



GESTÃO DE BLOCO OPERATÓRIO: MODELOS DE GESTÃO E MONITORIZAÇÃO

Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado

III Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

ENSP/UNL

Lisboa, Abril 2010

GESTÃO DE BLOCO OPERATÓRIO: MODELOS DE GESTÃO E MONITORIZAÇÃO

Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado

III Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Orientadora

Professora Doutora Ana Escoval

Co-Orientador

Professor Doutor Julian Perelman

Trabalho de Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde, apresentado à
Escola Nacional de Saúde Pública

ENSP/UNL

Lisboa, Abril 2010

Aos meus Pais... por todo o apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Doutora Ana Escoval e Prof. Doutor Julian Perelman, pela sua coordenação e apoio neste trabalho.

Ao Prof. Doutor João Ruivo e Prof. Doutora Helena Mesquita por serem quem são e por todo o empenho que tiveram no apoio ao Trabalho de Projecto.

À Eng.^a Suzete Cardoso e ao Filipe Rocha pelo acompanhamento e orientação na Reunião de Peritos utilizando a técnica de grupo nominal.

Ao Dr. Adalberto Campos Fernandes por ter acompanhado o meu trabalho ao longo deste tempo.

Ao Dr. Lucindo Ormonde por todos os desafios que me colocou ao longo deste trabalho.

Prof. Doutor Carlos Costa, Prof. Doutor Luís Graça, Prof. Doutora Carla Nunes pela disponibilidade em responder às minhas dúvidas inesperadas.

À Dr.^a Isabel Andrade pela disponibilidade e vontade de me ajudar sempre que necessitei de esclarecer as minhas dúvidas.

Aos peritos que constituíram os grupos, indispensáveis para a realização deste Trabalho de Projecto, tanto na construção da grelha de observação *in-loco*, como na reunião de grupo nominal.

A todas as Administrações que me abriram a porta do Bloco Operatório dos seus Hospitais e pela forma que me receberam e disponibilizaram os seus serviços.

A todas as enfermeiras do Bloco Operatório de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria pelo esforço, compreensão e amizade.

À minha Irmã e Cunhado pela rapidez e prontidão na ajuda.

Aos meus amigos e familiares que acompanharam esta fase da minha vida.

A todos o meu mais sincero agradecimento!

RESUMO

A consciência de uma necessidade clara em rentabilizar a capacidade instalada e os meios tecnológicos e humanos disponíveis no Bloco Operatório e face ao imperativo de um cabal desempenho e de uma adequada efectividade nestes serviços levou-nos à realização deste estudo.

Objectivos: O trabalho de projecto centrou-se em quatro objectivos concretos: Elaboração de uma grelha de observação de Modelos de Gestão de Bloco Operatório; Observação de seis Modelos de Gestão de Blocos Operatórios em experiências nacionais e *in-loco*, de acordo com a grelha de observação; Avaliação da qualidade gestonária na amostra seleccionada à luz dos modelos existentes; Criação de uma grelha de indicadores para a monitorização e avaliação do Bloco Operatório.

Metodologia: Na elaboração da grelha de observação dos Blocos Operatórios recorremos a um grupo de peritos, à bibliografia disponível e à informação recolhida em entrevistas. Aplicámos a grelha de observação aos seis Blocos Operatórios e analisámos as informações referentes a cada modelo com a finalidade de encontrar os pontos-chave que mais se destacavam em cada um deles. Para a elaboração da grelha de indicadores de monitorização do Bloco Operatório realizámos uma reunião recorrendo à técnica de grupo nominal para encontrar o nível de consenso entre os peritos.

Resultados: Criámos uma grelha de observação de Modelos de Gestão de Bloco Operatório que permite comparar as características de gestão. Esta grelha foi aplicada a seis Blocos Operatórios o que permitiu destacar como elementos principais e de diferenciação: o sistema de incentivos implementado; o sistema informático, de comunicação entre os serviços e de débito directo dos gastos; a existência de uma equipa de gestão de Bloco Operatório e de Gestão de Risco; a importância de um planeamento cirúrgico semanal e da existência de um regulamento do Bloco Operatório. Desenhámos um painel de indicadores para uma monitorização do Bloco Operatório, de onde destacamos: tempo médio de paragem por razões técnicas, tempo médio de paragem por razões operacionais, tempo médio por equipa e tempo médio por procedimento.

Considerações finais: Os Blocos Operatórios devem ponderar a existência das componentes mais importantes dos Modelos, bem como recolher exaustivamente indicadores de monitorização. A investigação futura deverá debruçar-se sobre a relação entre os indicadores de monitorização e os Modelos de Gestão, recorrendo à técnicas de *benchmarking*.

Palavras-chave: Gestão de Bloco Operatório, Modelos de Gestão, Indicadores de Monitorização.

ABSTRACT

This study was driven by the need to optimise available capacity, technology and human resources in the Operating Room and to address the corresponding goals of adequate performance and effectiveness.

Objectives: This project focuses on four specific objectives: development of an observation grid of operating room management models; *in-loco* observation and documentation of six national operating room, according to the grid; assess the quality of management in the selected sample relative to existing management models; create a set of indicators for monitoring and evaluating operating rooms.

Methodology: The design of the observation grid was based on experts' consultation, a literature survey and information gathered in various interviews. The observation grid was applied to six operating rooms and the information for each management model was analysed in order to find its key characteristics. We used the Nominal Group Technique in order to develop a set of indicators for monitoring and evaluating operating rooms.

Results: An observation grid was created for operating rooms management models, which allowed comparing management characteristics. This grid was applied to six operating rooms allowing disentangle its main features and differentiating characteristics: implementation of incentive systems; IT systems including information flow between services; inventory and expense management; existence of a management team and effective risk management; importance of weekly planning and regulations. We designed a set control indicators, whose major characteristics are the following: the average down time due to technical reasons, the average down time due to operational reasons, the average time per team and the average time per procedure.

Final Conclusions: Operating rooms should consider the most relevant characteristics of management models and collect exhaustive information on control indicators. Future research should be devoted to assessing the operating room performance according to management models, using control indicators and benchmarking techniques.

Keywords: Operating Room Management; Management Models; Set of Indicators

ÍNDICE GERAL

Índice de imagens	vi
Índice de quadros	vii
Índice de gráficos	viii
Lista de abreviaturas	ix
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. RELEVÂNCIA DO TEMA	2
1.2. OBJECTIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	5
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2.1. HOSPITAL	7
2.1.1. Produção e Financiamento	9
2.1.2. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia	11
2.2. BLOCO OPERATÓRIO	13
2.2.1. Recursos Humanos	15
2.2.1.1. Cirurgião	16
2.2.1.2. Anestesiologistas	17
2.2.1.3. Enfermeiros	20
2.2.1.4. Assistentes Operacionais	24
2.2.2. Estrutura, Localização e Dimensões	25
2.3. GESTÃO DE BLOCO OPERATÓRIO	29
2.3.1. Monitorização e Avaliação	46
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	50
3.1. PROCEDIMENTOS	51
3.1.1. Revisão bibliográfica e entrevistas aos profissionais	53
3.1.2. Avaliação de Peritos	53
3.1.3. Observação <i>in-loco</i>	55
3.1.4. Técnica de Grupo Nominal	55
3.1.4.1. Objectivos da Reunião de Grupo Nominal	57
3.1.4.2. Fases da Reunião de Grupo Nominal	58

4.	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	60
4.1.	OBSERVAÇÃO <i>IN-LOCO</i>	60
4.1.1.	Descrição sumária dos Modelos de Gestão dos Blocos Operatórios estudados	61
4.1.2.	Síntese	66
4.2.	REUNIÃO DE GRUPO NOMINAL	68
4.2.1.	Hierarquização dos Indicadores Utilizados na Observação in-loco	69
4.2.2.	Novos Indicadores Sugeridos pelo Grupo de Peritos	70
4.2.3.	Hierarquização dos Indicadores Finais	72
4.2.4.	Categorização da Informação	73
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	76
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS E LINHAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURAS	97
	BIBLIOGRAFIA	101
	ANEXOS	
	Anexo I – Pedidos de Autorizações	II
	Anexo II – Guião e Entrevistas Exploratórias	V
	Anexo III – Grelha de Avaliação de Itens por Peritos	XV
	Anexo IV – Grelha de Observação de Modelo de Gestão de Bloco Operatório	XXIII
	Anexo V – Observação <i>in-loco</i> – Pontuação	XXXIV
	Anexo VI – Modelos de Gestão de Bloco Operatório (A, B, C)	XXXVII
	Anexo VII – Modelos de Gestão de Bloco Operatório (D, E, F)	XL

IMAGEM

Imagem 1 – Tempos Operatórios	92
-------------------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Glossário de termos dos Directores de Anestesia	34
Quadro 2 – Indicadores de monitorização e avaliação considerados na Observação <i>in-loco</i>	48
Quadro 3 – Etapas, objectivos e metodologia do Trabalho de Projecto	52
Quadro 4 – Hierarquização dos indicadores utilizados na Observação <i>in-loco</i>	69
Quadro 5 – Indicadores sugeridos pelos peritos	70
Quadro 6 – Novos indicadores para monitorização do Bloco Operatório	72,96
Quadro 7 – Indicadores para monitorização do Bloco Operatório	73
Quadro 8 – Informação recolhida na reunião de grupo nominal	74
Quadro 9 - Respostas dos peritos por dimensão e categoria profissional	77
Quadro 10 – Modelos de Gestão de Bloco Operatório por dimensão e hospital	78
Quadro 11 – Divisão dos indicadores: diferentes momentos	90
Quadro 12 – Descrição dos indicadores para monitorização do Bloco Operatório	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Organização do Bloco Operatório	79
Gráfico 2 – Planeamento cirúrgico	80
Gráfico 3 – Constituição da equipa de Gestão de Bloco Operatório	81
Gráfico 4 – Sistemas de Informação	82
Gráfico 5 – Atribuição de incentivos	83
Gráfico 6 – Gestão de risco	84
Gráfico 7 – Recursos Humanos	85
Gráfico 8 – Estrutura do Bloco Operatório	86
Gráfico 9 – Funcionamento em equipa	87
Gráfico 10 – <i>Score</i> Modelo de Gestão de BO em %	88

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses

ASA – American Society of Anesthesiologists

BO – Bloco Operatório

CID-9-MC – Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada

DGS – Direcção Geral de Saúde

DRG – Diagnostic Related Groups

DSS-PRO – Decision Support System PRO

EPE – Entidades Públicas Empresariais

GCD – Grandes Categorias de Diagnósticos

GDH's – Grupo de Diagnóstico Homogéneos

HOPE – European Hospital and Healthcare Federation

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

PDA – Personal Digital Assistants

PIB – Produto Interno Bruto

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologista

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

O Trabalho de Projecto que nos propomos desenvolver insere-se no segundo ano do III Curso de Mestrado de Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Após a conclusão da Especialização em Gestão de Organizações de Saúde, como segunda etapa do curso de Mestrado em Gestão da Saúde, elaborámos o Trabalho de Projecto subordinado ao tema “*Gestão de Bloco Operatório – Modelos de Gestão e Monitorização*”.

O referido trabalho encontra-se dividido em seis partes distintas. A primeira, a Introdução, subdivide-se em “relevância do tema”, onde iremos apresentar as razões da escolha do tema, à luz da bibliografia existente; e “objectivos e questão de investigação”, onde enumeraremos os objectivos e a questão de investigação do trabalho.

O enquadramento teórico está subdividido em vários pontos, que entendemos como essenciais para descrever e fundamentar o nosso trabalho, descrevendo o estado da arte da problemática em estudo. Dentro deste capítulo, inclui-se a pesquisa bibliográfica que realizámos acerca do Bloco Operatório e da Gestão de Bloco Operatório.

A terceira parte refere-se á metodologia utilizada no decorrer de todo o processo, reportando-se, assim, aos passos realizados para a obtenção dos resultados.

A apresentação de resultados encontra-se na quarta parte, onde são descritos sumariamente os modelos de gestão dos seis Blocos Operatórios visitados no decorrer deste estudo, com uma breve descrição do Hospital em questão, estando sempre garantido o anonimato de todos os Hospitais. Ainda dentro deste capítulo iremos elaborar uma síntese da observação realizada, onde enfatizamos os pontos mais relevantes de cada modelo de gestão observado. Os resultados da técnica de grupo nominal serão aqui descritos, apresentando os indicadores sugeridos pelo grupo de peritos durante a reunião.

A análise e discussão dos resultados correspondem ao quinto ponto do trabalho, onde passamos a apresentar os produtos encontrados, conjugando uma discussão acerca dos mesmos com base nas referências bibliográficas consultadas e dos estudos existentes sobre esta temática, debruçando-nos, assim, sobre a questão fundamental deste Trabalho de Projecto.

Nas considerações finais e linhas de investigação futuras, como última parte deste estudo, podemos encontrar algumas reflexões acerca do trabalho de projecto, dificuldades encontradas e indicações para futuras investigações.

Este projecto não é mais do que uma ferramenta para o início de um novo projecto mais aprofundado sobre Modelos de Gestão de Bloco Operatório, podendo servir como um estímulo para estudar e analisar o funcionamento destes serviços, que detêm uma produção importante para o funcionamento de um hospital e para a concretização dos objectivos dessa instituição, no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

1.1. RELEVÂNCIA DO TEMA

Sempre que se fala em saúde e economia, ou gestão da saúde, emerge a questão de se saber que a saúde é um bem precioso, que requer inúmeros recursos humanos com formação avançada, recursos físicos e a contribuição de diversos sectores. O atendimento aos cuidados de saúde não poder ser encarado como um simples negócio, as instituições para isso vocacionadas devem seguir os princípios de uma gestão eficaz, principalmente quando falamos em procedimentos, estruturas e resultados.

Sabemos, também, que os cuidados de saúde consomem uma fatia considerável dos recursos do país. Segundo o Ministério das Finanças e da Administração Pública o total da despesa do Ministério da Saúde representa 10,9% do total da despesa da Administração Central e 5,1% do PIB, “Face à estimativa da despesa do corrente exercício orçamental, aquele montante corresponde a um acréscimo de 2,4 %, devido sobretudo à variação estimada da despesa de funcionamento, da despesa com cobertura em receitas consignadas e da despesa do Serviço Nacional de Saúde.” (Portugal. Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2009:275)

Um dos mais dispendiosos serviços dentro do Hospital é o Bloco Operatório. Um estudo realizado em Inglaterra por Pandit et. al (2007) revela-nos que cerca de 46% dos doentes encaminhados para o hospital são submetidos a intervenções cirúrgicas. Uma gestão de Bloco Operatório ineficaz pode resultar no cancelamento desses procedimentos cirúrgicos por variados motivos.

Não podemos ver o Bloco Operatório como uma “fábrica” isolada e separá-lo do resto do hospital, o Bloco Operatório assume no hospital um papel fundamental na produção

e nos resultados do mesmo. Considerado por alguns autores como o “coração” do hospital, requer cuidados especiais na sua gestão, utilização e uma organização estruturada, adequada e adaptada ao contexto, para que o seu funcionamento seja de acordo com o esperado, face à capacidade instalada.

O Bloco Operatório, segundo Saadani et. al. (2006) é o ponto de convergência de numerosas actividades de um hospital, já que se encontra em ligação, directa ou indirecta, com a maioria dos serviços e especialidades médicas. Assim, o Bloco Operatório encontra-se numa cadeia directa com outros serviços, estabelecendo uma relação de valores que se considera essencial conhecer para o estudo deste serviço.

Os custos relacionados com as intervenções cirurgicas têm vindo, ao longo dos tempos, a aumentar. Devido, essencialmente, à constante inovação tecnológica - bastante dispendiosa - e aos recursos humanos altamente especializados. Apresentam-se, segundo Martins (2003), como um dos principais alvos da contenção de despesas para assegurar o máximo de aproveitamento da capacidade instalada e dos recursos deste departamento. Segundo Macario et. al. (1995) o Bloco Operatório constituiu, efectivamente, mais de 10% do orçamento hospitalar.

Como refere Epstein e Dexter (2002) alguns estudos têm concluído que é necessário utilizar estratégias de redução dos custos nas unidades cirúrgicas, propondo diferentes métodos para atribuição dos tempos operatórios e marcação das cirurgias, de modo a assegurar a maximização da utilização dos tempos do Bloco Operatório. Um correcto planeamento cirúrgico, optando-se por uma correspondência da disponibilidade de sala e do pessoal e por uma eficiente utilização das salas operatórias, pode viabilizar serviços adequados e acessíveis para os doentes, mesmo com recursos limitados.

O funcionamento harmonioso, completo e pleno de um hospital depende, em parte, do funcionamento do Bloco Operatório, no entanto este serviço depende directamente dos restantes, fazendo com que exista uma simbiose natural e dinâmica que implica uma óptima coordenação entre todos para a concretização dos objectivos comuns, tanto do hospital como de cada serviço individualmente.

O Bloco Operatório tem, por si só, custos fixos elevados, devido às instalações próprias, ao equipamento específico, quase sempre de última geração, assim como pelo pessoal diferenciado que nele trabalha, com os salários adequados a cada classe profissional.

Com a passagem dos hospitais a Entidades Publicas Empresariais (EPE) as administrações assumem uma visão empresarial na gestão do Hospital. “O processo

de empresarialização hospitalar insere-se numa política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde que pressupõe a adopção de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades do utente.” (Portugal. MS. ACSS, 2007d)

A contratualização hospitalar assenta num contrato programa, entre o hospital e o Ministério da Saúde, contrato este que, indica a produção cirúrgica que o hospital pretende concretizar no ano a que se refere. Assim, é necessário que exista um conhecimento profundo do trabalho realizado na cirurgia, da capacidade de produção do Bloco Operatório e da possibilidade de aumentar essa produtividade.

O hospital é financiado, em parte, pelos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH's) cirúrgicos, o que leva a que parte deste financiamento esteja dependente do funcionamento directo do Bloco Operatório, logo dos recursos humanos do mesmo e principalmente da gestão aplicada a este serviço.

Esta organização do bloco operatório não se cinge apenas à gestão de recursos materiais e humanos para a produção de um produto final. Prende-se, sim, com uma gestão elaborada e estruturada, a concretização de objectivos específicos, que foram inicialmente colocados em função da capacidade de produção. Assim como se revela necessária a avaliação das condições, a montante e a jusante da utilização deste serviço, como por exemplo a avaliação e planeamento conjunto com os serviços de que o Bloco Operatório depende para o seu funcionamento. Esta gestão assenta, também, na promoção de um ambiente de trabalho favorável e de condições de trabalho cada vez melhores para os profissionais da equipa e na satisfação profissional dos mesmos, tanto numa perspectiva de realização pessoal, como profissional, com a valorização do seu trabalho e envolvimento em todo o projecto do serviço.

Para além disso, os hospitais têm assistido, nas últimas décadas, de uma forma constante e rápida, a uma transformação tecnológica que tem interferido com o Bloco Operatório, já que a introdução de novas tecnologias, para além de uma fonte de investimento, têm sido, sem dúvida, um avanço na qualidade de cuidados prestados e na resposta às necessidades do doente.

A gestão de recursos materiais, humanos, espaços físicos e produção cirúrgica é muitas vezes comparada a um procedimento fabril. No entanto, é necessário não esquecer as especificidades do mercado da saúde e ter em atenção que a produção

cirúrgica está intrinsecamente ligada à vida e à qualidade de vida do utente e de toda uma comunidade.

Todos os Blocos Operatórios têm o seu modelo de gestão, muitas vezes intuitivamente organizado, outras vezes estruturalmente estudado e pensado para aumentar a rentabilidade, efectividade e eficiência do Bloco Operatório, com vista à máxima utilização dos recursos existentes.

Com este trabalho pretendemos analisar cada um dos modelos de gestão da nossa amostra, com as suas especificidades e características retirando, de cada um, o que é diferente que podrá ser considerado uma boa prática, assim como encontrar um quadro de indicadores para monitorizar esse mesmo modelo de gestão, com o fim de o melhorar e detectar os seus pontos frágeis.

1.2. OBJECTIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com o presente Trabalho de Projecto pretendemos:

- Elaborar uma grelha de observação de Modelos de Gestão de Bloco Operatório;
- Observar Modelos de Gestão de Blocos Operatórios em experiências nacionais e *in-loco*, consoante grelha de observação, analisando as características específicas de cada um;
- Avaliar a eficiência na amostra seleccionada à luz dos modelos de Gestão de Bloco Operatório implementados;
- Criar uma grelha de indicadores para a monitorização e avaliação do Bloco Operatório.

Teremos, então, como questão geral de investigação:

- Podemos eleger um modelo de gestão mais efectivo para o Bloco Operatório de um Hospital?

Esta questão viu-se desdobrada em quatro questões operacionais:

- Que modelo de gestão de Bloco Operatório é considerado mais efectivo?
- Que modelo de gestão de Bloco Operatório melhor optimiza os seus recursos e meios para uma maior eficiência?

- Quais as dimensões do Modelo de Gestão de Bloco Operatório mais evidenciadas nos Blocos Operatórios estudados?
- Quais os indicadores mais adequados para a avaliação e monitorização do Bloco Operatório?

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Procuraremos aqui enquadrar a problemática da Gestão de Bloco Operatório no contexto envolvente, à luz da bibliografia pesquisada. Delimitamos, assim, o tema, tanto na sua lata abrangência, tal como explicaremos o funcionamento do Bloco Operatório, principalmente em contexto Nacional, visto ser essa a realidade enquadrante e a área onde realizámos a observação dos Modelos de Gestão de Bloco Operatório.

2.1. HOSPITAL

Antes de nos referirmos à noção de produtividade hospitalar, revela-se necessário definir o onde e o porquê desta produção, o seu objectivo e o público-alvo que visa. Esta produção não é mais do que o alcançar de um objectivo primordial de uma sociedade, tendo em vista “estar saudável” e com um nível de qualidade de vida suficiente para atingir os objectivos pessoais e colectivos.

Isoladamente, um Bloco Operatório não faz sentido. Não se pode falar de Bloco Operatório sem o inserir num contexto hospitalar e numa política organizacional específica, sem os quais todo o seu funcionamento e objectivos não fariam sentido. Segundo Saadani et. al. (2006), o Bloco Operatório é o ponto de convergência de numerosas actividades de um hospital, encontrando-se em ligação, directa ou indirecta, com a maioria dos serviços e especialidades médicas. Daí que a existência de uma cadeia de valores no Bloco Operatório seja essencial a todo o seu funcionamento.

O Hospital, enquanto estrutura física e imóvel, tem várias definições possíveis, consoante o papel que assume perante o dia-a-dia de cada um. Para uns, é um local de trabalho, para outros um meio para alcançar a qualidade de vida desejada, para outros o local onde se resolvem problemas de saúde, para outros, ainda, um local de ensino e formação e, finalmente, será sempre um local de investimento para o futuro.

O Hospital é “um estabelecimento de saúde, que presta cuidados diferenciados, permanentes e de emergência durante 24 horas por dia, a doentes agudos. É constituído por um conjunto integrado de meios humanos, físicos, tecnológicos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados. Para desempenhar as suas funções necessita de desenvolver actividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, em regime de ambulatório ou internamento.”. (Portugal. MS. DGS, 1998: 173).

Existem diversos tipos de Hospitais, classificados consoante os recursos e serviços que têm disponíveis, assim como a sua área de intervenção e dimensão. Assim, segundo a Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (200-) podemos definir alguns deles:

- Hospital Central é caracterizado como sendo um hospital público que dispõe de meios humanos e técnicos altamente diferenciados, com responsabilidades tanto no âmbito regional como nacional.
- Hospital Distrital é um hospital público com recursos inerentes às valências básicas, ou quando se justifique, outros relacionados com valências intermédias e diferenciadas e excepcionalmente diferenciadas, com responsabilidades da sub-região onde se encontram. Estes hospitais estão divididos por níveis consoante a hierarquização das valências.
- Hospital Universitário é uma instituição que tem no seu quadro de pessoal profissionais nas carreiras universitárias, ligado a um departamento de ensino de uma universidade. (Portugal. MS. ARSLVT,200-)

De um modo geral, com a evolução da investigação aplicada e com o desenvolvimento da economia de mercado que distinguem a sociedade global dos dias de hoje, o Hospital é visto como uma “empresa” com as suas características específicas que o diferencia de todas as outras empresas de produção de bens materiais, face às características específicas do mercado de saúde.

Dado que a produção hospitalar não consubstancia um proveito palpável, nem material, a sua definição enquanto empresa não é simples, assim como a definição do trabalho aí executado se consegue explicar simplesmente como sendo um produto, no seu sentido mais tradicional. Assim, segundo Barros (2005) é necessário definir o hospital, podendo-se começar por uma explicação simples e imediata, tal como sendo um local onde os doentes recebem tratamento médico.

Sendo esta uma definição meramente virada para quem procura os cuidados prestados no hospital, não nos podemos esquecer da vertente interna dessa organização, sendo crucial entender a sua essência como um todo, não só pela parte dos que procuram os cuidados, mas também pela parte dos que trabalham para esses cuidados e também por quem gere essas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

O hospital, assim como toda a estrutura que o envolve, é bem mais complexo do que esta definição imediata, sendo necessário reflectir e analisar as variáveis económica e de sustentabilidade, assim como de financiamento, para que essa complexa organização consiga atingir os objectivos a que se propõe.

Podemos, então, comparar o hospital a uma fábrica de produção de automóveis? Será que deveremos avaliar o seu produto final através de um só indicador? Será que podemos gerir um hospital da mesma forma que se gere uma loja ou um restaurante? As características específicas do mercado de saúde não nos permitem fazer directamente este tipo de comparações, o que faz do Hospital um local excepcional, onde a produção não consiste na apresentação de um produto consumível, de utilização comum no mercado económico, não podendo por tudo isso ser avaliado apenas por um indicador. Assim como os conceitos e princípios de gestão não podem ser para aí transportados, como se tratasse de uma empresa usual de produção de bens e serviços.

2.1.1. Produção e Financiamento

Um produto “é a resultante de um processo produtivo, que é posta à disposição do consumidor” (Urbano e Bentes, 1990:49)

No entanto, o mercado da saúde, com as suas inúmeras particularidades e características, faz do doente um consumidor com especificidades próprias e do prestador de cuidados um “intermediário do consumidor no processo de especificação do produto, interpreta as suas necessidades e prescreve o conjunto de bens e serviços que aquele necessita: o médico desenha o produto para aquele consumidor.” (Urbano e Bentes, 1990:50)

Assim, face às especificidades deste mercado complexo e único produto hospitalar é o “conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e como parte do processo de tratamento definido pelo médico”. (Urbano e Bentes, 1990:50)

As especificidades do mercado da saúde tornam-no desequilibrado, existindo uma relação de agência entre o doente e o médico, o que pode levar a uma utilização inapropriada de recursos e a uma perversidade do próprio mercado.

Segundo Costa, citado por Barbosa (2005), é importante ter conhecimento do que se produz, como se produz e de quem o produz, assim como se revela necessário avaliar

a actividade e o desempenho e apurar os custos de produção. Deste modo, temos uma visão do tipo de doentes tratados, conseguimos identificar, avaliar e corrigir os erros do processo de produção. Como tal existe uma maior responsabilização de todos os intervenientes e é possível estabelecer comparações ao nível da eficiência.

Para obter uma comparação e uma avaliação da produção hospitalar tem de ser criado um sistema que nos permita fazer essa análise, contendo então uma linguagem conhecida por todos os intervenientes, para que se possa estabelecer um processo realista. Para Hornbrook, citado por Costa e Lopes (2004) as duas abordagens para definir, identificar e comparar casos são os sistemas de classificação de doentes e os índices escalares.

Entendemos que um sistema de classificação de doentes “é aquele em que os objectos que se pretendem agrupar são doentes, ou episódios de doença, e em que o objectivo é tornar compreensíveis as suas semelhanças e diferenças, e permitir que, os que pertençam à mesma classe, sejam tratados de forma semelhante” (Urbano e Bentes, 1990:51).

Os índices escalares ou índices de *case-mix* caracterizam o perfil da produção hospitalar em termos de custos afectos aos doentes tratados, permitindo, segundo Bentes et al. 1996, citado por Santana (2005), corrigir situações em que os custos médios por doente sejam aparentemente elevados numa determinada instituição.

Os GDH’s “são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracterizam, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes” (Portugal. MS. ACSS, 2007e).

Os GDH do nome internacional *Diagnostic Related Groups* (DRG), são grupos relacionados mas não totalmente homogéneos pois a homogeneidade absoluta não é procurada já que o que se produz no hospital não é exactamente igual, como é referido por Hornbrook, citado por Barbosa, (2005)

A última versão da Portaria 110A/2007 de 23 de Janeiro de 2007, tem 876 GDH’s, 25 Grandes Categorias Diagnósticas (GCD). Cada GCD contém GDH’s cirúrgicos e médicos associados e cada GDH tem um peso relativo (medida que reflecte os recursos) e os seus custos e atribuições médias, consoante seja ambulatório ou de

internamento, tendo preços por primeiro dia de internamento e diárias por GDH, entre outros itens. (Portaria nº 110ª/2007. D. R. 1ª Série. 16 Suplemento)

Os GDH surgiram em Portugal, em 1984 através de um projecto do Ministério da Saúde e da Universidade de Yale, que segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, têm como objectivo a definição da produção do internamento hospitalar, a melhoria do sistema de informação na gestão de recursos do internamento e financiar esse internamento, promovendo a distribuição racional e criando incentivos ao aumento de eficiência, sem nunca descuidar a qualidade dos serviços aí prestados. (Portugal. MS. ACSS, 2007e)

Segundo a HOPE (2006) a razão oficial e original da implementação dos DRG em Portugal prende-se com o financiamento dos hospitais e com a efectividade da distribuição dos recursos e dos cuidados de saúde. Outra razão invocada traduz-se na integração de um sistema de informação de gestão hospitalar, para controlar a actividade hospitalar, suportar decisões, planear e fazer comparações entre hospitais e regiões.

Nos GDH estão ainda contempladas a educação, a investigação e a inovação, no entanto é suposto serem pagos separadamente no ano imediatamente a seguir ao que foi realizada. Os GDH, em Portugal, são aplicados também aos hospitais de dia e nas cirurgias de ambulatório e também a actividades específicas como o são, por exemplo, os transplantes e o tratamento de doenças (HOPE, 2006).

Todos os doentes intervencionados num Bloco Operatório são classificados a partir de um GDH, por um código que o define, sendo assim importante entender este processo e o mecanismo de financiamento para uma Gestão de Bloco Operatório.

2.1.2. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Dado o número crescente de doentes inscritos para cirurgia, e o aumento constante do tempo para resposta a estes problemas, houve necessidade de ser criado um sistema que agrupasse todos os doentes e que contribuísse para a resolução deste problema no ramo da saúde: as Listas de Espera para cirurgia.

Através da Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, publicado a 24 de Junho 2004 “foi criado um Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) que abarcasse o problema na sua globalidade e que, de uma forma contínua e permanente, caminhasse progressivamente para a resolução desta situação que

continua a ser uma das principais preocupações da população portuguesa.” (Portugal. MS., 2005:II-1)

Segundo o Ministério da Saúde, no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia, este programa deverá:

- Garantir o tratamento do utente inscrito dentro de um período definido de acordo com as regras;
- Imprimir ao hospital um compromisso, sendo assim emitido um certificado de inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC);
- Promover um maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus deveres e direitos, existindo assim a assinatura do consentimento informado no momento da inscrição na LIC;
- Criar uma maior uniformização no processo, garantindo a uniformização do tratamento dos utentes com necessidades terapêuticas cirúrgicas;
- Proporcionar um maior controlo e transparência através da constituição de estruturas reguladoras a nível Hospitalar, regional e nacional.

Segundo a mesma fonte (pg. IV-1), os objectivos do SIGIC são:

- “Redução do tempo médio de espera para cirurgia”;
 - “Controlo do tempo máximo de espera para a realização da cirurgia”;
 - “Rentabilização da capacidade instalada dos hospitais públicos”;
 - “Clareza e uniformidade nos critérios de realização de intervenções cirúrgicas”.
- (Portugal. MS.,2005)

Estes objectivos garantem, assim, o tratamento em tempo previsto, imprimem no hospital um maior compromisso com a população, assim como levam a um maior envolvimento do utente em todo o seu processo e conferem ao sistema uma maior transparência e uniformidade.

Dentro de inúmeras vantagens deste procedimento, podemos destacar, e mais concretamente para o interesse do nosso estudo, o facto de que o SIGIC, segundo o Ministério da Saúde dever promover uma gestão otimizada do Bloco Operatório e dos serviços cirúrgicos, para que haja a garantia da utilização e adequação correcta dos recursos disponíveis, evitando estrangulamentos no processo. Para isso é necessário que exista uma programação cirúrgica com agendamento.

No que se refere ao processo de gestão do utente no hospital de origem, compete aos serviços cirúrgicos e às restantes áreas hospitalares envolvidas, nomeadamente o Bloco Operatório, segundo o Ministério da Saúde, entre outras:

- Propor os utentes para intervenção cirúrgica consoante as normas do manual de gestão de inscritos para cirurgia;
- Reavaliar a situação e a sua indicação cirúrgica, se necessário;
- Manter actualizado o catálogo de procedimentos cirúrgicos associados à Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC)
- Proceder à selecção dos utentes para programação cirúrgica consoante critérios de antiguidade e prioridade;
- Construir uma programação cirúrgica tendo em conta os objectivos estabelecidos com o Conselho de Administração do Hospital;
- “Gerir a disponibilidade do Bloco Operatório em função da procura e da lista de procedimentos de cada uma das especialidades cirúrgicas de forma a otimizar a gestão dos tempos de espera da respectiva lista de inscritos para cirurgia” (Portugal. MS. 2005: V-3).

São, sem dúvida, nestes últimos pontos que o nosso trabalho se focaliza, dado que nos iremos debruçar acerca da Gestão de Bloco Operatório, com o objectivo de otimizar os recursos em função da produção e da capacidade de resposta face à capacidade instalada.

2.2. BLOCO OPERATÓRIO

Definir correctamente o que é um *Bloco Operatório* não é simples, nem linear, atendendo a que este conceito deverá englobar aspectos complexos do ponto de vista:

- Arquitectónico;
- Técnico;
- De segurança;
- De infecção hospitalar;
- De gestão;

- Da finalidade a que se destina;
- De recursos humanos;
- De recursos materiais...

