivas

La programación quirúrgica es una medida de planificación de la ejecución de un procedimiento quirúrgico. El cirujano verifica la necesidad de intervención quirúrgica por la consulta clínica, sea en el ambulatorio o alojamiento conjunto y a partir de este momento, se programa el procedimiento quirúrgico, conforme protocolo descrito en la secuencia.

Programación quirúrgica

- La atención a la paciente se inicia en la consulta ambulatoria especializada, con indicación de la cirugía a partir de las condiciones y necesidades suyas (hipertensión arterial; embarazo gemelar; diabetes; infección trofoblástica gestacional - mola hidatiforme; medicina fetal - anomalías fetales; planificación familiar - ligadura tubárica; riesgo habitual - placenta previa e insuficiencia cervical; anestesia - evaluación anestésica para el procedimiento);
- Tras la indicación quirúrgica, se marca la fecha para realizar el procedimiento en una planilla propia con la colocación de: nombre, prontuario, edad gestacional, diagnóstico, nombre de quien la indicó y observaciones;
- La marcación también se podrá realizar en el Alojamiento Conjunto, ya que las pacientes internadas son evaluadas diariamente por el equipo médico de rutina, que podrá indicar la necesidad de una intervención quirúrgica. La marcación de la fecha en este sector también debe realizarse en una planilla, como la del Ambulatorio;
- La planilla de la marcación será enviada por correo electrónico de la Coordinación del Centro Obstétrico, donde será concluida la

Figura 3. Planes de acción para las acciones estratégicas delineadas en el Planeamiento Estratégico Situacional del Centro Obstétrico de la Maternidad Escuela de la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2015

ACCIÓN ESTRATÉGICA: CREAR EL PROTOCOLO DE PROGRAMACIÓN DE LAS CIRURGIAS ELECTIVAS DE LA MATERNIDAD ESCUELA-UFRJ								
OPE- RA- CIO- NES	RECURSO				CRONO- GRAMA	RESPON- SABLE	EVALUACI- ÓN	SEGUIMIENTO
	FINAN- CEIRO	ORGANIZA- TIVO	PODER	MATE- RIAL				
OP 1	Institucio- nal	Investigadores de este estudio	Apoyo del Programa de Maestría y Dirección	Institu- cional	30 días	Investigado- res de este estudio	Todos los profesionales cartografiados en el período estipulado	Reuniones quin- cenales
OP 2	Institucio- nal	Ambulatorios especializados, enfermería y coordinadores de los servicios	Coordinadores de los am- bulatorios especializados y enfermería	Institu- cional	30 días	Investigado- res de este estudio	100% del proceso de acuerdo	Reuniones quin- cenales con los profesionales
OP 3	Institucio- nal	Profesionales involucrados del Centro Obstétrico, coordinadores de los servicios y coordinadores de la maestría	Dirección de la unidad y división médica y de en- fermería, coordinadores de los servicios	Institu- cional	30 días	Investigado- res de este estudio	Conclusión del modelo y validación junto a los actores invo- lucrados	Reuniones quin- cenales
OP 4	Institucio- nal	Investigadores de este estudio	Dirección de la unidad y división médica y de en- fermería, coordinadores de los ambulatorios espe- cializados y enfermería	Institu- cional	30 días	Investigado- res de este estudio	Reunión para presentación del modelo	Reunión semanal
OP 5	Institucio- nal	Profesionales involucrados, aparte del Ambulatorio y Enfermería	Dirección de la unidad y división médica y de en- fermería, coordinadores de los ambulatorios espe- cializados y enfermería	Institu- cional	30 días	Investigado- res de este estudio	Indicadores del mapa	Resultados de los indicadores
ACCIÓN ESTRATÉGICA: IMPLEMENTAR EL FLUJO DE PROGRAMACIÓN DE CIRURGIAS ELECTIVAS EN EL PROTO- COLO ASISTENCIAL DE LA MATERNIDAD ESCUELA								
OP 1	Institucio- nal	Investigadores de este estudio	Dirección de la unidad y división médica y de enfermería	Institu- cional	30 días	Investigado- res de este estudio	Revisión de las etapas del proceso de programación; implantación en el sitio web	Número de acceso al sitio web: cálculo: nº de accesos al protocolo/nº de accesos al sitio web
ACCIÓN ESTRATÉGICA: CREAR LOS INDICADORES PARA ACOMPAÑAR LA ASISTENCIA PRESTADA								
OP 1	Institucio- nal	Investigadores de este estudio	Dirección de la unidad y división médica y de enfermería	Institu- cional	30 días	Investigado- res de este estudio	Resultados	Mensual

