



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

Luís de Camões

Departamento de Ciências Económicas e Empresarias

Mestrado em Gestão de Empresas:

Especialidade em Planeamento e Estratégia Empresarial

GESTÃO DE RECURSOS NO BLOCO OPERATÓRIO

Dissertação submetida à apreciação do Programa de Mestrado em Gestão de Empresas na Universidade Autónoma de Lisboa no respectivo Departamento, para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas.

Autor: **Domingos Francisco Suku - N° 20130823**

Orientadora: **Prof.^a Doutora Denise Capela dos Santos**

Lisboa, Setembro de 2014



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

Luís de Camões

Departamento de Ciências Económicas e Empresarias

Domingos Francisco Suku

GESTÃO DE RECURSOS NO BLOCO OPERATÓRIO

Dissertação submetida à apreciação do Programa de Mestrado em Gestão de Empresas na Universidade Autónoma de Lisboa no respectivo Departamento, para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas, sob orientação da **Prof.^a Doutora Denise Capela dos Santos**, da Universidade Autónoma de Lisboa Luis de Camões.

Lisboa, Setembro de 2014

Passar por problemas, lutas e dores, faz parte da caminhada, mas é você que decide se vai vencê-los, ou deixar eles vencer você.

Augusto Cury

DEDICATÓRIA

Dedico este Mestrado em primeiro lugar à Deus o pai todo o poderoso, a minha querida esposa, meus filhos, aos meus pais, meus irmãos, amigos e a minha orientadora, pela força, compreensão e acima de tudo por terem acreditado em mim.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão em primeiro lugar à DEUS todo o poderoso por me ajudar nos momentos difíceis da minha formação, me ter proporcionado forças interior mantendo-me firme nos meus objetivos.

Em segundo lugar, ao Departamento do MBA Executive em Gestão e Economia da Saúde e ao Departamento de Mestrado em Ciências Económicas e Empresarias da Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, pelo indispensável apoio ao longo da minha formação nesta Instituição.

Em terceiro lugar, gostaria também de agradecer a minha orientadora Prof.^a Doutora Denise dos Santos, que me apresentou para pesquisar este tema, o seu conselho me conduziu durante toda esta fase da Dissertação, por sua disposição e paciência e persistência para finalmente encontrar tópicos de pesquisa interessantes. Tem sido um exemplar que poderei seguir no futuro. O seu contributo foi relevante na execução deste trabalho.

Em quarto lugar, à minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência, compreensão e incentivo. Aos meus pais, que me orientaram ao bom caminho, sempre tiveram disponível para ajudar, apresentaram as verdadeiras virtudes e mostraram os horizontes da minha vida.

Quinto e ultimo, um agradecimento muito especial à todos (as) professores (as) do MBA Executive em gestão e Economia da Saúde e do mestrado em gestão da Empresas, aos meus colegas, amigos que direta ou indiretamente fizeram parte deste trabalho, sempre dando forças e motivando - me a lutar para os objetivos estabelecidos.

A todos, o meu muito obrigado.

Epígrafe

"A educação é o grande motor do desenvolvimento pessoal. É através dela que a filha de um camponês se torna médica, que o filho de um mineiro pode chegar a chefe de mina, que um filho de trabalhadores rurais pode chegar a presidente de uma grande nação”.

Nelson Mandela

RESUMO

Introdução: Bloco Operatório (BO) é um serviço complexo, com atividade altamente especializada. Os processos cirúrgicos são responsáveis por um consumo considerável de recursos dentro de um hospital, sendo mesmo, um dos mais dispendiosos. Uma gestão eficiente é essencial quando os hospitais e outros serviços de saúde apontam maximizar os seus resultados com recursos limitados.

Objectivos: Este trabalho de investigação tem como objetivo geral, **analisar** a gestão de recursos no BO nos Hospitais Provinciais de Luanda e do Moxico em Angola, definindo os indicadores mais adequados para a sua avaliação e monitorização. E como os específicos: **Identificar** influências negativas no nível de ação de equipa no BO em relação ao número de eventos adversos e no tempo de cirurgia face à norma; **perceber** se a quantidade de trabalho influencia positivamente o número de eventos adversos e o nível da ação de equipa no BO; **compreender** se os comportamentos de entre – ajuda influenciam positivamente no nível de ação de equipa no BO, e influência negativa no tempo de cirurgia face à norma; **analisar** se há influência negativa da complexidade da tarefa em relação a quantidade de trabalho, e influências positivas da complexidade da tarefa em relação o comportamento de entre – ajuda, o número de eventos adversos, o nível de ação de equipa no BO, no tempo de cirurgia face à norma, nos desperdícios de equipamentos ou materiais cirúrgicos e os desperdícios de recursos humanos; **perceber** se os desperdícios de recursos humanos influenciam negativamente o nível de ação de equipa no BO e no tempo de cirurgia face à norma, e influência positiva no número de eventos adversos; **identificar** os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgico que podem influenciar negativamente o nível de ação de equipa no BO, e influências positivas no número de eventos adversos em relação ao tempo de cirurgia face à norma; **estudar** a organização do BO como vai influenciar positivamente o nível de ação de equipa no BO e influencias negativas no número de eventos adversos em relação ao tempo de cirurgia face à norma.

Estudo Empírico: Para a realização do presente estudo, definiu-se como população alvo todos os profissionais com atividade profissional no BO a nível de quatro Hospitais de duas províncias de Angola, dos quais dois do nível terciário (Hospitais das Especialidades) na cidade de Luanda e duas do nível secundário, na cidade do Luena, província do Moxico. Destes, obteve-se uma amostra de 109 profissionais que responderam ao questionário.

Conclusão: De acordo com os dados obtidos, verificou-se que os factores: o nível da ação de equipa no BO, a quantidade de trabalho, os desperdícios de materiais e equipamentos cirúrgico, os desperdícios de recursos humanos, a complexidade da tarefa, a organização do BO, o tempo de cirurgia face à norma, números de eventos adversos, os comportamentos de entre - ajuda, são considerados de extrema importância para a gestão do BO. Verificou-se também que há uma ação direta entre os seguintes factores: o nível de ação de equipa no BO e números de eventos adversos, a quantidade de trabalho e nível de ação de equipa do BO, a quantidade de trabalho e o número de eventos adversos. Como principais vantagens, salienta-se a possibilidade de uma melhor gestão das atividades e uma melhor eficácia e eficiência na produção nos Blocos Operatórios em Angola e no mundo.

Palavras-chave: Gestão de recursos; nível de ação de equipa ; gestão do bloco operatório; desperdícios de recursos; gestão do tempo.

ABSTRACT

Introduction: Operating Room (OR) is a complex service with highly specialized activity. Surgical processes are responsible for considerable resource consumption within a hospital, even being one of the most expensive. Efficient management is essential when hospitals and other health services point to maximize your results with limited resources.

Objectives: This research has the general objective to analyse the resource management in the OR in provincial hospitals of Luanda and Moxico in Angola, defining the most appropriate indicators for evaluation and monitoring. And how specific: Identify negative influences on team action level in the operating room, in the number of adverse events and the time of surgery against the standard; realize the amount of work positively influences the number of adverse events in level of action team of operating room; understand whether the behaviors between - help positively influence the action level team in OR, and negative influence at the time of surgery compared to standard; analyse whether there is negative influence of task complexity in relation to amount of work, and positive influences of task complexity in relation to the behavior of - help, the number of adverse events, the action level team in OR, in time surgery compared to standard in surgical equipment or waste materials and waste of human resources; realize if the waste of human resources negatively influence the level of action and OR team in surgery time compared to the norm, and positive influence on the number of adverse events; identify waste equipment and surgical materials that can negatively influence the action level team in OR, and positive influences in the number of adverse events in relation to time of surgery compared to standard; study the organization of the OR as will positively influence the level of action in team OR and negative influences in the number of adverse events in relation to time of surgery compared to the norm.

Empirical Study: To carry out this study, we defined the target population as all professionals with professional activity at the OR level four hospitals in two provinces of Angola, of which two of the tertiary level (for Proprietary Hospitals) in Luanda and two secondary level, in Luena, eastern Moxico province. Of these, we obtained a sample of 109 professionals who responded to the questionnaire.

Conclusion: According to the data obtained, it was found that the factors: the level of the action team in Operating Room, the amount of work, waste of materials and surgical equipment, waste of human resources, the complexity of the task, organization of OR, surgery time compared to standard numbers of adverse events, the behavior of mutual help, are considered of utmost importance to the management of OR. It was also found that there is a direct action between the following factors: the level of action of the OR team and numbers of adverse events, the amount of work and level of action of the OR team, the amount of work and the number of events adverse. As main advantages, we emphasize the possibility of a better management of activities and improved effectiveness and efficiency in production in Operating Room in Angola and worldwide.

Keywords: Resource management; level action team; management of the operating room; waste of resources; time management.

ÍNDICE

• DEDICATÓRIA.....	iv
• AGRADECIMENTOS.....	v
• EPÍGRAFE.....	vi
• RESUMO.....	vii
• ABSTRACT.....	ix
• ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
• ÍNDICE DE QUADROS.....	xiv
• ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xv
• ÍNDICE DE TABELAS.....	xvi
• LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	xviii
1. Introdução.....	1
1.1. Limitação do tema	3
1.2. Objetivos Geral.....	4
1.2.1. Os específicos.....	4
2. Fundamentação Teórica.....	6
2.1. O Hospital	6
2.2. Evolução histórica dos hospitais em Angola.....	7
2.1.1. Financiamento do sistema nacional de Angola.....	9
2.2.2. Papel da comunidade internacional no funcionamento da saúde /Angola... 11	
2.3. Definição Gestão.....	11
2.4. Rendibilidade.....	12
2.5. Bloco Operatório.....	13
2.5.1. Recursos Humanos e as equipas integrantes no BO.....	17
2.5.2. As equipas cirúrgicas.....	19
2.5.2.1 Equipa de enfermagem no BO.....	19
2.5.2.2. Enfermeiros.....	19
2.5.3. Assistentes Operacionais	21
2.5.4. Equipa Cirúrgica	22
2.5.4.1. Médico Cirurgião.....	22
2.5.4.2. Médico Assistente.....	23
2.5.5. Equipa anestésica.....	23
2.5.6. Recursos Materiais.....	25

2.6. Gestão de recursos no bloco operatório.....	25
2.6.1. Estratégias da melhorias da gestão no bloco operatório.....	29
2.6.2. A eficiência a população e a qualidade da resposta à população.....	31
2.6.3. Análise de variáveis que compõem o modelo conceptual.....	34
2.6.3.1. Nível de ação de equipa no bloco operatório.....	34
2.6.3.2. Quantidade de trabalho no bloco operatório.....	36
2.6.3.3. Comportamento de entre ajuda.....	37
2.6.3.4. Complexidade da tarefa	39
2.6.3.5. Desperdícios de recursos humanos	43
2.6.3.6. Desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos.....	45
2.6.3.7. Organização no bloco operatório.....	46
2.6.3.8. Modelo conceptual proposto das hipóteses a testar.....	48
3. Metodologia.....	50
3.1. Instrumento de colheitas de dados empíricos.....	50
3.2. Amostra escolhida.....	51
3.3. A recolha de dados	52
3.4. Tratamento de dados colhidos.....	53
4. Apresentação e análises dos resultados.....	55
4.1. Caracterização da amostra.....	56
4.2. Consistência interna dos questionários	62
4.3. Análise das hipóteses e interpretação dos resultados	63
4.4. Discussão dos resultados.....	75
5. Conclusão.....	91
5.1. Implicações.....	96
5.2. Limitações do estudo	98
5.2.1. Proposta para estudos futuros.....	99
6. Referências Bibliográficas.....	100
Anexos	107
Anexo I - Funcionamento do bloco operatório.....	108
Anexo II - Termo de consentimento.....	112
Anexo III - Cartas de autorização e lembretes.....	114
Anexo IV - Questionário.....	126
Anexo V - Normas de rotina no BO /Termo de autorização da sedação.....	130

Índice de Figuras

Figura 1: Relações do bloco operatório no contexto hospitalar.....	16
Figura 2: Processo da Gestão.....	30
Figura 3: Modelo conceptual proposto.....	49
Figura 4: Modelo conceptual sugerido de acordo os resultados	90

Índice de Quadros

Quadro 1: Indicadores estudado por alguns autores sobre gestão do bloco operatório.....	29
Quadro 2: Taxa de respostas do questionário.....	55
Quadro 3: Estatística de confiabilidade total.....	62

Índice de Gráficos

Gráfico 1: - Distribuição percentual por tipo de hospital.....	57
Gráfico 2: - Distribuição percentual dos respondentes por hospital.....	57
Gráfico 3: - Percentual de género respondentes por hospital.....	58
Gráfico 4: - Atividade no bloco operatório.....	58
Gráfico 5: - Distribuição da população por grupo etário	59
Gráfico 6: - Distribuição da população por experiência profissional.....	60
Gráfico 7: - Distribuição da população por categoria profissional	60