Bloco Operatório é uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, como o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.” (Portugal. AESOP, 2006:20)

A Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo define Bloco Operatório como uma unidade orgânico-funcional “constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinados à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia.” (Portugal. MS. ARSLVT, 200-:1)

Segundo Bolander (1998), para a equipa cirúrgica, o Bloco Operatório constitui um instrumento de trabalho, equipado para operar com um determinado padrão de conforto.

Um Bloco Operatório é constituído por Salas de Operações que, segundo AESOP, são as unidades imobiliárias com o fim de realizar intervenções cirúrgicas. Estas Salas de Operações são parte integrante de uma Suite Operatória, juntamente com o local de desinfecção, salas de apoio e sala de indução anestésica. (Portugal. AESOP, 2006)

Estas definições reflectem as diferentes abordagens dos autores, mas os principais objectivos do Bloco Operatório prendem-se com:

- Cuidados no tratamento de patologia específica ou associada;
- Manutenção da integridade física;
- Satisfação das necessidades físicas e psíquicas do doente.

Sendo um serviço que afecta grandes consumos e muitos profissionais direccionados e especializados, o Bloco Operatório tem, como qualquer sector, custos fixos associados, que segundo Pereira (2004) são custos, que independentemente da produção, não são susceptíveis de alteração a curto prazo, sendo estes custos, por exemplo, os ordenados fixos dos profissionais. Existem também os custos variáveis, e esses sim, dependentes da produção, onde mais facilmente poderemos actuar, na

medida de prevenção de gastos desnecessários, como é o caso dos consumíveis utilizados pela cirurgia, ou mesmo o tipo de tecnologia utilizada.

2.2.1. Recursos Humanos

A equipa do Bloco Operatório é multidisciplinar, comportando:

- Pessoal fixo: - Enfermeiros
 - Assistentes Operacionais
- Pessoal rotativo: - Médicos (Cirurgiões e Anestesiologistas)
 - Técnicos de Diagnóstico
 - Outros

Quando falamos em pessoal fixo consideramos todos os profissionais que estão afectos ao serviço, isto é, que estão registados no centro de custos desse serviço ou departamento, exercendo as suas funções exclusivamente no Bloco Operatório.

Ao contrário do pessoal fixo, os profissionais que são considerados como pessoal rotativo pertencem a outro departamento ou serviço, como por exemplo os Anestesiologistas que fazem parte do Serviço de Anestesia, os Cirurgiões que estão afectos aos serviços da respectiva especialidade cirúrgica, mas que no entanto exercem as suas funções tanto no Bloco Operatório como nas consultas de especialidade, assim como nas próprias enfermarias e cuidados intensivos.

O pessoal rotativo no Bloco Operatório é destacado em determinados dias da semana para dar continuidade ao trabalho realizado nos outros locais, exercendo assim as funções que lhe competem dentro do Bloco Operatório, podendo ser considerados como “utilizadores do Bloco Operatório”, na medida em que, em alguns Blocos Operatórios, as salas de operações são distribuídas pelos serviços, com escala própria de utilização, para que todos os serviços usufruam e consigam cumprir o seu objectivo de produção cirúrgica e anestésica.

Independentemente do tempo que os profissionais despendem no Bloco Operatório, para poder gerir um Bloco e avaliar os modelos de gestão é essencial conhecer as funções e os papéis de cada profissional dentro deste serviço, assim como os objectivos de cada grupo profissional, para que tenhamos uma visão global dos diversos grupos profissionais que o utilizam.

Só assim poderemos tecer algum tipo de opinião crítica em relação ao trabalho que está a ser desempenhado dentro do serviço, ou tentar compreender alguns dos problemas existentes no Bloco Operatório como, por exemplo, os conflitos entre os profissionais, ou mesmo os derivados das distintas hierarquias profissionais.

Nesse sentido, iremos descrever, sucintamente, as funções dos Cirurgiões, Anestesiologistas, Enfermeiros e dos Assistentes Operacionais do Bloco Operatório.

2.2.1.1. Cirurgião

Dentro da sala de operações o papel do cirurgião é visto pelo doente como o médico que opera, ou seja “o operador”, para utilizarmos uma linguagem mais popular. No entanto, as responsabilidades dentro da sala de operações são mais do que simplesmente resolver um problema existente. Para além disso, é o cirurgião que referencia o doente para o Bloco Operatório, tendo em conta de que é ele quem elabora e é responsável pelo diagnóstico cirúrgico diferenciado.

O cirurgião examina o doente, realizando uma avaliação acerca dos riscos da intervenção, o tipo de técnica mais adequada, tendo em conta o estado global do doente, estudando a história clínica, conjuntamente com os seus pares, nomeadamente colegas da especialidade e anestesiologistas, pedindo, sempre que necessária, a avaliação de outros especialistas.

É responsável pelo acto cirúrgico e também pelos cuidados prestados ao doente durante o seu internamento, que tenham sido estabelecidos ou indicados por ele, prescrevendo assim cuidados pré e pós operatórios adequados a cada situação, seguindo o doente em todo o seu percurso.

O médico cirurgião pode realizar diversas cirurgias dentro de sua especialidade, sendo muitas vezes especializado numa área. Neste estudo apenas iremos focar as funções do Médico Cirurgião de Cirurgia Geral e do Médico Cirurgião de Cirurgia Cardiorácica, pois é nestas especialidades que iremos desenvolver o nosso trabalho de Observação *in-loco*. Assim, segundo a Classificação Nacional de Profissões pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional o Médico Cirurgião de Cirurgia Geral:

- Realiza intervenções cirúrgicas, corrigindo deformidades adquiridas ou congénitas, tratando doenças e ferimentos, prevenindo doenças e melhorando

as funções orgânicas no âmbito da cirurgia electiva do aparelho digestivo (intra-abdominal) e da cirurgia dos tecidos moles;

- “Examina o doente, a fim de estabelecer a indicação operatória, avaliando os riscos da intervenção, o método a empregar e estabelecendo um prognóstico, tendo em conta o estado geral do doente, a sua reacção ao tratamento médico e a sua história clínica”;
- Encaminha o doente à observação do anestesiológista para apreciação do risco anestésico;
- Elabora as indicações para a preparação do doente, para a preparação dos instrumentos e materiais necessários à cirurgia;
- “Cria ou assegura-se da existência das condições materiais, equipamento, pessoal e instalações necessárias e suficientes para um pós-operatório adequado”;
- “Prescreve os cuidados pós-operatórios essenciais e segue o doente no pós-operatório, a fim de acompanhar a convalescença”;
- Faz o registo sistematizado de todas as operações que praticou. (Portugal. IEFP., 2001:62)

O Médico Cirurgião de Cirurgia Cardiorácica, para além das outras funções acima descritas, segundo a mesma fonte, realiza intervenções cirúrgicas ao coração e grandes vasos, assim como aos outros órgãos intratorácicos. Especializa-se, assim, “no estudo e aplicação de teorias e técnicas de cirurgia cardiorácica” . (Portugal. IEFP, 2001:62)

Para além da sua actividade no Bloco Operatório estes Médicos Cirurgiões podem dedicar-se à investigação dentro da sua área específica.

2.2.1.2. Anestesiologista

Por regra o doente, ao chegar ao Bloco Operatório, é recebido pelo Anestesiologista e pelo Enfermeiro de Anestesia que, em conjunto, recebem as informações referentes à sua situação. É este o primeiro impacto com o Bloco Operatório de que, normalmente, o doente se lembra, guardando muitas vezes este momento como o único de que se recorda da sua ida ao Bloco.

Para quem já entrou numa sala de operações, como doente, sabe que o anesthesiologista é aquele médico que nos “vai adormecer” e “fazer acordar” sem dores, no entanto, o anesthesiologista é muito mais do que isso, tendo assim um papel fundamental tanto na avaliação pré-operatória e pós-operatória do doente, seguindo o doente em todo o seu percurso no perioperatório.

Anestesia (do grego: *αν*, *an* -"sem" e *αἴσθησις*, *aisthēsis* -"sensação"), significa, tradicionalmente, a situação de ter as sensações bloqueadas (inclusive a sensação de dor) ou temporariamente afastadas. Isto permite aos pacientes serem sujeitos a cirurgias ou outros procedimentos, sem *stress* ou dor. Outra definição é a perda reversível da consciência, quer seja a perda total da consciência (na sequencia de uma anestesia geral) ou a perda de consciência de parte do corpo, como a anestesia espinhal ou um bloqueio nervoso podem provocar.

A Anestesiologia, como especialidade médica, trata a dor, controla o nível de consciência e assegura o conforto, o bem-estar e as funções vitais do doente durante as intervenções cirúrgicas, exames complementares de diagnóstico e terapêutica e a execução de outras técnicas e tratamentos invasivos. Actualmente, tendo em conta as diferentes fases de actuação do Anesthesiologista, pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória, podemos considerar esta especialidade como uma especialidade do Peri-operatório.

A American Society of Anesthesiologists, refere que a anestesiologia é uma prática médica que se dedica ao alívio da dor e ao cuidado total do doente, em âmbito cirúrgico, antes, durante e após a cirurgia.(ASA,2009)

Em Portugal, a Direcção do Colégio de Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos, na proposta do novo programa de internato, utilizou a seguinte designação: “Anestesiologia”. As áreas em que a Anestesiologia é perita são: Anestesia e Medicina do Peri-operatório, Medicina de Emergência, Medicina Intensiva, Medicina da Dor e Reanimação (Tavares, 2008).

Como especialistas, os Anesthesiologistas são responsáveis por: administrar anestesia, aliviar a dor e controlar as funções vitais, incluindo a respiração, ritmo cardíaco e tensão arterial durante a cirurgia. Após a cirurgia mantém o doente numa situação confortável e estável e estão envolvidos na medicina intensiva e unidades de medicina intensiva.

Segundo a American Society of Anesthesiologists o papel principal dos anesthesiologistas de hoje, na sala de operações é tecerem juízos médicos informados,

para protegerem e regularem as funções vitais que possam ser afectadas pela cirurgia que se está a realizar. Assim, segundo o mesmo autor, os Anestesiologistas devem:

- 1) Providenciar uma avaliação médica contínua do paciente;
- 2) Monitorizar e controlar as funções vitais do paciente – frequência e ritmo cardíacos, respiração, pressão arterial, temperatura corporal e balanço dos fluidos orgânicos;
- 3) Controlar a dor e nível de consciência do paciente, para permitir as condições ideais à realização da cirurgia em segurança e ao seu sucesso. (ASA, 2009)

Os Anestesiologistas necessitam de um conhecimento muito vasto de farmacologia, medicina interna, fisiologia e resposta ao *stress* da cirurgia, daí que o programa de ensino no internato de especialidade em Anestesiologia seja de quatro anos, permitindo ao médico passar por diversos serviços e especialidades, cada um com as suas características e doentes específicos.

Por cada sala operatória é necessária a presença de um Anestesiologista: “A boa prática assistencial exige que o acompanhamento do doente anestesiado ou sedado seja efectuado, em presença física junto do doente, por um especialista de Anestesiologia, devidamente inscrito no respectivo Colégio. (...) Não sendo aceitável o acompanhamento de mais do que um doente em simultâneo ou a tutela de quem acompanha o doente.” (Portugal. Ordem dos Médicos, 2007:24).

A Ordem dos Médicos só considera aceitável e excepcional a intervenção em mais do que um doente anestesiado ou sedado em caso de emergência (com risco de vida) que imponha a intervenção imediata com os recursos disponíveis, ainda que não os ideais.

Antes das cirurgias os Anestesiologistas avaliam as condições clínicas dos doentes e formulam planos anestésicos, individualmente para cada doente, tendo em conta o seu estado físico. Para isso, é necessária a visita pré-anestésica que é realizada quando o doente entra no hospital (situações de urgência), ou na véspera da cirurgia (cirurgia electiva). Os doentes propostos para cirurgia electiva podem ainda ser avaliados nas consultas de anestesia, em regime de consulta externa.

Durante a cirurgia é utilizada tecnologia avançada para a monitorização das funções vitais, fruto da inovação e do desenvolvimento das novas tecnologias. Os Anestesiologistas devem interpretar esses monitores sofisticados de modo a, correcta e prontamente, diagnosticarem, regularizarem e tratarem os sistemas orgânicos,

enquanto um balanço personalizado e equilibrado de medicamentos anestésicos é administrado.

No final da cirurgia os Anestesiologistas revertem os efeitos dos medicamentos anestésicos e devolvem, de novo, o estado de consciência ao doente, denominado este momento como o “acordar” ou recobro da anestesia.

Os Anestesiologistas são também os responsáveis pelas Unidades de Cuidados Pós Anestésicos, vulgarmente conhecidas como “Recobro Anestésico”, que tem por finalidade proporcionar aos doentes que foram operados, e ainda se encontrem sob o efeito das drogas anestésicas, um cuidado especializado, uma observação frequente e uma monitorização continuada, até à total recuperação da anestesia e à regularização das suas funções vitais.

Para além destas funções, não podemos esquecer a componente de ensino, contanto que os Anestesiologistas podem supervisionar um ou mais internos de anestesia, seguindo um programa de ensino da especialidade, permitindo a sua prática e treino. Os tempos de indução e recobro anestésicos podem assim variar, tendo em conta as necessidades de aprendizagem dos internos. Estes internos de anestesiologia, segundo Caseiro (2005) irão treinar, durante quatro anos, todo o tipo de anestesia em todo o tipo de cirurgia e em todos os grupos etários, praticando as técnicas de suporte básico a avançado de vida e aprendendo o alívio da dor aguda e crónica, assim como a Medicina Intensiva.

2.2.1.3. Enfermeiros

Em Portugal não existe nenhum documento oficial que regule as funções do enfermeiro no intra-operatório. Existem sim indicações acerca das mesmas, sugeridas pela Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesa, sócio honorário da Ordem dos Enfermeiros, indicações essas que são tomadas como boas práticas no exercício das funções. Existe, também, um documento, emitido pela Ordem dos Enfermeiros, referente às funções do Enfermeiro circulante, tendo sido uma necessidade criada face às novas funções dos Assistentes Operacionais, evitando assim uma substituição de recursos humanos face às novas atribuições de funções.

No bloco operatório existem, por sala de operações, três enfermeiros com conhecimentos e qualificações para exercerem as seguintes funções: Enfermeiro de Anestesia; Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista.

Na Fase Intra-Operatória as funções de cada enfermeiro são bem distintas, mas todos eles têm competências para desempenharem os três papéis, rotativamente, caso seja a política do Bloco Operatório em causa, existindo serviços em que estas funções são fixas.

Segundo a AESOP as Funções do Enfermeiro de Anestesia:

1. Deve conhecer as necessidades do doente, existindo para esse efeito a visita de Enfermagem Pré-Operatória;
2. Saber qual a cirurgia, a hora e a anestesia do doente;
3. Verificar e testar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos necessários à anestesia;
4. Verificar “stock” de fármacos de urgência;
5. Providenciar a chegada do doente ao Bloco Operatório, dentro da hora marcada;
6. Receber o doente no *transfer*, identifica-lo e verificar com o colega de internamento as condições em que o doente se encontra, exames e informações relevantes;
7. Colaborar no *transfer* e posicionamento na mesa operatória;
8. Proceder à monitorização e cateterismo venoso periférico;
9. Assistir o Médico Anestesta durante a indução e manutenção da Anestesia e no reverter da anestesia do doente;
10. Colaborar no controlo do balanço hidro-electrolítico;
11. Comunicar ao colega da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos transmitindo as informações necessárias (orais e escritas);
12. Providenciar a saída do doente da sala, acompanhando-o até ao *transfer*. (Portugal. AESOP, 2006)

Segundo Fuller (2000) e a AESOP as Funções do Enfermeiro Circulante são:

1. Providenciar a limpeza de superfícies lisas e candeeiros das salas de operação, segundo normas de boa prática e a comissão de higiene e infecção hospitalar;

2. Preparar a sala de operações com todo o equipamento necessário à cirurgia, testando o seu funcionamento e procedendo ao preenchimento de *check-list* de verificação;
3. Assistir o enfermeiro Instrumentista e fornecer os materiais necessários respeitando a técnica asséptica cirúrgica;
4. Ajuda na transferência do paciente da cama para a maca da sala de operações e colaborar no seu posicionamento;
5. Assistir a equipa cirúrgica durante a desinfectação e o vestir;
6. Acondicionar, identificar e providenciar o envio do material colhido para análise;
7. Ajuda o Enfermeiro Anestésista na preparação da anestesia;
8. Orienta a contagem inicial e final das compressas, agulhas e instrumentos de cirurgia;
9. Aplica a placa neutra no doente;
10. Verifica se o doente está confortável até ao fim da cirurgia;
11. Apoia emocionalmente o doente antes e durante a indução anestésica;
12. Elabora registos necessários, referentes ao doente e a todos os procedimentos. (Portugal. AESOP, 2006)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros nas Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante, este profissional, tem como atribuições específicas a diminuição da exposição do doente aos riscos inerentes aos cuidados prestados no Bloco Operatório, “pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do acto cirúrgico no que ao ambiente diz respeito.” (Portugal. Ordem dos Enfermeiros, 2004:2)

Segundo Parra & Saad (1998) e AESOP as Funções de Enfermeiro Instrumentista são:

1. Confirma as cirurgias;
2. Colabora com o Enfermeiro Circulante na selecção de todo o material necessário;
3. Conhece todos os instrumentos (nome, função e correcta utilização) e colocar os necessários para cada cirurgia na mesa de instrumentação;

4. Responsabiliza-se por todos os instrumentos, compressas e suturas, procedendo à sua contagem (no início, antes do encerramento da ferida cirúrgica e no final da cirurgia);
5. Ajuda a equipa cirúrgica a vestir-se;
6. Mantém a assepsia rigorosa;
7. Perícia e ordem na instrumentação;
8. Limpeza e acomodação de todos os instrumentos utilizados;
9. Conhece com rigor todos os passos da cirurgia de modo a antecipar-se às necessidades do cirurgião;
10. Controla a hemorragia, estando alerta às compressas e ao controlo hidro-electrolítico;
11. Separa o material limpo do sujo e do contaminado;
12. Prepara o material de penso e drenagem;
13. Faz o penso operatório;
14. Coloca o material cortante e perfurante em recipientes próprios;
15. Retira o material da mesa operatória e colocá-lo em contentores próprios e providencia o seu transporte no circuito correcto para a sala de preparação de material. (Portugal. AESOP, 2006)

É também da responsabilidade dos enfermeiros a reposição dos materiais gastos, a organização dos mesmos e a sua requisição urgente, caso seja necessário.

Os Enfermeiros de Bloco Operatório são responsáveis pelo envio do material à central de esterilização, organização, registo e verificação de todo o material esterilizado.

Como anteriormente referimos, a AESOP defende que são necessários três enfermeiros por sala de operação, com distintas funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante. No entanto, e segundo uma fórmula criada em 1999 pelo Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde:

$$EN = \frac{PT \times HF \times n^{\circ} \text{ dias/ano}}{T}$$

T

EN – nº de enfermeiros necessários

PT – Postos de trabalho (3,5 enfermeiros X nº de salas operatórias) ou (3 enfermeiros x nº de salas operatórias)

HF – nº horas de funcionamento/dia

T – horas de trabalho/enfermeiro/ano

(Portugal. MS. 1999)

Esta fórmula pode ser considerada ambígua, quer do ponto de vista de elaboração de cálculos, quer de interpretação, dado que cabe a quem executa esses cálculos definir a necessidade de pessoal, isto é se são necessários 3 ou 3,5 enfermeiros por sala de operações.

Este “meio” enfermeiro por sala de operação não é mais do que a necessidade da existência de um enfermeiro “fora” das salas de operação. Isto é, sem desempenhar as funções de enfermeiro instrumentista, circulante ou de anestesia, para coordenar todo o processo logístico e a gestão de recursos materiais e humanos inerentes a cada cirurgia, normalmente denominados por coordenadores, caso não seja Enfermeiro Chefe no desempenho desta função.

A necessidade da existência de um Enfermeiro Coordenador fora das salas de operações verifica-se especialmente nas especialidades mais complexa como Ortopedia, Neurocirurgia e Cirurgia Cardiorácica que envolvem uma série de material e de recursos humanos específicos que devem ser requisitados e conferidos atempadamente para que tudo se processe dentro da normalidade e sem interferir com o decorrer das outras cirurgias. Observamos esta realidade na prática diária do Bloco Operatório.

2.2.1.4. Assistentes Operacionais

Segundo o IEFP os Assistentes Operacionais, denominados ainda há bem pouco tempo como Auxiliares de Acção Médica, têm como objectivo principal, no exercício da sua função, “Colaborar, sob a orientação de técnicos de saúde, na prestação de cuidados aos utentes, na manutenção das condições de limpeza e higienização nas instalações e no apoio, logístico e administrativo, ao serviço e/ou unidade integrados em estabelecimentos de cuidados de saúde.” (Portugal. IEFP, 2007:1)

De acordo com o Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde estes profissionais de saúde, segundo a orientação e supervisão do enfermeiro, têm como tarefas no Bloco Operatório:

- Ajudar o Enfermeiro a receber o doente, colocá-lo na marquesa e posicioná-lo
- Desinfectar, lavar e secar o material cirúrgico
- Repor suportes de papel e desinfectantes
- Lavar e desinfectar: mesas, armários, suportes, vidros, portas, paredes, chão, entre outros dispositivos
- Entregar, no serviço próprio, requisições para troca ou requisição de material para reparação
- Acondicionar e assegurar um transporte seguro dos “sujos” e “contaminados”
- Fazer a desinfecção e lavagem, protegendo adequadamente os recipientes de recolha dos desperdícios
- Recolher e acondicionar a roupa suja
- Arrumar a roupa limpa
- Guardar material esterilizado
- Distribuir o material (balas de oxigénio, gás, azoto, microscópio, etc) pelas salas de operações
- Manter e arrumar o material de stock e de consumo
- Transportar para o Bloco Operatório: Medicamentos e material de consumo, material esterilizado, balas entre outros dispositivos
- Transportar do bloco operatório para os respectivos serviços: roupa suja. Material para esterilizar, material biológico para análise, requisições e pedidos. (Portugal. MS. DRHS, 1989)

2.2.2. Estrutura, Localização e Dimensões

Não existe nenhum projecto arquitectónico de Bloco Operatório *standard*, nem que seja satisfatório de todas as necessidades de cada especialidade cirúrgica. No entanto “os objectivos de todos os conceitos de projectos são a segurança do paciente e a eficiência operacional” (Fuller, 1994: 22).

Todos os Blocos Operatórios são diferentes, pois muitas vezes estamos perante uma instituição com edifícios antigos de difícil alteração à planta de base. Os hospitais que têm vindo a ser construídos de raiz tendem a projectar os seus serviços num futuro

próximo de aproximadamente 20 anos, sabendo que nessa altura já estarão provavelmente a necessitar de alterar as suas instalações.

O Bloco Operatório é um local onde circulam diferentes tipos de material (limpo, esterilizado e sujo) e de pessoas (profissionais e doente). Estes trajectos têm de estar definidos para que se reduza ao máximo o cruzamento de circuitos não desejáveis como é o caso de sujos com esterilizados, evitando o cruzamento de bactérias e microrganismos, indesejáveis à cirurgia.

Devido a constante circulação de material limpo e material sujo dentro do Bloco Operatório a sua estrutura deve estar preparada com zonas limpas e zonas sujas que devem ser respeitadas e os seus circuitos mantidos fechados, para que não haja o problema de contaminação.

O Bloco Operatório deverá estar localizado numa área independente da circulação geral do hospital, mas deve ser localizado de forma a existir uma fácil e directa comunicação com as interligações principais, como por exemplo, internamento, urgências, Unidade de Cuidados Intensivos e esterilização, permitindo a expansão das suas instalações e um bom controlo de entradas e saídas.

Existem normas de segurança e de assepsia que têm obrigatoriamente de ser cumpridas, normalmente elaboradas e publicadas pela Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar de cada Hospital. Segundo, Fuller (1994), existe um protocolo para a movimentação de suprimentos e do pessoal:

1. As pessoas que entram no Bloco Operatório não devem entrar nas áreas restritas, a menos que utilizem vestuário e calçado específico;
2. A equipa cirúrgica que sai do Bloco Operatório deve utilizar roupa apropriada quando entra e quando sai do Bloco;
3. As portas entre áreas limpas e sujas devem estar devidamente fechadas;
4. Para o transporte de material destinado ao Bloco Operatório deve-se utilizar um elevador único para o material limpo e outro para o material sujo, com circuitos diferentes e que não se cruzem;
5. O material limpo e esterilizado recebido no Bloco Operatório deve ser embalado com uma cobertura extra (“cobertura-barreira”);
6. Normalmente, os doentes são transportados para o Bloco Operatório numa maca ou na cama da enfermaria.

Para que haja um controlo minucioso de entrada e saída de pessoal, assim como de um Bloco Operatório asséptico e seguro, há que cumprir estas regras mínimas e básicas.

O Bloco Operatório deve conter quatro zonas que permitem definir correctamente os movimentos de pessoas e materiais: zona protectora; zona limpa; zona asséptica; zona suja.

Segundo a AESOP, para um Bloco Operatório é essencial a definição de circuitos para estas zonas, adaptando ao tipo de uso e função de cada uma. Assim considera a existência de três grandes circuitos que deverão ter acesso diferenciado e separado:

- Doentes: há que definir principalmente o modo de transporte do doente da unidade de internamento até ao Bloco Operatório e do Bloco até ao local pós-cirúrgico; a existência de transferes, sua tipologia e o seu local. “Em nenhuma circunstância deverá entrar a cama hospitalar na Sala de Operação.”;
- Pessoal/Profissionais: definir os procedimentos de mudança de roupa e espaço físico;
- Materiais e matérias: local de armazenamento e processos de separação de material estéril, tratamento e acondicionamento dos sujões e lixos e seu transporte adequado. A distância entre o Bloco Operatório e a central de esterilização deve ser a mínima possível. (Portugal. AESOP, 2006)

Em Portugal apenas existe o Decreto Regulamentar nº 63/9 de 2 de Novembro que “regula o licenciamento das unidades privadas de saúde” e contém um anexo que é referente a “Instalações e equipamentos mínimos a considerar no bloco operatório, para o efeito do artigo 15º”.(Decreto Regulamentar nº 63/9. D. R. 1ª Série – B)

Assim, neste documento, podemos concluir que, no entendimento de quem elaborou este Decreto Regulamentar, uma sala de operações deverá ter 36 m² com uma largura de 5,5 metros, no entanto a sala de operações poderá ter 30 m² “quando na unidade privada de saúde existir urgência ou unidade de obstetrícia”, independentemente do tipo de cirurgia que se realize naquela sala de operação, coincidindo com a AESOP que refere ser necessário conhecer a utilização do mesmo para determinar dimensões.

Existem também especialidades que implicam uma série de material extra cirurgia, equipamentos e pessoal especializado, como é o caso da Ortopedia, da Cirurgia

Cardíaca, da Neurocirurgia e Oftalmologia que necessitam da utilização de microscópio, intensificador de imagem, etc.

Segundo a AESOP o mínimo que uma sala de operação deverá ter é de 36 m² por 3 metros de altura e no máximo de 60 m² para especialidades mais complexas e com a tal necessidade de mais pessoal e material do que uma cirurgia básica. (Portugal. AESOP, 2006)

A AESOP baseia-se, ainda, na Academy of Architecture for Health para recomendar algumas dimensões que entendo serem pertinentes para a minha discussão:

- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos: 7,5 m² para cada cama, mais espaço para material adicional e cortinas entre camas, promovendo a privacidade de cada doente;
- Armazém de equipamentos: 5 a 14 m² recomendando a separação do material de anestesia dos restantes materiais (deverá existir para manter os corredores livres);
- Sala de apoio de material estéril a cada Sala de Operações: 12 m²;
- Armazém de farmácia: 10 m²;
- Lavagem, Desinfecção e Esterilização: 24 m²;
- Sala de Sujos e despejos: 9 m²;
- Desinfecção do pessoal: 9 m².

No Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro podem-se retirar mais algumas dimensões aconselhadas:

- Sala de indução anestésica: 14m² (largura de 3,5metros)
- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos: 24m² “com a capacidade para um número de camas não inferior ao número de salas de operações”;
- Sala de trabalho de enfermagem: 12m².

Ervin Putset (1979), arquitecto e planeador sueco, membro da International Union of Architects, no livro “Modern Hospital”, apresenta-nos algumas áreas para a construção de Blocos Operatórios:

- Sala de Anestesia: 17m², no entanto para procedimentos neurocirúrgicos a sala de anestesia devera ter 25 m²;

- Sala de operações de cirurgia geral: no mínimo 29,4 m² (5,25 por 5,6 metros), no entanto o mais comum é 40 a 42 m² (6,5 por 6,55 metros são o recomendado);
- Sala de operações de ortopedia e traumatologia: 42 a 50 m²
- Sala de operações de oftalmologia: 30 m² a 40 m² (cirurgia oftalmológica *major*);
- Sala de operações cardiovascular: 56 m² (7,2 por 7.8 metros)

Segundo a American Institute of Architects nas normas de 2006 “Hospitals - Guidelines for Design and Constructions of Health Care Facilities” referem que uma sala de operações construído de raiz deverá ter 37,16 m² e cerca de 34 m² numa remodelação;

Consideramos importante conhecer estas recomendações para a Gestão de Bloco Operatório, tendo em conta que é necessário conhecer as advertências existentes, não só para a projecção de um futuro Bloco Operatório, como para a remodelação de um antigo, ou mesmo para conseguir justificar certas decisões importantes para o funcionamento do mesmo, nomeadamente a criação de circuitos e locais distintos.

A estrutura física de um Bloco Operatório, é por tudo o que foi referenciado, importante para o seu funcionamento como para uma Gestão eficaz, no entanto é crucial para o bom funcionamento do serviço e para a prevenção de riscos e infecções.

Tudo isto implica também um local de trabalho agradável para os seus profissionais, com condições merecidas para o trabalho desempenhado, tornando assim mais harmonioso o funcionamento da equipa e saudável o ambiente laboral.

2.3. GESTÃO DE BLOCO OPERATÓRIO

O Bloco Operatório é um serviço bastante complexo, como já vimos anteriormente. Revela-se um desafio constante e, por isso mesmo, bastante estimulante aplicar os princípios de gestão, com vista a que se alcancem altos níveis de qualidade, eficiência e produtividade.

Por muitos autores considerado o “coração” do hospital, o Bloco Operatório, é um centro de produção que se reflecte no financiamento hospitalar. Segundo Kuhn (1996) um bloco operatório é um negócio, considerando que o produto deste serviço, numa forma empresarial e fabril, é o acto cirúrgico.

Algumas das práticas realizadas na gestão deste serviço tão específico deverão ser questionadas, na medida em que não se pode partir da ideia de que o que é importante é a realização do máximo número de cirurgias, independentemente dos custos associados e da altura em que são realizadas. Segundo Tyler (2003) esta noção clássica de utilização do Bloco Operatório não tem em conta o tempo cirúrgico para além do estabelecido previamente, tendo o hospital de pagar horas extraordinárias.

Na gestão do Bloco Operatório, aplicam-se fundamentos básicos de gestão, como os da eficiência, da efectividade e da eficácia. O trabalho dos gestores avalia-se, principalmente, por estes padrões, que são conceitos bem diferentes. Assim, segundo Teixeira (2005):

- Eficiência é a relação existente entre a qualidade e a quantidade. Quanto maior for o volume de produção alcançado com o mínimo de factores, maior o grau de eficiência;
- Eficácia é a medida em que os *outputs* produzidos através do processo se aproximam dos objectivos iniciais. Quanto menores os desvios entre o planeado e o produto final, maior é o grau de eficácia;

Já para Pereira (2004), a Efectividade é decorrente dos resultados de um procedimento ou tecnologia médica aplicados à prática. “A efectividade de um programa de saúde distingue-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais.” (Pereira 2004:23)

A gestão de bloco operatório deverá permitir a utilização dos recursos humanos, materiais e físicos de uma forma eficiente e eficaz, de forma a atingir os objectivos do serviço e mostrar uma efectividade consistente com uma rentabilização máxima desses mesmos recursos, sem desperdícios e sem perdas de tempo, face à capacidade instalada, tornando este serviço o mais rentável possível.

Gerir um Bloco Operatório não é apenas gerir o número de cirurgias, pessoas e doentes. É sim ter uma visão alargada e global deste serviço, passando pelas funções de cada profissional que trabalha no Bloco, até ao material mais recente utilizado em cirurgia, até aos projectos existentes e às formações na área, os tempos utilizados em cada sala de operação e como são efectivamente ocupados, a optimização dos recursos e as implicações de uma incorrecta utilização dos mesmos.

Apesar de não existir vasta bibliografia sobre esta matéria, existem alguns autores que se debruçam sobre o assunto, tendo realizado estudos, nomeadamente no que se refere aos tempos de utilização de sala, aos atrasos de início de cirurgia e também aos cancelamentos cirúrgicos à “porta” do Bloco Operatório.

Por exemplo Chaabane (2004) identificou alguns dos problemas de gestão de Bloco Operatório a diferentes níveis, sendo eles:

- Programa operatório;
- Definição dos horários de início das salas de operações;
- Planificação do Bloco Operatório;
- Ordem das cirurgias.

A **organização do Bloco Operatório** prende-se com inúmeros factores sendo um deles a existência de um regulamento de Bloco Operatório, no sentido de especificar o funcionamento e regras do serviço.

O regulamento do Bloco Operatório é, sem dúvida, uma ferramenta essencial, não só para a sua gestão, como também para a tomada de decisões e planeamento das acções. Segundo Bilbao e Fragata (2006) o regulamento serve para estabelecer princípios de funcionamento e de gestão, assim como para regular a sua estrutura organizativa: É também um documento que contém as competências dos elementos que constituem a comissão de Gestão do Bloco. Neste regulamento deverão estar principalmente definidos os seguintes itens:

- “A filosofia do Bloco Operatório
- O âmbito do Bloco Operatório
- A estrutura organizacional do Bloco Operatório
- As competências do Director do Bloco Operatório
- As competências do Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório
- A constituição da Comissão do Bloco Operatório e competências dos seus membros
- A constituição da equipe cirúrgica
- O sistema de afectação das Salas de Operações
- O planeamento da actividade do Bloco Operatório

- O sistema de programação de Cirurgias
- O Sistema de informação do Bloco Operatório” (Bilbao e Fragata , 2006:287)

Neste documento deverá também estar descrito o horário de funcionamento do Bloco Operatório, assim como o número de profissionais por sala e as horas dedicadas á cirurgia de urgência, caso se aplique.