Fuente: Elaboración de los autores.

programación del procedimiento y la confección y distribución del mapa quirúrgico.

Distribución de la programación quirúrgica

- La distribución de la programación de las cirugías electivas será realizada por la Coordinación del Centro Obstétrico, para informar a los sectores, con antecedencia, sobre el mapa quirúrgico;
- Los sectores que deben recibir la distribución de la programación de las cirugías son: Dirección de la unidad, Ambulatorio, Emergencia, Central de Material y Esterilización, Ultrasonido, Centro Obstétrico (enfermería y sala de los médicos), Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, Alojamiento Conjunto (enfermería y sala de los médicos).

Planeamiento de los recursos humanos y materiales

- Previsión de los recursos materiales
 - Debe realizarse el levantamiento de las necesidades de recursos materiales del sector, identificando las cantidades y especificidades de los mismos
- Provisión de los recursos materiales
 - Indicar la necesidad de reposición de materiales en el sector
 - Solicitar el material en el almacén, recibir y guardar
- Montar el kit de consumo de los materiales para cada procedimiento quirúrgico
- Gestión de los recursos humanos

Período preoperatorio

- Ingreso el día anterior o en la mañana del procedimiento;
- Identificar, reducir y minimizar el nivel de ansiedad de la paciente;

- Verificar las dudas y las necesidades de la paciente y familia en relación al acto anestésico-quirúrgico;
- Verificar si el prontuario está en orden, observando las anotaciones del equipo multiprofesional;
- Realizar la continuidad de la asistencia prestada a la paciente en los sectores de internación y Centro Obstétrico;
- Esclarecimiento de las rutinas del Centro Obstétrico;
- Realizar entrevista con la paciente, verificando exámenes y las informaciones del prontuario;
- Identificación de alergias mediante colocación de pulsera;
- Identificación de riesgo de caída;
- Retirada de adornos y prótesis dentarias;
- Ayuno por lo mínimo de ocho horas para las cirugías electivas;
- Tonsura supra púbica;
- Registrar en una hoja de evolución la admisión de la paciente en el Centro Obstétrico, colocando las informaciones recogidas.

Acción: implementar el flujo de programación quirúrgico

La Figura 4 ilustra el diagrama de flujo de programación elaborado para el Centro Obstétrico de la ME-UFRJ. El proceso de implementación de este flujo en la rutina del sector será objeto de otros estudios.

Acción: crear indicadores de seguimiento de la asistencia quirúrgica

Los indicadores proporcionan el seguimiento directo de las informaciones mensurables dentro del servicio prestado a las usuarias. Algunos indicadores de proceso y de resultados fueron establecidos, con el deseo que sean frecuentemente revistos, alterados y complementados cuando necesario.