Índice de tabelas

Tabela 1: - Valores de alfa de crombach e da consistência interna.....	54
Tabela 2: - Organização por categoria profissional.....	61
Tabela 3: - Análise de estatística descritivas.....	61
Tabela 4: - Cálculo da consistência interna e do Alfa de crombach.....	62
Tabela 5: - Correlação de NAEBO e NEA.....	63
Tabela 6: - Correlação de NAEBO e TCFN.....	64
Tabela 7: - Correlação de QTBO e NEA.....	64
Tabela 8: - Correlação de QTBO e NAEBO	65
Tabela 9: - Correlação de NAEBO e CEA.....	65
Tabela 10: - Correlação de TCFN e NEA.....	66
Tabela 11: - Correlação de CTBO e QTBO.....	66
Tabela 12: - Correlação de CTBO e CEA.....	67
Tabela 13: - Correlação de CTBO e NEA.....	67
Tabela 14: - Correlação de CTBO e NAEBO.....	68
Tabela 15: - Correlação de CTBO e TCFN.....	68
Tabela 16: - Correlação de CTBO e DEMC.....	69
Tabela 17: - Correlação de CTBO e DRH.....	69
Tabela 18: - Correlação de NAEBO e DRH.....	70
Tabela 19: - Correlação de NEA e DRH.....	70
Tabela 20: - Correlação de TCFN e DRH.....	71
Tabela 21: - Correlação de NAEBO e DRH.....	71
Tabela 22: - Correlação de DEMC e NEA.....	72
Tabela 23: - Correlação de DEMC e TCFN.....	72

Tabela 24: - Correlação de NAEBO e OBO.....	73
Tabela 25: - Correlação de NEA e OBO.....	73
Tabela 26: - Correlação de OBO e TCFN.....	74

Lista de Siglas e Abreviaturas

BO	- Bloco Operatório
NAEBO	- Nível de Ação de Equipa no Bloco Operatório
QTBO	- Quantidade de Trabalho no Bloco Operatório
CTBO	- Complexidade da Tarefa no Bloco Operatório
NEA	- Número de Eventos Adversos
TCFN	- Tempo de Cirurgia Face à Norma
DEMC	- Desperdícios de Equipamentos e Materiais Cirúrgicos
DRH	- Desperdícios de Recursos Humanos
OBO	- Organização do Bloco Operatório
CEA	- Comportamento de entre Ajuda
WHO	- World Health Organization
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OGE	- Orçamento Geral do Estado
MCDT	- Meios Complementares de Diagnósticos e Terapêutica
LAYOUT	- É uma palavra em inglês, muitas vezes usada na forma portuguesa “Leiaut”, que significa Plano, Arranjo, Esquema, Design e projeto
HPMX	- Hospital Provincial do Moxico
MPMX	- Maternidade Provincial do Moxico
HPDB	- Hospital Pediátrico David Bernardino
HJM	- Hospital Josina Machel
HABV	- Hospital Américo Boa –Vida

1. INTRODUÇÃO

Em cada época existem determinados factores de descoberta de níveis históricos, sociológicos e antropológicos que determinam a noção de “doença” e de “doente”. Quando num determinado momento histórico surge uma doença que se apresente misteriosa e para a qual ainda não existam terapêuticas eficazes, as mitologias sociais desenvolvem ideologias de recuperação do fenómeno, atribuindo-lhes significados que a personalizam e lhe provêm caracterização social.

O conceito de saúde varia consoante o contexto em que se encontra, espelhando a variedade de experiência humana. O conceito de saúde é também a capacidade de desenvolver recursos e potencialidades, quer no plano individual, quer no plano colectivo, a fim de obter melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida. O direito universal à saúde foi reconhecido em 1978 na Conferência Mundial para a Atenção Primária de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), representando uma evolução no conceito de prestação de serviços de saúde.

Na mesma altura, outros campos importantes na saúde com grandes exigências técnicas, complexos, com atividade altamente especializada de grande diferenciação e de utilização transversal pelas diversas especialidades cirúrgicas vão-se também desenvolvendo, nomeadamente no que se refere ao papel dos blocos operatórios nos cuidados de saúde, tanto do ponto de vista das instalações como dos procedimentos, bem como do ponto de vista da prevenção como da cura.

O Bloco Operatório (BO) é grande exemplo de responsabilidade na prestação de serviços aos utentes, uma vez que os profissionais que aí exercem atividade intervêm diretamente na promoção da saúde dos utentes.

Trata-se de um serviço vocacionado à prestação cuidados anestésico ou cirúrgicos especializados a utentes/clientes, tanto para doentes em regime de internamento como em regime de ambulatório, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida sendo este um tema pouco desenvolvido no âmbito dos trabalhos de investigação, considerou-se pertinente a sua elaboração.

De acordo o estudo realizado por Fragata (2010, p. 18), “o número de procedimentos cirúrgicos realizados em todo o mundo anualmente é de cerca de 230 milhões de intervenções, sendo a taxa global de mortalidade hospitalar de 0,4 a 0,8 % e cifrando-se o risco de complicações importantes entre 3 e 17 %”.

Existem alguns dados que pode nos ajudar a perceber sobre os erros que ocorrem a nível dos Hospitais, registam – se complicações por alguns erros, em cada cem internamentos nos hospitais, no entanto, isto não nos assusta que estes erros acontecidos a volta das cirurgias alcancem uma própria importância. “Com efeito, cerca de 48 % de todos os eventos adversos estão relacionados com a cirurgia e a anestesiologia, ocorrendo em blocos operatórios, e afectando 2 % de todos os internamentos hospitalares. Estes eventos seriam evitáveis em 30 a 50 % dos casos” (Fragata, 2010, p. 18).

Assim sendo, e devido aos argumentos referidos anteriormente, considerou-se importante elaborar uma pesquisa sobre gestão dos recursos nos blocos operatórios em Angola com intuito de eliminar os desperdícios e redução de custos nos serviços prestados.

Portanto, o crescimento dos custos ao nível da saúde podem ser avaliados quer do lado da oferta, como do lado da procura. Do lado da oferta incluem-se os custos com a divulgação e disponibilidade dos serviços junto das populações, os numerosos recursos humanos e técnicos empregues, as tecnologias de diagnóstico e de tratamento usadas, entre outros.

Do lado da procura destacam-se, a crescente utilização dos cuidados de saúde pelas pessoas, os progressos na medicina quer no tratamento, quer nos meios de diagnóstico e, de alguma forma, o envelhecimento da população.

As condicionantes da oferta e da procura, conjuntamente com as expectativas crescentes sobre o bem-estar físico e psíquico das populações, são alguns dos fatores responsabilizáveis pelo crescimento dos custos com a saúde nos países desenvolvidos.

O mundo de hoje está mais competitivo e os gastos em saúde nunca foram tão elevados, assim como, a pressão para que as organizações de saúde sejam mais competitivas. Na busca de resultados, cada vez mais positivos, a necessidade da Gestão de

recursos no bloco operatório, como forma estratégica de atingir objectivos globais, exige, por isso, a máxima “performance” dos seus trabalhos.

Também as organizações hospitalares aderiram à supremacia das equipas, denominadas, neste contexto, como equipas multidisciplinares como modelo de organização do trabalho em saúde, fundamentada na crença de que agrupar diversas competências e conhecimentos se atinge melhor eficácia e melhor coordenação. Os recursos materiais, Humanos, tempo, financeiros e entre outros, quando bem rentabilizados melhoram a qualidade de serviços prestados no Bloco Operatório.

1.1. Delimitação do tema

Com este trabalho, pretendeu-se realizar o estudo sobre a Gestão de Recursos no Bloco Operatório (BO) nas Províncias de Luanda e Moxico em Angola, após verificação dos factores críticos de insucesso na Sala de operação com os gestores e as equipas de trabalhos.

Optou-se por realizar apenas o estudo em gestão de recursos no BO, porque considerou-se que a eliminação dos desperdícios dos recursos nos blocos operatórios propicia a intervenção de gestores e de equipas de trabalhos.

Deste modo, acredita-se que a gestão de recursos, ao nível do BO, tem um papel significativo e relevante com os utentes/clientes, com Hospital bem como com os profissionais que aí exercem funções.

Neste intuito, o presente estudo procura compreender o modelo de gestão de recursos no BO dos hospitais Provinciais de Angola, nas cidades de Luanda e Luena /Moxico, na visão dos seus gestores e equipas de trabalho e sugerir o modelo que melhor rentabiliza os recursos nestes serviços de saúde.

Uma vez que os profissionais trabalham em equipa, seria pertinente verificar se os gestores e os profissionais não deveriam também rentabilizar os recursos disponíveis, de forma a responder sempre às necessidades diversas do serviço e dos utentes proporcionando uma melhor gestão do serviço, mantendo a qualidade e uma melhor

prestação de cuidados de saúde. Posto isto, foi este o fio condutor para o desenvolvimento e conclusão do trabalho.

1.2. Objectivo Geral

- Analisar a gestão de recursos no bloco operatório dos Hospitais Provinciais de Luanda e do Moxico em Angola, definindo os indicadores mais adequados para a sua avaliação e monitorização.

1.3. Objectivos específicos:

- Identificar influências negativas e /ou positivas no nível de ação de equipa no Bloco operatório em relação ao número de eventos adversos e no tempo de cirurgia face a norma, e os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos em relação o nível de ação de equipa no BO.
- Perceber se a quantidade de trabalho influencia positivamente ou negativamente o número de eventos adversos e no nível da ação de equipa no bloco operatório e os desperdícios de recursos humanos em relação ao nível de ação de equipa no BO.
- Compreender os comportamentos de entre - ajuda se influenciam positivamente no nível de ação de equipa no Bloco operatório e influência negativa no tempo de cirurgia face a norma.
- Analisar se há influência negativa da complexidade da tarefa em relação a quantidade de trabalho, e influências positivas da complexidade da tarefa em relação o comportamento de entre - ajuda, no número de eventos adversos, no nível de ação de equipa no bloco, no tempo de cirurgia face a norma, nos desperdícios de equipamentos ou materiais cirúrgicos e os desperdícios de recursos humanos.
- Perceber se os desperdícios de recursos humanos influenciam negativamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório e no tempo de cirurgia face à norma, e influencia positiva no número de eventos adversos.
- Identificar os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos que vão influenciar negativamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório, e

influências positivas no número de eventos adversos em relação ao tempo de cirurgia face à norma.

- Estudar como organização do BO vai influenciar positivamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório e negativamente no número de eventos adversos em relação ao tempo de cirurgia face à norma.

O elenco desta dissertação encontra-se estruturado em quatro partes: A primeira parte - dedica-se ao Enquadramento Teórico, onde se aborda a gestão dos recursos disponíveis no bloco operatório.

Na segunda parte - explica-se a metodologia, onde se inclui a apresentação das técnicas escolhidas para a recolha de dados e o seu tratamento. No fundo é explicar o plano do estudo.

A terceira parte - com apresentação e discussão, permitiu analisar os resultados de forma descritiva com a estrutura dos questionários, por forma a relacionar os dados obtidos, de modo que se possa tirar conclusões pertinentes do trabalho, com base nos objetivos e questões orientadoras.

Finalmente a quarta parte - a conclusão, permite tirar algumas conclusões e despertar consciências levando a questionar-se acerca da pertinência do estudo, perante a hipótese de uma melhoria da gestão.

Com o presente estudo focou-se os aspetos mais importantes do Enquadramento Teórico, as dificuldades sentidas e refletir sobre as Limitações e as implicações deste estudo para a prática de gestores e profissionais no Bloco Operatório.

E por último para a concretização da investigação construiu-se um questionário (Anexo IV) uma vez que permite mostrar como está estruturado o questionário. Para tal, enviou-se para os hospitais da população alvo, questionários acompanhados por um ofício (Anexo III) dirigido aos Hospitais. Foi também enviado o Consentimento Informado, (Anexo II), assim como algumas figuras do trabalho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Buscamos aqui encaixar a problemática da Gestão de Recursos no Bloco Operatório no contexto envolvente, à luz da bibliografia investigada. Delimitou-se, assim, o tema, tanto na sua compreensão, tal como elucidaremos o funcionamento do Bloco Operatório, principalmente em contexto Nacional, visto ser essa a realidade enquadrante e a área onde realizamos o Inquérito através de um questionário sobre a Gestão de Recursos Bloco Operatório dos Hospitais de Níveis Terciários e Secundários.

Verifica-se a grande necessidade crescente das Organizações Públicas de se reestruturarem de modo a ir ao encontro do elevado grau de serviço exigido pela população e a exigência por parte do Governo à contenção de despesas, leva as Organização Pública a repensar o seu modelo de gestão (Matos, 2011, p. 1).

2.1. O Hospital

“Hospital é a representação do direito inalienável que o homem tem de gozar saúde e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo são ou de restaurar-lhe a saúde perdida”, Malcom T. Mac Eachern - pioneiro da administração científica dos hospitais norte-americanos (Lima e Barbosa, 1995).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (1977, p. 9), o Hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Enquanto estrutura física e imóvel, o Hospital, tem diversas 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.

Sendo uma instituição de saúde de diversos níveis de diferenciação, o hospital é constituído por meios tecnológicos e humanos capazes de recuperar a vida, aliviar a dor e curar a doença.

É também importante que o hospital tenha uma grande capacidade de organização, de forma a se adequar às reais necessidades de saúde da população, de modo a que os resultados da sua prestação correspondam a ganhos em saúde.

2.2. Evolução Histórica dos Hospitais em Angola

Os hospitais evoluíram de um cenário de simplicidade, onde o médico trabalhava maioritariamente de forma isolada, para um cenário muito diferente onde prevalecem os sistemas, as organizações, as equipas, a variedade dos cuidados a prestar, as tecnologias sofisticadas, os serviços de âmbito nacional, que implicam a subida em flecha dos custos e que obrigam todos os profissionais da saúde a adoptar uma consciência de custo (Santos, 2011, p. 23).

Após a Independência de Angola, em 1975, o país viveu anos de guerra civil que terminou em 2002. Há 12 anos que o país vive a sua reconstrução em paz. O período de paz trouxe a construção e reabilitação de 84 hospitais e de 488 centros e postos de saúde. Nestes 12 anos, o sector da saúde tem sido considerado prioritário para o governo segundo o Ministério da Saúde (MINSa).