À parte deste regulamento, ou inserido no mesmo, deverá existir um documento com a discriminação das funções para cada membro da equipa do Bloco Operatório, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e mesmo técnicos, para que seja unânime, independentemente de já estar intrínseco a cada profissão, serve de documento escrito para consulta e análise.

O **Planeamento Cirúrgico** é indispensável para a gestão do Bloco Operatório e deve ser conhecido por todos e de uma forma geral, nomeadamente se for elaborado pela equipa de gestão de bloco operatório, aceite por todos. O mapa de planeamento cirúrgico “sugere-se que seja pedida uma lista com um número de utentes suficiente para duas semanas de produção cirúrgica por forma a que, para a selecção final, de utentes a agendar, seja possível estabelecer a combinação que optimize a actividade do bloco”. (Portugal. MS. ,2005:V-21)

Este planeamento cirúrgico deverá conter uma série de informação necessária aos preparativos cirúrgicos, para que tudo corra dentro do planeado. Entre essas informações deverá estar destacada a identificação do doente, o procedimento e o medico responsável, com a finalidade de evitar erros e minimizar danos aos doentes e inconvenientes relacionados com trocas de processos.

A WHO lançou um projecto para implementar nos departamentos cirúrgicos a nível Mundial, denominado como “Aliança Mundial para a Segurança do Doente”, em 2009 lança o Manual de Implementação da *Check-List* cirúrgica e em Portugal foi marcado pela Direcção Geral de Saúde o dia 15 de Dezembro de 2009 como o dia oficial de inicio de implementação da *Check-list* cirúrgicas nos Hospitais portugueses.

A Check-List Cirúrgica não é mais do que um instrumento de registo de verificação de todos os passos fundamentais dentro de uma sala de operações, seguindo o percurso do doente, envolvendo toda a equipa multidisciplinar. Este instrumento ajuda a recordar a memória de actos rotineiros que facilmente são ignorados em doentes com condições graves. Segundo a WHO o desafio global para a segurança do doente é um

elemento nuclear da Aliança Mundial e contém aporte de conhecimentos de especialistas para melhorar a segurança dos cuidados. (WHO,2009)

Assim, com o fim primeiro de minimizar as perdas desnecessárias, ou outras complicações inerentes a um acto cirúrgico não seguro, as equipas, com a utilização desta *check-list* proposta pela WHO, tem em conta dez objectivos básicos e essenciais traduzidos como orientações de segurança cirúrgica:

1. A equipa irá operar o doente certo no local certo;
2. A equipa utilizará métodos já conhecidos evitando assim danos decorrentes da administração de anestésicos para proteger o doente da dor;
3. A equipa identificará os sinais/sintomas e está preparada para actuar numa situação de risco de vida ou falência respiratória;
4. A equipa irá identificar os sinais/sintomas e está preparada para actuar numa situação de perda elevada de sangue;
5. A equipa evitará a indução de uma reacção alérgica ou adversa a medicamentos;
6. A equipa utilizará sistematicamente métodos cirúrgicos conhecidos para minimizar o risco de infecção cirúrgica;
7. A equipa irá impedir a retenção inadvertidamente de material em feridas cirúrgicas;
8. A equipa irá acondicionar e identificar convenientemente todas as amostras cirúrgicas retiradas;
9. A equipa comunicará eficazmente a informação crítica que possa contribuir para o aumento da segurança dos procedimentos cirúrgicos;
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública irão estabelecer a vigilância epidemiológica de rotina que permite a monitorização da capacidade cirúrgica, volume e resultados. (WHO, 2009)

Outro dado importante no planeamento cirúrgico é, sem dúvida, a indicação dos recursos humanos e materiais específicos, no sentido de proceder às burocracias institucionais para a requisição dos mesmos, para que a sua falta não seja motivo de cancelamento cirúrgico.

Um dos problemas que surge na gestão de bloco operatório é logo na definição dos tempos. O que muitas vezes acontece aquando dos registos, já que os diferentes

profissionais registam tempos com horas diferentes, pelo simples facto de não estar determinado, na maioria das instituições, uma tabela com a definição dos tempos.

Para muitos profissionais este dado pode não ser importante, ou mesmo relevante para o funcionamento do Bloco. Mas para uma gestão completa é necessário saber os tempos de utilização dos recursos, para que se alcance um planeamento, tanto dos recursos físicos como humanos e para o melhoramento dos tempos e da rentabilidade do serviço. São estes tempos que se vão reverter em taxas de ocupação de sala, indicador considerado essencial para a monitorização da gestão de bloco operatório.

É-nos apresentado por Andrew e William (1998) uma série de tempos com definições denominado como Glossário de termos dos Directores de Anestesia, utilizados pela American Society of Anestesiologist.

Quadro 1 – Glossário de termos dos Directores de Anestesia

Horas de registo:	Definição:
Hora de chegada do Doente ao Bloco Operatório	Hora a que o doente chega à zona do transfer do Bloco Operatório.
Hora de Chamada do Doente	Hora a que o serviço é informado para transportar o Doente ao Bloco Operatório.
Hora de início da Preparação da sala de operações	Hora em que o pessoal inicia a instalação dos materiais e equipamentos para a cirurgia seguinte.
Hora de início dos cuidados de Anestesia	Hora a que qualquer membro da equipa de anestesia inicia os cuidados ao doente, por exemplo cateterização de veias periféricas.
Hora de sala pronta	Hora em que se verifica que a sala contém todo o material e equipamento pronto a receber o próximo doente.
Hora de entrada do Doente na Sala	Hora a que o doente entra na Sala de Operações
Hora de indução da Anestesia	Hora a que é administrado o primeiro fármaco pelo anestesiologista, com o intuito de provocar alterações no estado de consciência do doente.
Hora de "pronto pela Anestesia"	Hora em que o doente tem um nível de anestesia que é considerado suficiente para se iniciarem os procedimentos
Hora de início de preparação do doente	Hora em que o enfermeiro ou a equipa cirúrgica inicia a preparação ou o posicionamento do doente
Hora de início da intervenção cirúrgica	Hora de início do procedimento (ex. incisão à pele)
Hora de conclusão da intervenção cirúrgica	Hora em que todos os materiais são retirados, compressas contadas, penso executado e os intervenientes médicos completaram a assistência directa ao Doente
Hora de saída do doente	Hora a que o doente sai da sala de operações.
Hora de início da limpeza da sala	Hora a que se inicia a limpeza da sala de operações
Hora do final da anestesia	Hora a que o anestesiologista termina os cuidados ao doente, entregando-o aos cuidados da equipa para onde segue o doente (ex. Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, Enfermaria).
Hora do final da limpeza da sala	Hora em que a sala é dada como limpa, para se iniciar os preparativos e entradas de material para a próxima intervenção.

Adaptado de: Andrew, H., William, Z., 1998

Mais uma vez reforçamos a ideia de que é fundamental existir uma definição dos tempos para que toda a equipa, nos seus distintos registos possa colocar a hora e o tempo real de cada momento da utilização da sala de operações para que seja contabilizado correctamente.

Estes tempos servem, não só para registo interno, externo e legal, mas também para futuros planeamentos cirúrgicos, de modo a que no planeamento elaborado sejam tidos em conta todos os momentos necessários, na contagem de tempo para ocupação de sala.

É necessário, ao mesmo tempo, para quem gere o Bloco Operatório e mesmo para quem nele trabalha, ter o conhecimento da sequência e importância dos tempos dentro de uma Sala de Operações, diferenciando-se, assim, o tempo cirúrgico do tempo de ocupação de sala.

Um tempo que muitas vezes não é tido em conta é o tempo de *turnover*, definido por Martins (2003) como o tempo entre a saída do doente da sala de operações e a entrada do próximo doente na sala de operações, incluindo este tempo a limpeza da sala e o tempo de espera, em que a sala está vazia aguardando a entrada do próximo doente. Segundo Champault et al. (2003) e Overdyk et al. (1998) existem diversos factores que podem influenciar o tempo de *turnover*, quer ao nível do tempo de limpeza, quer ao nível do tempo de espera do seguinte doente.

No entanto quando este tempo não é contabilizado “induz alterações artificiais na taxa de utilização, conduzindo a valores baixos que não correspondem à realidade. *Turnovers* muito lentos provocam atrasos, em relação ao planeado e, consequentemente, aumento desnecessário de custos” (Martins 2003:24)

Para a contagem da taxa de ocupação de sala, o tempo que é tido em conta é efectivamente o tempo de ocupação de sala e não o tempo cirúrgico, dado que abrange todo o tempo em que o doente se encontra efectivamente dentro da sala de operações.

O planeamento cirúrgico é também importante para a gestão das actividades dos profissionais. Para além dos cirurgiões, os anestesiológicos e os enfermeiros necessitam de planear as suas actividades na sequência do mapa cirúrgico, nomeadamente no que se prende com a visita pré-anestésica, como anteriormente referimos, aquando da abordagem das funções do anestesiológico, e na visita de enfermagem pré-operatória que é realizada pelo enfermeiro de anestesia, com o fim

de conhecer o doente. Tudo isto, para que haja uma personalização de cuidados e atenção aos cuidados especiais que possa requerer o doente.

Esta visita de enfermagem pré-operatória assume-se como peça fundamental no planeamento, na individualização dos cuidados, identificando-se assim as necessidades específicas do doente e as características do próprio que são susceptíveis de interferir na cirurgia, como por exemplo a patologia associada, peso, altura, idade, etc.

A visita é programada entre o enfermeiro do bloco operatório, normalmente o enfermeiro de anestesia, e o enfermeiro da enfermaria, de acordo com a vontade do doente, se é da sua vontade receber ou não o enfermeiro. Se for essa a vontade do doente, na visita de enfermagem pré-operatória, segundo AESOP o enfermeiro deve, entre outras actividades:

- Informar o doente de quem o vai receber no bloco operatório, no dia da cirurgia;
- Entregar um manual de acolhimento, caso exista e preferencialmente, caso seja possível, realizar uma visita ao Bloco Operatório, principalmente se se tratar de uma criança;
- Observar e interpretar o comportamento do doente, avaliando assim o seu nível de ansiedade e esclarecer as dúvidas existentes, mostrando disponibilidade para responder às questões;
- Fornecer as informações claras e adaptadas, adequando o vocabulário ao nível e desenvolvimentos sócio-cultural e diferenciado do doente;
- Encaminhar para o médico cirurgião e anesthesiologista todas as questões referentes ao diagnóstico médico e prognóstico cirúrgico;
- Explicar o percurso do doente, incluindo a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e o seu objectivo. Reforçar a ideia das dores pós-cirúrgicas e da possibilidade de ser necessário colocar drenos ou outros dispositivos que provocam desconforto. (Portugal. AESOP, 2006)

Para além da visita de enfermagem pré-operatória é necessário também conhecer este mapa, para que o material seja preparado na véspera da cirurgia, pois segundo a AESOP (2006) o enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista, na véspera da cirurgia consultam o plano operatório preparando assim o material necessário para o acto cirúrgico.

Todo este planeamento não deverá ser elaborado por um elemento isolado mas sim por uma **Equipa de Gestão de Bloco Operatório**. O trabalho em equipa é fundamental e todos devem ser elementos participativos no seu processo de gestão. No entanto, segundo Kuhn (1996) tradicionalmente a gestão do Bloco Operatório está a cargo de um supervisor do Bloco Operatório, o enfermeiro chefe e o chefe de cirurgia ou simplesmente pelo director de serviço.

O factor multidisciplinaridade passa então a ser uma necessidade fundamental para a gestão de um serviço tão complexo como este. Seria, então, limitativo que uma pessoa apenas decidisse e se responsabilizasse por todo o funcionamento de uma “peça” de crucial importância dentro de uma instituição, com uma cadeia de valores complexa.

O National Health Service do Reino Unido, citado por Bilbao e Fragata (2006:283), refere que, na criação de um Programa de Modernização dos Blocos Operatórios, seja necessária a criação de “estruturas de suporte ao planeamento e gestão dos Blocos Operatórios, entre elas a Comissão de Gestão do Bloco Operatório”, sendo esta comissão constituída por elementos representativos das várias categorias profissionais que trabalham no Bloco Operatório (Médicos, Enfermeiros e Gestores). A direcção desta comissão pode então ser assumida por qualquer um dos representantes desde que tenham competências no âmbito cirúrgico e na área de gestão.

Esta comissão, segundo Bilbao e Fragata (2006) tem como objectivos estratégicos e operacionais:

- Gerir e planear com eficiência o desempenho do serviço;
- Melhorar a organização do Bloco Operatório com vista a aumentar a resposta assistencial e melhorar a eficiência global do hospital;
- Resolver os problemas que surjam e partilhar a informação com os restantes elementos.

Com base nestes objectivos, a comissão de gestão de bloco operatório tem como funções:

- “Elaboração do plano estratégico, monitorização e gestão do desempenho do Bloco Operatório.
- Elaboração do Regulamento do Bloco Operatório.

- Nomeação, se aplicável, dos sub-grupos (...) que dão mais atenção às normas e procedimentos sectoriais, gestão operacional, gestão de novos equipamentos, risco e segurança, controlo de infecção e qualidade (...)
- Os subgrupos elaboram planos de acção, relatórios de acompanhamento, procedimentos (...)
- Definição, monitorização e divulgação da informação dos indicadores de desempenho através dos indicadores de qualidade com benchmarking.
- Implementação e acompanhamento das acções de melhoria.
- Elaboração do plano estratégico de afectação de recursos das diversas especialidades cirúrgicas, articulando com os seus planos de acção.
- Elaboração dos relatórios de actividade a serem apresentados à Administração.
- Autorização e monitorização da estratégia de formação e ensino.
- Desenvolvimento e manutenção das técnicas de comunicação, que incluam os conceitos de processo de comunicação, assertividade, processo de mudança, resolução de conflitos, colaboração enfermeiro-médico, poder e políticas.”
(Bilbao e Fragata, 2006: 285)

No futuro é necessário que todos os membros participativos na gestão do Bloco Operatório invistam nos cuidados ao doente e seja notória e saudável a competição entre os departamentos, numa visão de melhoramento e alcance da eficiência, com sentido de competitividade e *benchmarking*, fazendo uma aprendizagem constante e construtiva, retirando o que de melhor se faz para melhor fazer.

Para facilitar todas estas intervenções e o planeamento das acções, assim como a própria gestão, revela-se necessário a existência de um **Sistema de Informação** com algumas características específicas, não nos limitando apenas aos conhecidos programas de gestão de doentes utilizados nos Hospitais e nos Centros de Saúde.

O Sistema de informação é sem dúvida importante para a monitorização dos dados e dos indicadores relevantes e a avaliação da performance do serviço. Só com o conhecimento correcto dos indicadores se torna possível a sua utilização para benchmarking. Segundo Harris e Zitzmann (1998) os dados sobre a utilização dos recursos, incluindo os tempos individuais, os recursos fornecidos e os equipamentos são vitais para uma efectiva gestão desta área.

Existem inúmeras empresas no mercado que dispõem de programas informáticos para gestão de doentes e mesmo programas de elaboração de mapas cirúrgicos e de consultas, bem como para horários dos profissionais, não deixando de ser ferramentas úteis e de grande interesse na gestão de Bloco Operatório, facilitando-se por essa via o trabalho e conseguindo retirar informações de uma forma fácil, organizada e quase imediata.

Os sistemas de informação suportam uma gestão integrada do Bloco Operatório, interligando-o com outros serviços e estabelecendo uma continuidade de cuidados desde o pré-operatório até ao pós-operatório, possibilitando assim que a informação produzida do intra-operatório seja visualizada e completada pela equipa seguinte. É possível que toda a informação acompanhe o doente em todo o seu percurso, diminuindo deste modo a perda de informação, exames e todo o material que é parte integrante de um processo clínico.

Os sistemas de informação, segundo Bilbao e Fragata (2006), desenvolvem uma gestão integrada do processo clínico pois são fundamentais na gestão da hospitalização do doente, na interacção com os serviços centrais, na gestão das salas de operações e do próprio Bloco Operatório, no controlo do financiamento assim como na comunicação interna e externa.

Podemos encontrar aplicações destes sistemas que nos fornecem informação transparente em tempo real, não apenas no que toca à gestão dos doentes como à possibilidade de criar estatísticas mensais, semanais e mesmo individuais da produção e da utilização dos recursos. Segundo os mesmos autores, podemos também encontrar aplicações que nos permitam planear os recursos humanos e físicos, consoante programa cirúrgico e “gerir equitativamente as actividades dos diferentes profissionais realizando um seguimento das suas competências” (Bilbao e Fragata, 2006:285)

Torna-se, então, importante que a ferramenta informática utilizada no serviço seja centrada no doente, mas que esteja disponível em vários terminais e com acesso para todos os profissionais directamente relacionados com o doente e onde seja permitido o registo das actividades de todos os membros da equipa.

A possibilidade de ver o seu trabalho monitorizado, avaliado e com a possibilidade de o conseguirmos observar em tempo real torna-se um estímulo e, muitas vezes, um indicador do trabalho dos profissionais, analisando o seu desempenho e produção.

Este facto pode ser visto por muitos como uma utilidade e uma mais-valia, para outros uma mera avaliação e quantificação do trabalho.

O facto de o trabalho ser avaliado, monitorizado e quantificado, quer quanto à equipa, quer individualmente, pode levar a uma competitividade natural, existindo a possibilidade de “premiar” uma maior produção ou um melhor desempenho de equipa ou individual, caso seja esta a política da instituição e/ou do serviço.

Outra ferramenta importante do Sistema de Informação é a possibilidade deste estar conectado ao serviço de aprovisionamento, no sentido de serem debitados os gastos por doente para serem repostos automaticamente. Para Macario e Canales (2001) parece óbvio que haja um sistema de controlo de material para manter um “inventário” hospitalar baixo, reduzindo assim os gastos desnecessário, utilizando o denominado “*Just-in-time inventory control*”.

A **Atribuição de Incentivos** à produção da equipa é, muitas vezes, visto como uma perversidade do sistema, no entanto é considerado também por outros como um factor de grande peso na motivação dos profissionais, que vêem reconhecido o seu esforço e trabalho no incentivo monetário, face aos objectivos do serviço.

O incentivo, segundo Pereira (2004) não é mais do que um estímulo que leva o profissional a adoptar um determinado comportamento, um exemplo disso é o pagamento ao acto por uma tabela previamente estabelecida, que está patente no programa de cirurgia adicional no combate à LIC, que é um sistema em que os profissionais são pagos por doente. Ou seja: quanto maior o número de actos cirúrgicos maior é o pagamento final.

No entanto, a contratualização adicional é criada quando o hospital esgota a sua capacidade instalada e no sentido de rentabilizar os seus recursos propõe aos seus profissionais que, extra horário, sejam capazes de produzir mais, com um pagamento ao acto, previamente definido.

O incentivo não deve ser confundido com contratualização cirúrgica. O programa de cirurgia adicional leva, sim, a um incentivo para que os profissionais estejam a produzir no hospital e para o hospital, fora do seu horário de trabalho a um custo acrescido.

O programa de incentivo não é contratualizado, o que sucede é que em alguns centros de responsabilidade integrada existe efectivamente um programa de incentivos atribuído pelo próprio centro, consoante os objectivos e a produção efectuada.

Este tipo de incentivo pode ser uma mais-valia para o doente, numa perspectiva de rapidez de resposta, que se reflecte em poder ser intervencionado e resolvido o problema o mais rápido possível, aumentando assim a acessibilidade ao serviço.

No entanto os incentivos não tem de ser exclusivamente revertidos em dinheiro, existem outros incentivos, “tais como o prestígio na profissão e o reconhecimento social que tem um peso muito grande no sector da saúde”. (Pereira 2004: 26)

A política de incentivos, segundo Nunes (2005), tem como objectivos:

- Levar a um aumento na responsabilidade e consciência individual de cada profissional e do grupo dentro da organização, “centrando a sua actividade no que é a sua missão – servir a população garantindo, com efectividade, os cuidados assistenciais de que esta necessita”, (Nunes, 2005:12) implicando uma constante preocupação com os aspectos qualitativos e quantitativos desses cuidados;
- “Incentivar o espírito de equipa e o trabalho conjunto” (Nunes, 2005:12);
- Ajudar a constante criação de valor dentro da instituição, ajudando a estimular acções que agreguem valor à organização, aos clientes e às próprias pessoas.

A atribuição de incentivos, caso seja monetária, não é mais do que um acréscimo no vencimento base, acréscimo esse que é calculado consoante a produção e os objectivos de serviço.

O incentivo pode ser visto como “a implementação de uma medida que estimule os seus profissionais a aumentar a qualidade e/ou a quantidade do trabalho realizado” (Miller, 2005:488). Assim, segundo Vasconcelos (2005) apenas os incentivos com base na produtividade conseguem atingir os objectivos do serviço e/ou da instituição.

Os incentivos podem ser considerados um factor de motivação pessoal e de equipa, onde o alcance dos objectivos ou uma maior produção tem como recompensa um valor, um bem essencial, o dinheiro. Assim os profissionais vêem o seu esforço e o tempo dispendido para além do seu horário normal de trabalho recompensado nesta forma.

Os incentivos devem ser, ainda segundo Vasconcelos (2005), suficientemente grandes e compensatórios para que funcionem perfeitamente para produzir o comportamento esperado que é recompensado. Os incentivos, monetários ou em tempo, são uma estratégia relativamente eficaz no aumento da motivação dos profissionais e da produtividade. O que falha muitas vezes é saber-se qual o comportamento que se

espera, o que queremos e como o vamos conjugar com o incentivo sem daí criar novos problemas.

O investigador Lubarsky (2005) define as características de um incentivo ideal como sendo as seguintes:

- A existência de um nível de realização abaixo do qual não existe incentivo;
- O valor do incentivo seja ilimitado, sendo assim que quanto mais produz mais recebe;
- Como programa de incentivos não deverá ser de carácter competitivo, o que significa que não deverá ser destinado apenas a alguns elementos mas sim a todos os elementos da equipa que atinjam os objectivos, recebendo na proporção da produção.

Com tudo isto não significa que os profissionais produzam mais, apenas se existir um programa de atribuição de incentivos, mas um facto é que se existe essa possibilidade, a oportunidade de produzir mais, em troca de algo, faz com que os profissionais fiquem motivados para tais objectivos.

O facto de esta produção aumentar suscita algumas questões fundamentais como, por exemplo, a questão da qualidade dos cuidados prestados, juntamente com a segurança do doente.

Inerente à questão da qualidade deparamo-nos também com o problema do risco e da possibilidade da existência de uma menor preocupação com os riscos, acidentes e *quasi* acidentes que podem acontecer no dia-a-dia de um Bloco Operatório.

A **Gestão de Risco** no Bloco Operatório é uma peça fundamental no funcionamento harmonioso deste serviço e permite aos profissionais que nele trabalham uma segurança face aos riscos que todos os dias se deparam.

Uma política de gestão de risco, segundo AESOP tem como objectivos:

- Minimizar os riscos para os profissionais e doentes;
- Garantir as condições máximas de segurança dos profissionais, doentes e visitas;
- Promover a saúde e segurança dos profissionais e doentes;
- Alertar os profissionais para a problemática do risco;

- Reduzir os custos derivados dos problemas, produzindo ganhos em saúde. (Portugal. AESOP, 2006)

Numa política de qualidade e melhoria contínua dos cuidados prestados pelos profissionais, é crucial trabalhar utilizando ferramentas e metodologias de gestão de risco, diminuindo a probabilidade de acidentes ou erros derivados de procedimentos menos correctos.

É essencial a existência de mecanismos para reduzir os acidentes e minimizar os erros como, por exemplo, a criação de *check-list* de procedimentos e a existência de protocolos de procedimentos. Muitos dos dispositivos médicos existentes no Bloco Operatório já têm incorporado um sistema de verificação automática antes da sua utilização, como é o caso de alguns ventiladores. Se existir alguma falha o próprio sistema não permite avançar para o procedimento seguinte, bloqueando o aparelho até que o problema esteja solucionado.

Como anteriormente referimos, a WHO entende essencial a utilização da *check-list* cirúrgica como instrumento diário e fundamental em cada procedimento. Esta *check-list* apresentada pela WHO pode também ser adaptada a cada serviço e a cada realidade desde que mantenha os princípios e objectivos básicos, para verificar toda a segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados. (WHO, 2009)

A monitorização e avaliação dos erros fazem parte de uma política de qualidade para localizar as falhas mais comuns de modo a que se possa tomar uma medida preventiva de ensino ou detecção de falhas.

A gestão do Bloco Operatório, passa inevitavelmente pela gestão dos **Recursos Humanos**, equipa de profissionais especializados e com formação adequada para o trabalho em questão.

Como já vimos anteriormente são necessários inúmeros profissionais para que seja possível realizar uma cirurgia, dividindo os profissionais em fixos e rotativo. Assim para uma cirurgia, como por exemplo uma apendicectomia, serão necessários no mínimo: dois cirurgiões; um anestesiólogo; três enfermeiros; um assistente operacional.

Se, por exemplo, se tratar de uma cirurgia cardiotorácica necessitamos ainda de 2 técnicos perfusionistas; caso se trate de uma cirurgia de ortopedia, ou de neurocirurgia, será necessário um técnico de imagem de Raio-X. Cada especialidade e mesmo cada cirurgia requerem os seus profissionais especializados e necessidades de meios e técnicas.

Depois do curso de licenciatura em medicina os médicos, tanto os anesthesiologistas como cirurgiões, integram um programa de formação de especialidade ministrado pelos respectivos colégios, a par com a Ordem dos Médicos, com programa próprio sujeitos a avaliações contínuas.

Pelo colégio de anesthesiologia são necessários quatro anos de internato em anesthesia passando pelas várias vertentes cirúrgicas. Pelo colégio de cirurgia geral são necessários seis anos de internato, com valências específicas consoante a especialidade cirúrgica.

Os enfermeiros de Bloco Operatório, depois de quatro anos de licenciatura, podem exercer funções no Bloco Operatório sem ter tido qualquer formação mais especializada na área. No entanto para formar um enfermeiro de perioperatório são necessárias várias etapas, daí que a AESOP (2006) apresente um Programa de Integração dos Enfermeiros de Bloco Operatório que poderá ser adaptado a cada realidade e a cada indivíduo, de modo a proporcionar uma adaptação ao serviço e a aquisição de competências específicas.

Todos estes profissionais, depois da formação específica e qualificada, estão aptos a trabalhar no Bloco Operatório, com todos os profissionais envolvidos. Assim a possibilidade de existência de uma equipa fixa por sala de operações, ou por especialidade, é uma mais-valia no que respeita a fluidez de trabalho. Pode também ser um ponto negativo se entendermos que todos os profissionais têm de estar aptos a dar resposta imediata a qualquer situação, sendo vantajoso que todos sejam capazes de trabalhar em várias especialidades (com a exceção dos cirurgiões). Esta política é definida por cada serviço, sendo da responsabilidade de cada chefia distribuir os elementos por cada sala de operação. Podemos então encontrar Blocos Operatórios que funcionam com equipas fixas e outras que são rotativas.

Para toda a gestão do bloco operatório é também importante ter em conta as componentes físicas, no aspecto em que existem certas **Estruturas de Bloco Operatório** que diminuem o tempo de espera entre intervenções cirúrgicas e também diminuem o tempo de *turnover*.

O bloco operatório não é apenas a sala de operações nem pode ser considerado como tal, dado que existem inúmeras tarefas a serem executadas fora da sala de operações, antes e depois da cirurgia, para que tudo flua dentro da normalidade e não haja quebras nos tempos, otimizando assim os recursos.

A sala de despertar não existe em muitos Blocos operatórios, mas, no entanto, é uma estrutura fundamental para diminuir o tempo de ocupação de sala, passando assim o tempo de anestesia para uma sala própria, onde o anestesista e a equipa anestésica podem “acordar” o doente, enquanto a sala começa a ser limpa e preparada para receber outro paciente. Por vezes, o tempo de recobro anestésico imediato (tempo de recuperação da consciência, reflexos e desaparecimento do efeito de alguns anestésicos) é realizado na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, ou nas Unidades de Cuidados Intensivos, no caso dos doentes necessitarem de entubação e prótese ventilatória.

A sala de indução anestésica é também uma sala adjacente à sala de operações que, segundo Vasconcelos (2005), é espaço de preparação do doente para a cirurgia, podendo ser de grande importância a sua utilização para a redução dos tempos efectivos de ocupação de sala, não reduzindo assim o tempo anestésico. Como acontece na sala de despertar em que o tempo de anestesia apenas é “deslocado” para uma outra, deixando-a livre para a limpeza e preparação da mesma.

Segundo a mesma autora, a sala de indução anestésica permite a entrada do doente no bloco operatório com antecedência, evitando o congestionamento dos doentes na zona de *transfer* e diminuindo o tempo em que a sala de operações está efectivamente sem doente.

No entanto, a existência destas duas salas implica a necessidade de mais pessoal especializado e material como, por exemplo, um ventilador para a eventualidade de o doente necessitar de ventilação mecânica, assim como um aparelho de monitorização, rampas e todo o equipamento necessário para uma actuação em situação de emergência.

A existência de uma sala de recobro, ou de uma unidade de cuidados pós-anestésicos, é elementar e essencial num Bloco Operatório. No entanto poderá não existir, sendo estes cuidados prestados na enfermaria, para onde o doente seguirá depois da intervenção. A sala de recobro é a “Sala onde os doentes intervencionados (cirurgia ou outro procedimento) permanecem durante algum tempo sob vigilância sistemática e organizada, podendo estar monitorizados.” (Portugal. MS. ARSLVT, 200-:6)

O Bloco Operatório, independentemente de se tratar de um serviço com um mecanismo de trabalho que não contempla grandes momentos de pausa, ou espaços

para reuniões, estando os profissionais sujeitos a regime de jornada contínua, é importante que aí exista um espaço para reuniões e formação.

Um componente importante da estrutura do Bloco Operatório é, sem dúvida, a localização da Central de Esterilização junto ao Bloco Operatório, ou a existência de um autoclave dentro do próprio bloco operatório que possibilite a esterilização de material rapidamente, se necessário. Esta proximidade permite diminuir, não só o tempo de espera previsto para a esterilização do material, como pode até diminuir o tempo de cirurgia, por exemplo, se durante uma cirurgia se infectar material único necessário à cirurgia. O ideal seria ter mais do que um material, para que não existisse a quebra no tempo cirúrgico, mas muitas vezes o material é excessivamente caro o que impossibilita ter mais do que uma unidade no serviço.

Como já vimos, a equipa de profissionais a trabalhar no Bloco Operatório é multidisciplinar, sendo que cada um tem a sua chefia, as suas reuniões a sua formação e mesmo os seus objectivos. No entanto, para um **funcionamento em equipa**, é necessário que todos tenham objectivos comuns, que sejam coincidentes com os do serviço. É, pois, necessário que todos os profissionais envolvidos tenham conhecimento desses mesmos objectivos, assim como das estatísticas relacionadas com o serviço.

O funcionamento em equipa imprime aos profissionais um sentimento de pertença e de coligação, sabendo cada um que o seu papel é fundamental para o funcionamento do serviço, para a concretização dos objectivos do grupo.

Como em qualquer grupo, equipa ou empresa com objectivos concretos, são realizadas reuniões para avaliação de pontos, resolução de problemas e até elaboração de estratégias. Sem isso seria impossível que todos estivessem envolvidos num processo competitivo e de produção eficiente.

2.4.1. Monitorização e avaliação

Não é possível avaliar um Modelo de Gestão de Bloco Operatório com um único indicador pelo simples facto de não existir um indicador que englobe tanto a produção, como a qualidade dos serviços assim como os recursos utilizados.

Quando pensamos em Gestão referimo-nos ao planear, organizar, controlar e dirigir, tanto a nível institucional, como a nível intermédio, ou mesmo operacional. Mas gerir,

segundo Teixeira (2005) implica, sobretudo, decidir: definir que objectivos seguir e quais os caminhos para atingir um fim previamente delineado.

Para decidir são necessárias inúmeras ferramentas, sendo uma delas, na área da saúde, os indicadores. Esses indicadores podem ser o espelho de várias vertentes como por exemplo a produção, a qualidade, a acessibilidade ou mesmo a utilização dos recursos humanos. Com um bom leque de indicadores que realmente reflectem o funcionamento do Bloco Operatório, o gestor consegue decidir face aos resultados encontrados.

Para avaliar um modelo de gestão de bloco operatório são necessários vários indicadores que incidam em determinadas categorias como, por exemplo, a produção, a qualidade e a rentabilização dos recursos, não esquecendo o acesso aos serviços e a sua capacidade de resposta.

Avaliar a eficácia de um modelo não é mais do que avaliar as consequências e resultados produzidos por esse modelo “desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal” (Pereira 2004:24) dos recursos do Bloco Operatório.

Não podemos considerar que o bloco operatório funcione sempre em condições ideais, de um ponto de vista de rentabilidade e utilização dos recursos. Assim, consideramos ser mais plausível avaliar a *eficiência* do modelo de gestão em questão, dado que uma produção eficiente “é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado” (Pereira 2004:25).

O ideal seria, sem dúvida, considerar uma função de produção, que segundo o mesmo autor não é mais do que uma representação analítica dessa produção, tendo em conta a utilização de factores e os resultados obtidos. Neste caso, poderia ser considerada uma função de produção que relacione os doentes inscritos para cirurgia, as horas de trabalho dos vários profissionais intervenientes, o número de salas existentes assim como o seu horário de funcionamento e, também, o número de camas de internamento cirúrgico.