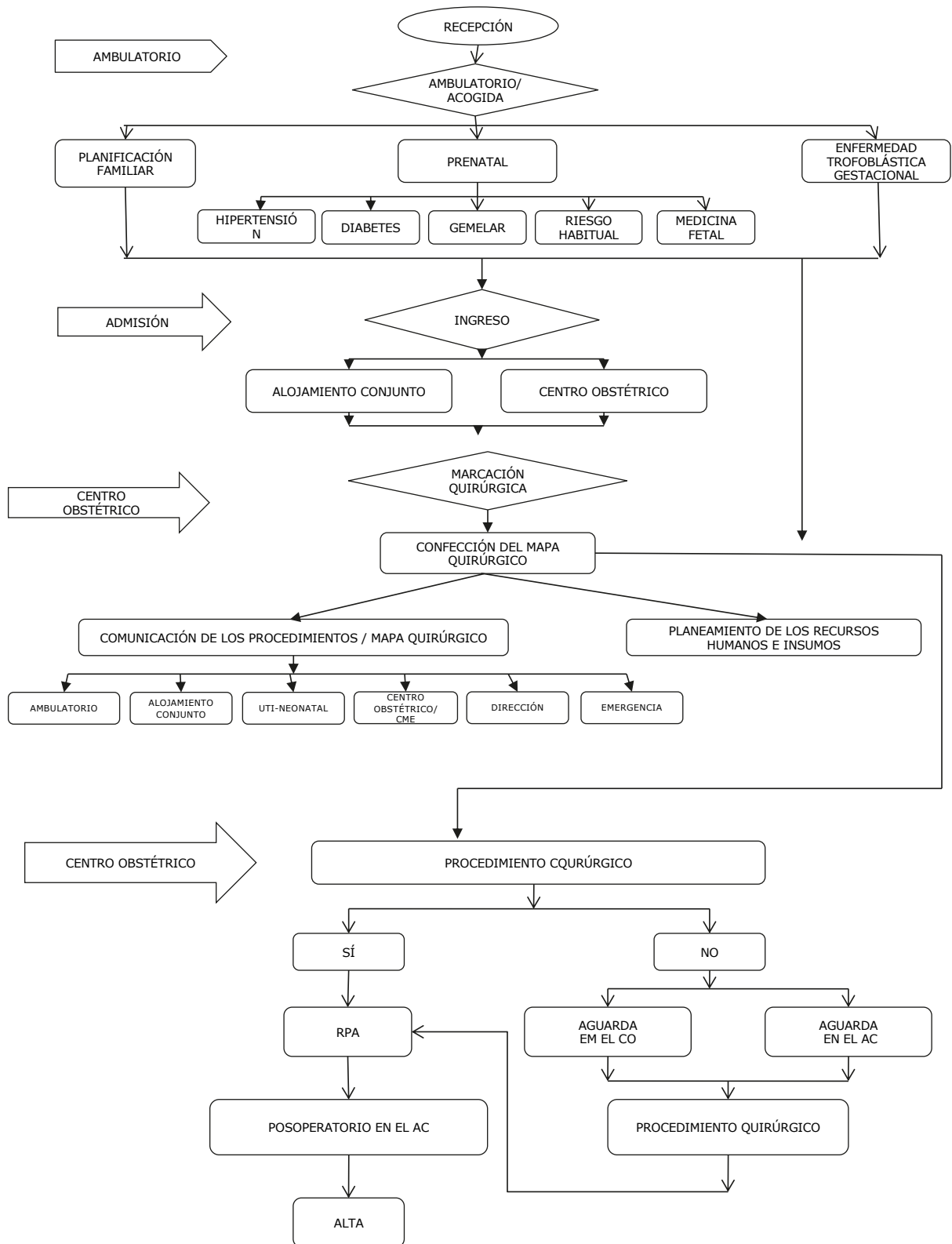


Figura 4. Diagrama de Flujo de programación quirúrgica del Centro Obstétrico de la Maternidad Escuela de la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2015

Fuente: Elaboración de los autores.

Indicadores de proceso

- Tasa de suspensión de cirugía electiva = número de cirugías suspensas dividido por el total de cirugías programadas en determinado período y multiplicado por 100
- Número absoluto de cirugías realizadas por porte quirúrgico:
 - Porte I = de 0 a 2 horas
 - Porte II = de 2 a 4 horas
 - Porte III = de 4 a 6 horas
 - Porte IV = más de 6 horas
- Porcentual de cirugías de urgencia/emergencia = número de cirugías de urgencia/emergencia multiplicado por 100 y dividido por el número total de cirugías realizadas en el mes
- Número absoluto y porcentual de cirugías marcadas por indicación quirúrgica
- Porcentual de cirugías con conteo de compresas = número de cirugías con el conteo de compresas multiplicado por 100 y dividido por el total de cirugías realizadas en el mes
- Porcentual de llenado correcto del registro quirúrgico = número de llenado correcto del registro quirúrgico multiplicado por 100 y dividido por el número total de llenado correcto del registro quirúrgico en el mes.