Com intuito de adquirir novos dados, em 2009, foi feito um grande inquérito sobre a saúde, concluindo -se que 80 a 90% da população angolana já tem acesso a serviços de saúde. Os investimentos são concentrados em 4 principais áreas: infraestruturas, recursos humanos, tecnologia e equipamentos OMS, (2014).

Por outro lado, o governo está empenhado, também, na construção de Bloco, Operatório, em cada unidade hospitalar e o seu apetrechamento. No entanto, ainda assim, existem regiões do país que ainda estes serviços não se faz sentir, o que tem provocado enchentes, e listas enormes de espera e cancelamento de cirurgias programadas em algumas unidades hospitalares onde existem estes serviços.

Obviamente, urge a necessidade conjunta na luta para se minimizar este problema que se tem vivenciado nos hospitais e centros de saúde em Angola. Em relação à organização hospitalar, estabeleceu-se um sistema hospitalar de diversos níveis de Hospitais, que estabelecem a necessidade de articulação entre os diversos níveis de estabelecimentos hospitalares.

A classificação dos hospitais consoante os recursos e serviços que têm disponíveis, foi muito importante, na medida em que equaciona e regulamenta alguns aspetos da vivência hospitalar, a nível do financiamento, da renovação das instalações, do reequipamento e da cooperação com as entidades governamentais, reconhecendo, assim, a sua área de intervenção e dimensão.

De acordo com o Ministério da Saúde Angolano e alargando-se o poder centralizador do Estado, aparecem hospitais que pode-se definir como:

- **Hospital Nacional** ou (do nível Terciário), representado pelos hospitais diferenciados e especializados. Este é considerado de referência, para Hospitais Provinciais que são denominados do nível secundário. 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 Provincial** (do nível secundário ou intermediária), 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 e são representados pelos hospitais provinciais e gerais. É o nível de referência para as unidades do primeiro nível.

- **Hospital Municipal** (do nível primário), é uma instituição do primeiro nível ou dos cuidados primários de saúde, este nível também é representado pelos postos e centros de saúde, postos de enfermagem e consultórios médicos, constitui o primeiro ponto de contacto da população com o sistema de saúde.

•**Hospital Universitário** é uma instituição que tem no seu quadro de pessoais profissionais nas carreiras universitárias, ligado a um departamento de ensino de uma universidade (Angola / OMS, 2009).

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.

2.2.1. Financiamento do Sistema nacional de Angola

Segundo a pesquisa realizada por Queza (2010, p. 19), no seu trabalho do mestrado em Gestão Hospitalar, fez uma narração profunda sobre o financiamento do sistema nacional da saúde e financiamento dos Hospitais do nível primário, Secundário e terceiro em Angola, menciona que, o “Governo continua a ser o maior financiador dos cuidados de saúde. A lei 21-B/92, estabelece a participação de terceiros no financiamento dos cuidados de saúde bem como a comparticipação do cidadão nos custos de saúde”.

Mesmo com algumas atualizações feita no sistema nacional de saúde em 2012, no que se refere o financiamento, o Orçamento Geral do Estado de acordo o Queza, continua a ser uma ferramenta do governo para financiar os cuidados de saúde. Ainda para o Queza continua a referenciar que, na avaliação das despesas com a saúde nos últimos cinco anos, a proporção do Orçamento Geral Estado (OGE) dedicada a saúde tem variado entre 3,8 - 8% do total , segundo os dados do Sistema Integrado da Gestão de Finança do Estado.

No período entre 1997 a 2000, quanto as despesas *per capita* com a saúde estiveram entre 5,7 e 19,1 USD por ano. Estes valores orçamentados variavam entre 13 e aproximadamente 27 USD. Comparativamente com os países da região os indicadores não são muito baixos.

Desde dos anos 1997 a 2001, os gastos com a saúde do OGE por grupos de natureza, com a exclusão de 1999, as despesas com o pessoal absorveram grande parte dos recursos. De salientar que a atual organização contabilística do OGE , não é fácil identificar as despesas com os medicamentos e material médico (Queza, 2010, p. 19).

Estas despesas estão incluídas na categoria dos bens e serviços de acordo Lei nº 21- B/ 92 de 28 de Agosto, Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde - A distribuição das despesas do OGE por províncias, observa-se que existe um desequilíbrio, em termos geográficos na distribuição das despesas com a saúde (Queza, 2010, p. 19).

Na sua investigação o Queza aponta de que, as províncias do interior do país e mais afetado pelo conflito armado (guerra civil), são as que apresentam indicadores abaixo da média nacional. As despesas continuam a ser basicamente orientadas para os cuidados hospitalares, nas evacuações para o exterior do país e a gestão da saúde ao nível central. O peso do sector hospitalar nas despesas do Orçamento Geral do Estado aumentou devido à conversão dos hospitais provinciais e municipais em unidades orçamentais com gestão autónoma (Portal dos serviço do cidadão de angola).

Para o Queza (2010, p. 30), no seu estudo baseando no diário da república da Angola I Série Nº 34 – 28 de Agosto de 1992, a firma que, os gastos com os cuidados primários de saúde têm aumentado progressivamente desde 2000 / 2001. Contudo, o quotidiano das unidades sanitárias deste nível caracteriza-se por rupturas crónicas de medicamentos e a falta de condições básicas como a água e eletricidade devido a ausência de recursos financeiros para os gastos correntes de funcionamento.

Quanto as despesas da Saúde, para os doentes a comparticipação tem sido a única solução para seus gastos em cuidados de saúde, é uma das opções identificadas para eliminar o défice de recursos financeiros para as gastos atuais.

De acordo com estudo não publicado, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística em 1998, o nível de comparticipação da população era muito alto, sobretudo em Luanda. Contudo, não existe informação detalhada sobre as contribuições das famílias nos gastos com a saúde. “Nas instituições do Sistema Nacional da Saúde, paga-se mais de USD 15,00 por episódio, as despesas com os medicamentos cifram-se num mínimo de 60% das

despesas totais de cada episódio. Quando os doentes procuram serviços privados, os valores a pagar são mais que o dobro, mas a qualidade dos serviços prestados não justificam estas diferenças” (Queza, 2010, p. 30).

2.2.2. O papel da comunidade internacional no financiamento da saúde/Angola

Durante os anos de conflito armado entre 1997 à 2001 a comunidade internacional jogou um papel extremamente importante no financiamento da saúde, principalmente nos cuidados primários de saúde, tais como, a aquisição de medicamentos essenciais e vacinas (Queza, 2010, p. 30).

Após a guerra civil em 2002, os apoios, outrora orientados para as intervenções de emergência e humanitária, são maioritariamente direcionados para um desenvolvimento sustentável do sistema nacional de saúde ou para o combate de determinadas endemias, no caso do Fundo Global para o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose. Tal como a firma o autor, o financiamento da saúde e a gestão dos recursos disponibilizados constituem o principal calcanhar de Aquiles e que tem influenciam em grande medida o fraco desempenho do SNS (Queza, 2010, p. 30).

2.3. Definição da Gestão

A problemática da gestão dos serviços da saúde tem sido, de há uns anos a esta parte, motivos de debates, reuniões, congressos, e outros eventos, envolvendo profissionais de saúde, investigadores, docentes universitários, governantes e outros intervenientes com contributos validos para a melhoria da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos. Nestes encontros, a saúde é debatida nos mais amplos aspectos, onde se procura: apontar novas soluções de gestão e de financiamento da atividade e do investimento em infra - estruturas físicas (Macedo e Macedo, 2005, p. 1).

No seguimentos do que deixamos proposto, chegar a concretizar sobre definições de qualquer tipo pode ser uma tarefa muito difícil de ser alcançada, e pode constituir gasto de tempo desnecessário. Normalmente requer acordos por parte de todos, e frequentemente pode produzir resultados que não agradam a ninguém. A gestão não está isento disto.

O conceito de gestão pode ser expresso de diversas formas, no entanto, estas diversas formas aparecem por varias razões. Por vezes aparecem nos encontros a qual são debatidos os mais amplos aspectos, onde se procura apontar novas soluções da definição de gestão, muitas vezes não se chega à um consenso comum.

É muito vantajoso pensar simplesmente em termos de gestão destinada há hospitais, com os obstáculos devidamente ajustados com os demais. Com esta ordem de ideia em raciocínio, a definição de gestão pode ser, no entanto, a largada de todas dependências da instituição. Assim sendo com base do que foi mencionado antes:

A gestão é um processo de planejar, organizar, liderar e controlar as pessoas que constituem uma organização, bem como, as tarefas e atividades por estas realizadas Reis (2012, p. 23). Para completar a definição, o autor ainda acrescenta, que a gestão é um ponto de partida necessário para a discussão de um qualquer assunto, é igualmente necessário passar além dela, desenvolvendo e completando a afirmação inicial.

Segundo Ferreira, *et al.* (2010 p. 5), realçam, para eles a gestão é um processo de conceber e manter um ambiente no qual os indivíduos, conjunta ou individual, atingem eficientemente os objetivos definidos.

E finalmente é posta ênfase no factor humano. Acreditamos que em qualquer tipo de empresa, a existência de condições de trabalho aceitáveis e agradáveis pode constituir um elemento tão importante para a sua sobrevivência, como o próprio rendimento.

Portanto, o pensamento é imediatamente focado não apenas na produção, mas na produção eficiente em termos de rentabilidade, o que significa a sobrevivência de longo prazo da instituição numa base financeira sólida.

2.4. Rendibilidade

“A rendibilidade (muitas vezes, mas menos corretamente, designada pelo galicismo rentabilidade) é uma das variáveis analisadas pelas análises económicas e financeiras e representa a taxa de retorno (ou rendimento) de determinada grandeza: por exemplo, a rendibilidade de uma máquina pode ser entendida como a comparação entre o ganho

líquido proporcionado pela máquina comparado com o valor dessa mesma máquina” (Nunes, 2009, p. 2).

Exige-se de cada um dos intervenientes na cadeia de prestação de cuidados, rigor e contenção no uso dos meios e instrumentos, procurando alcançar a melhor relação custo-benefício, evitando desperdícios ou dispersão de meios, sem nunca descurar o fim último da ação que é a proteção da saúde dos utentes. Espera-nos assim, a todos, trabalho, rigor e exigência.

A incorreta atribuição do às especialidades cirúrgicas e a sua não rentabilização; as ineficiências no processo de programação das intervenções cirúrgicas, o cancelamento de intervenções e a falta de procedimentos e critérios standardizados levam a custos que são evitáveis.

As falhas traduzem-se numa baixa taxa de ocupação do bloco operatório, baixa rentabilização, baixa produtividade, o que implica custos significativos.

A rendibilidade funciona como indicador do desempenho dos capitais investidos. Mede a capacidade da organização para gerar resultados , mas também pode servir para aferir a eficiência da gestão, pois ela reflete a melhor ou pior forma como são utilizados os recursos (Sotomayor; Rodrigues e Duarte, 2013, p. 236).

É preciso adoptar a estratégia dos “três R” que são os seguintes: Repensar, Reorganizar e Responsabilizar o na equipa multiprofissional que gere e trabalha no Bloco Operatório.

Por isso este Fórum é dirigido, não só a enfermeiros, como também a gestores a médicos, técnicos e outros profissionais do Bloco Operatório.

2.5. BLOCO OPERATÓRIO

O Bloco Operatório (BO) é um serviço de grande diferenciação e de utilização transversal pelas diversas especialidades cirúrgicas. No BO podem realizar-se intervenções cirúrgicas programadas ou urgentes, chegando os utentes através das urgências, do internamento ou de serviços ambulatoriais. Podem também realizar-se exames que

requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e /ou anestesia UONIE/ACSS (2011, p. 1).

É um serviço com grandes exigências técnicas, tanto a nível das instalações como dos procedimentos e dos técnicos que os executam.

BO é um serviço complexo, com atividade altamente especializada. Os processos cirúrgicos são responsáveis por um consumo considerável de recursos dentro de um hospital, sendo mesmo, um dos mais dispendiosos. Apesar de ter um baixo nível de permeabilidade, a sua atividade tem um grande impacto na instituição pela interação que desenvolve direta ou indiretamente com o resto do hospital.

De acordo com a definição do Pegado (2010, p. 14), para ele, o Bloco Operatório é uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humano, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico ou cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.

A inovação tecnológica constante pressupõe não só o aumento da despesa em materiais e equipamentos, mas também na formação dos recursos humanos. A utilização eficiente dos recursos e da capacidade instalada é fundamental para a contenção da despesa. A coordenação entre os gestores e responsáveis torna-se um imperativo para a orientação da estratégia e definição de objectivos, com vista a melhorar o desempenho e promover uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para Pegado (2010, p. 13), definir corretamente o que é um Bloco Operatório não é simples, nem linear, atendendo a que este conceito deverá englobar aspectos complexos do ponto de vista:

- 🍏 1º - Arquitectónico; 2º - de Gestão;
- 🍏 3º - Técnico; 4º - da finalidade a que se destina;
- 🍏 5º - De segurança; 6º - de Recursos humanos;
- 🍏 7º - De infecção hospitalar; 8º - de Recursos materiais.

O surgimento das novas doenças nas últimas décadas tem sido um grande fator de mudanças dos serviços do BO, que está ligada a doenças transmitidas por alguns microrganismos em constante modificação que pode apresentar resistência ou não, cada vez mais habilitados para se adaptar no meio ambiente das vidas humanas.