Face aos dados que encontrámos disponíveis nos hospitais visitados e aos objectivos do nosso trabalho, decidimos analisar os seguintes indicadores, contemplando assim diferentes aspectos como a produção, a qualidade, a complexidade, a utilização dos recursos, os recursos humanos e os recursos físicos disponíveis, a acessibilidade e a gestão:

Quadro 2 – Indicadores de monitorização e avaliação considerados na observação *in-loco*

	Indicadores	Designação
Produção	Nº de Cirurgias Programadas	Número de cirurgias realizadas efectivamente no ano de 2008, de doentes inscritos em LIC
Qualidade	Taxa de readmissão 5 dias após a alta	“Exprime a percentagem de (re) admissões dos doentes provenientes do Internamento ou do Ambulatório, nos cinco dias subsequentes à alta do doente, ocorridos no período em análise” (ACSS,2007).
	Infeções pós-cirurgia	Reflecte o número de infeções cirúrgicas face ao número total de cirurgias efectuadas.
Complexidade	Case-mix serviço	“coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos GDH e o número total de doentes equivalentes” (Portugal. MS. IGIF, 2007:2)
Utilização	Taxa de ocupação de sala	<p>Segundo Harri e Zitzmann (1998) definida como o coeficiente entre as horas realmente utilizadas na cirurgia programada e o total de horas disponíveis para a cirurgia programada. Para ACSS a taxa de Ocupação de Blocos é um indicador percentual que detecta um tipo de falha no desempenho assistencial. Exprime o número de horas utilizadas de bloco operatório para um total de horas de cirurgia programada (base e adicional), num período de tempo de análise. A mesma fonte considera como tempo de utilização da sala o período de tempo contido entre a “entrada do doente até ao fim da limpeza da sala cirúrgica”.(Portugal. MS. ACSS, 2007b)</p> <p>Fórmula: (Número de horas utilizadas/Número de horas cirúrgicas programadas) *100</p> <p>A ACSS neste documento não define valor de referência nem valor base, no entanto, segundo Donhan et. all (1996) a taxa de utilização do Bloco Operatório deverá situar-se entre os 75 e os 85%. Sendo que “taxas de utilização muito elevadas (superiores a 85%) são bastante eficientes e custo efectivas” Martins M. (2003:25).</p>
Recursos Humanos	Nº de Cirurgiões	Por cirurgia um Cirurgião sénior e um Ajudante
	Nº de Anestesiologistas	Por cirurgia um Anestesiologista
	Nº de Enfermeiros	Por cirurgia três Enfermeiros
Recursos Físicos	Nº de Salas de Operações	Número de Salas de Operações destinadas ao exercício cirúrgico disponíveis

	Nº de camas de Internamento Cirúrgico	Capacidade instalada da enfermaria
Acessibilidade	Tempo médio de espera para cirurgia	Valor médio do tempo de espera dos episódios, que segundo a ACSS refere-se ao tempo de espera actual dos episódios a aguardar por cirurgia(Portugal. MS. ACSS, 2007c)
	Lista de Espera	Número de episódios inscritos referentes a um agrupamento.
Gestão	Taxa de cancelamento cirúrgico	Divisão entre os doentes desmarcados ou não intervencionados por cancelamento sobre o total de cirurgias programadas.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Os procedimentos da pesquisa científica exigem do investigador a capacidade de saber justificar os princípios orientadores que estiveram na base das opções metodológicas utilizadas, bem como dos processos e técnicas de investigação de que se socorreu. Convém então referir que o nosso trabalho de pesquisa configura uma investigação empírica, de carácter não experimental e transversal. É não experimental, dado não haver lugar à aleatorização dos sujeitos, nem manipulação de quaisquer variáveis junto de qualquer grupo experimental em comparação com um grupo de controlo. É transversal dado que a recolha de dados junto do universo a estudar foi realizada através de técnicas de registo, aplicadas apenas num dado momento, não havendo lugar ao acompanhamento da evolução dessa realidade numa linha diacrónica.

Pretendeu-se, portanto, realizar um estudo de natureza qualitativa e descritiva, direccionado à compreensão e descrição dos fenómenos globalmente considerados, procurando estudar-se “ (...) a realidade sem a fragmentar e sem a descontextualizar, ao mesmo tempo que se parte sobretudo dos próprios dados, e não de teorias prévias, para os compreender ou explicar e se situa mais nas peculiaridades que na obtenção de leis gerais” (Almeida e Freire, 2000:98-99).

Dada a natureza da pesquisa não houve preocupação com a representatividade da amostra das instituições sujeitas a estudo e, logo, com a eventual necessidade de generalização dos resultados. Antes, privilegiou-se a consistência, a coerência e a validade interna dos dados recolhidos, para que se pudesse proceder a uma análise objectiva dos resultados e das inferências por eles sugeridas face aos indicadores disponíveis na literatura e nas instituições visitadas.

Por isso, e em nome do rigor científico com que pretendemos rodear o presente estudo, foi nossa intenção efectuar a pesquisa conforme as regras e normas científicas recomendadas pela literatura (Estrela, 1986; Quivy e Campenhoudt, 1992; Almeida e Freire, 2000; Fortin, 2000; Tuckman, 2000), adoptando-se a escolha de técnicas de recolha de dados apropriadas, de forma a permitir a emissão de opiniões fundamentadas na integração e interiorização dos conhecimentos adquiridos durante este processo de investigação.

Face à natureza do estudo e aos objectivos da pesquisa, optámos por utilizar a técnica da observação para procedermos à recolha de dados. A técnica da observação tem sido considerada por muitos autores (Carmo e Ferreira, 2008; Valles, 1997; Sampieri,

Collado e Lúcio, 2003) como sendo ao mesmo tempo de uma aparência extremamente simples mas, simultaneamente, das mais complicadas de praticar. Em síntese, estes autores definem-na como um conjunto de processos para a colheita de informações que não envolvam a realização de perguntas directas por parte do pesquisador, o qual vê, ouve e regista os acontecimentos sujeitos a exame.

Porém, como referem Bogdan e Biklen, (1994:221) “observar é seleccionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e metodologia científica, a fim de se poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão”. Com efeito, o que isto significa é que, ao utilizarmos os órgãos sensoriais como instrumentos de observação do comportamento humano, aumentamos as dificuldades de utilização desta técnica de pesquisa que, todavia, nos pareceu a mais adequada ao estudo em questão.

No contexto de aplicação desta técnica, optámos por aplicar a observação directa e não participante, dado que (a) a recolha das informações foi realizada pelo próprio investigador; (b) os sujeitos observados não intervêm directamente na produção da informação e (c) o observador, apesar de consentido, não interfere no objecto sujeito à observação.

No registo dos dados observados foi utilizada uma grelha de observação, dividida por dimensões, cada qual com itens considerados pertinentes, tendo em conta a bibliografia encontrada e as entrevistas realizadas. Esta grelha de observação foi validada junto de um grupo de peritos nos termos que explicaremos.

O grupo amostral final ficou constituído por seis blocos operatórios de outras tantas unidades hospitalares, por serem estas as que nos criaram as condições mínimas indispensáveis à realização do estudo, no tempo disponível para a sua realização.

3.1 PROCEDIMENTOS

Para um seguimento estruturado do nosso estudo e da metodologia utilizada apresentamos uma tabela com as principais etapas realizadas, obtendo os objectivos através da metodologia associada.

Quadro 3 – Etapas, objectivos e metodologia utilizada no Trabalho de Projecto

Etapas	Objectivos	Metodologia
1º	Definição dum Grelha de Observação <i>in-loco</i> dos Modelos de Gestão de Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão bibliográfica • Entrevistas aos profissionais
2º	Atribuição de valores (<i>Scores</i>) aos diferentes itens da Grelha de observação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de peritos
3º	Aplicação da Grelha de Observação seis Blocos Operatórios e análise das características dos Modelos de Gestão de Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Observação <i>in-loco</i>
4º	Definição dum painel de indicadores de monitorização e performance	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Grupo Nominal

Escolhida a problemática a investigar, foi elaborado um Protocolo do Trabalho de Projecto o qual incluía (a) uma breve fundamentação do assunto à luz da literatura disponível; (b) a justificação da escolha do tema da pesquisa; (c) a apresentação dos objectivos a alcançar, e (d) uma primeira versão do índice de trabalho, acompanhada do cronograma das actividades a desenvolver. Foi ainda elaborado um guia que nos fornecesse uma orientação, embora esquemática, da organização e calendarização do trabalho.

À distância, podemos considerar que alguns dos objectivos propostos no Protocolo de Trabalho do Projecto foram ambiciosos, tendo em conta o tempo de que dispúnhamos para a concretização desta pesquisa. Daí que alguns desses objectivos tenham sido reequacionados, pelo que, por exemplo, decidimos cingir-nos ao território nacional, numa perspectiva de analisar o funcionamento de alguns modelos de Gestão de Bloco Operatório, reduzindo, assim, a nossa amostra de Blocos Operatórios aos seis já referidos, sendo que apenas dois deles se localizam fora da área de Lisboa (Coimbra).

Depois de ter sido aceite o Protocolo de Trabalho de Projecto, encaminhámos o pedido das autorizações, tanto para a obtenção de dados relativos ao movimento cirúrgico dos respectivos hospitais, no ano de 2008 à ACSS, quanto para dirigirmos o pedido de observação *in-loco* do Modelo de Gestão de Bloco Operatório para 8 hospitais nacionais, tendo apenas obtido resposta positiva nos seis em que realizámos o nosso estudo (Anexo I).

3.1.1 Revisão bibliográfica e entrevistas aos profissionais

Entretanto, aprofundámos a revisão da literatura, de modo a conseguirmos enquadrar a nossa problemática num contexto nacional, tarefa que não se apresentou fácil, devido ao reduzido número de estudos nesta área.

Para uma melhor percepção da problemática em estudo, foram realizadas três entrevistas a diferentes profissionais da área, com guião elaborado (Anexo II): (1) a uma enfermeira chefe, (2) a um cirurgião e (3) a um anestesiológista, director de serviço, todos eles com conhecimentos e formação em gestão. Foram realizadas, também, algumas entrevistas informais acerca do tema com profissionais do sector, cujo resultado nos permitiu um melhor enquadramento da pesquisa, no quadro de funcionamento e gestão de um bloco operatório.

Destas entrevistas e da revisão bibliográfica encontrada acerca do tema em estudo foram retiradas as informações necessárias para a redacção de uma série de itens constituintes da grelha de observação *in-loco* do modelos de gestão de bloco operatório, bem como dos indicadores a recolher juntos dos hospitais.

Elaborámos uma primeira listagem dos itens que deveriam ser observados, para que todos os Blocos Operatórios fossem analisados com base nos mesmos critérios de observação. Essa listagem serviu de base à elaboração de uma grelha, constituída por várias dimensões (organização do bloco operatório; planeamento cirúrgico; constituição da equipa de gestão do bloco operatório; sistema de informação; atribuição de incentivos; gestão de risco; recursos humanos; estrutura do bloco operatório e funcionamento em equipa), as quais enquadravam os diversos itens (Ver Anexo III).

3.1.2 Avaliação de Peritos

Para validar o nosso instrumento de registo, sujeitámos a grelha previamente construída a um processo de validação qualitativa segundo o método de juízes (Oppenheim, 1979).

De acordo com este procedimento, submetemos a referida grelha à análise crítica de um grupo de peritos considerados qualificados, devido às suas reconhecidas competências, experiência profissional e interesse na área que se está a estudar, os quais apresentaram sugestões de alteração, com vista a melhoria desse instrumento.

Esta grelha de observação foi entregue, pessoalmente ou via e-mail, a oito profissionais experientes no sector, tendo respondido seis dos peritos: dois médicos (sendo um cirurgião e outro anestesiológista); três enfermeiros e um gestor de Bloco Operatório, que exercem a sua actividade em diversos hospitais, para garantir o máximo de diversidade profissional e respostas possíveis.

Os itens foram por eles classificados, utilizando uma escala de tipo Lickert, com intervalos entre um e sete, sendo o um a notação mínima e sete a notação máxima a atribuir, consoante a opinião de cada perito, verificando-se, assim, o peso de cada item para cada um dos peritos.

As respostas obtidas revelaram-se importantes, até porque obtivemos algumas diferenças, consoante a categoria profissional de cada um, nomeadamente no que diz respeito à classificação dos itens pelo perito com categoria de gestor.

No fim da de cada ficha de avaliação/classificação foi destinado um espaço para sugestões acerca de outros itens a incluir na grelha. Este espaço apenas foi preenchido por um perito, que nos sugeriu a avaliação de um sistema de comunicação.

As informações obtidas foram colocadas numa base de dados para que fosse possível retirar a mediana das respostas, obtendo-se, assim, uma pontuação para cada item, pontuações essas que serviram de parcela para o somatório do *score* ponderado.

A opção de utilizar a mediana (detrimento da média) para tratar as respostas dos peritos foi considerada, segundo Nunes e Afonso, por dois factores distintos:

1. Dada a clara assimetria de alguns destes itens (aferida pelo cálculo do coeficiente de assimetria), a utilização da mediana será sempre uma medida mais robusta na caracterização destes dados;
2. A natureza desta variável pode ser questionada, quanto ao facto de ser efectivamente numérica – quantitativa discreta, ou se de facto representa uma variável categórica ordinal (Nunes e Afonso, 2005).

No âmbito da validação pelos peritos e das medianas obtidas foi construída então a grelha de observação para o Modelo de Gestão de Bloco Operatório (ver Anexo IV), que suportou a visita *in-loco*.

3.1.3 Observação *in-loco*

Durante as visitas foi observado o modelo de gestão de bloco operatório e registados os dados obtidos na grelha de observação. De seguida, os dados foram transferidos para uma base de dados para que fosse possível obter o *score* ponderado do modelo de gestão de Bloco Operatório. A pontuação foi realizada com base na mediana das respostas dos peritos aos itens.

No decorrer do processo de observação e recolha de dados foram ainda recolhidos, complementarmente à grelha, alguns indicadores para avaliar a eficiência do Modelo de Gestão de Bloco Operatório. Estes indicadores foram seleccionados e suportados na pesquisa bibliográfica, bem como nas entrevistas em profundidade e nas entrevistas com alguns profissionais do sector e profissionais de gestão de saúde.

Estes indicadores contemplam tanto a produção cirúrgica, como a qualidade dos cuidados prestados, a complexidade do serviço, os recursos humanos e físicos do próprio bloco operatório, a procura e a capacidade de resposta (Ver quadro 2).

3.1.4 Técnica de Grupo Nominal

Depois da recolha de todos os dados necessários ao estudo através da observação *in-loco*, surgiu a necessidade de consolidar e rever, com um segundo grupo de peritos, as questões respeitantes à monitorização do Bloco Operatório, utilizando uma metodologia que reunisse o consenso dos participantes.

Quanto aos indicadores, recolhidos nos hospitais, que nos poderiam permitir uma comparação de modelos de gestão quanto à sua efectividade, estes não foram considerados suficientemente sólidos, não tendo sido possível uma avaliação concreta dos Modelos de Gestão de Bloco Operatório.

Assim foi escolhida a técnica de grupo nominal, aplicada a um conjunto de sete peritos, considerados um grupo multi-profissional, onde conseguimos juntar profissionais que trabalham no terreno do Bloco Operatório. O nosso grupo de peritos foi constituído por:

- Um Director de Serviço/Cirurgião;
- Um Enfermeiro Chefe de Bloco Operatório,
- Uma Gestora de Bloco Operatório;
- Um Director do Conselho de Administração/Médico

- Três Administradoras Hospitalares.

Dada a indisponibilidade de horário comum, não foi possível garantir a presença de um Anestesiologista para completar o conjunto de profissionais escolhidos para participar neste grupo nominal.

Para a utilização da Técnica de Grupo Nominal tivemos o suporte informático disponível na Escola Nacional de Saúde Pública, programa DSS-PRO, que permite uma votação via PDA e análise de dados resultantes da votação em tempo real, através da exposição das respostas em ecrã próprio. Foi também possível a gravação áudio de toda a reunião, com o consentimento e autorização escrita de todos os envolvidos, com a possibilidade de utilizar a informação para fins académicos.

O Grupo Nominal é um método que combina técnicas qualitativas e quantitativas e que tem como objectivo consensualizar informação relevante sobre uma determinada matéria ou questão, no sentido de apoiar e facilitar a tomada de decisões.

Segundo Teixeira (2005) o grupo nominal utiliza técnicas de decisão em grupo onde os seus membros apresentam as suas ideias “face a face” sistemática e independentemente. Cada elemento actua de forma autónoma, ao contrário de uma reunião tradicional de grupo.

A utilização desta técnica enfatiza o elemento individual e o seu debate de ideias em grupo. Segundo Cassiani e Rodrigues (1996) o termo nominal é referente a processos que agrupam indivíduos, aos quais não é permitido comunicar entre si verbalmente.

É utilizado, sobretudo, para identificar e caracterizar problemas, para desenvolver soluções, para definir objectivos a atingir e medidas a desenvolver ou, ainda, para estabelecer prioridades, através da classificação de diferentes alternativas, sendo muitas vezes utilizado em pesquisas na área da saúde.

O processo que lhe está subjacente consiste numa reunião estruturada com especialistas próximos da área em estudo e com conhecimento relevante sobre o tema em análise, que geram, individualmente, um conjunto de ideias, as quais são posteriormente analisadas no seio do grupo e devidamente periodizadas. Segundo Teixeira (2005) a sequência de uma decisão em grupo nominal é a seguinte:

- 1º Apresentação do problema;
- 2º Geração de ideias;
- 3º Apresentação individual e registo de cada ideia;

- 4º Discussão das ideias apresentadas;
- 5º Ordenação e clarificação individual das ideias;
- 6º Clarificação global dos resultados.

Como qualquer outra técnica de investigação contém as suas vantagens e desvantagens inerentes a todo o processo. Apresentamos então algumas dessas vantagens e desvantagem segundo os autores consultados.

Vantagens da Técnica de Grupo Nominal segundo Teixeira (2005) e Cassiani e Rodrigues (1996):

- Maior precisão nas considerações;
- Partilha de informações no debate;
- Maior motivação de grupo;
- Controlo e coordenação da reunião e nas acções subsequentes.

Principais desvantagens da Técnica de Grupo Nominal segundo Teixeira (2005) e Cassiani e Rodrigues (1996):

- Tempo consumido;
- A reunião não deverá ter mais de nove elementos.

3.1.4.1 Objectivos da Reunião de Grupo Nominal

Com esta sessão tivemos, então, a finalidade de debater os resultados do trabalho já desenvolvido, confrontando-os com as opiniões desse grupo de peritos que, como referimos, quer pela sua experiência, quer pelo trabalho desenvolvido nas suas áreas, são especialistas do assunto em estudo.

Dado ser uma temática que reflecte muito a prática e a experiência adquirida no dia-a-dia profissional, pretendemos fazer convergir esse conhecimento prático com as referências bibliográficas coligidas.

Assim, a técnica consistiu em dar resposta a estas duas questões, consideradas fundamentais:

- Quais os itens mais relevantes para a monitorização de um Modelo de Gestão de Bloco Operatório?

- Deverão ser acrescentados mais indicadores à lista? Quais?

Objectivo final da sessão: Encontrar uma lista de indicadores consensual e mais robusta para a monitorização da gestão do Bloco Operatório.

3.1.4.2 Fases da Reunião de Grupo Nominal

a) Seleccção e priorização das opiniões

Nesta fase, cada elemento do grupo classificou os indicadores apresentados, por ordem de importância, utilizando uma escala de 1 (mais importante ou mais valorizada) a 11 (menos importante).

Esta selecção e votação foram efectuadas num PDA, individual e anonimamente, permitindo a posterior ordenação dos indicadores, de acordo com as pontuações atribuídas pela globalidade dos participantes.

b) Apresentação e discussão dos resultados da 1ª votação

Os resultados da votação foram compilados e apresentados num monitor, determinando os onze indicadores, em resultado do somatório das pontuações, atribuídas individualmente por cada elemento do grupo, a cada uma dos indicadores.

Caso se considerasse que o *ranking* de indicadores não reflectia o pensamento do grupo na sua globalidade, teria que ser realizada uma nova discussão e desenvolvida uma nova votação.

Foi também discutida a eliminação, ou não, de um ou outro indicador que tivesse ficado nos últimos lugares da tabela, sendo que, para o efeito, se teve que garantir o consenso no grupo.

c) Novos indicadores

Nesta fase, foi pedido ao grupo que, individualmente, e através do PDA, sugerissem, no máximo, dois novos indicadores que considerassem essenciais para a

monitorização da gestão de bloco e que não se encontrassem na primeira lista apresentada.

Os indicadores sugeridos foram processados pelo programa DSS-PRO, eliminando assim as possíveis repetições e apresentando a lista com os novos indicadores sugeridos. Desta forma foram encontrados quatro novos indicadores.

d) Priorização dos indicadores

Depois de juntar os novos indicadores, entretanto sugeridos, ao quadro dos onze indicadores inicialmente apresentados, passámos a uma nova hierarquização desses indicadores, pelo que os participantes os votaram entre 1 (mais importante) e 15 (menos importante).

e) Observação, consensualização e debate de resultados

A apresentação ordenada dos resultados obtidos através da votação anterior foi apresentada em forma de quadro.

Existindo um consenso do grupo, foi desenhada uma tabela com os indicadores encontrados, respeitando-se a ordenação e a votação efectuadas.

Finalmente, disponibilizou-se, ainda, um espaço para questões abertas, ou situações pontuais que fossem surgindo no decurso da sessão.

No final da sessão foi possível consensualizar um quadro com 15 indicadores para a monitorização do bloco operativo hierarquizados por importância.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Este capítulo está dividido em duas partes, a primeira referente à observação *in-loco* realizada nos seis hospitais e outra incidindo nos resultados decorrentes da reunião de grupo nominal com os peritos.

Iremos descrever de uma forma sucinta o funcionamento de cada Bloco Operatório visitado, focando em síntese os pontos mais importantes encontrados em cada um deles, características essas que entendemos importantes para uma reflexão crítica no capítulo seguinte.

Da reunião de grupo nominal decorrendo de consenso geral de grupo, retirámos algumas informações importantes e iremos apresentar o quadro de indicadores final que surgiu desta mesma reunião.

4.1 OBSERVAÇÃO *IN-LOCO*

Na sequência do Trabalho de Projecto para conseguir alcançar os objectivos a que nos propusemos - observação e análise dos Modelos de Gestão de Bloco Operatório - realizámos seis visitas *in-loco* a Blocos Operatórios, os quais foram previamente escolhidos, de acordo com as suas características e especificidades. Tivemos também em consideração a disponibilidade em nos receberem, assim como a receptividade para nos responderem às questões e disponibilizarem informações e dados necessárias à concretização do estudo, garantido o anonimato das instituições.

As observações incidiram apenas sobre a gestão e o modelo de funcionamento dos mesmos, tendo por base a grelha de Observação construída (Anexo IV), a qual foi sujeita a avaliação de peritos, como explicado no capítulo anterior. Desta metodologia de validação resultou que apenas dois itens tiveram pontuação mediana inferior a três e meio, critério abaixo do qual os itens não eram considerados pertinentes, pelo que foram retirados da grelha final. A pontuação atribuída a cada item observado foi baseada na mediana das respostas dos peritos aos itens. Caso o modelo incluísse esse item, era-lhe atribuída uma pontuação igual à mediana encontrada na resposta dos peritos, caso essa situação não ocorresse, a pontuação seria igual a zero (Anexo V).

Esta grelha de observação foi preenchida na presença da/o Enfermeira/o Chefe do Bloco Operatório ou do Director do Serviço e ao longo do período presencial no Bloco

Operatório. Para completar essa informação deslocámo-nos às salas do Bloco Operatório para observação directa do seu funcionamento, estrutura, sistemas de informação e dinâmica do mesmo. Esta observação decorreu em dia normal de cirurgia programada, para que conseguíssemos acompanhar, principalmente, o início do funcionamento do Bloco Operatório, momento crucial dos preparativos de todo o dia de trabalho. Os resumos destas observações *in-loco* baseadas na Grelha de Observação encontram-se em quadro no Anexo VI e Anexo VII.

Para além da análise dos modelos de gestão de cada bloco operatório observado faremos uma breve caracterização do Hospital onde o mesmo se insere, tendo em conta as características de cada um e a sua dimensão (Anexo VI e VII).

Respeitando o anonimato dos Hospitais visitados, como foi explicitado no pedido de autorização enviado aos Hospitais (Anexo I), os mesmos são identificados por letras, de A a F, pois o que consideramos relevante no nosso estudo é o Modelo de Gestão em questão e não o Hospital propriamente dito.

Dos seis Blocos Operatórios observados apenas os Blocos Operatórios E e F não são de cirurgia geral mas sim de cirurgia cardiotorácica, o que nos pode levar a encontrar algumas diferenças derivadas das especificidades e características de um serviço com um índice de complexidade bem mais elevado e com tempos cirúrgicos mais alargados, que apenas poderão ser analisados separadamente dos outros Blocos Operatórios de Cirurgia Geral.

Relativamente aos indicadores recolhidos junto dos hospitais, em determinados casos, tivemos também a colaboração do gabinete de estatística dos Hospitais, que nos forneceram os dados relativos ao ano de 2008. Em outros casos não nos foi possível obter todos os dados necessários dada a dificuldade de acesso aos mesmos, ou da não existência dos indicadores em base de dados, daí a não utilização dos mesmos neste trabalho.

4.1.1 Descrição sumária dos Modelos de Gestão dos Blocos Operatórios Estudados

Faremos uma breve descrição acerca do funcionamento de cada Bloco Operatório no seu dia-a-dia, reportando assim o que foi a nossa observação *in-loco* a cada um deles. As pontuações encontradas em cada item, de cada dimensão, estão expressas em tabela (ver Anexo V).

Apesar de uma só visita a cada Bloco Operatório não ser representativo e suficiente para analisar o funcionamento total de um bloco, conseguimos ter uma ideia geral juntamente com a informação recolhida através dos profissionais.

a) Visita ao Bloco Operatório A:

A observação *in-loco* foi realizada no dia 23 de Abril de 2009 acompanhada pela Enfermeira Chefe (ver Anexo VI). Os dados relativos aos indicadores de eficiência foram facultados pelo Director de Serviço e pela Administrativa responsável pela estatística.

Relativamente ao nosso estudo, cirurgia geral programada, no hospital A o serviço de Cirurgia está dividido em Cirurgia I, II e III. Cada uma das Cirurgias apresentava a sua gestão e constituição independente, assim como serviços de internamento distintos, assumindo no Bloco Operatório serviços utilizadores independentes com salas de operações atribuídas consoante programação cirúrgica.

O Bloco Operatório A é constituído por 12 salas de operações, sete das quais funcionam exclusivamente para cirurgia geral, atribuídas semanalmente a cada uma das cirurgias consoante programação, não sendo no entanto possível a utilização das sete salas diariamente para a cirurgia geral. No bloco operatório de urgência, existem ainda duas salas de operações para cirurgias urgentes de cirurgia geral e ortopedia nas manhãs dos dias úteis, nos restantes dias e horas a cirurgia de urgência é realizada no Bloco Operatório central com as equipas que estão de serviço. As restantes urgências cirúrgicas de outras especialidades são efectuadas no Bloco Operatório Central com a equipa residente.

Para um total de 76 enfermeiros, 35 estão direccionados para a cirurgia geral, estando três enfermeiros por sala sendo um deles o coordenador. Existem ainda 28 assistentes operacionais que se distribuem em horário de turnos, sendo necessários, para a Cirurgia Geral um elemento por sala por turno de 8 horas.

O serviço de anestesiologia dispõe de 56 anestesiólogos e 24 médicos em programa de ensino da especialidade. Estes anestesistas dividem-se pelo Bloco Operatório Central, Bloco Operatório de Urgência, Blocos Periféricos, CRI e Unidade de Cuidados Pós-anestésicos.

Existem no Bloco Operatório duas administrativas, uma das quais mais dedicada às estatísticas e sistemas informáticos. Relativamente aos indicadores recolhidos não nos

foi possível obter toda a informação necessária, pois apesar deste serviço disponibilizar um relatório anual, alguns dos indicadores não eram utilizados.

b) Visita ao Bloco Operatório B:

A observação *in-loco* foi realizada no dia 28 de Abril de 2009, acompanhada pela Enfermeira Chefe (ver anexo VI). Os dados relativos aos indicadores de eficiência foram facultados pelo Director do Bloco Operatório e Administradora da Área.

O Bloco Operatório Central é constituído por quatro Blocos cada um com duas salas operatórias, sendo que os Blocos 1 e 2 estão reservados para a cirurgia geral, no Bloco 3 funciona a Urologia e a Cirurgia Vasculuar e no Bloco 4 funcionam as duas salas com Ortopedia.

Existem 44 enfermeiros no total, dois deles exercem cargos de gestão e quatro estão de coordenação aos blocos, contando como elementos de sala. Para cada sala de operações estão distribuídos três enfermeiros com turnos de 8 horas. Das quatro salas de cirurgia geral apenas duas funcionam até as 21.00h, assim no total são necessários 18 enfermeiros para a cirurgia geral num dia de trabalho.

No bloco operatório central existem 23 assistentes operacionais, no entanto quatro deles apenas desempenham funções de maqueiros e existe ainda uma equipa de transporte de doentes. Para cada duas salas são necessários dois assistentes operacionais, um deles com funções exclusivas de maqueiro, auxiliando no posicionamento dos doentes e no transporte de material.

c) Visita ao Bloco Operatório C:

A observação *in-loco* foi realizada no dia 29 de Abril de 2009, acompanhada pela Enfermeira Coordenadora (ver Anexo VI). Os dados relativos aos indicadores de eficiência, recursos humanos e o preenchimento da grelha de observação do Modelo de Gestão do Bloco Operatório foram realizados com a ajuda do gabinete de estatística.

O Bloco Operatório Central é constituído por nove salas, sendo duas delas destinadas à Cirurgia Geral (uma destas apenas dedicada à cirurgia hepatobiliar). A equipa de profissionais é constituída por 43 enfermeiros e um Enfermeiro Chefe, estando três

enfermeiros por sala de operação por cada turno, 19 Assistentes Operacionais, um administrativo de Bloco Operatório e para cada sala, por cada turno existe um Anestesiologista.

d) Visita ao Bloco Operatório D:

A observação *in-loco* foi realizada no dia 30 de Abril de 2009, acompanhada pela Enfermeira Chefe e com a ajuda do Administrativo do Bloco Operatório (ver anexo VII). Os dados relativos aos indicadores de eficiência foram facultados pela Administradora da área e pelo Director de Serviço.

O Bloco Operatório central é constituído por seis salas de operações estando apenas uma sala dedicada à cirurgia geral às segundas, terças e quintas-feiras das 8.30h às 20.00h e às quartas e sextas-feiras apenas das 8.30h às 14.30h.

A equipa do Bloco Operatório é constituída por 26 enfermeiros dos quais quatro elementos estão em integração e outro desempenha funções de gestão (chefe). Destes enfermeiros são destacados três por sala de operação por turno (tarde e manhã). Existem 10 assistentes operacionais distribuídos um por cada sala mais um no transfer, por cada turno (manhã e tarde). A equipa médica é constituída por 16 cirurgiões.

Existe também uma equipa de prevenção de enfermagem constituída por três enfermeiros e um assistente operacional das 16.30h às 8.00h para eventuais cirurgias de urgência.

e) Visita ao Bloco Operatório E:

A observação *in-loco* foi realizada no dia 28 de Abril de 2009, acompanhada pela Enfermeira Supervisora de área e pela Enfermeira Chefe do Bloco Operatório (ver Anexo VII). Os dados relativos aos indicadores de eficiência, recursos humanos e o preenchimento da grelha de observação do Modelo de Gestão do Bloco Operatório foram obtidos com a ajuda da Enfermeira Supervisora de área.

O Bloco Operatório de Cirurgia Cardiorácica do Hospital E é constituído por três Salas de operação, no entanto apenas duas estão a funcionar, sendo a terceira para

iniciar os segundos e terceiros tempos, funcionando muitas vezes como sala de indução anestésica para as outras salas de operações.

Dos 17 enfermeiros existentes, dois deles exercem cargos de gestão, e os outros 15 dividem-se de forma a estarem três enfermeiros por sala em dois turnos, o que por dia dá um total de nove enfermeiros em sala de operação, dois enfermeiros em cargo de gestão e dois enfermeiros em prevenção. Por cada sala existe também um Anestesiologista que está afecto ao serviço de Anestesiologia do Hospital. No total existem cinco assistentes operacionais e a Administrativa do Serviço de Cardiotorácica desenvolve o seu trabalho no Bloco Operatório apenas uma hora por dia.

Dos 19 cirurgiões existentes no serviço um encontra-se em programa de internato. É um serviço com propriedades de ensino e formação, com programa de internato médico da especialidade.

O Bloco Operatório de Cardiotorácica funciona para cirurgia programada com duas salas de operações das 8.00 às 21.00 horas. O horário dos enfermeiros cobre este período e o horário dos assistentes operacionais estende-se até às 23.00 horas. No entanto das 21.00 às 8.00 horas os enfermeiros estão de prevenção ao serviço, assim como 24 horas ao Sábado, Domingo e feriados.

No que diz respeito aos sistemas de informação e segundo o relatório de actividades do serviço referente ao ano de 2008, o serviço dispõe de outras ferramentas de tecnologia de informação, comunicação e segurança que facilitam o funcionamento e a gestão do Bloco Operatório, sendo, entre outros:

- Sistema Conexall – como um sistema de comunicação entre profissionais, serviços e que permite uma informação actualizada e de actividades em tempo real dentro de cada sala de operação;
- Software PEDRUG 03 – para o cálculo de fármacos em cirurgia pediátrica;
- Briefings e De-Briefings no Bloco Operatório;
- Gestão de Dados – Dendrite – e publicação interna de resultados de desempenho com periodicidade mensal;
- Newsletter de comunicação interna para o staff da equipa.

f) Visita ao Bloco Operatório F:

A observação *in-loco* foi realizada no dia 24 de Abril de 2009 acompanhada pela Enfermeira Coordenadora (ver Anexo VII). Os dados relativos aos indicadores de eficiência foram facultados pelo Director do Serviço e pela Administração do Hospital.

O Bloco Operatório está localizado no edifício do Centro de Responsabilidade Integrada e é constituído por quatro salas de operação estando neste momento apenas com três delas a funcionar em pleno.