Indicadores de resultados

- Número absoluto de quemaduras por placa de bisturí
- Número absoluto de caídas de paciente.

DISCUSIÓN

A partir de la gestión clínica, el proceso de atención a la paciente posibilita planificar, organizar y gestionar las actividades prestadas a las usuarias. En este contexto, la asistencia

quirúrgica a las pacientes que son atendidas en el Centro Obstétrico fue mapeada para mejorar la calidad del atendimento. Se entiende que para realizar el cuidado integral de la paciente es necesario entender los diversos procesos relacionados a la asistencia y a la articulación entre ellos para, entonces, integrarlos de forma racional¹².

Tales procesos son actividades que transforman las informaciones en servicios dentro de la organización. En este sentido, la gestión basada en procesos permite evaluar, medir, seguir y obtener resultados relacionados a las acciones asistenciales¹³.

La planificación de la asistencia de las pacientes quirúrgicas, en el escenario del estudio, se inició con la marcación de las cirugías por los médicos en el Ambulatorio y Alojamiento Conjunto. En esta ocasión se observó que no había un protocolo específico para el atendimento quirúrgico y que los procesos de comunicación y de marcación eran inadecuados para realizar la planificación y la ejecución óptima de las acciones. Así, constatado el problema, sus causas y consecuencias a partir del árbol de problemas, se establecieron estrategias de solución.

Los procesos establecidos y la articulación de los sectores involucrados en el flujo de programación y realización de los procedimientos quirúrgicos solo fueron posibles con el pacto de los coordinadores y la jefatura médica y de enfermería, que contribuyeron al trazado del camino de las pacientes dentro de la unidad, a través del organograma y del protocolo de programación quirúrgica. Esta sistematización permitirá la visualización de los procesos que hacen parte del flujo de trabajo vigente y la identificación de puntos críticos que puedan perjudicar el desempeño de todo el sistema organizativo¹³, acarrear mayores costos al servicio público e inculcar repercusiones malélicas a los pacientes y a sus familiares¹⁴.

Después de formalizados, los procesos de la ME-UFRJ se expresaron en planes de acción, herramienta muy utilizada para el seguimiento de las actividades desarrolladas en una institución, auxiliando a los equipos en la coordinación de las actividades, ya que explicitan la responsabilidad de cada actor, con cronograma y posibilidad de comentarios sobre el progreso de las acciones.

Es esa línea que sistemas de mejoría continua de la calidad son implementados como sistemas organizados para mejorar, de forma constante, procedimientos, resultados y los servicios prestados por las organizaciones de salud¹⁵. Para esto, los profesionales involucrados en la asistencia necesitan acompañar y evaluar los resultados de sus acciones basados en informaciones que traduzcan la complejidad de un centro quirúrgico¹⁶.

En esta perspectiva, se justifica la construcción y la utilización de indicadores cualitativos y cuantitativos específicos que produzcan datos sistematizados que puedan ser mensurados e interpretados, sirviendo, por tanto, de guía para el acompañamiento de las actividades desarrolladas en el sector¹⁷. Pensando en eso, este estudio, se elaboraron algunos indicadores iniciales, que podrán calcularse a partir de datos producidos en el transcurso de los procesos envueltos en el atendimento quirúrgico del escenario de este estudio - programación quirúrgica, programación de los insumos e equipamientos, dimensionamiento de los recursos humanos y la relación de las actividades desarrolladas en la asistencia.

Es necesario tener en mente, sin embargo, que, frente a los inúmeros procesos dinámicos envueltos en la asistencia quirúrgica de una maternidad, los indicadores necesitan ser constantemente revisados y si necesario, reconstituidos, teniendo en vista la mejoría de la asistencia y mejores resultados para los usuarios. Y por eso,

la planificación no puede ser estática; debe ser un ciclo permisivo a realineamientos y a revisión, buscando encontrar un equilibrio entre la manutención de los objetivos asistenciales y la imprescindible flexibilización delante de los cambios operados en el campo de la salud¹⁸.