Apesar da evolução e mudanças verificadas, os Blocos Operatórios em termos de instalações, são estruturas físicas relativamente estáticas que não permitem constantes modificações na sua estrutura base. Têm necessidade por isso de se adaptar a adequar o mais possível dentro das limitações próprias de cada um. Isto exige uma monitorização e reavaliação das instalações existentes (Gameiro, 2011, p. 33).

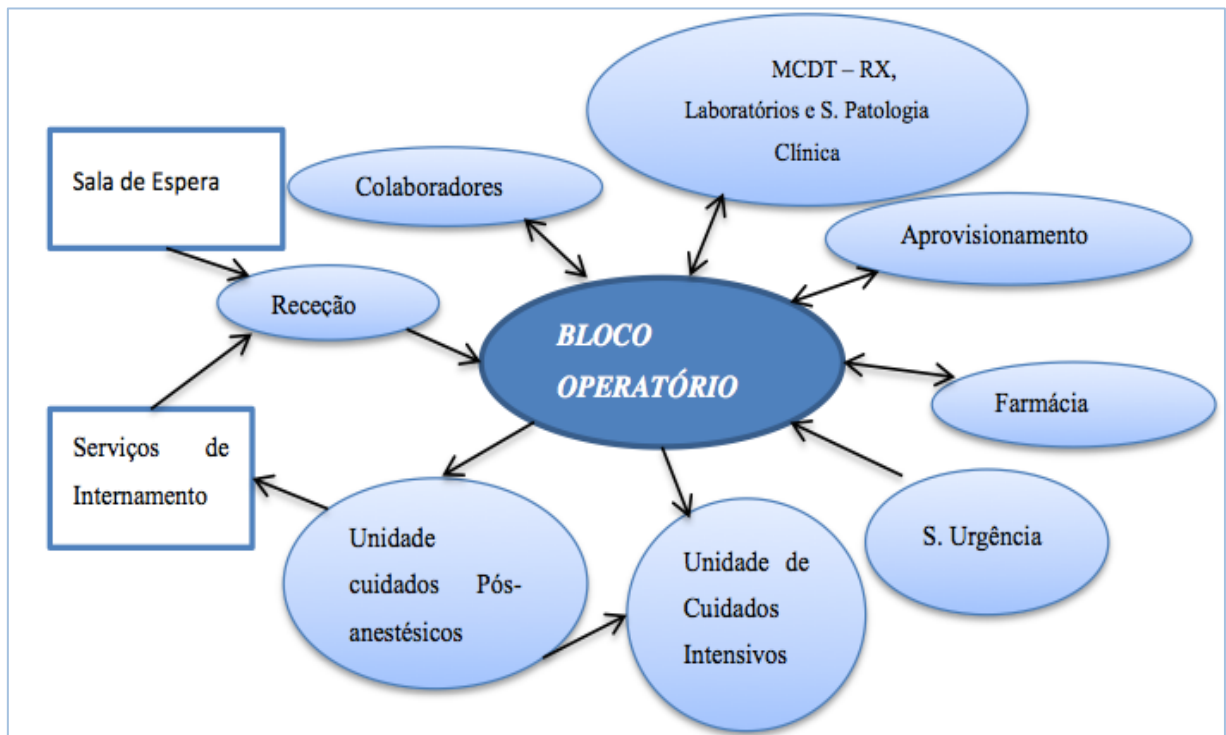
Qualquer remodelação prevista (reforma, ampliação, pequenas reparações) deve ser planeada e avaliada tendo em conta não só as necessidades da prática atual, mas também a prática futura, de forma a não limitar o seu constante desenvolvimento e prevenir remodelações e adaptações constantes, quase sempre desajustadas e com grandes custos económicos. Deve também obedecer a um conjunto rigoroso de cuidados de biossegurança para minimizar o risco de contaminação do espaço físico (Gameiro, 2011, p. 33).

Continuando com o mesmo autor, reforça o seu pensamento quando diz que, apesar da sua necessidade de isolamento, é um serviço que conta com um fluxo interno e externo de doentes, pessoal e materiais muito elevado. De forma a diminuir o risco de infeção, deve ser dividido em três áreas que progressivamente contribuirão para o seu isolamento e diminuição do risco de infeção:

- ◇ *Área restrita* – Para Possari (2009, p. 34), entendida como a que tem limites definidos para a circulação de pessoal e equipamentos, com rotinas próprias para o controlo e manutenção da assepsia. Privativo do pessoal vestido com uniforme privativo, gorro ou touca, protetores de calçados (abolido em algumas instituições) e especialmente a máscara cirúrgica, com rígido controlo de trânsito e assepsia. Exemplificando: Sala de operação, corredor entre sala e lavabo. inclui a sala operatória, sala de pré-anestesia (quando existe), sala de desinfecção, armazém de apoio de material estéril, anexo à sala de operações. Nesta área é obrigatório o uso de máscara cirúrgica, desde que esteja aberto material esterilizado ou profissionais com roupa estéril vestida.

- ◇ *Área semi-restrita* – Área que permite a circulação do pessoal e equipamentos de modo a interferir nas rotinas de controlo e manutenção da assepsia da restrita. Compreendendo corredores, o pessoal da recuperação pós – anestésica deve estar com uniforme privativo do BO, gorro ou touca e protetores de calçados. Exemplificando: corredores do bloco operatório, recuperação pós – anestésica, sala para guarda de equipamentos e materiais e materiais de limpeza, sala de conforto, sala de enfermagem, entre outras áreas Possari (2009, p. 34).
- ◇ *Área não restrita ou Área Livre* – Entende-se como área de circulação livre no ambiente interno do BO , não precisa de uniforme privativo. Exemplificando: vestuários, corredor de entrada, em alguns casos áreas administrativas do BO. inclui zona de receção e acolhimento do doente, pessoal e materiais. Podem ser usados fardamentos externos ou roupa da rua. As circulações não estão limitadas, Possari (2009, p. 34).

Na **figura 1**, pode se observar as afinidades que existe no bloco operatório, no contexto hospitalar mantendo boas relações entre os diferentes serviços.



Fonte: Adaptado de LOPES (2012) citado por (Pinho, 2013, p. 13-14).

Considerando a segurança dos doentes e profissionais, todas estas características devem ser transversais aos blocos operatórios, independentemente se a sua construção é recente ou mais antiga. Existem normas internacionais que pretendem uma uniformização adequada dos materiais e acabamentos do espaço físico: o tamanho mínimo de cada compartimento, o tipo de porta, os materiais para revestimento do chão, paredes e tecto, a iluminação, as instalações eléctricas, a climatização, filtração e distribuição do ar, temperatura e humidade. Também os níveis de poluição por gases anestésicos devem ser monitorizados com determinada frequência pré -estabelecida, ou sempre que se suspeite de fuga anormal (Gameiro, 2011, p. 35).

Partindo do princípio que a descrição efectuada diz respeito a condições físicas do espaço, à dinâmica de pessoas e materiais e condições ambientais ideais, a realidade na maioria dos blocos operatórios, dada a rápida evolução dos conceitos de funcionamento não reúne estas condições, pelo que a mudança e adaptações constantes assumem uma grande importância numa estratégia de gestão (Gameiro, 2011, p. 35).

Para Pegado (2010, p. 14), “um Bloco Operatório é constituído por Salas de Operações que 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. Para a mesma autora estas definições refletem 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”.

2.5.1. Os Recursos humanos e as equipas integrantes no BO

Os recursos humanos afetos ao BO dependem da organização hospitalar e das exigências de formação necessárias, constituindo uma equipa multidisciplinar diferenciada na prestação de cuidados de saúde cirúrgicos. “A cada sala operatória está afeta uma equipa cirúrgica que é composta habitualmente por 1 cirurgião principal (sénior), 2 cirurgiões ajudantes, 1 anestesista, 1 enfermeiro instrumentista, 1 enfermeiro circulante, 1 enfermeiro anestesista” (Pinho, 2013, p. 13-14).

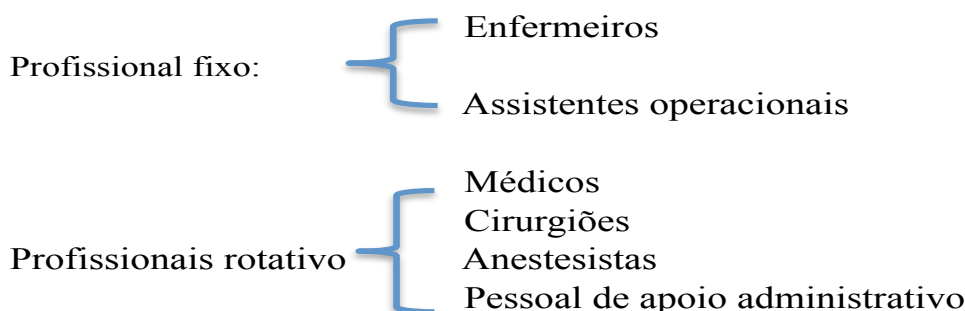
A organização hospitalar não é somente um aglomerado de técnicas. É uma organização complexa, um sistema humano e social. A sua matéria – prima é humana e seu produto é humano.

O trabalho desenvolvido no hospital é executado essencialmente por elemento, havendo menor oportunidade do uso de máquina do que na indústria, pois seu serviço precisa ser individualizado (Possari, 2009, p. 271).

Os recursos humanos são constituídos por uma equipa multiprofissional da qual fazem parte uma equipa residente constituída por enfermeiros, anestesistas, assistentes operacionais e administrativos. Os cirurgiões exercem funções no serviço em dias pré-determinados pelo agendamento cirúrgico do bloco operatório (Gameiro, 2011, p. 35).

O trabalho de equipa e a humanização que é colocada em cada momento, são determinantes para o cumprimento da missão a que os nossos profissionais de saúde se propõem diariamente, desenhado para garantir uma circulação eficaz do fluxo de profissionais e doentes, com a máxima segurança e de acordo com as necessidades.

A equipa do Bloco Operatório é multidisciplinar, suportando por:



É considerado o pessoal fixo, todos os profissionais que estão dedicados ao serviço, isto é, que estão registados no centro de custos desse serviço ou Departamento, exercendo as suas funções exclusivamente no Bloco Operatório, de acordo (Pegado, 2010, p. 15).

Os componentes destas equipas devem atuar de forma harmónica e integrada visando à segurança do paciente e eficiência do ato cirúrgico. Boas relações humanas e profissionalismo sempre devem prevalecer sobre as tensões inevitáveis nesse tipo de

trabalho. Todos os membros de uma equipa devem ter responsabilidades e funções definidas. Para isso, a utilização de instrumentos administrativos como o regulamento e o Manual de Procedimentos são imprescindíveis, pois norteia o funcionamento do BO e possibilita mais eficiência, no relacionamento das equipas.

Quanto ao 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 objetivo de produção cirúrgica e anestésica (Pegado, 2010, p. 15).

Para além do tempo que os profissionais gastam no Bloco Operatório, para o autor diz que, 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 objetivos de cada grupo profissional, para que tenhamos uma visão global dos diversos grupos profissionais que o utilizam (Pegado, 2010, p. 15).

Para concretizar os planos são definidos procedimentos e regras, que conduzem às ações a desenvolver em cada área funcional. Os procedimentos descrevem o modo como as diferentes tarefas devem ser realizadas. As regras pretendem limitar a discricionariedade das pessoas da empresa, especificando os modos de comportamento destas, o que devem ou não fazer como o deve fazer. As ações desenvolvidas em cada área funcional irão conduzir a resultados parciais nessas mesmas áreas funcionais (Macedo e Macedo, 2005).

2.5.2. As equipas Cirúrgicas

As equipas cirúrgicas são constituídas, pelo menos, por três diferentes subgrupos profissionais, vindas de diferentes origens, formações profissionais e culturas: médicos cirurgiões, médicos anestesiologistas e enfermeiros (Pereira, 2010, p. 15).

2.5.2.1. Equipa de enfermagem do bloco operatório

2.5.2.1.1. Enfermeiros

Possari (2009, p. 272), refere que o enfermeiro, - é responsável pelo planeamento das ações de enfermagem que serão desenvolvidas no decorrer do procedimento cirúrgico, bem como pela gestão dos artigos e equipamentos necessários.

O Técnico de Enfermagem : - É o auxiliar direto do enfermeiro, ao qual são delegadas também tarefas especiais, como verificar o funcionamento, a conservação e a manutenção dos equipamentos necessários ao funcionamento do Bloco Operatório; Responsável pelo encaminhamento das peças cirúrgicas ao laboratórios especializados e controlar os artigos esterilizados, verificando seus prazos de validade. Pode também exercer as atividades de instrumentador ou circulante de sala.

O Auxiliar de enfermagem: - Executa as atividades circulantes de sala, que são: atendimento direto das solicitações da equipa médica no decorrer do ato cirúrgico, posicionamento adequado do paciente, verificação e controlo de todos os equipamentos exigidos pela cirurgia (Possari, 2009, p. 272).

O Instrumentista Cirúrgico: - É um integrante da equipa de enfermagem que se responsabiliza pelo preparo da mesa e pela provisão de todos os artigos indispensáveis ao procedimento cirúrgico, instrumentais ao cirurgião e ao assistente, mantém a mesa em ordem. Apesar de a instrumentação cirúrgica não ser considerada uma profissão, é uma atividade ocupacional que pode ser desenvolvida pela enfermagem e medicina ou por qualquer outra pessoa que esteja capacitada, desde que suas ações se restrinjam à transferência de instrumentos da mesa do material cirúrgicos para as mãos do médico, sendo-lhe vetado qualquer procedimento técnico ou intervenção em campo cirúrgico (Possari, 2009, p. 272).