Este serviço tem, no seu funcionamento algumas particularidades, como por exemplo no que se refere ao horário de funcionamento, pois o primeiro doente entra na sala de operações às 8.00h, sendo que os profissionais estão no serviço cerca de 30 minutos antes para preparar todo o serviço. Assim como o dia de trabalho só termina quando o programa operatório estiver concluído. Este plano operatório é conhecido por todos e organizado semanalmente pela equipa de gestão de bloco operatório.

Sendo um serviço de cardiotorácica existe sempre uma equipa que assegura as cirurgias de urgência, estando de prevenção, garantindo assim toda a assistência e a acessibilidade ao doente.

Este serviço, sendo um CRI, contempla um sistema de incentivos, atribuídos a toda a equipa consoante os objectivos do serviço, produção e avaliação de desempenho. Esta característica faz deste Bloco Operatório o único serviço, entre os seis visitados, com uma política de incentivos distinta.

4.1.2 Síntese

Dos Blocos Operatório que visitámos não podemos considerar que exista um modelo de gestão de bloco operatório ideal ou exemplar na sua totalidade, que seja demonstrativo de uma maior eficiência e que se possa decalcar para outros Blocos Operatórios ou extrapolar como sendo efectivamente um modelo a seguir. No entanto observámos algumas características peculiares existentes em determinados modelos que merecem a nossa atenção neste estudo.

Em síntese, desta observação *in-loco*, iremos focar as características mais importantes que se destacaram nos modelos de gestão de bloco operatório.

- No Bloco Operatório F existe uma **política de incentivos** implementada, sendo factor de motivação dos profissionais, é também uma forma de encarar os objectivos e a forma de trabalho com uma perspectiva diferente. Não só por este factor mas também pelos valores do serviço, a rotina de trabalho acaba por ser um pouco diferente dos restantes, sendo que o primeiro doente inicia a ocupação de sala logo às 8.00, fazendo com que os profissionais estejam a trabalhar mais cedo que nos outros Blocos Operatórios. Neste Bloco Operatório o incentivo é atribuído á equipa consoante sistema de avaliação de desempenho e objectivos do serviço e é traduzido num prémio monetário.
- Conter, no seu sistema informático a possibilidade de articulação com o serviço de reposição. Apenas o Bloco Operatório D é que o utilizava, existindo um **débito directo do material gasto por doente**. Como podemos encontrar na revisão bibliográfica, segundo Macario e Canales (2001) um sistema de controlo de material permite um “inventário” hospitalar baixo, reduzindo assim os gastos desnecessário, utilizando assim o denominado “*Just-in-time inventory control*”. Esta comunicação directa com os serviços de reposição de material leva a um controle de gastos importante para o consumo geral do hospital, sendo apenas debitado o que efectivamente se gasta por cirurgia e por doente.
- A existência de uma **equipa de Gestão de Risco** e uma contínua metodologia de prevenção e monitorização do erro, com vista ao desenvolvimento de técnicas seguras que proporcionem um ambiente saudável de trabalho apenas existe no Bloco Operatório E, no entanto no Bloco Operatório D está prevista a monitorização e avaliação do erro, juntamente com o Serviço de Saúde Ocupacional.
- A existência de uma **equipa de gestão de bloco operatório**, responsável pelo planeamento cirúrgico e com definições próprias, englobando uma equipa multidisciplinar, à semelhança do que podemos encontrar no NHS, como referido por Bilbao e Fragata (2006), na criação do Programa de Modernização dos Blocos Operatórios. No nosso estudo encontrámos em todos os Blocos Operatórios no mínimo dois responsáveis pela gestão deste serviço, no entanto apenas no Bloco Operatório A e B não consideraram a sua existência como equipa multidisciplinar de Gestão de Bloco Operatório. No Bloco Operatório C e E encontrámos as equipas mais completas no que se refere à diversidade de profissionais.

- Apenas nos Blocos Operatórios A e C encontramos um planeamento cirúrgico diário, confirmado na véspera. Nos restantes Blocos Operatórios deparámo-nos com um **Planeamento Cirúrgico Semanal** com confirmação diária, com indicação do nome do doente, recursos humanos e materiais específicos para que haja um planeamento efectivo de todo o movimento cirúrgico. No Bloco Operatório C existe também no Planeamento cirúrgico a indicação do tempo médio de duração de cirurgia.
- O **Regulamento Interno do Bloco Operatório**, ferramenta essencial para o funcionamento de um serviço, foi encontrado em quase todos os Blocos Operatórios, excepto no Bloco Operatório B e F.
- O sistema informático do Bloco Operatório E permite realizar **observações mensais do desempenho** do bloco. Existe também um programa implementado que permite a **comunicação directa entre os serviços**, não necessitando de recorrer à rede telefónica, estando suportados pelos terminais dos computadores para esse efeito

4.2 REUNIÃO DE GRUPO NOMINAL

A reunião de grupo nominal realizou-se na Escola Nacional de Saúde Pública no dia 17 de Dezembro de 2009, das 9.30 às 13.00 na presença de sete peritos dos oito inicialmente convidados.

Nesta reunião tivemos o apoio de um técnico de sistemas e um moderador, essenciais para o debate e a discussão que foi surgindo ao longo desta sessão. Para que toda a informação fosse registada recorremos à gravação áudio da reunião, com a autorização escrita dos peritos, com a possibilidade de utilizar a informação recolhida no âmbito académico, garantindo o anonimato dos mesmos.

Como anteriormente referimos nesta reunião, estiveram presentes como constituinte do grupo de peritos:

- Um Director de Serviço/Cirurgião;
- Um Enfermeiro Chefe de Bloco Operatório,
- Uma Gestora de Bloco Operatório;

- Um Director do Conselho de Administração/Médico
- Três Administradoras Hospitalares.

No início da reunião apresentámos um resumo do trabalho já elaborado, que foi entregue aos peritos juntamente com os convites para a reunião, proporcionando o conhecimento prévio dos objectivos do trabalho e desta reunião.

Em seguida demonstrámos a utilização do sistema de informático, o *DSS-Pro*. Para ambientar os peritos, tanto com o material como com o próprio sistema de votação e de apresentação de resultados, foi colocada uma questão fora do contexto do trabalho, de resposta rápida seguida da observação dos resultados.

Depois desta fase de contextualização seguiu-se então a votação e a análise dos resultados obtidos no momento. A informação recolhida na reunião apresenta-se aqui neste capítulo, depois de ter sido realizado tratamento adequado, com o objectivo de sintetizar toda a informação importante e relevante para a discussão dos resultados obtidos.

4.2.1 Hierarquização dos indicadores utilizados na Observação *in-loco*

Nesta primeira fase os peritos hierarquizaram os onze indicadores apresentados e utilizados na Observação *in-loco*, junto dos hospitais visitados.

Quadro 4 – Hierarquização dos indicadores utilizados na Observação *in-loco*

Hierarquização dos indicadores utilizados na observação <i>in-loco</i>	
1º	Taxa de ocupação de sala
2º	Taxa de infecção pós-cirúrgica
3º	Nº cirurgias/ano
4º	<i>Case-mix</i> do serviço
5º	Taxa de cancelamento cirúrgico
6º	Taxa de readmissão 5 dias após a alta
7º	Nº de recursos humanos
8º	Tempo médio de espera para cirurgia
9º	Nº de salas de operações
10º	Lista de espera
10º	Nº de camas de internamento cirúrgico

Neste quadro encontramos dois indicadores com a mesma posição de décimo lugar pois ambos obtiveram a mesma pontuação na votação dos peritos.

Tendo em conta o debate e a clarificação das ideias por parte dos peritos, foi do consenso geral do grupo dividir os indicadores apresentados em três fases distintas: Antes, durante e depois do Bloco Operatório, dado que “os modelos de Bloco Operatório tem precedentes operacionais... são as pequenas coisas que geram grandes efeitos”, como referiu um dos peritos na reunião.

No debate e na sequência da apresentação dos resultados obtidos pela hierarquização dos indicadores foram surgindo questões importantes para a reflexão e discussão destes resultados, tanto relacionado com os indicadores apresentados como para o enquadramento e aplicabilidade dos mesmos. Esta informação foi agrupada e categorizada sendo apresentada em tabela no final da apresentação dos resultados.

4.2.2 Novos indicadores sugeridos pelo grupo de peritos

Pedimos aos peritos que sugerissem, no máximo, dois indicadores que considerassem fundamentais para a monitorização da gestão do bloco operatório, que ainda não se encontrassem no quadro previamente hierarquizado. Assim, através do dispositivo informático, os peritos procederam á escrita dos indicadores.

O seguinte quadro é referente a esses indicadores, exactamente como foram redigidos pelos próprios, que em discussão foram transformados em quatro indicadores por consenso geral do grupo.

Quadro 5 – Indicadores sugeridos pelos peritos

Indicadores sugeridos pelos peritos	
1	Registo de acidentes /incidentes/ocorrências anómalas no bloco
2	Hora média de inicio 1º doente, bloco, sala, anestesia., cirurgia
3	Hora média de fim do último doente, cirurgia, anestesia, sala bloco.
4	Tempo médio de prontidão da equipa
5	Tempo médio de paragem de actividade por razões técnicas
6	Tempo médio entre a admissão ao bloco operatório e a entrada na sala de operações
7	Taxa de cancelamento cirúrgico com ocupação alternativa
8	Nº cirurgias realizadas por equipa / nº horas atribuídas á equipa
9	Taxa de readmissão ajustada
10	Manutenção preventiva/logística
11	Programação das cirurgias
12	Monitorização de inicio e fim da actividade no bloco operatório

Na reflexão decorrida, depois da apresentação destes doze indicadores, procedeu-se à clarificação de ideias e consenso geral, salientando-se:

- “os indicadores fundem-se quase todos”
- “clarificação e classificação dos atrasos”
- “fusão dos indicadores... tempo médio de paragem por razões técnicas e outras”

Dos doze indicadores inicialmente sugeridos pelo grupo de peritos utilizando a técnica de *brainwriting* através do sistema informático utilizado, foram consensualmente conjugados em quatro indicadores.

A discussão fez-se em torno dos indicadores, com o fim de clarificar as próprias ideias e obter um consenso geral de encontro a um conjunto de indicadores. Desta forma e sucintamente os indicadores sugeridos foram modificados e aglutinados:

- O primeiro indicador deveria funcionar como um registo e não como um indicador;
- Deverá existir um registo de acidentes e incidentes, também como uma análise de paragem para esse problema;
- “O tempo médio resulta da consulta diária da informação do que se passa no bloco operatório por parte do gestor;”
- Monitorização de início e fim da actividade no bloco operatório não é mais do que a taxa de ocupação de sala com a análise das folhas de registo de tempos.
- O tempo médio de paragem por razões operacionais e o tempo médio de paragem por razões técnicas foram o resultado da aglomeração de quatro indicadores: Manutenção preventiva/logística, Programação das cirurgias, Tempo médio de paragem de actividade por razões técnicas e Tempo médio de prontidão da equipa.
- O indicador Hora média de início 1º doente, bloco, sala, anestesia., cirurgia e o indicador Hora média de fim do último doente, cirurgia, anestesia, sala bloco são referentes à mesma monitorização e dizem respeito aos tempos cirúrgicos, anestésicos e de ocupação de sala, daí que se decidiu que já estaria incluído no indicador Taxa de Ocupação de sala e no indicador de tempo médio por procedimento e tempo médio por equipa.

- Nº cirurgias realizadas por equipa / nº horas atribuídas a equipa e o indicador Tempo médio de prontidão da equipa foram transformados no indicador denominado de Tempo médio por equipa.
- Decidiu-se eliminar sem substituição o indicador Taxa de readmissão ajustada e o indicador Taxa de cancelamento cirúrgico com ocupação alternativa.

Assim da análise e debate das ideias lançadas obtivemos quatro indicadores, que no consenso do grupo, seriam essenciais para a monitorização do Bloco Operatório, com o fim de analisar a sua gestão.

Quadro 6 – Novos indicadores para monitorização do Bloco Operatório

Novos Indicadores para monitorização do Bloco Operatório Consenso do grupo
Tempo médio de paragem por razões técnicas
Tempo médio de paragem por razões operacionais
Tempo médio por procedimento
Tempo médio por equipa

Estes quatro novos indicadores foram inseridos no sistema informático, juntamente com os outros onze indicadores inicialmente apresentados, para que se procedesse à última parte da reunião de grupo nominal.

Ficou também decidido que estes indicadores deveriam ter uma definição correcta quanto à sua utilização, existindo assim uma descrição da sua aplicação num contexto ideal.

4.2.3 Hierarquização dos indicadores finais

Na última fase da reunião de grupo nominal, os peritos hierarquizaram por ordem de importância os quinze indicadores, tendo obtido assim um quadro para a Monitorização do Bloco Operatório.

Estes indicadores podem servir de orientação para quem está a gerir um Bloco Operatório, sendo que, na opinião dos peritos devem ser utilizados principalmente numa perspectiva comparativa construtiva, pois o *benchmarking* é fundamental para a evolução e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Pelo facto de ainda não existirem valores nacionais de alguns destes indicadores, a sua aplicação ao terreno, poderá ser uma forma de monitorização e avaliação interna ao longo do tempo, no mesmo Bloco Operatório.

Quadro 7 – Indicadores para monitorização do Bloco Operatório

Indicadores para monitorização do Bloco Operatório Consenso do grupo	
1º	Taxa de ocupação de sala
2º	Tempo médio de paragem por razões técnicas
3º	<i>Case-mix</i> do serviço
4º	Tempo médio de paragem por razões operacionais
5º	Taxa de infecção pós-cirúrgica
6º	Nº cirurgias/ano
7º	Taxa de readmissão 5 dias após a alta
8º	Taxa de cancelamento cirúrgico
9º	Tempo médio de espera para cirurgia
10º	Tempo médio por procedimento
11º	Nº de recursos humanos
12º	Tempo médio por equipa
13º	Lista de espera
14º	Nº de camas de internamento cirúrgico
15º	Nº de salas de operações

4.2.4 Categorização da Informação recolhida

Durante a reunião foram surgindo questões importantes que merecem ser categorizadas por grupos, formando assim conjuntos de informação a reflectir. Apresentamos o quadro seguinte que engloba essa informação de forma organizada, com as citações dos peritos.

Quadro 8 – Informação recolhida na reunião de grupo nominal

Informação	Sub-Categoria	Categoria
“Pré-requisitos e pós-requisitos... se tiver a montante uma boa gestão de lista de espera, uma boa preparação de doentes. Programar a cadeia de valores a montante, para que os recursos humanos seleccionados não estejam parados”	Justificação	Divisão dos indicadores por fases: antes, durante e depois
“uma coisa é o que quero ficar no bloco operatório e outra coisa é o que está antes e depois”		
“é necessário estar atento também à estrutura. O modelo depende de toda uma estrutura”		
“Lista de espera muito viciada com pequenas cirurgias”	Antes	
“Número de camas de internamento e o número de salas de Bloco Operatório tem de estar articuladas... assim como o número de camas de sala de observações e recobro anestésico”		
“se multiplicarmos os minutos que se perde em transporte de doentes temos horas de cirurgia”		
“encadeamento de serviços”		
“tenho de ter tudo bem conjugado e equilibrado para não existirem estrangulamentos nas questões prévias ao Bloco Operatório”		
“existência ou não de enfermeira instrumentista”	Durante	
“definição da taxa de ocupação de sala...pode ser influenciada”		
“a existência de enfermeira instrumentista é crucial...faz com que a equipa cirúrgica necessite apenas de dois cirurgiões”		
“taxa de ocupação, <i>case-mix</i> e numero de cirurgia, indicadores de eleição para me centrar no Bloco Operatório”		
“taxa de ocupação bem feita é o período de funcionamento total e real”		
“taxa de readmissão está ligada com a taxa de infecção e taxa de reinternamento pois significa que algo não correu bem”	Depois	
“ <i>case-mix</i> influencia o nº de cirurgias”		
“a taxa de infecção faz-se na análise da enfermaria”		
“Definição dos indicadores... como se fazem os cálculos dos indicadores apresentados”	Definição	Aplicabilidade dos indicadores
“afinar os indicadores por causas, motivos... as taxas por si só não fazem sentido senão tivermos uma ligação entre os indicadores, provavelmente não teremos informação”	Indicadores isolados	
“indicadores isolados são difíceis de analisar, tem de ser articulados. A taxa de cancelamento cirúrgico por si só não diz nada, se a cirurgia for cancelada e substituída por outra.”		
“Planeamento e programação podem ter características diferentes, como sendo o caso de um Bloco Operatório central ou periférico ou as características dos cirurgiões”	Características do Bloco Operatório	
“a aplicação prática depende de cada hospital”		
“bloco operatório central ou periférico será diferente a análise dos indicadores”		
“tenho de ter um padrão para comparar os indicadores... ou dentro do hospital ou internacionalmente”	<i>Benchmarking</i>	
“medição semanal, diária, mensal... análise daquilo que programei para o bloco operatório, com o tipo de características dos doentes”		
“os modelos tem precedências operacionais”	Tempo médio de paragem por razões	Novos Indicadores
“que são impossíveis de prever. Operacional está relacionado com o movimento		

de pessoas”	operacionais	
“os tempos já estão todos monitorizados em programa informático”	Tempo médio por procedimento	
“tempo médio por procedimento... comparamos entre hospitais...”		
“é um indicador muito fino, a nível de um Bloco Operatório maduro”		
“este indicador pode entrar com os indicadores a montante... melhora quando melhora a preparação a montante”		
“posso ter um valor médio em relação aos hospitais de ensino”		
“hora média de início e de fim é o tempo médio por procedimento”		
“casar o tempo médio por equipa com indicadores de qualidade”	Tempo médio por equipa	
“os indicadores tem de estar relacionados com qualidade e ponderados com o ensino pós graduado”		
“posso correr o risco das pessoas quererem andar mais rápido e terem maus resultados”		
“um cirurgião vale pela sua formação, pela sua biografia e casuística. Um que opera mais rápido e em segurança vai ter mais doentes do que outro que opera mais lentamente... é mais reconhecido o que faz mais e bem”		
“em cirurgia adicional existem equipas mais rápidas e outras que fazem metade das cirurgias com o mesmo tipo de incentivos”		
“mesmo para a atribuição de incentivos são necessários os indicadores cruzando-os com os da qualidade”		
“as equipas não são muitas vezes uniformes, as enfermeiras não são as mesmas, os ajudantes não são os mesmos... o ideal seria ter um grupo como existe no sector privado”		
“as equipas que trabalham mais devagar tem de provar porque é que o fazem”		
“não há que reprovar nem premiar... é simplesmente medir, não existe penalização”		
“monitorização pela responsabilização sem consequências nem julgamentos”		

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após uma breve descrição de cada modelo de gestão de bloco operatório visitado, e da apresentação dos resultados da reunião de peritos, iremos neste capítulo analisar e discutir os resultados encontrados, desde a avaliação do grupo de peritos, passando pela visita *in-loco* até aos resultados obtidos na reunião de grupo nominal, sempre com base no enquadramento teórico e na bibliografia existente.

Pretendemos discutir as quatro questões operacionais em que se divide a nossa questão de investigação, com a finalidade de responder á questão face aos resultados encontrados e abrindo novas janelas de investigação futura.

Propomo-nos analisar as respostas do painel de peritos no que se refere aos itens de avaliação do modelo de gestão de bloco operatório, observando as suas variações consoante a categoria profissional e a posição que ocupam dentro do Bloco Operatório.

No que se refere aos indicadores de eficiência por nós seleccionados, não nos foi possível estabelecer as comparações pretendidas, em virtude de alguns dos hospitais não nos terem fornecido os dados referentes aos indicadores seleccionados. Assim iremos apenas reflectir acerca dos Modelos de Gestão de Bloco Operatório visitados, enfatizando os pontos mais importantes de cada um deles.

Visando fortalecer os resultados encontrados, realizámos uma reunião de peritos, utilizando a técnica de grupo nominal, com o fim de desenhar um quadro com os indicadores para uma monitorização mais efectiva do bloco operatório.

a) Avaliação do painel de peritos

Iniciamos a análise e discussão de resultados pelas respostas de avaliação do painel de peritos para a construção da grelha de Observação *in-loco*. Assim, passamos a apresentar um quadro resumo com as respostas dos vários peritos, ordenado pelas categorias profissionais e por dimensões, para analisarmos as discrepâncias existentes face à mediana encontrada.

No quadro 8 não se encontram todos os itens de avaliação da grelha (ver Anexo III) mas sim as dimensões correspondentes e pelas quais agrupamos todos os itens observados.

Quadro 9 – Respostas dos peritos por dimensão e categoria profissional

Dimensões	Peritos						Mediana
	Dir. BO (Cirurgião)	Anestesiologista	Enf. Supervisora	Enf. Chefe BO	Enf. Chefe/Supervisora	Gestor BO	
Organização do BO	32	24	35	33	27	35	33
Planeamento Cirúrgico	54	44	55	48	48	48	51,5
Constituição da equipa de Gestão de BO	33	28	47	45	42	40	42
Sistema de Informação	42	40	42	42	36	37	41
Atribuição de Incentivos	29	23	34	32	29	26	30
Gestão de Risco	28	28	28	28	28	25	28
Recursos Humanos	38	38	41	39	42	35	40
Estrutura de BO	28	35	41	42	38	33	39
Funcionamento em Equipa	16	21	21	21	18	19	20,5

Apesar de ser um painel de peritos reduzido, para o número de observações *in-loc* considerámos que o grupo seria fundamental para sustentar os itens de avaliação do Modelo de Gestão de Bloco Operatório, assim como para reflectir em algumas questões pertinentes que tivemos a oportunidade de debater pessoalmente em entrevistas informais.

Podemos analisar estas avaliações por dimensões existindo no entanto alguns itens a reflectir individualmente. Encontrámos as maiores variações de resposta nas avaliações feitas pelo perito com a categoria de gestor de bloco operatório, onde por exemplo na dimensão de atribuição de incentivos nos dá uma pontuação baixa, assim como na parte de gestão de risco. Talvez pela componente económico-financeira de formação base a atribuição de incentivos face à motivação dos profissionais não seja um elemento crucial para o funcionamento do Bloco Operatório e mesmo para o desempenho individual.

Na avaliação do anestesiolista observamos uma pontuação muito abaixo face á mediana de respostas encontrada na dimensão de atribuição de incentivos assim como na constituição da equipa de gestão de Bloco Operatório pois nessa constituição apenas considera fundamental a existência de um cirurgião, um anestesiolista e do enfermeiro chefe.

b) Observação in-loco

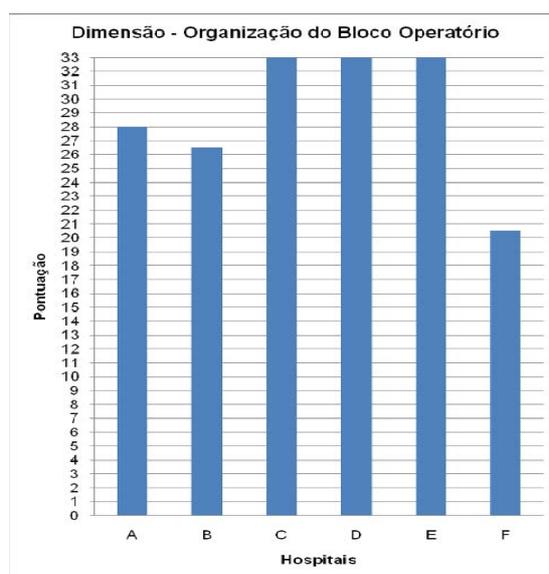
Na interpretação dos resultados obtidos no Modelo de Gestão da observação *in-loco* dos Blocos Operatórios visitados elaborámos um quadro que permite facilmente analisar os dados da observação traduzidos em percentagens obtidas em cada uma das dimensões em análise, face ao conteúdo analisado com a grelha de observação elaborada. Encontramos no quadro 9, por exemplo, que no Hospital A o Bloco Operatório tem, referente à sua organização, uma percentagem de 85% o que significa que obteve nesta dimensão 28 pontos onde a pontuação máxima seria de 33 pontos.

Quadro 10 – Modelos de Gestão de Bloco Operatório por dimensões e hospitais

	A	B	C	D	E	F
Organização do Bloco Operatório	85%	80%	100%	100%	100%	62%
Planeamento cirúrgico	55%	65%	79%	88%	88%	88%
Constituição da equipa de Gestão de BO	33%	33%	64%	50%	64%	62%
Sistema de Informação	50%	83%	50%	100%	83%	50%
Atribuição de incentivos	0%	0%	0%	0%	0%	87%
Gestão de Risco	25%	50%	50%	75%	100%	0%
Recursos Humanos	88%	70%	70%	70%	88%	83%
Estrutura do Bloco Operatório	67%	67%	85%	35%	67%	49%
Funcionamento em equipa	100%	32%	32%	32%	100%	100%
Score Modelo de Gestão	55%	56%	62%	64%	77%	61%

De forma a facilitar a interpretação e análise dos resultados encontrados analisaremos cada dimensão através da representação gráfica das pontuações obtidas na Observação *in-loco*. Os gráficos apresentados serão reflexo directo da observação, daí que encontraremos a pontuação efectivamente dada a cada dimensão.

Gráfico 1 – Organização do Bloco Operatório

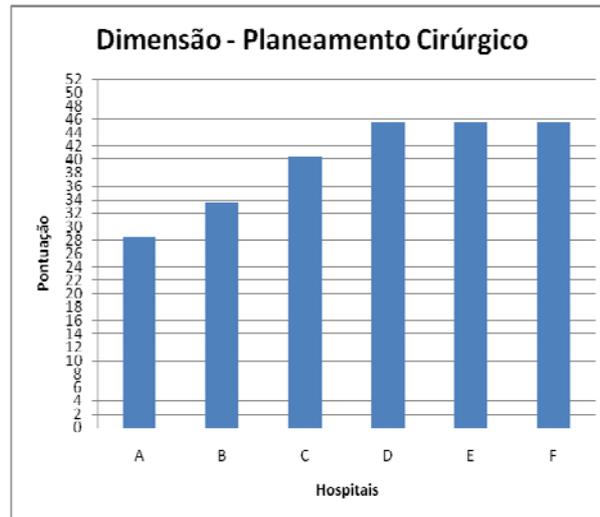


Relativamente à dimensão **Organização do Bloco Operatório** a pontuação máxima possível seria de 33 pontos. Com esta classificação encontramos o Bloco Operatório dos Hospitais C, D e E. O Bloco Operatório que obteve menor pontuação neste item foi o do Hospital F.

As lacunas que encontrámos nesta dimensão foram: a falta de regulamento do Bloco Operatório; e a falta de um documento com discriminação das funções de cada elemento da equipa.

Como vimos na revisão bibliográfica a importância da existência de um documento deste género num serviço complexo como o Bloco Operatório é sem dúvida essencial para a tomada de decisões e de todo o planeamento do serviço.

Gráfico 2 – Planeamento Cirúrgico



A dimensão **Planeamento Cirúrgico** poderia obter a pontuação máxima de 51,5 pontos, caso fossem observados todos os itens, o que não aconteceu para nenhum dos Blocos Operatórios.

Apesar dos Blocos Operatórios dos Hospitais D, E e F mostrarem pontuações com o mesmo valor (45,5) no entanto os itens pontuados em cada um dos modelos não são exactamente os mesmos, perfazendo no final uma pontuação igual.

Os Blocos Operatórios dos Hospitais E e F não apresentam, no plano cirúrgico, tempos operatórios concretos e discriminados, talvez por se tratar de cirurgias da especialidade cardiorácica com duração muito dependente da complexidade da situação.

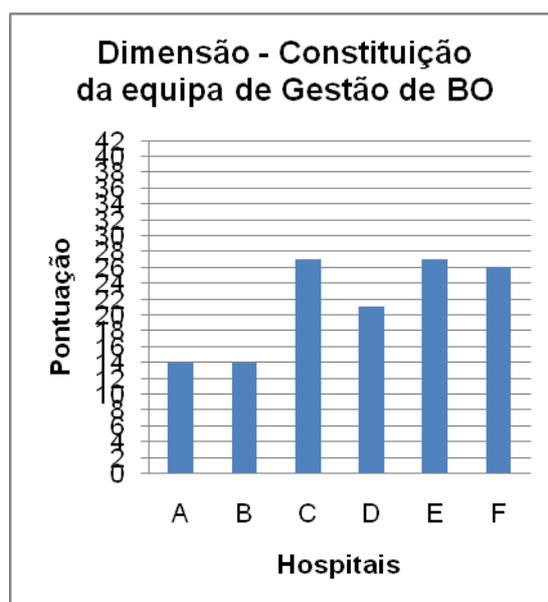
Para a análise desta dimensão é necessário ter em conta alguns dos indicadores mencionados na reunião de grupo nominal. A taxa de ocupação de sala é um indicador que depende do planeamento cirúrgico, na medida em que é feita uma programação prévia da utilização dos recursos existentes, face à capacidade instalada.

Essa previsão da utilização dos recursos é baseada, principalmente, nos tempos cirúrgicos e no tempo de ocupação de sala. Assim, entendemos que dois dos novos indicadores sugeridos pelos peritos são fundamentais para este planeamento:—“o *tempo médio por procedimento*” e o “*tempo médio por equipa*”.

Dependente deste planeamento cirúrgico está também um indicador referente à gestão deste serviço, “a *taxa de cancelamento cirúrgico*”. Se o planeamento cirúrgico

não for realizado tendo em conta os tempos cirúrgicos e os horários dos profissionais, poderão existir cancelamentos cirúrgicos por falta de recursos disponíveis, implicando assim gastos ao hospital.

Gráfico 3 – Constituição da equipa de Gestão de Bloco Operatório



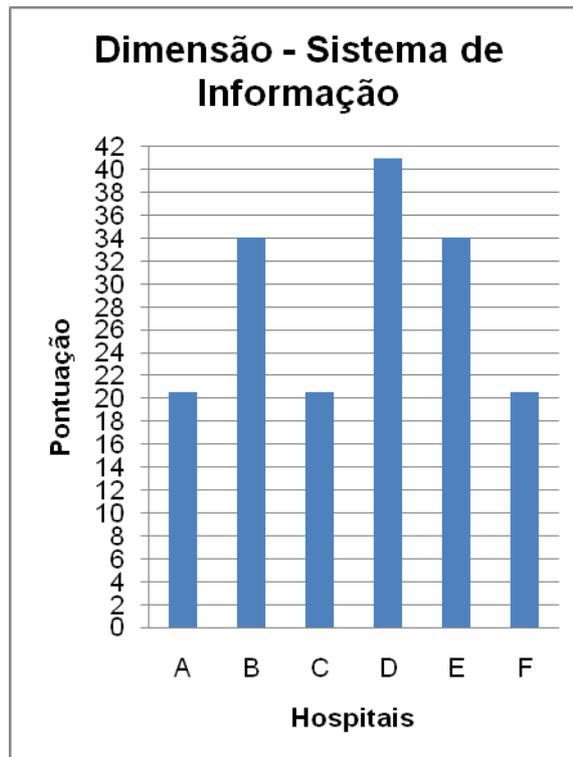
A dimensão relativa à **Constituição da Equipa de Gestão de Bloco Operatório**, podia obter como pontuação máxima 42 pontos, o que não se verificou para nenhum dos Blocos Operatórios.

Em dois dos Blocos Operatórios esta equipa é apenas constituída por dois elementos, o director de Serviço e a Enfermeira Chefe (Hospitais A e B) e os restantes apresentam uma equipa de gestão mais alargada com outros profissionais.

A participação de todos os profissionais nas decisões do serviço é, para além de uma fonte de motivação profissional com o envolvimento no funcionamento do mesmo, uma responsabilização partilhada, o que facilita a gestão de conflitos entre as diversas categorias profissionais.

No Bloco Operatório do Hospital E encontrámos uma equipa de gestão de Bloco Operatório mais estruturada e organizada, baseada nos princípios da Agência de Modernização do Nacional Health Service de Inglaterra.

Gráfico 4 – Sistemas de Informação



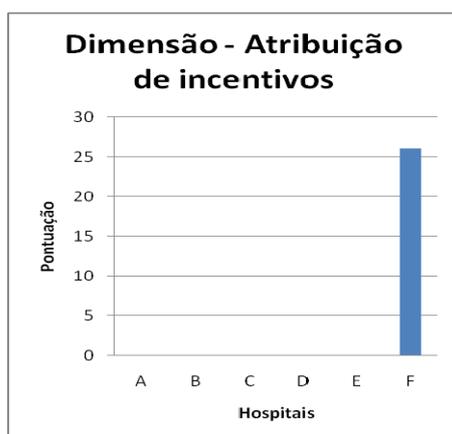
Nesta dimensão a pontuação máxima podia atingir os 41 pontos, o que apenas se verificou para o Bloco Operatório do Hospital D, onde o sistema de informação cumpria todos os requisitos necessários para esta dimensão: o sistema faz a gestão de doentes diariamente; faz a ligação entre os serviços de internamento e apoio Pós-operatório; permite o registo de actividades da equipa; estabelece mensalmente estatísticas dos dados para avaliação; encontra-se acessível e disponível em vários terminais para os vários profissionais; está articulado com o serviço de reposição de material.

O que se destaca nesta dimensão, observando o comportamento do sistema informático do Bloco Operatório do Hospital D, é a possibilidade de articulação com o serviço de reposição de material, sendo debitados por doente os consumíveis utilizados por cirurgia, que automaticamente entram no sistema de aprovisionamento e repostos directamente ao serviço por utilização real, não sendo necessário construir uma estatística de consumo.

Como foi referido na reunião de grupo nominal, existem sistemas de informação que nos conseguem monitorizar o funcionamento do Bloco Operatório, desde que os profissionais registem os horários das suas actividades no sistema.

O registo de todos os procedimentos realizados ao doente é uma questão legal. Tirando proveito das novas tecnologias, seria importante aproveitar o programa informático para recolher facilmente dados referentes aos indicadores seleccionados no estudo, como por exemplo o tempo médio por procedimento, tempo médio por equipa e taxa de ocupação de sala.