Entendiéndose que el proceso de trabajo en salud es un todo complejo, constituido por relaciones de interdependencia entre varios subprocesos también complejos, que operan, interactúan, dialogan y retroactúan entre sí¹⁹, el planeamiento y la sistematización de la asistencia quirúrgica son capaces de reducir los riesgos de complicaciones en cualquier nivel de complejidad de este proceso^{20,21}.

LA literatura señala que la mayor parte de los incidentes advenidos del cuidado de la salud son resultantes de una asistencia mal planeada Y de procesos que necesitan ser revisados Y subsidiados por las características de los pacientes^{22,23}. Dichos factores también son responsables por mayores gastos. Un estudio indicó que 80% de los procedimientos Quirúrgicos de una unidad fueron marcados de manera incorrecta, lo que ocasionó tiempo mayor de lo planeado, de utilización del quirófano. Se constató que en los últimos dos años, 5 mil horas en los quirófanos, podrían haberse economizado²⁴. En este sentido, los protocolos sistematizados, por subsidiar el desarrollo de las funciones profesionales, pueden agenciar una asistencia de mayor calidad y reducir los costos y daños de los pacientes²⁵.

CONCLUSIÓN

La gestión de la asistencia a la salud subsidia la oferta de servicios más seguros y de mayor calidad mediante la utilización de tecnologías de microgestión clínica que se destinan al planeamiento y a la evaluación de la asistencia. De tal modo, instrumentos sistematizados de gestión

asumen relevancia a medida que permiten a identificación de la clientela asistida, la previsión y provisión de insumos materiales y de recursos humanos, y el mejor flujo de informaciones entre los actores imbricados en los procesos asistenciales.

Entonces, constatadas las deficiencias en el proceso de trabajo del Centro Obstétrico de la ME-UFRJ, que acarrearán la disminución de la productividad, utilización ineficiente de los recursos humanos y materiales, mayor tiempo de permanencia de los usuarios en la unidad y del costo hospitalario, se quiso, con esta investigación, sistematizar el flujo de atención de las usuarias sometidas a cirugías electivas.

Para eso, empleándose los momentos del PES, se establecieron planes de acción estratégicas que pudieran contornar los problemas operativos identificados, resultando en la construcción de un protocolo y de un organograma de programación quirúrgica que auxiliará la gestión de los procesos asistenciales del sector. También, algunos indicadores cuantitativos fueron constituidos con el objetivo de producir informaciones sistematizadas que puedan justificar reajustes operativos y la toma de decisión.

Como se entiende que sea cual sea, los instrumentos asistenciales necesitan probarse y validarse en el escenario que se desea implantar, tales etapas fueron pactadas con los actores actuantes en el Centro Obstétrico y sus resultados serán objeto de otros manuscritos. En este sentido, ante la implantación de esas tecnologías asistenciales que imprimirán el remodelo del proceso de trabajo, el equipo del sector necesitará interiorizar las nuevas prácticas, de modo que momentos educativos destinados a este fin se harán necesarios.

El desarrollo de esos instrumentos para uso específico de la ME-UFRJ no permite que se adopte para otros locales, sin que antes

se evalúe la posibilidad de adaptación a otro contexto institucional. Por tanto, el método realizado en ámbito local se puede entender como una limitación de esta investigación. La escasez de estudios documentados semejantes a este, que puedan ampliar la discusión de los resultados también puede ser reconocida como una limitación.

CITAS

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). *Espaç 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&lng=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, Ranganathan 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

Contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del manuscrito:

Concepción y proyecto – Jaqueline Souza da Silva

Análisis e interpretación de los datos – Joffre Amim Junior, Ana Paula Vieira dos Santos Esteves, Jaqueline Souza da Silva

Redacción del artículo y revisión crítica relevante del contenido intelectual – Jorge Fonte de Rezende Filho, Jaqueline Souza da Silva

Aprobación final de la versión a ser publicada - Ana Paula Vieira dos Santos Esteves, Joffre Amim Junior

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 17/10/2017

Revisado: 22/12/2018

Aprobado: 29/12/2018