Embora esse papel deva ser desempenhado pelo auxiliar de enfermagem, o instrumentador cirúrgico deve conhecer técnicas a seguir na realização do procedimento cirúrgico para poder se antecipar em preparativos. Este processo deve ocorrer antes de iniciar os procedimentos cirúrgicos, deve assegurar-se de que tudo está em ordem, desde fios e agulhas aos instrumentos especiais.

Durante o procedimento cirúrgico não deve distrair - se. A sua mente deve estar sempre na frente da mão, e na execução de tempos padronizados, em que a sucessão de

atos operatórios é invariável. Deve entregar os instrumentos, dispensando seu pedido pelo cirurgião.

Contudo, o bloco operatório também exige aos que nele trabalham, e no caso particular aos enfermeiros, gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhes são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade. Uma conduta não conforme com as normas estabelecidas, o imprevisto, ou a negligência de qualquer ordem podem ser catastróficas, pondo em risco a vida ou a qualidade de vida do utente, bem como a dos técnicos que o assistem (Unaibode, 2001).

2.5.3. Assistentes operacionais

As principais atividades dos assistentes operacionais, consiste em transportar do bloco operatório para os respetivos serviços: roupa suja, material para esterilizar, material biológico para análise, requisições e pedidos (Pegado, 2010, p. 25) citado (Portugal. MS. DRHS, 1989).

De acordo com o Decreto - Lei n.º 231/92, e Aleixo (2009) compete aos Assistentes Operacionais entre outras funções as seguintes:

- 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.
- Colaborar sob supervisão, na prestação de cuidados de higiene e conforto aos doentes.
- Auxiliar nas tarefas de alimentação.
- Entregar, no serviço próprio, requisições para troca ou requisição de material para reparação;
- Acondicionar e assegurar um transporte seguro dos “sujos” e “contaminados”
- Preparar o material para a esterilização.
- Ajudar nas tarefas de recolha de material para análise.
- Velar pela manutenção do material utilizado nos cuidados prestados aos doentes.

- Assegurar o serviço de mensageiro e proceder à limpeza específica dos respectivos sectores, assim como dos seus acessos.
- Assegurar a manutenção das condições de higiene nos respetivos locais de trabalho.

Com base nas funções que lhe são atribuíveis, enumeram-se as principais atividades que deverão desenvolver ao longo dos diferentes turnos de trabalho. A reposição da unidade dos doentes, deverá ser efectuada de forma a respeitar a quantidade que é determinada na sua lista de constituição. É obrigatório que os grupos de profissionais efetuem a passagem de turno, por forma a permitir a adequada continuidade dos serviço (Aleixo, 2009).

2.5.4. Equipa cirúrgica

De acordo com um estudo de consulta a equipa cirúrgica é formada pelo médico-cirurgião e seu assistente (Possari, 2009, p. 271).

Assim, e partindo do conteúdo obra atrás definida, o Perfil Profissional da equipa cirúrgica pode ser definido como:

2.5.4.1. Médico Cirurgião

O médico cirurgião é um profissional que realiza o procedimento cirúrgico. Ainda vai mas além: Cabe-lhe integrar a responsabilidade do ato operatório. Ele é responsável pela intervenção, realizando as manobras básicas da cirurgia. Reparte as estruturas, faz a hemostasia e promove a síntese dos tecidos até o termino do ato operatório. Portanto, é responsável pelo planeamento, execução e comando, mantendo a ordem no campo operatório.

O papel do cirurgião dentro da sala de operações é visto pelo doente como o médico que opera, ou seja o operador, para utilizarmos uma linguagem mais popular. No entanto, 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 anestesiológicos, pedindo, sempre que necessária, a avaliação de outros especialistas, como refere (Pegado, 2010, p. 16).

Segundo Pegado (2010, p. 16) “a cirurgia é uma vasta categoria de tratamentos da medicina invasivos que envolvem a abertura de um corpo, humano ou animal, por uma razão como remover um órgão doente ou para reparar alguma ruptura. Cirurgiões podem ser médicos, dentistas ou veterinários”. Para outros, a sua dinâmica do serviço é diferente, uma vez que não desempenham unicamente atividades no BO, exercendo também funções ao nível do internamento, consulta externa e urgência (Pereira, 2010, p. 34).

2.5.4.2. Médico assistente

Entende-se por médico assistente, o que auxilia no procedimento cirúrgico, exercendo atividades delegadas pelo cirurgião. Dependendo do porte desta, pode ser necessário mais um. Ao médico assistente compete auxiliar diretamente o médico-cirurgião e substituí-lo, caso haja necessidade. Ele tem como função precípua auxiliar o cirurgião, abrindo o campo, expondo as vísceras da melhor maneira, de forma a permitir que aquele realize as manobras cirúrgicas com a mínima dificuldade.

A apresentação do campo é tão importante que ele não deve soltar as vísceras para pegar um instrumento, cortar um fio ou enxugar o sangue que se acumula. Se assim fizer, as vísceras cairão sobre a área que se opera e a visão se perderá, estabelecendo-se a desordem. Perde-se a eficiência e gasta-se tempo (Possari, 2009, p. 272).

Nessas situações o instrumentador funcionará como segundo cirurgião, enxugando, cortando fios ou apresentando pinças.

Nos tempos cirúrgicos em que não há necessidade de conter as vísceras para exposição do tempo, como na abertura e fechamento da parede, o assistente será o auxiliar direto do cirurgião, por estar livre para executar manobras mas específicas como enxugar, cortar fios ou mesmo dar nós.

2.5.5. Equipa Anestésica

Caseiro (2006, p. 11), faz referencia de que, uma equipa anestésica é uma equipa de médicos anestesistas. De acordo Possari (2009, p. 271) afirma que, a equipa anestésica é formada por médicos anestesistas, responsáveis por todo ato anestésico, com as atribuições iniciais de fazer a avaliação pré-anestésica do paciente, ainda em sua unidade de

internação, e a prescrição da medicação anestésica.

Por outro lado, é também da responsabilidade dessa equipa planear e executar a anestesia, prevendo com antecedência todos os artigos, equipamentos e medicamentos necessários, bem como comparar e administrar drogas e controlar as condições clínicas e anestésicas do paciente durante a cirurgia (Possari, 2009, p. 271).

Porém, ao terminar a cirurgia é da responsabilidade da equipa enviar o paciente à seção de recuperação pós-anestésica e seu controlo até o restabelecimento das condições do paciente, para que ele possa retornar à unidade de origem em segurança (Possari, 2009, p. 271).

A Anestesiologia, fruto da diversidade e complexidade das suas competências, constitui uma especialidade fundamental na abordagem do doente urgente e emergente.

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. Atualmente, tendo em conta as diferentes fases de atuação do Anestesiologista, pré - operatória, intraoperatória e pós -operatória, podemos considerar esta especialidade como uma especialidade do Perioperatório.

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.

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 diagnosticarem, regularizarem e tratarem os sistemas orgânicos, enquanto um balanço personalizado e equilibrado de medicamentos anestésicos é administrado.

2.5.6. Os Recursos materiais

Os Recursos materiais, bem como os recursos humanos e financeiros, são de extrema importância para o funcionamento de qualquer tipo de organização, e constituem fator que possibilita o alcance dos objetivos propostos por essas organizações (Possari, 2009, p. 63).

Para Ferreira (2010, p. 77), os recursos afetados à atividade hospitalar são e serão sempre escassos; no entanto, eles serão tanto mais eficientes quanto o seu emprego melhor responder ao princípio da economia. Decidir sobre qualidade, quantidade, compra, recebimento, armazenamento e distribuição dos recursos materiais são processos complexos e que exigem uma logística e uma gestão bem planeada, coordenada e avaliada.

Logo o objetivo principal da gestão de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo.

Deste modo, pode se perceber que, os recursos materiais são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada. Com base nesse conceito, estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos (Neto e Filho, 1998, p. 1).

No entanto, a grande diversidade de materiais de que o BO necessita para o seu desempenho vai desde o equipamentos sofisticados, como aspiradores ultrassônicos, até medicamentos, roupas, produtos de limpeza, peças de reposição, artigos médicos - hospitalares e outros. Compete à equipa de enfermagem do BO assegurar a restituição racional de artigos médico hospitalares, para manter a qualidade da assistência ao cliente, devendo exercer atividades próprias, tais como: previsão, padronização e controlo artigos.

2.6. Gestão de Recursos no Bloco Operatório

Gestão de Recursos é o processo de utilização de recursos da empresa, da forma mais eficiente possível. Esses recursos podem incluir recursos tangíveis, tais como bens e equipamentos, recursos financeiros e recursos de trabalho, tais como empregados. Pode – se incluir ainda ideias como ter certeza se tem recursos físicos suficientes para a própria empresa, mas não uma superabundância de modo que não haja habituação, ou certificando-se de que as pessoas são atribuídos às tarefas que irão mantê-los ocupados e não com muito tempo de inatividade (Businessdictionary, 2013).

A Gestão de recursos é a implantação eficiente e eficaz e distribuição de recursos, quando e onde eles são necessários de uma organização, no caso o bloco operatório. Esses recursos podem incluir recursos financeiros, inventário, habilidades humanas, recursos de produção, ou tecnologia da informação.

Nesta perspectiva a gestão de recursos inclui planejamento, alocação e programação de recursos a tarefas, que normalmente incluem mão de obra, máquinas, dinheiro e materiais. Gestão de recursos tem um impacto sobre cronogramas e orçamentos, bem como a redistribuição de recursos e suavização. “A gestão do Bloco Operatório, baseia-se em conceitos como a eficiência, a efetividade e da eficácia” (Pereira, 2014, p. 19) citado (Teixeira, 2005, 314).

De acordo a mesma autora, o BO é um serviço com características particulares dentro do hospital, isolado do exterior, que consome grande quantidade de recursos. A sua gestão é dificultada pela elevada variabilidade dos recursos envolvidos, desde os recursos humanos, financeiros, materiais, gestão do tempo e entre outros (Pereira, 2014, p. 19).

A fim de gerir eficazmente os recursos, os blocos operatórios devem dispor de dados sobre demandas de recursos previstos pelo período de tempo para o futuro, as configurações de recursos que serão necessários para atender a essas demandas e da oferta de recursos, de novo previstas para o futuro.

Neste sentido, a previsão deve ser tão longe quanto é razoável. O nivelamento de recursos, no que se refere ao inventário, é uma técnica de gestão de recursos no Bloco Operatório visando manter o *stock* de recursos em nível de mão, reduzindo tanto os *stocks* em excesso e escassez. Para ser sustentável, os recursos devem ser utilizados ao máximo

no tempo e atividades faturáveis. A gestão eficaz dos recursos irá otimizar a eficiência do bloco operatório, minimizar o desperdício de tempo e melhorar a eficiência.

Outros autores asseguram que, o Bloco Operatório é um serviço complexo, com atividade altamente especializada. Os processos cirúrgicos são responsáveis por um consumo considerável de recursos dentro de um hospital, sendo mesmo, um dos mais dispendiosos. Apesar de ter um baixo nível de permeabilidade, a sua atividade tem um grande impacto na instituição pela interação que desenvolve direta ou indiretamente com o resto do hospital (Gameiro e Ferreira, 2011, p. 1).

O BO é um lugar técnico, de enorme diversidade, que obriga aos seus quadros uma preparação altamente especificada. Assim como se refere Pereira (2014, p. 68) citado Kuhn (1996) que “é um negócio, considerando que o produto deste serviço, numa forma empresarial e fabril, é o ato cirúrgico”.

No entanto, é uma Tarefa de ajuda, de aplicação transversal das diversas especialidades cirúrgicas, que devem servir-se dele segundo critérios de utilização racional e exemplar distribuição de tempos, com vista à maximização dos recursos, por ser uma estrutura com um significativo peso nas performances de produção e tabela de custos.

Para além disto, a inovação tecnológica constante pressupõe não só o aumento da despesa em materiais e equipamentos, mas também na formação dos recursos humanos. A utilização eficiente dos recursos e da capacidade instalada é fundamental para a contenção da despesa. Tal pressuposto conduz assim, A coordenação entre os gestores e responsáveis a tornar-se imperativos para a orientação da estratégia e definição de objectivos, com vista a melhorar o desempenho e promover uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com Pereira (2014, p. 19) citado Costa (2004), mencionam que “as relações entre gestores e médicos são difíceis de regular e manter. Um dos problemas tem que ver, do lado dos gestores, com a necessidade imperiosa de racionar recursos e do valor das medidas de efetividade que são úteis para os clínicos”.

Por outro lado, não tem sido correto a forma como os médicos tem se colocados numa posição frequentemente de conhecimento que lhes veda a percepção do custo económicos das suas intervenções cirúrgicas que tem realizado, tendo em conta a forma

difícil de reconhecer, recolher e usar os dados disponíveis para uma boa gestão (Pereira (2014, p. 19).

Segundo Pereira (2014, p 19-20) citado Bilbao (2006, 278), “em Espanha está calculado que o BO consome 10 a 15% do orçamento do hospital”. Ainda a Pereira menciona que, “a despesa envolvida nos recursos no bloco operatório desperta o interesse de muitos dos administradores das instituições de saúde, levando-os a procurar ferramentas de gestão capazes de realçar as causas dos custos associados aos cuidados prestados, e deste modo desenvolver e implementar políticas de contenção dos gastos em saúde e de combate ao desperdício, gerindo racionalmente os recursos humanos, existentes, tendo em conta que a qualidade dos cuidados não pode ser posta em causa”.

Falar das despesas que cada hospital despende para manter o bom funcionamento do BO de acordo autora acima referenciada, refere que, “é importante que a despesa seja perceptível para equilibrar o trabalho real dos profissionais e a melhoria dos processos. Isto pressupõe que as propostas de alteração devem ser bem explícitas e do conhecimento de todos os colaboradores”.