Gráfico 5 – Atribuição de incentivos



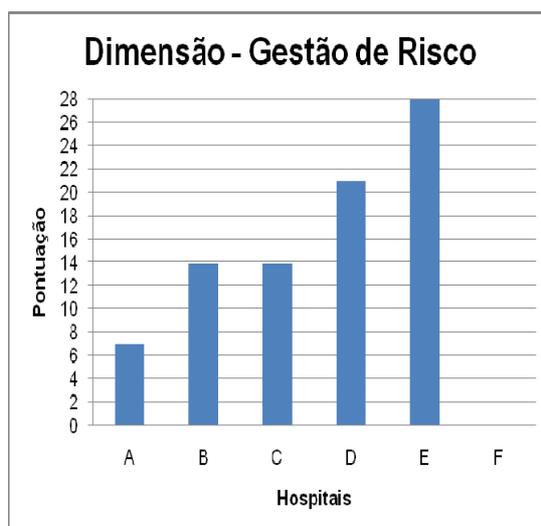
A dimensão, **Atribuição de Incentivos**, tem uma pontuação máxima 32 pontos, tendo sido atribuído ao Bloco Operatório do Hospital F 26 pontos. Os restantes Blocos Operatórios não obtiveram pontuação nesta dimensão.

Para esta avaliação apenas tivemos em conta a existência de um programa de incentivos e não considerámos como um incentivo a possibilidade de realizar cirurgia adicional. Esta nossa opção justifica-se pelo facto de a cirurgia adicional não comportar toda a equipa, mas sim apenas os interessados em realizar cirurgias fora do seu horário de trabalho, enquanto que um programa de incentivos, pelos seus objectivos iniciais é referente a todo o serviço ou departamento envolvido.

Esta atribuição de incentivos monetários que é feita no Bloco Operatório do Hospital F deve ser considerada e avaliada perante a satisfação dos profissionais relativamente a este sistema, assim como deve ter em conta os indicadores de qualidade.

O Bloco Operatório do Hospital F tem uma particularidade que poderá estar ligada com este programa de incentivos, que se reflecte nos indicadores recolhidos: a actividade do Bloco Operatório só terminar quando o programa operatório acaba.

Gráfico 6 – Gestão de Risco

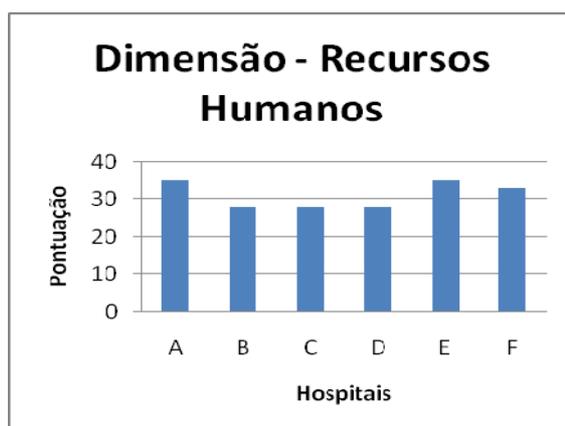


Para a avaliação da dimensão **Gestão de Risco** poderia obter-se uma pontuação máxima de 28 pontos, o que ocorreu no Bloco Operatório do Hospital E. Trata-se de um serviço de cirurgia Cardiorácica onde a política de gestão de risco está patente em toda a instituição. No entanto não se verifica esta dimensão no outro Bloco Operatório de cirurgia Cardiorácica, o Bloco Operatório do Hospital F, que não obteve qualquer pontuação nesta dimensão.

Com a introdução da *Check-List* Cirúrgica pela WHO, será fundamental realizar uma avaliação dos resultados desta lista de confirmação antes, durante e no fim do acto cirúrgico, com o objectivo de corrigir falhas e erros existentes no sistema.

A análise dos resultados referentes a esta lista e a todos os outros mecanismos de segurança não constituem um instrumento indicador de culpa ou de julgamento do acto, mas é uma forma de estudo para a avaliação de problemas que poderão ser evitados, diminuindo assim a possibilidade de risco tanto para o doente como para o profissional de saúde.

Gráfico 7 – Recursos Humanos



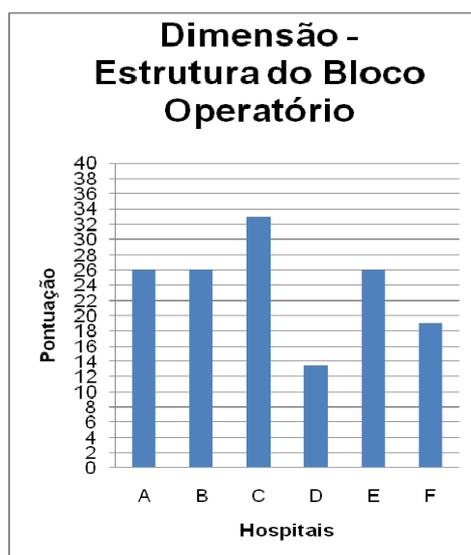
Na dimensão **Recursos Humanos** nenhum dos Modelos avaliados obteve a pontuação máxima de 40 pontos. Podemos no entanto destacar que da análise ao Hospital F, verificamos que é o único Bloco Operatório constituído por todos os profissionais de saúde em dedicação exclusiva, o que poderá estar relacionado com o facto de estarmos perante o único Bloco Operatório analisado que apresenta um sistema de atribuição de incentivos (consultar Gráfico 5).

Na reunião de grupo nominal foi salientado um aspecto importante que se prende com esta questão dos recursos humanos: a existência de enfermeira instrumentista. Visto ser uma lacuna em algumas realidades portuguesas, foi de consenso geral do grupo que seria fundamental a existência de uma enfermeira instrumentista: *“A existência ou não de enfermeira Instrumentista, em termos de tempo cirúrgico, influencia pois existe um maior cuidado na utilização do material (...) o profissionalismo influencia muito a produtividade desse mesmo Bloco Operatório.”* Perito C

Quanto à existência ou não de um equipa fixa por cirurgião, procedimento ou especialidade foi referido pelo Perito A na reunião de grupo nominal que *“o ideal seria ter um grupo como existe no sector privado onde as equipas são fixas, pois no público as equipas não são muitas vezes uniformes, as enfermeiras não são as mesmas, os ajudantes não são os mesmos”*, reflectindo-se isto nos indicadores e em todo o funcionamento do Bloco Operatório.

Mais uma vez fazemos referência a dois dos novos indicadores sugeridos pelos peritos: *“tempo médio por procedimento”* e o *“tempo médio por equipa”*. É importante referir que aqui podemos avaliar se efectivamente existe diferença, em termos concretos a existência de equipas fixas comparativamente com equipas em que o pessoal de enfermagem e os Anestesiologistas são rotativos.

Gráfico 8 – Estrutura do Bloco Operatório



Todos os Blocos Operatórios dos Hospitais analisados ficaram abaixo da classificação máxima para esta dimensão que se situa nos 39 pontos.

Nenhum dos Blocos Operatórios tem na dimensão de estrutura física uma sala de despertar e apenas o Bloco Operatório do Hospital C faz efectivamente a utilização da sala de indução anestésica. Apesar de existirem as estruturas físicas em outros Blocos Operatórios visitados, não são utilizados para esse efeito, como é o caso do Bloco do Hospital A.

No entanto, como vimos na pesquisa bibliográfica, a existência de uma sala de indução anestésica reduz o tempo de ocupação de sala, aumentando assim a possibilidade de tempo cirúrgico e a produtividade do Bloco Operatório.

Com os indicadores recolhidos não nos foi possível fazer a avaliação da produtividade face à existência de sala de indução anestésica, no entanto, segundo Vasconcelos (2005) a sala de indução anestésica é também uma sala adjacente à sala de operações que, é espaço de preparação do doente para a cirurgia, podendo ser de grande importância a sua utilização para a redução dos tempos efectivos de ocupação de sala, não reduzindo assim o tempo anestésico.

Gráfico 9 – Funcionamento em equipa



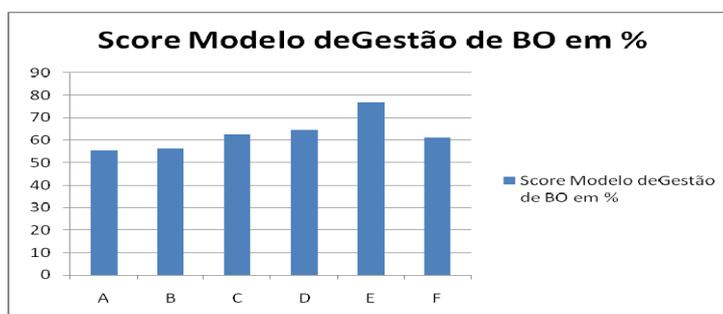
Na dimensão relativa ao **Funcionamento em equipa** os Blocos Operatórios dos Hospitais A, E e F obtiveram a pontuação máxima (20,5 pontos).

Dos itens observados nesta dimensão, nos Blocos Operatórios dos Hospitais B, C e D apenas se verificou a existência de um plano de reuniões com todos os profissionais (obtendo 6,5 pontos na classificação final).

O envolvimento de toda a equipa nos objectivos do serviço e o conhecimentos dos dados referentes à produção, qualidade e eficiência do trabalho desempenhado são cruciais para o empenho e motivação dos profissionais e desenvolve um espírito de equipa importante para o funcionamento de um serviço.

Depois de avaliar cada dimensão em separado, apresentamos um gráfico com o *Score* ponderado total, em percentagem, encontrado em cada Modelo de Gestão de Bloco Operatório.

Gráfico 10 – *Score* Modelo de Gestão de BO em %



Neste gráfico conseguimos observar directamente que o Modelo de Gestão de Bloco Operatório mais pontuado é o referente ao Bloco Operatório E, com um *score* ponderado de 249 pontos, que equivale a uma percentagem de cerca de 78%. O Modelo de Gestão de Bloco Operatório com menos pontuação atribuída foi o correspondente ao Bloco Operatório A, com 179,5 pontos, equivalente a 55%.

c) Monitorização e avaliação

Decidimos não apresentar nem correlacionar os indicadores que recolhemos junto dos hospitais com o *score* ponderado encontrado em cada visita *in-loco*, pois corríamos o risco de ter interpretações e tecer elações que não correspondessem à realidade analisada, dado que não conseguimos obter todos os dados em todos os hospitais.

Reunimos um grupo de peritos no assunto, para debater a questão da Monitorização da Gestão do Bloco Operatório, com o fim de encontrar um painel de indicadores, em consenso geral, que nos ajudassem futuramente na monitorização e avaliação do Bloco Operatório mais efectiva.

Depois de apresentarmos os resultados decorrentes da reunião iremos discutir os pontos que obtivemos em consenso geral, sendo eles:

1. Dividir os onze indicadores por momentos: antes, durante e depois do Bloco Operatório;
2. Definir correctamente cada indicador.

Para realizar as divisões e a definição dos indicadores suportámo-nos na revisão bibliográfica, no conhecimento prático da observação *in-loco* e das entrevistas realizadas ao longo do trabalho de projecto, bem como na reunião de grupo de peritos.

No primeiro momento da reunião de grupo nominal, depois de terem sido hierarquizados os indicadores utilizados na observação *in-loco*, foi de consenso geral que estes indicadores deveriam ser analisados em três momentos distintos visto que existem *“pré-requisitos e pós-requisitos... se eu tiver a montante uma boa gestão da lista de espera, uma boa preparação de doentes. É essencial programar a cadeia de valores a montante, para que os recursos humanos seleccionados não estejam parados”*. Perito A.

Existe uma dependência mútua entre o bloco operatório e os outros serviços, o que faz com que muitas vezes a programação a montante e a jusante tenha de ser igualmente bem estruturada para que no momento de iniciar a Cirurgia (produto do bloco operatório, propriamente dito) não tenhamos nenhuma interferência.

Estes serviços interdependentes e essenciais ao funcionamento do Bloco Operatório são, entre outros:

- A central de esterilização que prepara todo o material que será utilizado em cirurgia;
- O Serviço de sangue que é responsável por enviar e preparar todos os fluidos biológicos de que o doente necessite;
- O Serviço de enfermaria onde o doente está internado que prepara, envia e/ou recebe o doente;
- O Serviço de farmácia, responsável por gerir todos os fármacos existentes no Bloco Operatório assim como de enviar os medicamentos urgentes, caso seja necessário;
- Serviço de imagiologia, para cirurgias que impliquem a utilização de imagens no intra-operatório, os seus serviços deverão ser requisitados atempadamente e coordenados com o mesmo.

Depois de uma reflexão e discussão acerca dos indicadores encontrados, apresentamos um quadro com a divisão dos indicadores para a monitorização do Bloco Operatório, dividindo-os por três fases distintas: o momento antes; o momento durante; e o momento depois da cirurgia. Entendemos que é nesses momentos que o

indicador é avaliado, ou pode ser analisado numa perspectiva de melhoramento do funcionamento e gestão do serviço.

Quadro 11 – Divisão dos indicadores: diferentes momentos

Antes	Durante	Depois
Tempo médio de espera para cirurgia	Taxa de ocupação de sala	Taxa de readmissão 5 dias após a alta
Nº de recursos humanos	Nº de cirurgias realizadas	Taxa de infecção pós-cirúrgica
Lista de espera	Taxa de cancelamento cirúrgico	
Nº de camas de internamento cirúrgico	Tempo médio por procedimento	
Nº de salas de operações	Tempo médio por equipa	
<i>Case-mix</i> do serviço	Tempo médio de paragem por razões técnicas	
	Tempo médio de paragem por razões operacionais	

O número de recursos humanos encontra-se estabelecido previamente no início de uma cirurgia, no entanto é necessário confirmar a existência do mesmo para que se consiga realizar a cirurgia. Realizar uma previsão do número de camas de internamento e o número de salas de operações existentes para cirurgias é elementar para a programação cirúrgica. O facto de estes elementos não estarem de acordo com a capacidade instalada irá influenciar a produtividade do Bloco Operatório. Estas componentes podem não ser um indicador isoladamente mas determinam, juntamente com outros, a caracterização e avaliação do Bloco Operatório.

A taxa de cancelamento cirúrgico é um indicador do momento “durante”, pois são contabilizadas apenas as cirurgias canceladas “à porta do Bloco Operatório”. Será interessante registar os motivos desses cancelamentos para uma posterior análise e correcção. As cirurgias podem ser canceladas por diversos motivos: falta de tempo operatório; falta de recursos humanos; falhas técnicas; faltas de material; falta de condições pré-operatórias do doente (ex: febre); falhas operacionais...

Estes motivos podem reflectir também um tempo de interrupção no Bloco Operatório, momento este que deverá ser contabilizado para monitorizar o tipo de paragens, motivos e consequências, com o fim de melhorar e detectar as falhas existentes. Colocamos dois dos novos indicadores sugeridos pelos peritos na reunião de grupo nominal: o tempo médio de paragem, quer por razões técnicas, quer por razões operacionais.

O tempo médio por procedimento, e o tempo médio por equipa, são avaliados no momento “durante” a cirurgia, monitorizando, assim, os tempos médios que cada equipa ocupa a sala de operações para desenvolver um determinado procedimento e também o tempo que cada procedimento cirúrgico ocupa por sala, independentemente da equipa. Estes valores deverão ser comparados e avaliados, tanto dentro do mesmo serviço, como por hospital, ou mesmo internacionalmente, criando assim valores de referência para se conseguir realizar um planeamento cirúrgico baseado em tempos médios dos profissionais, rentabilizando a capacidade instalada de cada Bloco Operatório.

No entanto, segundo Strum et al (2000), embora existam *guidelines* para a estimativa dos tempos cirúrgicos, os cirurgiões trabalham a velocidades diferentes e poucas cirurgias tem a duração dentro do que são considerados os *standards*.

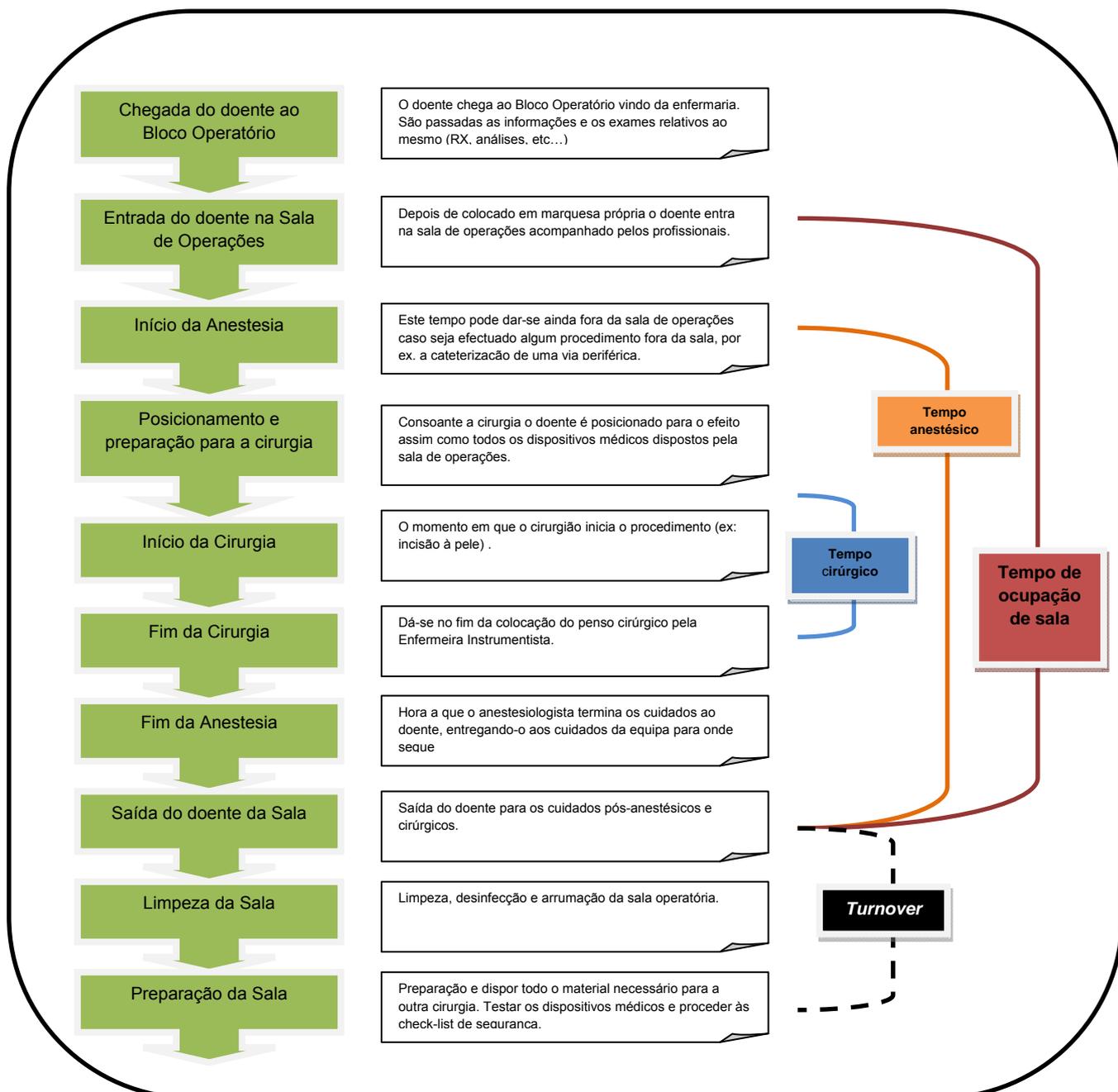
Os indicadores que colocámos no momento “depois” do Bloco são indicadores de avaliação da qualidade, são avaliados no pós-operatório, na enfermaria ou unidade de cuidados intensivos, estando relacionados também com a actividade do intra-operatório.

Um dos indicadores de monitorização e avaliação do Bloco Operatório mais discutido e que, para alguns dos peritos, era “suficiente” para analisar o funcionamento do Bloco Operatório numa primeira abordagem (e de uma forma rápida) seria a Taxa de Ocupação de sala. Como já referimos anteriormente na revisão da literatura, a taxa de ocupação de sala não é apenas a contagem do tempo cirúrgico (que seria o tempo médio por procedimento) mas sim o tempo efectivo de ocupação de sala pelo doente, sendo que o único tempo que não é contabilizado para essa taxa de ocupação seria o tempo de *Turnover*.

Apesar do tempo de *Turnover* não ser contabilizado é importante a sua análise pois “*Turnovers* muito lentos provocam atrasos, em relação ao planeado e, conseqüentemente, aumento desnecessário de custos” (Martins 2003:24)

Durante a reunião foi claro que todos os tempos deveriam ser analisados, numa perspectiva de média por acto cirúrgico ou por equipa, assim como de avaliação de atrasos, ocorrências e incidentes, registados e analisados à posteriori, numa perspectiva de melhoria de cuidados e de utilização de recursos. Assim, decidimos elaborar um esquema, baseado em definições já apresentadas na revisão bibliográfica, que nos elucidam quanto aos tempos certos a contabilizar e a analisar:

Imagem 1 – Tempos Operatórios



Definições dos tempos operatórios adaptados de Andrew, H., William. Z., 1998

No final da reunião, foi do consenso geral que deveria ficar discriminado cada indicador seleccionado, de modo a ser aplicado de uma forma uniforme para todos os utilizadores, imprimindo assim uma maior facilidade na sua aplicabilidade no bloco operatório e comparação entre os mesmos.

De acordo com a bibliografia consultada, foi possível elaborar uma definição para cada indicador do painel encontrado. Tentamos neste quadro clarificar cada um dos indicadores, tendo sempre em conta que deverá existir um valor de referência, com

vista a uma comparação analítica e a possibilidade de utilizar técnicas de *benchmarking*.

Quadro 12 - Descrição dos indicadores para monitorização do Bloco Operatório

Indicadores para monitorização do Bloco Operatório	Descrição
taxa de ocupação de sala	Coeficiente entre as horas realmente utilizadas na cirurgia programada e o total de horas disponíveis para a cirurgia programada
tempo médio de paragem por razões técnicas	Tempo, em média, que a sala de operações esta pronta a ser utilizada e não o é efectivamente devido a razões técnicas, sendo elas: todos os factores que se prendem com os materiais, equipamentos e estruturas inerentes ao funcionamento do Bloco Operatório. (por exemplo a falta de água, a não existência de um material específico, a falha de elevador que serve o Bloco Operatório, etc)
case-mix do serviço	Coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos
tempo médio de paragem por razões operacionais	Tempo, em média, que a sala de operações esta pronta a ser utilizada e não o é efectivamente devido a razões Operacionais, sendo elas: todos os factores que se prendem com a operacionalidade do sistema, nomeadamente recursos humanos, rotinas, encadeamento entre serviços. (por exemplo a falta de um elemento, o atraso na esterilização, o tempo de transporte entre enfermaria e Bloco Operatório)
taxa de infecção pós-cirúrgica	Reflecte o número de infecções cirúrgicas face ao número total de cirurgias efectuadas
nº cirurgias/ano	Nº de cirurgias realizadas no ano
taxa de readmissão 5 dias após a alta	"Porcentagem de (re) admissões dos doentes provenientes do Internamento ou do Ambulatório, nos cinco dias subsequentes à alta do doente, ocorridos no período em análise" (Portugal. MS. ACSS, 2007a).
taxa de cancelamento cirúrgico	Número de cirurgias canceladas à porta do Bloco Operatório/ Numero de cirurgias
tempo médio de espera para cirurgia	"Mediana do tempo de espera dos utentes com registos activos" (Portugal. MS. ACSS ,2007a:108)
tempo médio por procedimento	Tempo, em média, que um procedimentos cirúrgico ou anestésico, demora a ser executado, independentemente da equipa.
nº de recursos humanos	Nº de recursos humanos/por cirurgia (pela bibliografia: 1 cirurgião, 1 ajudante, 1 Anestesiologista, 3 enfermeiros)
tempo médio por equipa	O tempo, em média, que uma equipa (Cirurgião, ajudante, anestesista e equipa de enfermagem) demora a realizar um procedimento
lista de espera	Nº de doentes inscritos em lista para cirurgia
nº de camas de internamento cirúrgico	Nº de camas existentes no serviço de internamento que recebe os doentes operados cirúrgicos
nº de salas de operações	Nº de salas existentes no Bloco Operatório para desenvolver actos cirúrgicos

Visto não existirem valores de referência em Portugal de alguns destes indicadores, como por exemplo o tempo médio por procedimento, encontramos aqui uma janela de oportunidade à realização de uma investigação acerca deste assunto, com a recolha exaustiva destes tempos de utilização de bloco operatório, possibilitando a criação de um painel de indicadores com valores *standars*.

Quanto à questão fundamental de investigação deste trabalho de Projecto *Podemos eleger um modelo de gestão mais efectivo para o Bloco Operatório de um Hospital?* entendemos necessário dar resposta às quatro questões operacionais em que esta se desdobra:

Que modelo de gestão de Bloco Operatório é considerado mais efectivo?

Dos seis Blocos Operatórios estudados o Bloco Operatório que mais pontuação obteve no *score* ponderado total foi o Bloco Operatório E (Ver gráfico 10). Embora se tenha verificado que este não contempla um sistema de atribuição de incentivos, este Modelo de Gestão de Bloco Operatório obteve uma boa pontuação.

Contudo foi o Modelo de gestão de Bloco Operatório com características mais relevantes para este estudo, nomeadamente a existência da equipa de gestão de Bloco Operatório e de Risco, bem como o seu sistema de informação e de comunicação entre os serviços.

Não o poderemos considerar o mais efectivo dado que não foi possível estabelecer uma relação directa entre o seu Modelo de Gestão e os indicadores seleccionados para a sua avaliação.

Que modelo de gestão de Bloco Operatório melhor optimiza os seus recursos e meios para uma maior eficiência?

De todos os blocos operatórios visitados não encontramos nenhum que não rentabilizasse os seus recursos humanos face ao que está instituído, isto é, não existiam recursos humanos a mais para a capacidade instalada existente.

Quais as dimensões do Modelo de Gestão de Bloco Operatório mais evidenciadas nos Blocos Operatórios estudados?

No decorrer das visitas aos seis Blocos Operatórios consideramos ser importante evidenciar alguns pontos-chave que se destacaram, nomeadamente:

- O sistema de incentivos implementado pode funcionar como factor de motivação dos profissionais, alterando todo o Modelo de Gestão de Bloco

Operatório, como, por exemplo, o funcionamento do mesmo, pois estamos perante uma produção por objectivos e com vista a uma concretização acrescida de produção. Este poderá ser considerado um ponto de partida para um estudo mais aprofundado no que toca à satisfação dos profissionais, à qualidade do trabalho e quanto à produtividade do serviço;

- O sistema de informação estar articulado com o serviço de reposição de material, existindo um débito directo do material gasto por doente, como sucede no Bloco Operatório D e como podemos encontrar na revisão bibliográfica, segundo Macario e Canales (2001), já que um sistema de controlo de material permite um “inventário” hospitalar baixo, reduzindo assim os gastos desnecessário, ao utilizar-se o denominado “*Just-in-time inventory control*”;
- A pertinência da sala de indução para o início da anestesia, como nos refere a bibliografia pesquisada, para a redução efectiva do tempo de ocupação de sala;
- A formação especializada e direccionada de todos os profissionais intervenientes no Bloco Operatório é uma necessidade e a falta de um plano de formação específico revela-se como uma lacuna na nossa realidade, principalmente no que respeita à enfermagem;
- A existência de uma equipa de Gestão de Risco e uma contínua metodologia de prevenção e monitorização do erro, com vista ao desenvolvimento de técnicas seguras que proporcionem um ambiente saudável de trabalho;
- A existência de uma equipa de gestão de bloco operatório, responsável pelo planeamento cirúrgico e com definições próprias, englobando uma equipa multidisciplinar, à semelhança do que podemos encontrar no NHS, como foi referido por Bilbao e Fragata (2006), na criação do Programa de Modernização dos Blocos Operatórios;
- A envolvimento de toda a equipa nos objectivos do serviço, concretização dos mesmos e nos dados referentes à produção, deve ser igualmente importante para o funcionamento do serviço e de um espírito de equipa verdadeiro.

Quais os indicadores mais adequados para a avaliação e monitorização do Bloco Operatório?

Não existindo apenas um indicador capaz de avaliar e monitorizar o Bloco Operatório identificámos, para além dos escolhidos para recolher juntos dos Blocos Operatórios estudados, quatro novos indicadores, em consenso geral com os peritos.

Quadro 6 – Novos indicadores para monitorização do Bloco Operatório

Novos Indicadores para monitorização do Bloco Operatório Consenso do grupo
Tempo médio de paragem por razões técnicas
Tempo médio de paragem por razões operacionais
Tempo médio por procedimento
Tempo médio por equipa

Estes indicadores são susceptíveis de ser aplicados e poderão fazer parte de um projecto inovador para a monitorização e avaliação dos Blocos Operatórios Portugueses, face a uma modernização com rumo a um modelo de gestão mais efectivo.

Seria importante a comparação destes valores em contexto público e privado e ainda entre a cirurgia programada e a cirurgia adicional, para verificar se realmente existem diferenças significativas.

A utilização destes tempos reflecte a sua importância não só na elaboração do programa operatório, bem como na utilização das salas, sendo possível identificar um tempo médio para cada procedimento a realizar consoante a equipa.

Podemos eleger um modelo de gestão mais efectivo para o Bloco Operatório de um Hospital?

Efectivamente não existe um único modelo de Gestão de Bloco Operatório que se consiga aplicar a todos os blocos operatórios, pelo simples facto de que todos os Blocos Operatórios são diferentes, com características próprias e especificidades muito peculiares. No entanto, no nosso Trabalho de Projecto, podemos distinguir dois modelos de gestão de Bloco Operatório, o do Bloco Operatório E (que obteve maior

pontuação entre os seis analisados) e o do Bloco Operatório F, pelo destaque que tiveram nas seguintes dimensões:

- O sistema de incentivos implementado;
- O sistema de informação e de comunicação entre os restantes serviços, decorrendo de uma informação actualizada e um seguimento do doente em todo o seu percurso;
- A existência de uma equipa de Gestão de Risco e uma contínua metodologia de prevenção e monitorização do erro;
- A existência de uma equipa de Gestão de Bloco Operatório, responsável pelo planeamento cirúrgico e com definições próprias, englobando uma equipa multidisciplinar;
- A envolvimento de toda a equipa na concretização dos objectivos e na análise da produção e dos dados referentes ao funcionamento do serviço.

Seria importante que nos Blocos Operatórios se destacassem estas componentes e que se recolhesse exaustivamente os dados referentes, tanto à produção como à qualidade, acessibilidade e desempenho para que num futuro próximo fosse possível a realização de *benchmarking*.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LINHAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURAS

Este trabalho teve como objectivos principais: a elaboração da grelha de observação para análise dos Modelos de Gestão de Bloco Operatório, baseada na bibliografia existente e validada por um grupo de peritos; a avaliação dos modelos de gestão de seis blocos operatórios; o desenho de um painel de indicadores para a monitorização e avaliação da performance do Bloco Operatório em consenso geral com um outro grupo de peritos, recorrendo à técnica de grupo nominal.

Estes três pontos em que se centra o nosso trabalho parecem ser inovadores e acrescentar valor à gestão da saúde, pois a partir daqui podem ser desenvolvidos estudos mais aprofundados sobre Gestão dos Blocos Operatórios e iniciar a recolha de dados, tempos e informação que se reflectirão em indicadores de monitorização e performance, os quais são essenciais para a avaliação e análise do funcionamento do bloco operatório, bem como uma ferramenta essencial no seu planeamento e organização. Encaramos como um desafio futuro importante a recolha exaustiva destes dados, com vista à utilização de técnicas de *benchmarking* para a melhoria contínua da utilização do bloco operatório face aos seus objectivos e funções, optimizando a capacidade instalada, não permitindo uma inadequada utilização dos seus recursos.

Um projecto futuro a ter em conta poderá ser a análise, investigação e criação de um painel com tempos médios de referência nacional, como por exemplo:

- Tempo médio por procedimento;
- Tempo médio de paragem por razões técnicas;
- Tempo médio de paragem por razões operacionais;
- Taxa de ocupação de sala.

Os objectivos inicialmente apontados no Protocolo revelaram-se ambiciosos, tendo em conta o tempo disponível para a realização do trabalho, o que nos levou, a não concretizar todos os objectivos inicialmente traçados, nomeadamente a componente de investigação internacional, a qual teria sido, sem dúvida uma mais-valia, numa perspectiva de comparação com a situação nacional encontrada, ou seja, a

possibilidade de recorrer a técnicas de *Benchmarking*, importando ideias, teorias e novos modelos que acrescentassem valor.

No decorrer de todo o Trabalho de Projecto desenvolvido em várias etapas, conforme descrito anteriormente não nos foi possível avaliar a eficiência na amostra seleccionada, à luz dos modelos de Gestão de Bloco Operatório implementados, pois não dispúnhamos de dados suficientemente sólidos para esse efeito. Para alcançar este objectivo seriam necessários mais dados relativos, tanto ao funcionamento do Bloco Operatório, como no que se refere aos indicadores de produção, qualidade, recursos e gestão (horas de funcionamento de Bloco Operatório para cirurgia programada/dia; peso da cirurgia de ambulatório na cirurgia programada; número de horas extraordinárias dos trabalhadores; número de cirurgias efectuadas em programa de adicional).

Como referimos, a avaliação de um Modelo de Gestão de Bloco Operatório implica uma avaliação da satisfação dos profissionais e dos utentes, bem como o tipo de liderança e até mesmo o perfil dos profissionais em questão, pelo que estas também devem ser dimensões a ter em conta numa análise futura.

Consideramos da maior importância as características específicas que se destacaram, para cada modelo e que correspondem a componentes essenciais para um modelo de Gestão de Bloco Operatório mais efectivo, como por exemplo: a existência de um programa de incentivos; o investimento no sistema de informação que possibilite a comunicação entre os serviços e entre os profissionais, que siga o doente em todo o seu percurso dentro da instituição e que esteja directamente ligado ao serviço de reposição de materiais para um débito directo de gastos; a criação de uma equipa de gestão de bloco operatório multiprofissional para a monitorização e avaliação de todo o funcionamento e planeamento de bloco operatório, bem como a existência de uma equipa de gestão de risco.

No entanto, face à dimensão da amostra os resultados evidenciam uma clara validade interna, mas perdem em validade externa, pelo que os resultados apresentados neste trabalho de projecto não poderão ser passíveis de generalização.