Assim de acordo a realidade de cada hospital e de cada país, Pereira (2014, p. 20) defende que o “Bloco Operatório tem processo que são únicos, pelo que cada hospital deve estudar as melhores práticas desenvolvidas neste âmbito e a partir daí, determinar qual a que melhor se adequa à sua realidade”.

Um dos fatores dominante orientando custos hospitalares, tem sido sem sombras de dúvida o tempo de hospitalização pois, a redução deste recurso pode refletir num importante ponto de saída. Pode se ter uma resposta para à contenção de custos, além da redução no tempo de internação está na utilização cuidadosamente selecionado de recursos destinados a manter e melhorar de forma ideal, a qualidade dos resultados (Roddy, 1998, p. 1067).

É imprescindíveis que os Hospitais decidem sobre conjuntos de indicadores que são medições importantes para mostrar uma visão ampla da performance, inclui-los na estrutura necessária ou utilizada, os processos e os resultados obtidos assim como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente e os instrumentos utilizados são os indicadores (Santos, 2013, p. 31).

Pode se observar por meio do estudo realizado por Pereira (2014, p. 24) acerca dos indicadores da gestão no Bloco Operatório, esta autora faz referencia à dois artigos dos dois autores considerados importantes para gestão no BO, ilustrados no quadro nº 1.

Quadro 1 – Indicadores estudado por alguns autores sobre Gestão do Bloco operatório

Autor	Ano	Indicadores	
Pegado	2010	Organização do BO	Gestão de Risco
		Planeamento Cirúrgico	Recursos Humanos
		Constituição da equipa de	Estrutura do Bloco Operatório
		Gestão de BO	Funcionamento em equipa
		Sistema de Informação	
		Atribuição de Incentivos	
Lopes	2012		Gestão de stocks
			Stress dos profissionais (nas equipas cirúrgicas)
			Planeamento e o agendamento cirúrgico
			Incerteza da procura
			Variabilidade nos procedimentos das equipas
			Qualidade do ar no bloco operatório

Fonte: adaptado por Pereira (2014, p. 24).

2.6.1. Estratégias de melhorias da gestão no Bloco Operatório

Todos nós temos objetivos individuais, cuja realização depende só de nós, e objetivos coletivos, cuja a realização estará dependente de encontrarmos um conjunto de circunstâncias para que possam ser satisfeito. Todos nós, de alguma forma, somos membros de uma organização. Alguns autores referem que, por organização entende-se um conjunto de duas ou mais pessoas que conjugam esforços de modo estruturado para alcançarem determinados objetivos (Sotomayor, *et al.* 2013, p. 11).

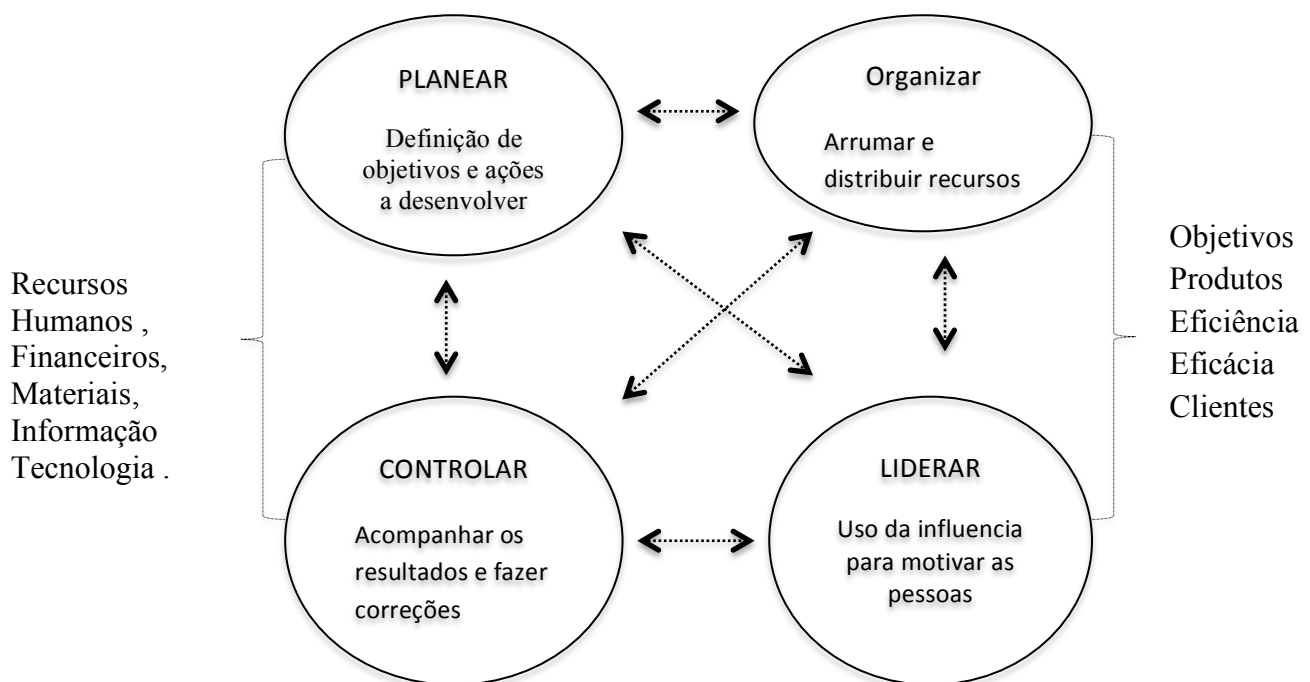
Neste contexto, o objetivo da organização pode variar, mas sem objetivos nenhuma organização terá razão de existir (por exemplo , obter lucros, satisfazer necessidades

espirituais). Além disso, todas elas tem algum programa para alcançarem os seus objetivos: O plano (método ou caminho para alcançar os objetivo. Assim sendo, a melhoria da gestão no bloco operatório é produzido pela experiência acumulada dos gestores e equipas da saúde, seja no individual ou em equipa e habilidades a nível organizacional. Os mecanismos que permitem a experiência acumulada para gerar tais melhorias de competência são ciclos interativos de ação e reflexão.

Essa reflexão permite que os membros da equipa não só para antecipar melhor situações, mas também para ajustar de forma mais dinâmica, para eles e para as respostas que extrair de outros membros da equipa, isto referem-se como uma coordenação implícita.

É esta fase (a necessidade de gestão) que nos leva à definição do que é a gestão. Gerir (gestão) é o processo (enquanto modo sistemático de fazer as coisas) de planear, organizar, liderar e controlar a utilização dos recursos postos à disposição da organização, a fim de alcançar os objetivos pretendidos, de maneira eficiente e eficaz. O gestor é a pessoa responsável pelo desempenho das organizações, sejam formais ou informais, que faz com os resultados sejam obtidos através das pessoas (Sotomayor, *et al.* 2013, p. 12-13).

Figura 2: Princípios de gestão das organizações



Fonte: Adaptado por Sotomayor, *et al.* (2013, p. 24).

O processo de gestão apresenta as seguintes características:

- ✓ É cíclico e repetitivo. Significa que o processo é permanentemente e contínuo e está sempre a completar-se, repetidamente. Em cada ciclo ele tende a melhorar e aperfeiçoar-se;
- ✓ É interativo, ou seja, cada função de gestão interage com as restantes, influenciando-as e sendo influenciadas por estas;
- ✓ É iterativo. O processo de gestão é uma sequência de passos que, embora não sejam rigorosamente seguidos, constitui um itinerário sujeito a ajustamentos e correções, avanços e recuos, ao longo da sua implementação;
- ✓ É sistemático. O processo não pode ser analisado só por uma das suas componentes; tem que ser visto na sua totalidade e globalidade. Para se entender cada uma das funções é necessário conhecer todas as restantes, tendo que ser geridas em conjunto (Sotomayor, *et al.* 2013, p. 24).

2.6.2. A eficiência a produção e a qualidade da resposta à população

Na gestão do Bloco Operatório, aplicam-se fundamentos básicos de gestão, como os da eficiência, da efetividade e da eficácia. O trabalho dos gestores avalia-se, principalmente, por estes padrões, que são conceitos bem diferentes. Assim, segundo (Pegado, 2010, p. 30) citado (Teixeira, 2005), tais como:

- “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” (Pegado, 2010, p. 30).
- “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” (Pegado, 2010, p. 30).
- “A efetividade é resultante dos resultados de um procedimento ou tecnologia médica aplicados à prática. Pode-se distinguir a efetividade de um programa de

saúde através da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais” (Pegado, 2010, p. 30).

- “A qualidade é a produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes” (Silva, Saraiva e Teixeira, 2010, p. 20) citado (Palmer, 1982. 761).

Para outros, a qualidade é o grau de conformidade de todos os aspectos e características relevantes de um produto (ou serviço) com todos os aspectos das necessidades do cliente, limitado pelo preço e pelas condições de entrega que o mesmo cliente esteja disposto a aceitar (Martin e Henderson, 2004, p. 172) citado (Grocock, 1986).

Se a qualidade consiste ir ao encontro das necessidades dos clientes ou dos utentes dos serviços, torna-se importante conhecer quais são essas necessidades. Se prestar serviços com extras que os utentes não pretendem, não está acrescentar qualidade (Martin e Henderson, 2004, p. 172).

É importante que as organizações sejam eficientes, fazendo serviços que os utentes pretendem. Sobretudo, que sejam mais eficientes que as organizações concorrentes, isto significa que conseguem realizar os serviços de uma forma melhor que as concorrentes. Para serem mais eficientes podem usar melhores os seus recursos, diminuir as perdas e os defeitos, desenvolver produtos mais fáceis de fabricar, isto não chega e não é estratégia.

A estratégia pressupõe que a organização se diferencie nos processos e transmita ao cliente um tipo de valor único. Então para elaborar uma estratégia é necessário proporcionar valor ao cliente seja este assente em custo baixo ou em diferenciação através de um conjunto bem definido de atividade. É no conjunto das atividades realizadas que reside a fonte de vantagem ou desvantagem competitiva (Serra *et al.* 2012).

As organizações se fins lucrativas, por definição não buscam o lucro mas, tal como as organizações com fins lucrativos, procuram a satisfação plena dos seus clientes (Utentes), satisfação cujo grau traduz em que medida a sua atividade está a ser bem sucedida. Nestas organizações, o cumprimento da sua missão e dos objetivos dela emanados pode ser metido não em termos de lucros, mas em função da qualidade dos

serviços prestados (saúde, educação, etc.), as organizações sem fins lucrativos devem fazer designadamente pela inovação de produtos e serviços a prestar, formação dos recursos humanos, desenvolvimento de tecnologia (Teixeira, 2013, p. 396).

A preocupação com a promoção da qualidade nos serviços da saúde é uma realidade tanto nos países desenvolvidos, que tem de antecipar mudanças e obter resultados face às expectativas dos utentes, como nos países em via do desenvolvimento, orientados para otimizar os recursos e garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde (Silva; Saraiva ; Teixeira, 2010, p. 43).

Na literatura encontra-se enumeras definições de qualidade, conceptualizando-se em termos de cuidados de saúde e de sistema de saúde. Neste enquadramento, o sistema de saúde deve procurar reunir as seis dimensões ou áreas da qualidade, para garantir que os cuidados prestados apresentem: efetividade, eficiência, acessibilidade, aceitação , equidade e segurança. Na dinâmica dos serviços de saúde, qualquer que sejam as tomadas de decisão deverão respeitar as diversas dimensões (Silva; Saraiva e Teixeira, 2010, p. 43-44).

A qualidade nos serviços deve ser definida pelos utentes. Dito de outra forma, é a percepção de qualidade que o utente tem do serviço que deverá ser estudada.

No que concerne aos serviços Silva; Saraiva e Teixeira (2010, p. 44) in Parasuraman *et al.* (1985) identificaram dez critérios utilizados pelos consumidores para avaliar a qualidade do serviço, os quais foram posteriormente Parasuraman *et al.* (1988) agregados em cinco grandes dimensões: Aspetos tangíveis, (Aspetos dos elementos físicos); Confiança (Desempenho de acordo com as expectativas); Conformidade (Prontidão e utilidade); Garantia (Competência, Cortesia, Credibilidade e segurança; Empatia (Acesso, comunicação e compreensão do cliente).

Gestão de recursos , por outro lado , ajuda a melhorar a eficiência de serviços públicos , concentrando-se na tecnologia que é impulsionado por necessidades. Esta abordagem começa com a resposta às necessidades das pessoas , seguido por preocupações relacionadas com a infraestrutura , apoio financeiro, e tecnologia / ferramentas.

Na tentativa de diminuir estas lacunas , gerou-se um modelo de nível de ação de equipa no Bloco Operatório, com vista a testar hipóteses sobre os efeitos de tal ação de

equipa relacionadas com a complexidade de tarefa, tempo, números de eventos adversos, recursos materiais e Cirúrgicos, recursos humanos e entre outras.

2.6.3. Análise de variáveis que compõem o modelo conceptual

Após a pesquisa bibliográfica realizada, optou-se por estudar mais detalhadamente algumas das variáveis considerado no modelo de Vashdi (2013, p. 952), por se considerar que refletiam recursos de extra importância para a gestão do BO, nomeadamente Complexidade da tarefa, Números de eventos adversos e Comportamento de entre ajuda. No entanto, considerando não só o trabalho de outros autores como a experiência profissional dos autores, considerou-se também essencialmente completar o modelo anterior com as variáveis tais como: Nível da ação da equipa no BO, Tempo de cirurgia face à norma, Organização do BO, Quantidade de trabalho, Desperdícios de recursos humanos e desperdícios de materiais e equipamentos cirúrgicos, que passamos a analisar em pormenor.

2.6.3.1. Nível de ação de equipa no bloco operatório

Os níveis mais elevados de ação de equipa são susceptíveis de ser associados a uma maior coordenação explícita que se manifesta na percepção dos pares ajudando e compartilhando a carga de trabalho dos membros e, como resultado, o desempenho da equipa é reforçado Vashdi; Bamberger e Erez (2013, p. 948).

Neste contexto, podemos definir o desempenho em relação a ambos os resultados relacionados à eficiência por exemplo, custos reduzidos de produção ou de tempo em relação a alguma norma, reflete o quão bem a ação de equipa de trabalho possuir conhecimento alavancagem e habilidades para melhorar a eficiência ou velocidade de execução e qualidade relacionado-resultados por exemplo, o número ou a gravidade dos erros de registados ou eventos adversos.

O funcionamento no BO é uma prática difícil, interdisciplinar, com forte dependência da atuação individual, exercida no seio das organizações complexas. Para Fragata (2010, p. 18), todos os erros que surgem no BO estão relacionados exatamente com as praticas cirúrgicas e a anestesiológicas, estes afetam 2 % de todos os casos de

internamento. Continuando com o mesmo autor, defende que “estes eventos seriam evitáveis em 30 a 50 % dos casos”.

A esse nível a divulgação, em finais da década de 90 do século passado, do relatório *To err is human*, nos Estados Unidos da América e, já no início do século XXI do *An Organization with a Memory*, no Reino Unido, a par da publicação de vários outros estudos que permitiram obter o conhecimento acerca da dimensão, natureza e (em certa medida) do impacto dos eventos adversos em diversos países, funcionaram como uma verdadeira alavanca para o desenvolvimento da investigação nesta área (Sousa, 2011, p. 13).

As taxas de incidência de eventos adversos em hospitais atingem valores que variam entre os 3,7 % e os 16,6 % (com consequente impacte clínico, económico e social), sendo que desses a maior fatia (40 % a 70 %) são considerados preveníveis ou evitáveis (Sousa, 2011, p. 13).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2013, p. 31), as falhas na assistência, quebras das técnicas profissionais e a negligência das medidas de proteção preconizadas, estabelecidas pelas Boas Práticas de Funcionamento de serviços de saúde, possibilitam a materialização do dano ao paciente, pelo surgimento de eventos adversos.

O tempo do arranque do BO resulta de vários fatores inerentes à norma da instituição hospitalar, nomeadamente a acuidade da equipa cirúrgica que condiciona o arranque da primeira intervenção, da preparação e da organização das salas cirúrgicas e da hora estabelecida e programada para a cirurgia (Libano, 2012, p. 36).

Nesta perspetiva a melhoria de processo as alterações e melhorias, foca-se na organização dos espaços, na gestão dos equipamentos ou dos stocks, com o intuito de eliminar atrasos ou falha de material/equipamento indispensável para o ato cirúrgico. O arranque da primeira cirurgia condiciona a produtividade do BO, pois dele depende a sequência das cirurgias seguintes, sendo este um bom indicador de produtividade (Libano, 2012, p. 36).

Propomos que todos os dois elementos do nosso modelo são necessários para a equipa de ação significativa para redução de tempo em relação a alguma norma . Para tal é

importante existir indicador de resultados relacionada a eficiência, Vashdi; Bamberger e Erez (2013, p. 949), um indicador chave, assim estabelecemos as nossas hipóteses:

Hipótese 1a. Existe influência negativa do nível de ação de equipa no Bloco operatório no número de eventos adversos.

Hipótese 1b. Existe influência negativa do nível de ação de equipa no Bloco Operatório no tempo de cirurgia.

2.6.3.2. A quantidade de trabalho

Podemos definir trabalho como qualquer atividade física ou intelectual, realizada por ser humano, cujo objetivo é fazer, transformar ou obter algo.

A organização do trabalho reúne um conjunto de normas que determinam como o trabalho deverá ser executado num ambiente. Tem por finalidade dividir o trabalho, o conteúdo, a tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de um comando, enfim, tem como meta gerenciar como o trabalho deve ser executado atendendo as necessidades de maneira harmónica, tanto do empregado como do empregador (Sousa, 2009, p. 29-30).

Na maioria das vezes, o executor das tarefas não participa da organização do planeamento das atividades, o que inibe o trabalhador de opinar sobre alternativas que possam melhorar o desenvolvimento da sua tarefa.

Ao longo da jornada de trabalho, algumas intercorrências, previsíveis ou não, podem ocorrer, levando a equipa de trabalho a desempenhar atividades que não estavam no rol das tarefas a serem desenvolvidas. Ou seja, o trabalho prescrito vai se distanciando do trabalho real, sobrecarregando os trabalhadores pelas múltiplas tarefas a serem realizadas.

Quanto mais diferentes forem os dois trabalhos o prescrito e o real, mais vulneráveis ficam os trabalhadores para desenvolver doenças, tanto físicas quanto psíquicas. Tal situação é comumente observada quando numa equipa de trabalho temos um ou mais funcionários afastados seja por doença, licença, férias, entre outras situações e não há reposição de pessoal; sendo assim, para que não haja declínio na produtividade, os trabalhadores que permanecerem deverão trabalhar mais suportando grandes quantidade de trabalho.

A sobrecarga da tarefas incide de forma negativa na saúde do trabalhador, podendo leva-lo a desenvolver problemas, tanto de ordem psíquica quanto fisiológica, além de atingir seus princípios, como no caso do assédio moral, por exemplo.

No caso da enfermagem, os benefícios geralmente são dados através de folgas ou valores correspondentes ao dia de plantão. Muitas vezes, o profissional em questão é solicitado para dobrar o plantão, ou seja, permanecer no local de trabalho por mais 12 horas período que corresponde a um plantão e ser beneficiado com um tempo maior de folga, ou por um soldo a mais no salário. Em contrapartida, irá se expor aos riscos oriundos do trabalho.

No decorrer da jornada laboral, o organismo do profissional está sujeito a apresentar alterações que podem comprometer a sua saúde e o seu rendimento, tais como: modificações fisiológicas, intensificação no movimento, declínio na qualidade e velocidade do rendimento, modificação no controle e coordenação motora, entre outras (Sousa, 2009, p. 31) .

Acreditasse que, estas variáveis são importante para melhorar a quantidade de trabalho, e, assim, melhorar o desempenho, medido pela ocorrência de eventos adversos, nível de ação da equipa tal como se referiu nos parágrafos anteriores e tempo de conclusão de missão, postulou –se as seguintes Hipóteses:

Hipótese 2a. A quantidade de trabalho influencia positivamente o número de eventos adversos.

Hipótese 2b. A quantidade de trabalho influencia positivamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

2.6.3.3. O Comportamento de entre – ajuda

O Comportamento de entre - ajuda reflete os membros da equipa 'capacidade de compreender um do outro, "sem a necessidade de uma comunicação aberta. É susceptível de ser melhorada em função dos membros da' experiência de trabalho um com o outro e impedidos como uma função da instabilidade equipa composicional.

As equipes caracterizadas por altos níveis de conhecimentos são susceptíveis de demonstrar um maior grau de equipa de ajuda, na medida em que os seus membros são susceptíveis de ser mais sintonizados com os desvios dos padrões esperados de comportamento que podem indicar que um detentor de função está tendo dificuldade e requer ajuda (Vashdi; Bamberger e Erez, 2013, p. 952).

No entanto, o comportamento de entre ajuda pode fornecer a base para partilhar número de eventos adversos, mesmo em equipas de composição instáveis, em que os membros das equipas caracterizadas pela maior nível de ação, são susceptíveis de refletir sobre áreas específicas da função de especialização e a distribuição ótima das tarefas da equipa através de papéis e desenvolver entendimentos dinâmicos de repertórios comportamentais adequadas a diferentes proprietários da função, permitindo-lhes reconhecer e antecipar as necessidades e ações de cada um como situações que se desenrolam.

Com uma compreensão mais desenvolvida das necessidades e habilidades de cada detentor de função e de como o comportamento de uma equipa pode ser redistribuído dinamicamente à medida que as situações mudam, as tarefas são susceptíveis de ser mais eficaz e eficiente partilhada. Assim, por exemplo, embora os papéis do cirurgião e uma enfermeira em uma equipa cirúrgica são eventos claras e inequívocas, imprevisíveis podem requerem algum grau de papel fluidez.

A OMS (2009) define a equipa cirúrgica sendo o conjunto integrando de cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, técnicos e outras pessoas envolvidas na cirurgia desse doente. Portanto, são todos os elementos que desempenham funções para garantir a segurança e o sucesso da intervenção cirúrgica a que o doente vai ser submetido. Gomes (2012, p. 40), salienta que as equipas são organizações colaborativas onde cada membro faz o seu melhor e o líder é um facilitador e não um ditador.

O trabalho em equipa é outro fator chave para uma maior segurança do doente, o que na área de saúde tem diferentes interpretações dependendo da profissão do membro da equipa. Há estudos que relatam que “os médicos preferem ter um trabalho de equipa efetivo quando os enfermeiros antecipam as suas necessidades e seguem os seus protocolos”. Por outro lado as enfermeiras avaliam como um trabalho em equipa quando os

seus contributos para a tomada de decisão são validados (Gomes, 2012, p. 40) in (Baker *et al.*, 2007).

O comportamento do ser humano pode sofrer uma grande influência quando se trata dos aspectos da motivação e satisfação no trabalho. E no mesmo raciocínio, em uma empresa onde os colaboradores possuem um canal de comunicação eficaz, tendem a serem mais motivados, pois a boa comunicação elimina distorções deixando claros: ideias, projetos, etc. Funcionários informados e motivados comportam de forma positiva, contribuindo para um bom clima organizacional além de obter qualidade de vida no trabalho (Espindola, 2009, p. 184).

Da mesma forma, essas mesmas experiências compartilhadas pode tornar fornecedores de ajuda potenciais mais conscientes dos benefícios para a equipa de prestação de ajuda, e, portanto, são imprescindíveis estes fatores no modelo é estudo. Assim:

Hipótese 3a. Os comportamentos de entre - ajuda influenciam positivamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

Hipótese 3b. Os comportamentos de entre - ajuda influenciam negativamente o tempo de cirurgia face a norma.

2.6.3.4. A Complexidade da tarefa

Pose se definir a complexidade da tarefa como é um constructo amplamente utilizado nas ciências comportamentais para explorar e predizer a relação entre as características da tarefa e o processamento de informação, considerada atividade cognitiva (Visentini, 2010, p. 43) in (Gill e Hicks, 2006).

Visentini (2010, p. 44) in Löbner (2005), relatam cada uma delas destacando a relevância que se refere à quantidade de ganho ou perda com a decisão, pois, quanto mais diferente é esse ganho ou essa perda, mais relevante e, portanto, mais complexa será a decisão. Incerteza pode estar relacionado com o nível de perigo envolvido, acontece que quanto maior a incerteza, maior a complexidade das tarefas.

Impacto contextual diz respeito as relações da tarefa com o ambiente, sendo que quanto maior essa relação maior a complexidade. Pressão de tempo refere-se ao tempo disponível para resolução da tarefa, uma vez que quanto menor o tempo, maior a complexidade observada pelo indivíduo.

Já o tempo de cirurgia varia de acordo com o cirurgião que a realiza e com a complexidade da mesma. Esse tempo é controlado e disponibilizado no banco de dados do SI do Hospital. Com esses dados, é elaborado um relatório que objetiva evitar o desperdício de recursos, em que são apresentados os indicadores de ocupação das salas, tempo de atraso da cirurgia e suas possíveis causas (imprevistos, complicações, atrasos), dentre outras informações (Abcustos Associação Brasileira de Custos, 2009, p. 16-17).

Todavia, não se pode negar que há, em nossas vidas, situações comunicativas que consideramos mais fáceis, pois alcançamos o resultado almejado com menos esforço. Há situações que consideramos mais complexas, pois temos que fazer um esforço maior para conseguirmos alcançar o sucesso pretendido (Gomes, 2009, p. 35).

Desta forma, podem ser realizadas uma ou mais tarefas automatizadas ou que requerem uma maior atenção. É óbvio que o ser humano possui uma capacidade limitada para processar as informações do ambiente ou para prestar atenção em várias tarefas ao mesmo tempo.

A verdade é que, por causa desta capacidade limitada, a realização de duas tarefas concomitantemente pode ocasionar um prejuízo no desempenho de uma das tarefas quando este limite da capacidade de atenção for ultrapassado. Assim, durante a realização de duas tarefas simultaneamente, deve-se manusear o espaço de alocação da atenção de forma que ambas as tarefas possam ser realizadas (Valle, 2011, p. 1).

Já o D'Oliveira (1994, p. 42), in Campbell (1988), defende que é importante considerar ainda outras características da tarefa, frequentemente associadas à complexidade da tarefa e que se podem reverter num aumento desta última. É o caso da não estruturação da tarefa, da ambiguidade e da dificuldade.

O elevado nível de desempenho e estimulação teriam um efeito positivo no desempenho. Contudo, com níveis de complexidade muito elevados, as exigências

impostas ao indivíduo podem começar a exceder as suas capacidades de resposta, originando uma situação de “Carga “ , a qual leva a um desempenho menos eficaz.

O Trabalho de D'Oliveira (1994, p. 48) in Earley, Lee e Hanson (1990), insere-se no âmbito da primeira opção apresentada, tendo os autores constatado a importância da antiguidade na função no desempenho das tarefas complexas.