Acreditamos que com o esforço de todos os profissionais e a vontade conjunta de melhorar o funcionamento dos seus serviços, a utilização cada vez mais efectiva do Bloco Operatório é uma meta concreta, que poderá ser alcançada a curto prazo. O interesse da utilização máxima da capacidade instalada e dos recursos disponíveis tem de ser um objectivo não só da administração mas também de todos os

profissionais que apostam as suas carreiras e muitas vezes a vida pessoal em prole de um objectivo comum. Os desperdícios e os gastos excessivos com ineficiente utilização do Bloco Operatório deverá ser contabilizada e analisada exaustivamente para detecção dos problemas existentes, com o fim de os resolver e minimizar os desperdícios de recursos.

Importante é criar condições para que seja possível a aplicação de técnicas e modelos a seguir. A contínua investigação neste tema é uma mais-valia para todos os profissionais, conseguindo investigar o caminho a seguir e detectar os problemas existentes, facilitando assim a implementação de boas práticas com valores de referência a seguir.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, S.; FREIRE, T. - Metodologia da investigação em psicologia e educação. – 2ª ed. - Braga: Psiquilíbrios, 2000.
- AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS - Guidelines for design and constructions of health care facilities. Washington, DC : Academy of Architecture for Health. American Institute of Architects, 2006. ISBN 157-1650024.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – About ASA. [Em linha]. [Consult. 12-10-2009]. Disponível em <http://www.asahq.org>.
- ANDREW, H., WILLIAM, Z., ed. lit. – Operating room management: structure, strategies & economics. St. Louis : Mosby 1998. ISBN 0-8151-4178-5.
- BARBOSA, T. - Análise da variação do consumo de recursos nos grupos de diagnósticos homogéneos: projecto de investigação aplicada. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2005. Dissertação elaborada no âmbito do XXXIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2003/2005.
- BARROS, P. P. - Economia da saúde : conceitos e comportamentos. Coimbra: Almedina, 2005.
- BILBAO M.; FRAGATA, I. – Gestão do bloco operatório em risco clínico : complexidade e performance. Coimbra : Almedina, Maio 2006.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - Investigação qualitativa em educação : uma introdução à teoria e aos métodos. Porto : Porto Editora, 1994.
- BOLANDER, V. B. - Necessidades humanas. In LUCKMANN, J. ; SORENSEN, K. – Enfermagem fundamental : uma abordagem psicofisiológica. 3ª ed. Capítulo 15. Lisboa : Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5. 307-328.
- CARMO, H.; FERREIRA, M. - Metodologia da investigação : guia para a auto-aprendizagem. 2ª ed. Lisboa : Universidade Aberta, 2008.
- CASEIRO, J. M. - A anesthesiologia : uma especialidade com impacto social : definição de alvos e estratégias de divulgação. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**. 14 : 4 (2005) 12-13.

- CASSIANI S., RODRIGUES L. – A técnica de Delphi e a técnica de Grupo Nominal como estratégia de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. [Em linha]. **Acta Paulista de Enfermagem**. 9 : 3 (Set/Dez 1996). [Consult. Outubro 2009] Disponível em WWW:<http://www.unifesp.br/denf/acta/1996/9_3/pdf/art10.pdf>
- CHAABANE, S. – Gestion prédictive des blocs opératoires. Lyon : Institut National des Sciences Appliqués de Lyon, 2004. Tese de Doutorado em Informática e Sistemas Cooperativos para Empresas pela Instituto de Ciências Aplicadas de Lyon, 2004.
- CHAMPAULT, A. *et al.* - Can the time between interventions be reduced in the operating theatre? **Annals de Chirurgie**. 128 : 9 (2003) 599-602.
- COSTA, C. – Os DRGs (*Diagnosis Related Groups*) e a gestão do hospital. **Revista Portuguesa de Gestão**. III/IV (1994) 47-65.
- COSTA, C.; LOPES, S. – Produção hospital : a importância da complexidade e da gravidade. **Revista Português de Saúde Pública**. Volume Temático : 4 (2004) 35-50.
- DECRETO REGULAMENTAR nº 63/9. D.R.Iª Série - B. 253. (1994-11-02) 6591-6601 - Estabelece os requisitos relativos a instalações, organização e funcionamento das unidades privadas de saúde.
- DONHAM, R.T.; MAZZEI, W.J.; JONES, R.L. - Association of anesthesia clinical directors' procedural times' glossary. **American Journal of Anesthesiology**. 23 : S5 (1996) 4-12.
- EPSTEIN, R.; DEXTER, F. - Uncertainty in knowing the operating rooms in which cases were performed has little effect on operating room allocations or efficiency. **Anesthesia and Analgesia**. 95 : 6 (2002) 1726-1730.
- ESTRELA, A. - Teoria e prática de observação de classes : uma estratégia de formação de professores. Porto : Porto Editora, 1994.
- FAIRCHILD, S. – Perioperative nursing : principles and practice. 2nd ed. London : Little, Brown and Company, 1996. ISBN 0-316-25969-1.
- FORTIN, M-F. - O processo de investigação : da concepção à realização. Loures : Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, 1999.

- FULLER, J. R. – Tecnologia cirúrgica: princípios e prática. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2000. ISBN 20040-040.
- HARRIS, A.P.; ZITZMANN, W. G., Jr. - Operation room management : structure, strategies & economics. St. Louis : Mosby-Year Book, 1998.
- HOPE – DRGs as a financing tool. [Em linha]. Brussels : European Hospital and Healthcare Federation, 2006. [Consult. 12-04-2008]. Disponível em http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf.
- KUHN, Jane - Operating room management. In MALAGONI, M. ed. lit. - Critical issues in operating room management. London : Lippincott Raven Publishers, 1996.
- LUBARSKY, D. A. - Incentivize everything, incentivize nothing. **Anesthesia and Analgesia**. 100 : 2 (2005) 490-492.
- MACARIO, A. ; CANALES M.G. – Can peri-operative quality be maintained in the drive for operating room efficiency? An American perspective. **Best Practice & Research Clinical Anesthesiology**. 15 : 4 (2001) 607-619.
- MACARIO, A. *et al.* - Where are costs in perioperative? Analysis of hospital costs and charges for inpatient surgical care. **Anesthesiology**. 83 : 6 (1995) 1138-1144.
- MARTINS, M. – Identificação e aplicação a blocos operatórios de Key Performance Indicators. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2003. Dissertação elaborada no âmbito do XXXI Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2001/2003.
- MILLER, R.D. - Academic anesthesia faculty salaries : incentives, availability and productivity. **Anesthesia and Analgesia**. 100 : 2 (2005) 487-489.
- NUNES, C. ; AFONSO, A. - Apontamentos de introdução às probabilidades e estatística. Évora : Área Departamental das Ciências Exactas. Universidade de Évora, 2005.
- NUNES, J. M. *et al.* - Organização e gestão : a departamentalização como conceito. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**. 15 (2006) 9-

12. Documento apresentado no Congresso Sociedade Portuguesa de Anestesiologia em Lisboa, Março 2005.
- OPPENHEIM, A. N. - Questionnaire design and attitude measurement. London : Heinemann Educational Books, 1979.
 - OVERKYK F. J. *et al.* - Estrategias satisfactorias para mejorar la eficacia en los quirófanos en las instituciones académicas. **Anesthesia and Analgesia**. 3 (1998) 193-203.
 - PANDIT, J. J.; WESTBURY, S.; PANDIT, M. – The concept of surgical operating list “efficiency” : a formula to describe the term. **Anesthesia**. 62 (2007) 895-903.
 - PARRA, O. M.; SAAD, W. A. – Instrumentação cirúrgica. 3ª ed. Rio de Janeiro : Livraria Atheneu, 1998.
 - PEREIRA J. – Economia da saúde : glossário de termos e conceitos. 3ª ed. Lisboa : APES, 2004. (Documento de trabalho; 1/93).
 - PORTARIA Nº 110 A/2007. D. R. 1ª Série. 16 Suplemento. (2007-01-23) 636-(2) - 636-(124) - Altera a Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, que aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento, e aprova a lista de classificação dos hospitais para efeitos de facturação dos episódios da urgência.
 - PORTUGAL. ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES (AESOP) - Enfermagem perioperatória : da filosofia à prática dos cuidados. Lisboa : Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.
 - PORTUGAL. IEFP – Classificação Nacional de Profissões. [Em linha]. Lisboa : Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001. [Consult. Maio 2008]. Disponível em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/CAP2.pdf>.
 - PORTUGAL. IEFP – Perfil profissional auxiliar de acção Médica. [Em linha]. Lisboa : Instituto de do Emprego e Formação Profissional, 2007. [Consult. Novembro 2009]. Disponível em <http://www.iefp.pt/formacao/certificacao/OfertaCertificacao/Documents/Certifica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Aptid%C3%A3o%20Profissional%20no%20Sec>

[tor%20da%20Sa%C3%BAde/AUXILIAR%20DE%20ACO%20MDICA%20SAU-003-NET.pdf](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/conceitos.aspx?ID=PT)

- PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Conceitos de Saúde. [Em linha] Lisboa : INE, 2002 [Consult: Maio 2008]. Disponível em <http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/conceitos.aspx?ID=PT>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – Orçamento do Estado para 2009 : relatório. [Em linha]. Lisboa : Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2009. [Consult. Novembro 2009]. Disponível em <http://www.dgo.pt/OE/2009/Aprovado/Relatorio/Rel-2009.pdf>.
- PORTUGAL. MS – Portal da Saúde. [Em linha]. Lisboa : Ministério da Saúde 2007. [Consult. Novembro 2009]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt>.
- PORTUGAL. MS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia : manual de gestão de inscritos para cirurgia: processo de gestão de utentes : Versão 3. [Em linha]. Lisboa : Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Ministério da Saúde, 2005. [Consult. Novembro 2009]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SIGIC/Manual_SIGIC.pdf.
- PORTUGAL. MS. ACSS – Contratualização : indicadores de acompanhamento dos objectivos nacionais do Contrato Programa 2008. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2008. [Consult. Maio 2008]. Disponível em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Indicadores/Fichas%20Indicadores%20Nacionais.pdf.
- PORTUGAL. MS. ACSS - GDH : Sistema de Financiamento/Classificação de Doentes em Grupos de Diagnóstico Homogéneos. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2007e. [Consult: Maio 2008]. Disponível em www.acss.min-saude.pt/Projectos/Proj_Implem/GDH.htm.
- PORTUGAL. MS. ACSS – Hospitais EPE: o processo de empresarialização. [Em linha]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2007d. [Consult. Outubro 2008]. Disponível em

http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Apresentacao/?wbc_purpose=basic.

- PORTUGAL. MS. ACSS – Indicadores de acompanhamento dos hospitais : produtividade e eficiência operacional. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2007c. [Consult. Maio 2008]. Disponível em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Indicadores/Fichas-Ind-Acomp%20Hosp%20-%20Produtividade%20e%20Efici%C3%Aancia.pdf.
- PORTUGAL. MS. ACSS - Indicadores de acompanhamento dos hospitais. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2007a. [Consult. Outubro 2008]. Disponível em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Indicadores/Fichas-Ind-Acomp%20Hosp%20-%20Actividade.pdf.
- PORTUGAL. MS. ACSS - Indicadores de acompanhamento dos hospitais. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2007b. [Consult. Outubro 2008]. Disponível em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Indicadores/Fichas-Ind-Acomp%20Hosp%20-%20Produtividade%20e%20Eficiencia.pdf.
- PORTUGAL. MS. ARSLVT – Glossário. [Em Linha]. Lisboa: Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. Ministério da Saúde, [200-] [Consult. Outubro 2008]. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario.pdf>.
- PORTUGAL. MS. Departamento de Recursos Humanos - Cálculo de necessidades de pessoal de enfermagem. Lisboa : Departamento de Recursos Humanos. Ministério da Saúde, Junho 1999.
- PORTUGAL. MS. DRHS — Orientações gerais para a utilização dos auxiliares de acção médica e tarefas a executar por esse pessoal. Lisboa : Departamento de Recursos Humanos de Saúde, 24 de Agosto de 1989. (Circular Normativa; 12/89).

- PORTUGAL. MS. IGIF. DEPARTAMENTO DE PLANEAMENTO E CONTRATAÇÃO - Cálculo dos doentes equivalentes e do Índice de Case-Mix de acordo com a Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro e Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho. [Em linha]. Lisboa : Departamento de Planeamento e Contratação. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Ministério da Saúde, 2007. [Consult: Maio 2008]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Tabelas_Impressos/C%C3%A1lculo_dodoenteequivalenteelCM.pdf.
- PORTUGAL. MS. DGS - O hospital português. Lisboa : Direcção-Geral de Saúde. Ministério da Saúde, 1998.
- PORTUGAL. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante. [Em linha]. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, Setembro 2004. [Consult. Dezembro 2006]. Disponível em WWW:< <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=422&version=1>>
- PORTUGAL. ORDEM DOS MÉDICOS - Regulamento sobre o acompanhamento e responsabilidade do anestesiológista pelo doente submetido a actos médicos de anestesia ou sedação. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**. 16 : 5 (2007) 24.
- PUTSET, E. – Modern hospital : international planning practices. London : Lloyd-Luke, 1979. ISBN 0 85324 141 4.
- QUIVY, R.; CAMPENHAUDT, L.V. - Manual de Investigação em ciências sociais. Lisboa : Gradiva, 1992.
- SAADANI, N. H.; GUINET, A.; CHAABANE, S. – Ordonnancement des blocs operatoires. In MOSIM : Conference francophone de MODélisation et SIMulation, 6, Rabat Maroc, 06 du 3 au 5 avril 2006 – Actes. Rabat : [s.n.], 2006.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. - Metodologia de pesquisa. S. Paulo : McGraw-Hill, 2003.
- SANTANA, R. - O financiamento hospitalar e a definição de preços. **Revista Portuguesa de Saúde Publica**. Volume Temático : 5 (2005) 93-118.

- STRUM D., P., *et al.* – Surgeon and type of anesthesia predict variability in surgical procedure times. **Anesthesiology**. 29 (2000) 1454-1466.
- TAVARES, Jorge - História da anestesiologia portuguesa. Lisboa : Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2008.
- TEIXEIRA, Sebastião - Gestão das organizações. 2ª ed. Lisboa : McGraw-Hill, 2005. ISBN: 844-814-617-4.
- TUCKMAN, B. - Manual de investigação em educação. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.
- TYLER D. C., PASQUARIELLO C. A., CHEN C. H. – Determining optimum operating room utilization. **Anesthesia & Analgesia**. 96 : 4 (2003) 1114-1121.
- UK. NHS Estates – Facilities for surgical procedures. Vol 1. London : Executive Agency of the Department of Health. NHS Estates, 2004. (Building Note; 26). ISBN 0-11-322495-8.
- URBANO, J.; BENTES, M. – Definição da produção do hospital: os grupos de diagnósticos homogéneos. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 8 : 1 (Jan/Março 1990) 49-60.
- VALLES, M. S. - Técnicas cualitativas de investigación social : reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid : Editorial Sintesis, 1997.
- VASCONCELOS, M., G. – Factores com influência na produtividade dos departamentos de anestesiologia : estudo sobre hospitais universitários europeus. Coimbra : Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra, 2005. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.
- WHO – WHO guidelines for save surgery 2009 : save surgeries save lives. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2009. [Consult. Dezembro 2009] Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf.

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de Autorizações

Exmo Senhor

Assunto: Pedido de autorização para observação do Modelo de Gestão do Bloco Operatório

No âmbito do segundo ano do III Curso de Mestrado de Gestão de Saúde, Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado, pretende desenvolver o Trabalho de Projecto com o tema: “Gestão de Bloco Operatório – Modelos de Gestão”, cuja orientação está a cargo dos Professores Ana Escoval e o Julian Perelman,

A Gestão de um Bloco Operatório não se prende apenas com a gestão de recursos materiais e humanos, mas sim com a gestão de tempos cirúrgicos, rentabilização dos recursos, organização e planeamento das actividades para que se consiga ao máximo otimizar recursos escassos e dispendiosos em prol de um serviço e de um bem necessário.

Cada Bloco Operatório tem o seu funcionamento próprio, o seu Modelo de Gestão, as suas hierarquias e métodos de organização verificando-se existirem diferentes níveis de rentabilidade, mas procurando-se em todos eles atingirem o máximo de eficiência.

Com o Trabalho de Projecto pretendemos:

- Analisar modelos de gestão de bloco operatório a nível internacional e em contexto nacional, de modo a identificar os pontos comuns entre eles;
- Observar Modelos de Gestão de Blocos Operatórios em experiências nacionais e internacionais;
- Analisar a oferta, a procura e a capacidade instalada de pelo menos 3 Hospitais em Portugal;
- Avaliar a rentabilidade/produktividade na amostra seleccionada à luz dos modelos de Gestão de Bloco Operatório implementados.

Como questão fundamental e de investigação:

- Que modelo de Gestão de Bloco Operatório melhor otimiza a função de utilização (oferta/procura/capacidade instalada)?

Para que esta avaliação seja feita é necessária a observação do funcionamento do Bloco Operatório, num dia de cirurgia programada e a realização de algumas entrevistas assim como informações relativas ao seu planeamento e funcionamento, para esquematizar o modelo de gestão do Bloco Operatório em causa.

Todos os hospitais têm garantido o anonimato, dado que o que é relevante no estudo é o Modelo de Gestão afecto a cada Bloco Operatório e não o Hospital em causa.

Vimos por este meio solicitar V. Ex.^a seja autorizada a observação de um dia de funcionamento de Bloco Operatório para colheita de dados referentes ao modelo de gestão de acordo com uma grelha de observação e entrevista aos responsáveis pela gestão do Bloco Operatório.

Agradecendo antecipadamente, a colaboração da organização que V. Ex.^a dirige para a realização deste estudo e estamos disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos que entendam necessários.

Ana Maria Pegado – 968090636

Email – am.pegado@ensp.unl.pt

Com os melhores cumprimentos

(Prof^a Ana Escoval)

(Ana Maria Pegado)

ANEXO II

Guião e Entrevistas

Exploratórias

Entrevista Exploratória – Guião

1. O que é para si Gestão do Bloco Operatório?
2. A Gestão de Bloco Operatório deverá ser feita por quem?
3. Quem deverá ser o responsável pela Gestão de Bloco Operatório?
4. Neste Bloco Operatório existe algum modelo de Gestão de Bloco? Como funciona?
5. Existe apoio das novas tecnologias de info. (programa de gestão de BO)?
6. Quais as barreiras que encontra para a implementação de um Modelo de Gestão de Bloco Operatório baseado numa equipe multidisciplinar?

Características próprias do Bloco Operatório:

1. Horário de funcionamento:
2. Horário dos profissionais :
3. Recobro próprio?
4. Urgências?
5. Equipa própria de profissionais (enfermeiros, anestesistas, cirurgiões, por especialidade?)
6. Adicional?
7. Nº de Salas operatórias:

Entrevista Exploratória – Dr. [REDACTED] – Neurocirurgião [REDACTED] Q
que é para si Gestão do Bloco Operatório?

Dr. [REDACTED] – Gestão de BO é o conjunto de actividades de gestão nas suas várias vertentes que têm como objectivo pôr o BO a funcionar de forma eficiente. Inclui, entre outros, gestão de recursos humanos (provavelmente a mais importante e difícil), logística/stocks, optimização de tempos cirúrgicos, manutenção/renovação de material não “disposable”... Inclui ainda as relações com as direcções de serviço, de enfermagem e administradores / CA.

1. A Gestão de Bloco Operatório deverá ser feita por quem? (equipa multidisciplinar, Dir. BO, Enf. Chefe?)

Dr. [REDACTED] – Deve haver uma equipa com elemento(s) de cada uma das áreas funcionais – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros. Mas tem de haver um responsável, que na nossa maneira de funcionar, provavelmente deve ser o enfermeiro (do bloco, não um chefe de fora).

2. Quem deverá ser o responsável pela Gestão de Bloco Operatório?

Dr. [REDACTED] – Quem está mais próximo e mais tempo junto dos problemas, no nosso meio, o enfermeiro responsável (principalmente em BO pequenos, em que os cirurgiões e anestesistas não estão presentes diariamente); em BO maiores, poderá ser um médico ou um enfermeiro que se dedique em “full time”.

3. Neste Bloco Operatório existe algum modelo de Gestão de Bloco? Como funciona?

Dr. [REDACTED] – Não há um modelo organizado. Há uma organização baseada no histórico, sem equipa multidisciplinar, sem atribuição de responsabilidades e funções (estou a falar de gestão e não de funções/competências técnicas), e sem inter-ligação e coerência dos vários grupos de profissionais para trabalharem para objectivos comuns: eficiência, qualidade e satisfação profissional.

Apesar de tudo, excluindo a gestão de recursos humanos, o grupo de enfermeiros é o que tem uma gestão mais organizada (nomeadamente na atribuição de funções); parece-me, no entanto que tem muita (demais) influência da enf. chefe e pouca (de menos) autonomia; isto é notório na gestão de recursos humanos Por exemplo, a gestão de desempenho é um instrumento

muito importante na produtividade, eficiência e satisfação; não é usado no nosso meio, somente a avaliação de desempenho (de forma errada, penso), e nem sequer é feita pela responsável do BO.

4. Existe apoio das novas tecnologias de info. (programa de gestão de BO)?

Dr. ■■■ – Que eu saiba, não.

5. Quais as barreiras que encontra para a implementação de um Modelo de Gestão de Bloco Operatório baseado numa equipe multidisciplinar?

Dr. ■■■ – As mesmas que aparecem em qualquer equipa em que não há um líder incontestado – interesses pessoais e de classe que se sobrepõem ao “bem comum”, necessidade de protagonismo, relações de forças, enfim a natureza humana.

Não há uma receita milagrosa, mas tem de haver um líder que seja aceite por todos – pela competência, disponibilidade, formação – e que por seu lado envolva e entusiasme a equipa num projecto, e simultaneamente respeite a equipa. Isto parece uma utopia, mas é a maneira de pôr uma equipa a funcionar. Lembremo-nos que os objectivos são: eficiência, qualidade e satisfação profissional. Pessoalmente, acho que a chave para o sucesso duma equipa é a satisfação profissional dos seus elementos.

Isto tanto se aplica a uma equipa técnica – cirurgião, ajudante, anestesista, enfermeiros -, como de gestão.

6. O que é para si Gestão do Bloco Operatório?

Enf. ■ – “O desenvolvimento de estratégias que possibilitam a realização dos objectivos do serviço nas diferentes vertentes:

- Segurança e satisfação do doente;
- Reunir as condições (materiais, de equipamento e humanas) para a prestação de cuidados de qualidade;
- Segurança dos profissionais;
- Existência de ambiente de trabalho favorável.”

7. A Gestão de Bloco Operatório deverá ser feita por quem? (equipa multidisciplinar, Dir. BO, Enf. Chefe?)

Enf. ■ – “Deverá ser feita pelo director de serviço e pela Enfermeira Chefe do Bloco Operatório, independentemente de existir uma equipa multidisciplinar.”

8. Quem deverá ser o responsável pela Gestão de Bloco Operatório?

Enf. ■. – “O Director do Serviço e a Enfermeira Chefe.”

9. Neste Bloco Operatório existe algum modelo de Gestão de Bloco? Como funciona?

Enf. ■ – “Existe um Modelo de Gestão participativa, sendo os principais responsáveis pela mesma a Enfermeira chefe e o Director de serviço. No que toca a área de enfermagem existem 5 colaboradores (enfermeiros especialistas) por área (Ortopedia, Cirurgia Geral, Anestesia, Urologia e Neurocirurgia) que são responsáveis pela gestão dos recursos matérias de cada área, estando dedicados dois dias por semana a essa função. Cada suite operatória te um responsável de sala.

Os planos operatórios são feitos pelos serviços utilizadores das salas consoante o cronograma semanas que esta aferido a cada sala, e entregue a direcção do Bloco Operatório”

10. Existe apoio das novas tecnologias de info. (programa de gestão de BO)?

Enf. ■■■ – “No que se refere à reposição de material existe uma reposição de semanal por níveis de utilização, o que leva a um controlo de gastos significativos.

Relativamente ao plano operatório existe um programa informático que monitoriza e analisa a utilização do Bloco Operatório (cancelamentos, tempo cirúrgico, etc...)”

11. Quais as barreiras que encontra para a implementação de um Modelo de Gestão de Bloco Operatório baseado numa equipe multidisciplinar?

Enf. ■■■ – “Quem está a gerir o Bloco Operatório tem de conhecer o seu funcionamento e os seus problemas existentes, assim os cirurgiões, sendo utilizadores e não trabalhadores fixos do Bloco Operatório, não poderão ter uma visão de monitorização e análise face a utilização.”

Características próprias do Bloco Operatório:

1. Horário de funcionamento

Cirurgia programada: 8.00 – 14.00 (com 12 suites operatórias em Bloco Central)

Cirurgia de Urgência: 8.00 – 15.00 (2 suites exteriores ao Bloco Central)
15.00 – 8.00 (no Bloco Central no Max. em 4 suites)

2. Horário dos profissionais

Enfermeiros: 8.00 – 16.00; 16.00 – 23.00; 23.00- 8.00

Anestesistas: 8.00 – 14.30 (resto do horário em urgência)

3. Recobro próprio?

Recobro do Bloco Central com gestão separada do Bloco Central e recursos humanos próprios (enfermeiros, anestesistas e auxiliares)

4. Urgências?

Com duas suites localizadas na urgência a funciona das 8.00 às 15.00 e depois a funciona no Bloco Central com o máximo de 4 suites abertas (dependendo do pessoal existente, sendo normalmente 6 enfermeiros no turno da tarde e da noite, 3 auxiliares no turno da tarde e 2 auxiliares

no turno da noite). Conta ainda com uma Equipe de Prevenção de 5 Enfermeiros para colheita de órgãos e Transplantes. Destes 5 profissionais, 2 dão apoio à Urgência quando não à transplantes.

5. Equipa própria de profissionais (enfermeiros, anestesistas, cirurgiões, por especialidade?)

Enfermeiros – 77 (41 em M/T/N) os responsáveis por sala são fixos e os restantes estão em sistema de rotatividade pelas diversas suites e especialidades cirúrgicas.

6. Adicional?

Funciona a partir das 16.00 estando esta distribuição de recursos humanos a cargo de um enfermeiro responsável pela escala dos colegas, existindo a preocupação de haver uma distribuição igual para os interessados.

Os recursos materiais entram na gestão do Bloco Central, estando a cargo da Enf. Chefe.

O que é para si Gestão do Bloco Operatório?

R: Um conjunto de regras e normas tendentes a uma melhoria da produtividade e do desempenho de um Bloco Operatório, com um melhor aproveitamento dos Recursos Humanos e da capacidade instalada tendo como finalidade última o Doente.

A Gestão de Bloco Operatório deverá ser feita por quem?

R: A Gestão deveria ser feita por quem está envolvido/ trabalha neste Serviço, de preferência quem esteja habilitado na área de Gestão de Serviços de Saúde. O ideal seria uma equipa multidisciplinar onde deveriam estar representados todos os grupos profissionais que trabalham num Bloco Operatório, liderada por alguém com capacidade de liderança e conhecimentos na área de Gestão.

Quem deverá ser o responsável pela Gestão de Bloco Operatório?

R: O ideal seria um profissional com capacidade de liderança, consensual entre os diversos grupos profissionais e com conhecimentos da área de gestão.

Dentro do grupo Médico considero que o Anestesiologista tem um papel fundamental na gestão do Bloco Operatório, pois além de conhecer bem o funcionamento do Bloco Operatório está muito familiarizado com os tempos anestésicos, cirúrgicos e de recobro, além de ser um elemento forte de ligação entre os diferentes grupos profissionais.

Neste Bloco Operatório existe algum modelo de Gestão de Bloco? Como funciona?

R: Neste Bloco Operatório não existe nenhum modelo de Gestão específico. A gestão é feita pelo Director de Serviço, neste caso um Anestesiologista, e pelo Enfermeiro Chefe, que em conjunto com os Directores dos respectivos Serviços Cirúrgicos vão delineando estratégias para o melhor funcionamento do serviço.

As marcações cirúrgicas são feitas com a antecedência mínima de 24h, no caso da Ortopedia, semanal no caso da Cirurgia Geral e Oftalmologia. Todas as alterações às marcações são efectuadas até às 13h da véspera e comunicadas ao Director e ao Enfermeiro Chefe.

Cabe ao Director a distribuição das salas pelos serviços cirúrgicos, nomeadamente em período de férias ou de falta de pessoal (Anestesiologistas e Enfermeiros).

Cabe ao Enfermeiro Chefe a distribuição dos elementos de Enfermagem pelas salas e Recobro bem como das Assistentes Operacionais. É também sua atribuição

providenciar o material cirúrgico específico disponível no Bloco Operatório após combinação prévia com os cirurgiões.

Existe apoio das novas tecnologias de info. (programa de gestão de BO)?

R: Não temos programas específicos de Gestão em Bloco, apenas utilizamos o SAM e SAPE e a aplicação informática para a aquisição de material de consumo.

Quais as barreiras que encontra para a implementação de um Modelo de Gestão de Bloco Operatório baseado numa equipe multidisciplinar?

R: Pessoalmente considero que a mentalidade de muitos Médicos e Enfermeiros impedem esse modelo além, de uma lacuna muito importante na formação em Gestão dos profissionais de Saúde em geral.

Características próprias do Bloco Operatório:

6. Horário de funcionamento: das 8h às 16h em regime de presença física e das 16h às 24h em regime de prevenção, de 2ª a 6ª feira

7. Horário dos profissionais:

Enfermeiros: 8 h – 16h e 10h – 17h, prevenção das 16 às 24h de 2ª a 6ª feira

Assistentes Operacionais: 8 h – 16h e 9h – 17h e das 16h às 23h (1 elemento) de 2ª a 6ª feira

Médicos Cirurgia (tempo dispensado ao Bloco em cirurgia programada): 8h 30 -13 h 30 de 2ª a 5ª feira. Em Cirurgia de urgência está um Cirurgião de presença física e outro de prevenção até às 24h de 2ª a 6ª feira

Médicos Ortopedistas: (tempo dispensado ao Bloco em cirurgia programada convencional e adicional): 8h 30 -13 h 30 ou 8h 30 – 15h de 3ª a 6ª feira. Em Cirurgia de urgência está um Ortopedista de presença física e outro de prevenção até às 24h de 2ª a 6ª feira

Médicos Anestesiologistas: 8h 30 -13 h 30 , 8h 30 – 15h ou 8h 30 – 16h 30 e prevenção das 16h 30 às 24h, de 2ª a 6ª feira

8. Recobro próprio?

R: Nas instalações do Bloco Operatório existe uma Unidade de Cuidados Pós Anestésicos com 3 camas, na dependência funcional do Serviço de Anestesiologia. Conta com um Enfermeiro do Bloco destacado diariamente em permanência e tem o apoio de um Anestesiologista destacado por escala.

9. Urgências?

R: Este Bloco tem cirurgia de urgência, de Cirurgia Geral e Ortopedia, que se realiza de 2ª a 6ª feira até às 24h

10. Equipa própria de profissionais (enfermeiros, anestesistas, cirurgiões, por especialidade?)

R: O Bloco Operatório tem equipa própria de Enfermeiros e Assistentes Operacionais
Este Bloco dispõe de : 8 Enfermeiros

4 Assistentes Operacionais.

Além destes profissionais trabalham ainda no Bloco Operatórios:

Anestesiologistas: 2 médicos 3 dias/semana ou 3 médicos 2 dias/semana

Ortopedistas: 4

Cirurgiões Gerais : 4

Oftalmologista: 1

6. Adicional?

R: No Bloco Operatório efectuamos cirurgia Adicional para Ortopedia, com desfasamento de Horário de todos os profissionais, de 3ª a 6ª feira das 8h 30 às 10h e um sábado / mês

7. Nº de Salas operatórias:

R. Este Bloco Operatório tem 2 salas de operações, que trabalham de 2ª a 6ª feira. As salas estão atribuídas às especialidades cirúrgicas da seguinte forma: Ortopedia 4 a 5 salas / semana

Cirurgia 4 salas / semana

Oftalmologia 1 a 2 salas / semana

Além das salas de operações tem ainda uma sala de indução anestésica e um Recobro (UCPA) com 3 camas

ANEXO III

**Grelha de Avaliação de
Itens por Peritos**

Exmº Sr.

No âmbito do segundo ano do III Curso de Mestrado de Gestão de Saúde, Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado, sob a coordenação da Prof. Doutora Ana Escoval e o Prof. Doutor Julian Perelman, pretende desenvolver um Trabalho de Projecto com incidência no tema: “Gestão de Bloco Operatório – Modelos de Gestão”.

A Gestão de um Bloco Operatório não se prende apenas com a gestão de recursos materiais e humanos, mas também com a gestão de tempos cirúrgicos, rentabilização dos recursos, organização e planeamento das actividades para que se consiga ao máximo otimizar recursos escassos e dispendiosos em prol de um serviço e de um bem necessário.

Cada Bloco Operatório tem o seu funcionamento próprio, o seu Modelo de Gestão, as suas hierarquias e métodos de organização para o funcionamento do mesmo, no entanto existem blocos que podem ou poderão ser mais rentáveis e mais producentes que outros, no sentido que dão uma resposta mais rápida à procura que se faz do serviço aumentado a sua oferta face a capacidade instalada do Bloco Operatório, isto é, com os mesmos recursos e com uma boa Gestão de Bloco Operatório é possível produzir mais e melhor aumentando a rentabilidade e satisfação dos profissionais e consumidores.

Com o Trabalho de Projecto pretendemos:

- Analisar modelos de gestão de bloco operatório a nível internacional e em contexto nacional, de modo a identificar os pontos comuns entre eles;
- Observar Modelos de Gestão de Blocos Operatórios em experiências nacionais e internacionais;
- Analisar a oferta, a procura e a capacidade instalada de pelo menos 3 Hospitais em Portugal;
- Avaliar a rentabilidade/produtividade na amostra seleccionada à luz dos modelos de Gestão de Bloco Operatório implementados.

Como questão fundamental e de investigação procura-se aprofundar o seguinte:

- Que modelo de Gestão de Bloco Operatório melhor otimiza a função de utilização (oferta/procura/capacidade instalada)?

Com vista a alcançar o objectivo que se prende com a observação de Modelos de Gestão de Blocos Operatórios pretendemos elaborar um grelha de observação que será aplicada a cada visita nos distintos hospitais escolhidos para o desenvolvimento do Trabalho de Projecto em questão.

Essa grelha de observação *in-loco* foi construída à luz da pesquisa bibliográfica e suportada numa grelha de avaliação de itens por dimensões, que será sujeita a uma avaliação por um grupo de peritos da área de Gestão de Bloco Operatório, escolhidos pelo grupo de trabalho, devido às suas competências reconhecidas, experiência profissional e interesse na área que se está a estudar.

Vimos assim pedir a sua colaboração neste trabalho, através do preenchimento da grelha “Itens de Modelo de Gestão – Observação em várias dimensões” anexa, pois entendemos que, pela sua envolvência no tema, experiência e empenho profissional, a sua opinião é sem dúvida de uma mais valia inquestionável para integrar o grupo de peritos seleccionados para a avaliação dos itens que se pretendem observar *in-loco* para a análise dos Modelos de Gestão dos Blocos Operatórios.

Antecipadamente gratos pela sua inestimável colaboração, apelamos à rapidez na sua resposta dada a escassez de tempo para o desenvolvimento do Trabalho de Projecto.

Com os melhores cumprimentos

Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado

“Itens de Modelo de Gestão de Bloco Operatório – Observação em várias dimensões” – Avaliação por Peritos

A seguinte grelha de itens é referente a Gestão de Blocos Operatórios e está dividida por diferentes dimensões, sendo elas:

- Organização do Bloco Operatório
- Planeamento Cirúrgico
- Constituição da Equipa de Gestão de Bloco Operatório
- Sistema de Informação
- Sistema de Incentivos
- Gestão de Risco
- Recursos Humanos
- Estrutura de Bloco Operatório
- Funcionamento em Equipa

Cada dimensão é constituída por diversos itens que deverão ser avaliados por uma escala intervalar de 1 a 7, sendo que 1 é equivalente à pontuação mínima e 7 à pontuação máxima, segundo a importância que os peritos lhe atribuem para que se proceda a uma correcta observação do modelo de gestão de cada bloco.

Esta avaliação consiste numa avaliação quantitativa por um grupo de peritos com o fim de encontrar um *score* para cada item, que dependendo desse mesmo *score* entrará ou não numa posterior grelha de observação do Modelo de Gestão *in-loco* do Bloco Operatório em questão. Será então necessário avaliar a importância de cada item em questão para um Modelo de Gestão de Bloco Operatório.

No fim da grelha encontra-se um espaço reservado a sugestões, onde poderá escrever alguns itens que considere pertinentes e que não se encontrem nesta grelha.

Depois de recolher as respostas dos peritos será criada uma nova grelha que irá suportar a observação do Modelo de Gestão de Bloco Operatório, que servirá de suporte à observação *In-loco* para que seja possível a sua caracterização de uma forma uniforme às dimensões mencionadas.

Exemplo de preenchimento de grelha:

		1	2	3	4	5	6	7
1	Organização do Bloco Operatório							
1.1	Existência do regulamento de Bloco Operatório						x	
1.2	Existência de uma equipa Multidisciplinar para Gestão de Bloco Operatório			x				
1.3	Elaboração de documento com discriminação de funções para cada um dos profissionais da equipa.							x
1.4	Articulação com os serviços dos quais o Bloco Operatório depende para o seu funcionamento (ex. RX, Serviço de Sangue, Recobro, UCI, Enfermaria)					x		
1.5	Horário de funcionamento do Bloco Operatório - menos de 8 horas diárias	X						
1.6	Horário de funcionamento do Bloco Operatório - mais de 8 horas diárias							x

Ana Maria Pegado III CMGS - ENSP Trabalho de Projecto	Gestão de Bloco Operatório – Modelos de Gestão	
Fev. 2009	Itens de Modelo de Gestão – observação em varias dimensões	

		1	2	3	4	5	6	7
1	Organização do Bloco Operatório							
1.1	Existência do regulamento de Bloco Operatório							
1.2	Existência de uma equipa Multidisciplinar para Gestão de Bloco Operatório							
1.3	Elaboração de documento com discriminação de funções para cada um dos profissionais da equipa.							
1.4	Articulação com os serviços dos quais o Bloco Operatório depende para o seu funcionamento (ex. RX, Serviço de Sangue, Recobro, UCI, Enfermaria)							
1.5	Horário de funcionamento do Bloco Operatório - menos de 8 horas diárias							
1.6	Horário de funcionamento do Bloco Operatório - mais de 8 horas diárias							
		1	2	3	4	5	6	7
2	Planeamento Cirúrgico							
2.1	Plano Cirúrgico Semanal							
2.2	Plano Cirúrgico apenas no dia							
2.3	Tempos operatórios concretos e discriminados							
2.4	Plano cirúrgico que contenha os dados do doente							
2.5	Indicação de Recursos Humanos e Materiais específicos							
2.6	Planeamento cirúrgico elaborado pela equipa de Gestão de Bloco Operatório							
2.7	Visita de Enfermagem Pré-operatória							
2.8	Vista Anestésica Pré-operatória							
2.9	Preparação do material cirúrgico na véspera da cirurgia							

		1	2	3	4	5	6	7
3	Constituição da equipa de Gestão de Bloco Operatório							
3.1	Director de Serviço							
3.2	Enfermeiro Chefe							
3.3	Médico Cirurgião							
3.4	Médico Anestesiologista							
3.5	Enfermeiro do Bloco Operatório							
3.6	Secretária Clínica							
3.7	Elemento da Administração (ex. Administrador de Área, responsável pela produção, Gestor de Bloco Operatório)							
		1	2	3	4	5	6	7
4	Sistema de Informação (SI)							
4.1	O SI faz a gestão de doentes diariamente							
4.2	O SI faz a ligação com os serviços de internamento e apoio Pós-operatório							
4.4	Permite o registo de actividades da equipa do Bloco Operatório							
4.5	O SI estabelece mensalmente uma estatística dos dados para avaliação							
4.6	Acessível e disponível em vários terminais para os vários profissionais							
4.7	Articulado com o Serviço de reposição de material							
		1	2	3	4	5	6	7
5	Atribuição e Sistema de Incentivos							
5.1	Existência de um sistema de atribuição de Incentivos							
5.2	Consoante produção e objectivos do serviço							
5.3	Consoante sistema de avaliação de desempenho							
5.4	Distribuídos pela equipa independentemente da classe profissional							
5.5	Incentivos revertidos em material e equipamento							
		1	2	3	4	5	6	7
6	Gestão de Risco							
6.1	Existência de Equipa de Gestão de Risco							
6.2	Elaboração Check-list de procedimentos							
6.3	Definição de protocolos de procedimentos (ex.: protocolos cirúrgicos, protocolo de visita pré e pós - operatória, protocolos de antibioterapia)							
6.4	Monitorização e avaliação dos Erros							

		1	2	3	4	5	6	7
7	Recursos Humanos							
7.1	Equipa fixa de profissionais							
7.2	Formação específica e adequada ao serviço							
7.3	Promoção da integração de novos elementos							
7.4	Existência de programa próprio de integração e ensino							
7.5	Dedicação exclusiva dos profissionais da equipa							
7.6	Horários de trabalho que cubram a utilização máxima dos recursos (ex. trabalho por turnos por parte de todos os profissionais para que não haja desfasamento de horários de trabalho)							
		1	2	3	4	5	6	7
8	Estrutura de Bloco Operatório							
8.1	Existência de sala de despertar							
8.2	Existência de sala de indução anestésica							
8.3	Existência de sala de recobro							
8.4	Existência de espaço para reuniões							
8.5	Existência de espaço de armazenamento de material							
8.6	Existência de auto clave no Bloco Operatório ou Central de esterilização próxima com esterilização de material urgente.							
		1	2	3	4	5	6	7
9	Funcionamento em Equipa							
9.1	Definição de um plano regular de reuniões de serviço com todos os profissionais							
9.2	Análise das estatísticas do serviço							
9.3	Publicação dos objectivos do serviço por parte de todos os profissionais							

Sugestões

ANEXO IV

**Grelha de Observação de
Modelo de Gestão de Bloco
Operatório**

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DE BLOCO
OPERATÓRIO
VISITA *IN-LOCO***

IDENTIFICAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO:

Data	
Hospital	
Nº de Salas para Cirurgia Geral	
Nº de Salas do Bloco Operatório	
Observações	

RECURSOS HUMANOS:

Nº total de Enfermeiros	
Nº de enfermeiros por sala CG	
Nº de cirurgiões CG	
Nº de Assistentes Operacionais	
Nº de Anestesiologistas	
Nº de Administrativos BO	

INDICADORES DE EFICIÊNCIA:

Nº doentes operados	
Nº de readmissões	
<i>Case mix</i>	
Nº de salas de operações	
Taxa de ocupação de sala	
Nº de Cirurgiões	
Nº de Anestesiologistas	
Nº de Enfermeiros	
Nº de camas internamento cirúrgico	

ORGANIZAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO:

	Sim	Não
Regulamento do Bloco Operatório		

	Sim	Não
Equipa Multidisciplinar de Gestão de Bloco Operatório		

	Sim	Não
Doc. com discriminação de funções para cada membro da equipa		

	Sim	Não
Sincronização com os serviços dos quais o BO depende		

	≤ 8 horas	≥ 8 horas
Horário de funcionamento do Bloco Operatório		

PLANEAMENTO CIRÚRGICO:

	Diário	Semanal
Mapa de planeamento cirúrgico		

	Sim	Não
Tempos operatórios concretos e discriminados		

	Sim	Não
Dados do doente		

	Sim	Não
Indicação de Recursos Humanos e materiais específicos		

	Sim	Não
Elaborado pela equipa de Gestão de Bloco Operatório		

	Sim	Não
Vista de Enfermagem Pré-operatória		

	Sim	Não
Vista Anestésica Pré-operatória		

	Sim	Não
Preparação do material cirúrgico na véspera de cirurgia		

CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA DE GESTÃO DE BLOCO OPERATÓRIO

	Sim	Não
Director de Serviço		
Enfermeiro Chefe		
Médico Cirurgião		
Médico Anestesiologista		
Enfermeiro do Bloco Operatório		
Secretária Clínica		
Elemento da Administração (qual? _____)		

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

	Sim	Não
Faz a gestão dos doentes diariamente		

	Sim	Não
Ligação com os serviços de internamento e apoio Pós-anéstesico		

	Sim	Não
Permite o registo de actividades da equipa do Bloco Operatório		

	Diária	Semanal	Mensal	Não
Estabelece uma estatística de dados para avaliação				

	Sim	Não
Possibilidade de estatísticas a nível individual		

	Sim	Não
Acessível e disponível em vários terminais para vários profissionais		

	Sim	Não
Articulado com o Serviço de reposição de material		

ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS

	Sim	Não
Existência de um sistema de atribuição de incentivos		

	Sim	Não
Consoante produção e objectivos do serviço		

	Sim	Não
Consoante sistema de avaliação de desempenho		

	Sim	Não
Distribuídos pela equipa independentemente da classe profissional		

	Sim	Não
Revertidos em material e equipamento		

GESTÃO DE RISCO

	Sim	Não
Existência de equipa de Gestão de Risco		

	Sim	Não
Existência de Chec-list de procedimentos		

	Sim	Não
Existência de protocolos de procedimentos		

	Sim	Não
Monitorização e avaliação dos Erros		

RECURSOS HUMANOS

	Sim	Não
Equipa fixa de profissionais		

	Sim	Não
Formação específica e adequada ao serviço		

	Sim	Não
Promoção da integração de novos elementos		

	Sim	Não
Existência de programa próprio de integração e ensino		

	Sim	Não
Dedicação exclusiva dos profissionais da equipa		

	Sim	Não
Horários de trabalho que cubram a utilização máxima dos recursos		

ESTRUTURA DO BLOCO OPERATÓRIO

	Sim	Não
Sala de despertar		

	Sim	Não
Sala de indução anestésica		

	Sim	Não
Sala de recobro		

	Sim	Não
Espaço para reuniões		

	Sim	Não
Espaço de armazenamento de material		

	Sim	Não
Auto clave no Bloco Operatório ou Central de esterilização próxima com esterilização de material urgente		

FUNCIONAMENTO EM EQUIPA:

	Sim	Não
Plano de reuniões com todos os profissionais		

	Sim	Não
Análise das estatísticas de serviço		

	Sim	Não
Publicação dos objectivos do serviço		

Anexo V

Observação *in-loco* -
pontuação

Pontuações resultantes da Observação *in-loco*

	A	B	C	D	E	F
Organização do Bloco Operatório:						
Regulamento do Bloco Operatório	6,5	0	6,5	6,5	6,5	0
Equipa Multidisciplinar de Gestão de Bloco Operatório	7	7	0	7	7	7
Doc. com discriminação de funções para cada membro da equipa	6	6	6	6	6	0
Sincronização com os serviços dos quais o BO depende	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
Horário de funcionamento do Bloco Operatório	2	7	7	7	7	7
Total dimensão	28	26,5	26	33	33	20,5
Planeamento cirúrgico:						
Mapa de planeamento cirúrgico	2	7	2	7	7	2
Tempos operatórios concretos e discriminados	0	0	6	6	0	0
Dados do doente	7	7	7	7	7	7
Indicação de Recursos Humanos e materiais específicos	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
Elaborado pela equipa de Gestão de Bloco Operatório	0	0	0	0	5,5	0
Vista de Enfermagem Pré-operatória	0	0	6,5	6,5	6,5	6,5
Vista Anestésica Pré-operatória	7	7	7	7	7	7
Preparação do material cirúrgico na véspera de cirurgia	6	6	0	0	6	6
Total dimensão	28,5	33,5	35	40	45,5	35
Constituição da equipa de Gestão de Bloco Operatório						
Director de Serviço	7	7	7	7	7	7
Enfermeiro Chefe	7	7	7	7	7	7
Médico Cirurgião	0	0	0	0	0	0
Médico Anestesiologista	0	0	0	0	6	0
Enfermeiro do Bloco Operatório	0	0	0	0	0	0
Secretária Clínica	0	0	0	0	0	0
Elemento da Administração	0	0	0	7	7	0
Total dimensão	14	14	14	21	27	14
Sistema de Informação						
Faz a gestão dos doentes diariamente	7	7	7	7	7	7
Ligação com os serviços de internamento e apoio Pós-anestésico	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
Permite o registo de actividades da equipa do Bloco Operatório	0	7	0	7	7	0
Estabelece uma estatística de dados para avaliação	7	7	7	7	7	7
Acessível e disponível em vários terminais para vários profissionais	0	6,5	0	6,5	6,5	0
Articulado com o Serviço de reposição de material	0	0	0	7	0	0
Total dimensão	20,5	34	20,5	41	34	20,5
Atribuição de incentivos						
Existência de um sistema de atribuição de incentivos	0	0	0	0	0	6
Consoante produção e objectivos do serviço	0	0	0	0	0	6,5
Consoante sistema de avaliação de desempenho	0	0	0	0	0	6,5
Distribuídos pela equipa independentemente da classe profissional	0	0	0	0	0	7
Revertidos em material e equipamento	0	0	0	0	0	0
Total dimensão	0	0	0	0	0	26
Gestão de Risco						
Existência de equipa de Gestão de Risco	0	0	0	0	7	0

Existência de Chec-list de procedimentos	0	7	7	7	7	0
Existência de protocolos de procedimentos	7	7	7	7	7	0
Monitorização e avaliação dos Erros	0	0	0	7	7	0
Total dimensão	7	14	14	21	28	0
Recursos Humanos						
Equipa fixa de profissionais	7	0	0	0	7	7
Formação específica e adequada ao serviço	7	7	7	7	7	7
Promoção da integração de novos elementos	7	7	7	7	7	7
Existência de programa próprio de integração e ensino	7	7	7	7	7	0
Dedicação exclusiva dos profissionais da equipa	0	0	0	0	0	5
Horários de trabalho que cubram a utilização máxima dos recursos	7	7	7	7	7	7
Total dimensão	35	28	28	28	35	33
Estrutura do Bloco Operatório						
Sala de despertar	0	0	0	0	0	0
Sala de indução anestésica	0	0	7	0	0	0
Sala de recobro	7	7	7	7	7	0
Espaço para reuniões	6	6	6	0	6	6
Espaço de armazenamento de material	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
Auto clave no Bloco Operatório ou Central de esterilização próxima com esterilização de material urgente	6,5	6,5	6,5	0	6,5	6,5
Total dimensão	26	26	33	13,5	26	19
Funcionamento em equipa:						
Plano de reuniões com todos os profissionais	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
Análise das estatísticas de serviço	7	0	0	0	7	7
Publicação dos objectivos do serviço	7	0	0	0	7	7
Total dimensão	20,5	6,5	6,5	6,5	20,5	20,5
SCORE MODELO DE GESTÃO BO	179,5	182,5	177	204	249	188,5
%	55,231	56,15	54,462	62,77	76,62	58

Anexo VI

Modelos de Gestão de Bloco
Operatório (A, B, C)

Anexo VI - Modelos de Gestão dos Blocos Operatórios A, B e C

	Modelo de Gestão do Bloco Operatório A	Modelo de Gestão do Bloco Operatório B	Modelo de Gestão do Bloco Operatório C
Caracterização do Hospital	<p>O Hospital é um Hospital Universitário com ligação ao ensino superior, nomeadamente à faculdade de Medicina e Escolas de Saúde da região, sendo um local de ensino e formação para futuros profissionais de saúde.</p> <p>Este hospital passou a EPE recentemente, tendo sofrido grandes alterações nas hierarquias profissionais, estrutura e administrativa.</p> <p>Segundo o site oficial deste hospital, o edifício central contempla cerca de 1200 camas que estão repartidas por diversas unidades de internamento, comportando cada uma das enfermarias de seis e três camas e ainda quartos individuais.</p> <p>O Hospital A é caracterizado como sendo um hospital central, de referência, que possui todas as valências cirúrgicas e médicas servindo assim, para além da população da área todo o território nacional continental, ilhas e PALOP.</p>	<p>O Hospital B está inserido num Centro Hospitalar, que é constituído também pelo Hospital D. Esta fusão de hospitais em Centro Hospitalar deu-se recentemente.</p> <p>Na sua missão estão consagradas importantes funções de prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada. Com uma visão de inovação e investigação, constitui-se como unidade de prestação de cuidados essencial dentro do Sistema Nacional de Saúde.</p> <p>Como hospital central, considerado como um dos maiores a nível nacional, é um hospital terciário de fim de linha, que independentemente da origem do doente, recebe doentes a nível nacional e também dos PALOP.</p>	<p>O hospital C está inserido num Centro Hospitalar, é um hospital de referência, nomeadamente no que respeita a transplantes hepáticos. Com grande parte das especialidades médicas e cirúrgicas este hospital está inserido nos planos de formação e ensino dos profissionais de saúde.</p>
Dimensão	Observação <i>In-loco</i>	Observação <i>In-loco</i>	Observação <i>In-loco</i>
Organização do Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamento interno do Bloco Operatório; - Documento com discriminação de funções de cada membro da equipa; - Sincronização com os serviços dos quais depende o Bloco Operatório (com pedido prévio); - Horário de Funcionamento menos de 8 horas diárias para cirurgia programada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem regulamento interno do Bloco Operatório; - Documento com discriminação de funções de cada membro da equipa; - Sincronização com os serviços dos quais depende o Bloco Operatório; - Horário de Funcionamento mais de 8 horas diárias para cirurgia programada (2 salas das 8.00h às 21.00h e 2 salas das 8.00h às 15.30h). 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamento interno do Bloco Operatório; - Documento com discriminação de funções de cada membro da equipa; - Sincronização com os serviços dos quais depende o Bloco Operatório; - Equipa Multidisciplinar de Bloco Operatório; - Horário de Funcionamento mais de 8 horas diárias para cirurgia programada (das 8.00h às 20.00h).
Planeamento cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - Plano Cirúrgico diário (distribuição semanal da atribuição das salas aos serviços utilizadores); - Plano Cirúrgico com nome do doente e indicação de recursos humanos e materiais específicos; - Visita Anestésica Pré-Operatória; - Preparação do material cirúrgico na véspera da cirurgia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano Cirúrgico semanas com confirmação diária; - Plano Cirúrgico com nome do doente e indicação de recursos humanos e materiais específicos; - Elaborado pelos serviços utilizadores; - Visita de Enfermagem Pré-Operatória em projecto de implementação; - Visita Anestésica Pré-Operatória; - Preparação do material cirúrgico na véspera da cirurgia, caso haja disponibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano cirúrgico diário; - Plano cirúrgico com tempos operatórios concretos e discriminados, dados do doente e indicação de recursos humanos e materiais específicos; - Elaborado pela Equipa de Gestão de Bloco Operatório; - Visita de Enfermagem Pré e Pós-Operatória; - Visita Anestésica Pré-Operatória; - Preparação do material cirúrgico no dia da cirurgia.
Constituição da equipa de Gestão de Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Director do Bloco Operatório (Anestesiologista) - Enfermeira Chefe 	<ul style="list-style-type: none"> - Director do Bloco Operatório (Cirurgião) - Enfermeira Chefe 	<ul style="list-style-type: none"> - Director do Bloco Operatório (Cirurgião) - Enfermeira Chefe - Director do Serviço de Anestesia - Director dos Serviços Cirúrgicos - Elemento da Administração
Sistema de Informação	<ul style="list-style-type: none"> - Faz a gestão dos doentes diariamente; - Ligação com os serviços de internamento e apoio Pós-Anestésico (processo administrativo); - Não permite o registo das actividades da equipa do Bloco Operatório; - Estabelece uma estatística de dados mensal; - Não se encontra articulado com o serviço de reposição de material. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz a gestão dos doentes diariamente; - Ligação com os serviços de internamento e apoio Pós-Anestésico; - Permite o registo das actividades da equipa do Bloco Operatório; - Paralelamente com este sistema de informática de gestão de doentes existe também um programa de registos de Anestesia que acompanha o doente, onde são registados todos os procedimentos anestésicos realizados; - Estabelece uma estatística de dados consoante necessidade (caso seja desejado, uma estatística diária, semanal ou mensal e também a nível individual, tanto a nível de cirurgias como a nível de funções, caso se trate da categoria de enfermeiros); - Disponível em vários terminais para todos os profissionais da equipa; - Não se encontra articulado com o serviço de reposição de material. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz a gestão dos doentes diariamente; - Ligação com os serviços de internamento e apoio Pós-Anestésico (Medicação on-line); - Não permite o registo das actividades de toda a equipa do Bloco Operatório (só registo médico); - Estabelece uma estatística de dados mensal; - Não se encontra articulado com o serviço de reposição de material.
Atribuição de incentivos	<ul style="list-style-type: none"> - Não. - (Cirurgia Adicional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Não - (Cirurgia Adicional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Não - (Cirurgia Adicional)
Gestão de Risco	<ul style="list-style-type: none"> - Sem equipa de Gestão de Risco nem monitorização e avaliação dos Erros; - Existência de check-list de procedimentos em algumas áreas específicas e em dispositivos médicos; - Existência de protocolos de procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem equipa de Gestão de Risco nem monitorização e avaliação dos erros; - Existência de check-list de procedimentos em algumas áreas específicas e em dispositivos médicos; - Existência de protocolos de procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem equipa de Gestão de Risco nem monitorização e avaliação dos Erros; - Existência de check-list de procedimentos em algumas áreas específicas e em dispositivos médicos; - Existência de protocolos de procedimentos.

			- Processo de acreditação
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa fixa de profissionais; - Formação específica e adequada ao serviço; - Promoção da integração de novos elementos; - Existência de programa próprio de integração e ensino; - Nem todos os profissionais da equipa com dedicação exclusiva; - Para a cirurgia programada a funcionar até as 14.00h existem anestesistas até às 14.00h e enfermeiros até às 15.00h ou 16.00h consoante horários de saída. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotatividade da maior parte dos profissionais, apenas os cirurgiões e as enfermeiras coordenadoras são fixas; - Formação específica e adequada ao serviço; - Promoção da integração de novos elementos; - Existência de programa próprio de integração e ensino; - Nem todos os profissionais da equipa com dedicação exclusiva; - Turnos de trabalho que cobrem a utilização máxima dos recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de profissionais rotativa excepto os cirurgiões; - Formação específica e adequada ao serviço; - Promoção da integração de novos elementos; - Existência de programa próprio de integração e ensino; - Nem todos os profissionais da equipa com dedicação exclusiva; - Horários por turnos que cobrem a utilização máxima dos recursos.
Estrutura do Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Sem sala de despertar; - Sala de indução anestésica não utilizada para o efeito; - Sala de recobro fora do Bloco Operatório com gestão independente; - Espaço para reuniões de serviço; - Espaço de armazenamento de material limitado; - Auto clave dentro do Bloco Operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem sala de despertar; - Sem sala de indução anestésica; - Sala de recobro fora do Bloco Operatório com gestão independente; - Espaço para reuniões de serviço; - Espaço de armazenamento de material por Bloco e geral; - Central de esterilização em frente ao Bloco Operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem sala de despertar; - Sala de indução anestésica; - Sala de recobro fora do Bloco Operatório com gestão independente; - Espaço para reuniões de serviço; - Espaço de armazenamento de material; - Auto clave dentro do Bloco Operatório.
Funcionamento em equipa	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de reuniões com todos os profissionais; - Análise das estatísticas do serviço; - Publicação dos objectivos e dados do serviço em relatório anual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de reuniões por categoria profissional; - A análise das estatísticas do serviço não é realizada por todos os profissionais e não existe uma publicação interna dos objectivos do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de reuniões com todos os profissionais; - Não existe a análise das estatísticas do serviço por todos os profissionais nem a publicação dos objectivos para todos os elementos.

Anexo VII

Modelos de Gestão de Bloco
Operatório (D, E, F)

Anexo VII - Modelo de Gestão do Bloco Operatório D, E e F

	Modelo de Gestão do Bloco Operatório D	Modelo de Gestão do Bloco Operatório E	Modelo de Gestão de Bloco Operatório F
Caracterização do Hospital	O hospital D encontra-se inserido num Centro Hospitalar recentemente formado.	Segundo o site oficial o Hospital E, inserido num Centro Hospitalar, é um Hospital Central Especializado. Uma instituição de saúde altamente diferenciada principalmente nas valências de Cardiotorácica, vascular e pneumologia. Neste Hospital iremo-nos debruçar no Bloco Operatório de Cardiotorácica, visto ter características que nos interessam particularmente, nomeadamente a política de Gestão de Risco.	Esta unidade de prestação de cuidados agudos faz parte integrante de um Hospital Central, sendo no entanto um Centro de Responsabilidade Integrada (CRI). Este CRI está instalado num edifício independente do Hospital, com uma área aproximada de 7000 m ² distribuído em vários pisos. A unidade desempenha também um papel fundamental no ensino e investigação na saúde, formando diversos profissionais de vários sectores, contemplando assim programa de internato médico a vários níveis e é também campo de estágio para alunos de Enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros.
Dimensão	Observação <i>In-loco</i>	Observação <i>In-loco</i>	Observação <i>In-loco</i>
Organização do Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamento interno do Bloco Operatório; - Equipa Multidisciplinar de Gestão de Bloco Operatório; - Documento com discriminação de funções de cada membro da equipa; - Sincronização com os serviços dos quais depende o Bloco Operatório; - Horário de Funcionamento mais de 8 horas diárias para cirurgia programada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamento interno do Bloco Operatório; - Equipa Multidisciplinar de Gestão de Bloco Operatório; - Documento com discriminação de funções de cada membro da equipa; - Sincronização com os serviços dos quais depende o Bloco Operatório (programa informático de Gestão da Comunicação); - Horário de Funcionamento mais de 8 horas diárias para cirurgia programada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem regulamento interno do Bloco Operatório; - Equipa Multidisciplinar de Gestão de Bloco Operatório; - Sem documento com discriminação de funções de cada membro da equipa; - Sincronização com os serviços dos quais depende o Bloco Operatório; - Horário de Funcionamento mais de 8 horas diárias para cirurgia, dado que o início do movimento cirúrgico dá-se efectivamente às 7.30h e só termina quando o programa cirúrgico acabar, não existindo assim um horário fixo de utilização do serviço.
Planeamento cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - Plano cirúrgico semanal; - Plano cirúrgico com dados do doente e indicação de recursos humanos e materiais específicos; - Elaborado pelos serviços utilizadores; - Visita de Enfermagem Pré-Operatória; - Visita Anestésica Pré-Operatória; - Preparação do material cirúrgico no dia da cirurgia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano cirúrgico semanal; - Plano cirúrgico com dados do doente e indicação de recursos humanos e materiais específicos; - Elaborado pela Equipa de Gestão de Bloco Operatório; - Visita de Enf. Pré-Operatória; - Visita Anestésica Pré-Operatória; - Preparação do material cirúrgico na véspera da cirurgia (sistema de distribuição de material por carros). 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano cirúrgico semanal; - Plano cirúrgico com dados do doente e indicação de recursos humanos e materiais específicos; - Elaborado pela Equipa de Gestão de Bloco Operatório; - Visita de Enfermagem Pré-Operatória, visita Anestésica Pré-Operatória é conjunta com os restantes membros da equipa ao fim do dia de trabalho do Bloco Operatório; - Preparação do material cirúrgico na véspera da cirurgia (sistema de distribuição de material por carros).
Constituição da equipa de Gestão de Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Director do Bloco Operatório (Cirurgião) - Enfermeira Chefe - Elemento da Administração 	<ul style="list-style-type: none"> - Director do Bloco Operatório (Cirurgião) - Enfermeira Chefe - Anestesiologista - Secretária Clínica - Técnico perfusionista 	<ul style="list-style-type: none"> - Director do Bloco Operatório (Cirurgião) - Enfermeira Coordenadora - Médico Cirurgião - Médico Anestésista
Sistema de Informação	<ul style="list-style-type: none"> - Faz a gestão dos doentes diariamente; - Ligação com os serviços de internamento e apoio Pós-Anestésico; - Permite o registo das actividades de toda equipa do Bloco Operatório; - Estabelece uma estatística de dados diária, semanal ou mensal; - Acessível e disponível em vários terminais para vários profissionais; - Encontra articulado com o serviço de reposição de material. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz a gestão dos doentes diariamente; - Ligação com os serviços de internamento e apoio Pós-Anestésico; - Permite o registo das actividades de toda equipa do Bloco Operatório; - Estabelece uma estatística de dados diária, semanal ou mensal; - Acessível e disponível em vários terminais para vários profissionais; - Não se encontra articulado com o serviço de reposição de material. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz a gestão dos doentes diariamente; - Ligação com os serviços de internamento e apoio Pós-Anestésico; - Não permite o registo das actividades de toda equipa do Bloco Operatório; - Estabelece uma estatística de dados mensal; - Não de encontra acessível e disponível em vários terminais para vários profissionais; - Não se encontra articulado com o serviço de reposição de material.
Atribuição de incentivos	<ul style="list-style-type: none"> - Não - (Cirurgia Adicional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Não 	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de um sistema de atribuição de incentivos; - Consoante produção e objectivos do serviço; - Consoante sistema de avaliação de desempenho; - Distribuídos pela equipa independentemente da classe profissional; - Incentivo monetário.
Gestão de Risco	<ul style="list-style-type: none"> - Sem equipa de Gestão de Risco; - Existência de check-list de procedimentos; - Existência de protocolos de procedimentos; - Monitorização e avaliação dos erros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de equipa de Gestão de Risco; - Existência de <i>check-list</i> de procedimentos; - Existência de protocolos de procedimentos; - Monitorização e avaliação dos erros, incidentes e acidentes com profissionais e com dispositivos médicos. - Processo de Acreditação 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem equipa de Gestão de Risco; - Existência de check-list de procedimentos apenas nos dispositivos médicos que a tenham incorporada.
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de profissionais rotativa excepto os cirurgiões; - Formação específica e adequada ao serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de profissionais fixa; - Formação específica e adequada ao serviço (semanalmente no serviço e 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de profissionais fixa; - Formação específica e adequada ao serviço;

	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da integração de novos elementos; - Existência de programa próprio de integração e ensino; - Nem todos os profissionais da equipa com dedicação exclusiva; - Horários por turnos que cobrem a utilização máxima dos recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> com incentivo a formação interna e externa dos profissionais); - Promoção da integração de novos elementos; - Existência de programa próprio de integração e ensino; - Nem todos os profissionais da equipa com dedicação exclusiva; - Horários por turnos que cobrem a utilização máxima dos recursos (cirurgia programada a funcionar das 8:00h às 21.00h com possibilidade de prolongar caso seja necessário devido ao cariz das cirurgias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da integração de novos elementos; - Existência de programa próprio de integração e ensino apenas para Médicos consoante indicação dos colégios das especialidades; - Dedicação exclusiva dos profissionais da equipa.
Estrutura do Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Sem sala de despertar; - Sala de indução anestésica não utilizada para o efeito mas sim para espera do próximo doente; - Sala de recobro fora do Bloco Operatório com gestão independente; - Sem espaço para reuniões de serviço; - Espaço de armazenamento de material; - Sem auto clave dentro do Bloco Operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem sala de despertar (recuperação anestésica no recobro ou na Unidade de Cuidados Intensivos); - Sem sala de indução anestésica; - Sala de recobro fora do Bloco Operatório com gestão independente; - Espaço para reuniões fora de serviço; - Espaço de armazenamento de material reduzido e limitado; - Auto clave dentro do Bloco Operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem sala de despertar (recuperação anestésica no recobro ou na Unidade de Cuidados Intensivos); - Sem sala de indução anestésica; - Espaço para reuniões de serviço; - Espaço de armazenamento de material; - Auto clave dentro do Bloco Operatório.
Funcionamento em equipa	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de reuniões separado por categoria profissional diariamente e anualmente com todos os profissionais; - Não existe a análise das estatísticas do serviço por todos os profissionais nem a publicação dos objectivos para todos os elementos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de reuniões com todos os profissionais; - Análise das estatísticas de serviço de 3 e 3 meses; - Publicação dos objectivos do Serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de reuniões com todos os profissionais; - Análise das estatísticas de serviço; - Publicação dos objectivos do Serviço.