A definição de objetivos em nada melhora o desempenho das tarefas complexas de indivíduos inexperientes. No entanto, esta relação era invertida quando os sujeitos tem uma certa antiguidade na função.

Defende-se assim, que a experiência na função provavelmente levou à aquisição de conhecimentos necessários para o desenvolvimento de estratégias eficazes, cuja utilização se traduziu na melhoria da qualidade do plano de ação utilizado e do nível de desempenho alcançado.

D'Oliveira (1994 P. 49-70), in Wood et al (1987), argumentam que a seleção com base nas capacidades cognitivas poderá se revelar uma intervenção eficaz em tarefas complexas onde a definição de objetivos tem demonstrado ser ineficaz ou até mesmo prejudicial. Por outro lado, a definição de objetivos tem-se revelado bastante eficaz em tarefas simples, onde a seleção com base nas aptidões cognitivas se tem revelado infrutífera. Um nível inicial de complexidade teria um efeito positivo no desempenho. No entanto, a partir de determinado nível de complexidade, as exigências impostas ao indivíduo começariam a exceder as suas capacidades de resposta, verificando-se desempenhos menos eficazes.

Assim, considerando as situações apresentadas e a sua ordenação em termos de exigências crescentes , prevê-se que haja uma associação negativa entre o nível de complexidade e o nível de desempenho.

As competências para o exercício da entre - ajuda e da cooperação na resolução das tarefas e de problemas exigem que os profissionais do BO que estão nessa situação tenham uma compreensão conjunta do problema, das estratégias a desenvolver e dos objetivos a alcançar.

Para que tal aconteça é necessário coordenar as suas ideias com as ideias dos outros, o que exige vontade para compreender outros pontos de vista e ser capaz de convencer o outro das suas próprias ideias acerca das mesmas questões. Este processo obriga a clarificar, elaborar, organizar, explicitar, explicar e defender a sua posição em função do outro e dos objectivos da situação, processos importantes na atuação conjunta e no desenvolvimento de um pensamento científico.

Quando falamos ou pensamos em interajuda associamos, habitualmente, uma colaboração harmoniosa, que envolve responsabilidade partilhada, contribuições idênticas e participações similares, tais como objectivos e regras de funcionamento.

Por razões semelhantes, maior equipa de complexidade da tarefa também é susceptível de ampliar o impacto de partilhar tanto a quantidade de trabalho e ajudar nos resultados relacionadas com a eficiência (ou seja, a duração da missão). Os procedimentos operacionais padrão para projetos de baixa complexidade normalmente levam as considerações de eficiência em conta, e em muitos casos eles são mesmo estruturada em torno de princípios de eficiência (Vashdi, 2013, p. 951).

Isto reduz a probabilidade de que uma maior quantidade de trabalho de partilha ou ajudando oferecerá nenhuma redução significativa na duração da missão.

Na verdade, porque a partilha ainda a quantidade de trabalho e ajudando a demanda implícita a alocação de recursos temporais, em situações de baixa complexidade o tempo necessário para realocar o trabalho ou prestar assistência pode vir a ser maior que o tempo potencialmente salvos.

Como as tarefas das equipas se tornam mais complexas, protocolos padronizados tornam-se menos aplicável. Equipas de manipulação de projetos complexos vai trabalhar mais eficientemente se eles estão preparados para realocar tarefas em resposta a contingências situacionais e se os membros da equipa estão em sintonia com as necessidades dos companheiros de equipa para ajudar.

Quando maior for a equipa a complexidade da tarefa aumenta, assim, a importância de entendimentos compartilhados no que diz respeito à forma como a quantidade de

trabalho devem ser distribuídos ou quando e como a ajuda deve ser oferecido (Vashdi, 2013, p. 951) in (Stewart e Barrick, 2000). Assim, propomos:

Hipótese 4a. A complexidade da tarefa influencia negativamente a quantidade de trabalho.

Hipótese 4b. A complexidade da tarefa influencia positivamente o comportamento de entre - ajuda.

Hipótese 4c. A complexidade da tarefa influencia positivamente o número de eventos adversos.

Hipótese 4d. A complexidade da tarefa influencia positivamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

Hipótese 4e. A complexidade da tarefa influencia positivamente no tempo de Cirurgia face a norma.

Hipótese 4f. A complexidade da tarefa influencia positivamente os desperdícios os desperdícios de equipamentos ou materiais cirúrgicos.

Hipótese 4g. A complexidade da tarefa influencia positivamente os desperdícios de recursos humanos.

2.6.3.5. Desperdícios de Recursos Humanos

Sacramento 2001 (p. 9-10) citado Aulete (1985:1063) define o desperdícios é um substantivo masculino, é um gasto ou despesa inútil; em outras palavras, o ato de desperdiçar advém, alternativa ou cumulativamente, da falta de competência na utilização dos recursos disponíveis, sejam eles humanos, materiais ou financeiros; para outros autores Ford (1964), Ohno (1997) e Womack (1998; 1992) associam o conceito de desperdício à ausência de valor agregado.

Para o Sacramento (2001 p. 9-10) citado Ohno (1997, p. 71) afirmam que “na produção dos desperdícios, se refere a todos os elementos que só aumentam os custos sem agregar valor por exemplo, excesso de pessoas, de stocks e de equipamentos”.

A continuidade da análise desenvolvida por Reis o conduz aos pedidos e considerações de Abreu e Sushil. Ele destaca que Abreu entende que a perda decorre do desperdício ao afirmar que: O desperdício é o uso dos recursos disponíveis de forma descontrolada, abusiva e irracional. É o uso sem necessidade, sem finalidade e sem objetivo definido. É o usar só para gastar, para mostrar a posse de alguma coisa. O desperdício não está ligado, necessariamente, ao uso de quantidades acima das necessidades que se tem. Às vezes gasta-se pouco, mas se gasta mal, e isso também é desperdício (Sacramento, 2001, p. 9-10) e (Abreu in Reis, 1994, p. 11).

Pode se manifestar através do uso de recursos em quantidades e especificações diferentes das que são necessárias. Quando a quantidade e qualidade estão acima do necessário, depara-se com os desperdícios, com o uso desnecessário e com custos exagerados. Se a utilização é abaixo das necessidades, têm-se resultados deficientes e que não satisfazem.

Para à otimização da gestão dos recursos materiais, percebeu-se que os recursos humanos podem ser melhor rentabilizados, o que pode parecer pernicioso e descrito ou comentado como uma robotização dos profissionais.

Trata-se de eliminar etapas de processo, condicionalismos de distribuição do espaço ou do tempo destinado a determinadas tarefas, cuja execução não traz qualquer mais-valia ao doente ou à instituição, utilizando este tempo e energia despendidos pelo trabalhador em funções, atos, realização de check-lists ou outras tarefas que tragam aos intervenientes uma real mais-valia para as pessoas ou para os procedimentos em causa (Marvão, 2011, p. 1).

Hipótese 5.a. Os desperdícios de recursos humanos influenciam negativamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

Hipótese 5.b. Os desperdícios de recursos humanos influenciam positivamente o número de eventos adversos.

Hipótese 5.c. Os desperdícios de recursos humanos influencia negativamente o tempo de cirurgia face à norma.

2.6.3.6. Desperdícios de Equipamentos e Materiais Cirúrgicos

Os estudos e as preocupações acerca dos recursos materiais têm suscitado reflexões e discussões constantes, pois representam o segundo maior custo das organizações de saúde, consumindo de 15 a 45% do orçamento hospitalar.

Considera-se que esse custo está associado à complexidade das tarefas, bem como procedimentos diferenciados, atendimentos diversificados, incorporando cada vez mais tecnologias na assistência com maior variedade e consumo de recursos materiais.

Nesse cenário, principalmente nas instituições públicas, observa-se a escassez, a falta e / ou a má qualidade dos materiais de consumo, acarretando stress na equipa multiprofissional, descontinuidade da assistência prestada e possíveis danos aos pacientes. Essa realidade evidencia a inexistência de planeamento eficaz e coerente nos processos de compra, controlo e informações sobre a gestão do materiais.

Nesse contexto, ainda assim os profissionais de saúde e também os administradores são pouco informados, conscientizados e sensibilizados sobre a capacidade e as contribuições para reduzir os custos do material e da assistência prestada aos pacientes.

Para reduzir o desperdício do material e equipamento cirúrgico no Bloco operatório e melhorar a eficiência destes recursos, no entanto, é importante a elaboração de um plano para o controlo e utilização adequado, com o objetivo de garantir que a assistência não sofra interrupções por insuficiência na quantidade ou qualidade dos mesmos (Castro e Castilho, 2013, p. 1229).

Os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar (enfermeiros, anestesistas, cirurgiões, auxiliares de ação médica) incorporam em si estes componentes cognitivos e comportamentais, sendo muito úteis para as situações de urgência e de emergência. No trabalho de equipa no Bloco Operatório, cada um sabe a sua função e a de cada um.

Evita-se desperdício de tempo que é precioso para salvar vidas e economiza-se uma variedade de recursos (materiais, humanos, tempo). Para Costa (2013, p. 11) Citado Mcgarvey e Boor (2000) clarificam que o papel dos profissionais no Bloco Operatório

combina o conhecimento tecnológico e competência associada a instrumentos sofisticados, técnicas e drogas modernas, assinalando que as competências básicas de nível de ação de equipa são adquiridas através do treino e da experiência que são vitais para o cuidado ao doente.

Acredita-se que à qualidade do trabalho do nível de ação de equipa, a forma como esta interage e ao desenvolvimento das estruturas básicas (competência, criatividade, confiança, comunicação e liderança). Deste modo, esta visão partilhada do nível de ação de equipa ajuda na construção de relações efetivas, facilita as conexões entre a ação e reflexão e estabelecem laços mais fortes de coesão entre os diversos profissionais do BO, enquanto modifica procedimentos e estruturas.

O modelo da improvisação apresenta vantagens para as organizações, permitido o melhor controlo de usos do material e equipamentos cirúrgicos, a inclusão destes elementos todos no modelo torna-se imprescindíveis, dado que este modelo considera as organizações como um espaço de aprendizagem dos erros; distribui a liderança de uma forma colectiva e não individual e defende a estimulação da alternância dos membros da organização para que sejam potencializadas as capacidades individuais, bem como o trabalho em equipa (Costa, 2013, p. 14). Assim propomos:

Hipótese 6.a. Os desperdícios de equipamentos influenciam negativamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

Hipótese 6.b. Os desperdícios de equipamentos influenciam positivamente o número de eventos adversos.

Hipótese 6.c. Os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos influenciam positivamente o tempo de cirurgia face à norma.

2.6.3.7. Organização do Bloco Operatório

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 (Pegado, 2010, p. 31).

A organização é um sistema que tem objetivos específicos com recursos geridos para os atingir e uma estrutura organizacional. A produção deve basear-se na divisão do trabalho, que consiste no processo complexo que pode ser decomposto em uma série de pequenas tarefas distribuídas pelos membros da organização (Reis, 2012, p. 84).

A eficiência da sala de cirurgia depende muito da sua organização física e a organização do seu pessoal. Um projeto inteligente no layout (plano) da sala de operação facilita a movimentação eficiente de pacientes e funcionários e o uso econômico do espaço (Eredie, 2008, p. 8).

Planeamento físico de uma suíte do BO, que separa limpa a partir de áreas contaminadas, torna mais fácil a realização de boas técnicas assépticas. A área limpa é muitas vezes referida como a área de acesso restrito (Eredie, 2008, p. 9).

Para salas de cirurgia, há muitos projetos diferentes. Os princípios básicos de design que são comuns a todas as salas de operação deve cumprir os seguintes critérios:

- ✓ O projeto deve ser sempre simples e fácil de mantê-lo limpo
- ✓ Parede e pavimentos devem ser suaves e feitas de materiais não porosos
- ✓ De modo a evitar transversal - Contaminação (a transferência de doença causando microrganismos de uma fonte para o outro), não deve haver salas separadas para instrumentos limpos ou esterilizados e os sujas.
- ✓ Deve haver espaço suficiente para garantir a segurança do transporte de pacientes e funcionários.
- ✓ O layout do departamento deve ser conveniente para o supervisor para controlar os tráfegos de entrada e saída.
- ✓ A sala de recuperação deve ser perto da sala de cirurgia, de modo que os pacientes possam ser transportados com segurança e rapidamente após a cirurgia.

Quando o paciente chega à sala de cirurgia, ele / ela é recebida e rodeado por um cirurgião, um ou dois assistentes, um provedor de anestesia, uma enfermeira limpo, uma enfermeira de circulação etc. Estes indivíduos, cada um com funções específicas para executar, formam um equipa operacional. Esta equipa tem literalmente a vida do paciente em suas mãos.

A equipa de sala de operação funciona em harmonia com seus / suas colegas para a realização bem-sucedida dos resultados esperados do paciente Eredie (2008, p. 9). Dai a importância dos elementos abaixo discriminados. Assim estabeleceu-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 7.a. A organização do BO influencia positivamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

Hipótese 7.b. A organização do BO influencia negativamente o número de eventos adversos.

Hipótese 7.c. A organização do BO influencia negativamente o tempo de cirurgia face à norma.

2.6.3.8. Modelo conceptual proposto

De acordo com a Sousa e Baptista (2011, p. 43), um modelo de análise é basicamente um esquema teórico representativo de um fenómeno ou conjunto de fenómenos. Um modelo de análise conceptual explica, de uma forma gráfica ou narrativa, as dimensões essenciais a serem estudadas os factores chave, conceitos ou variáveis e as presumíveis relações que se estabelecem entre elas.

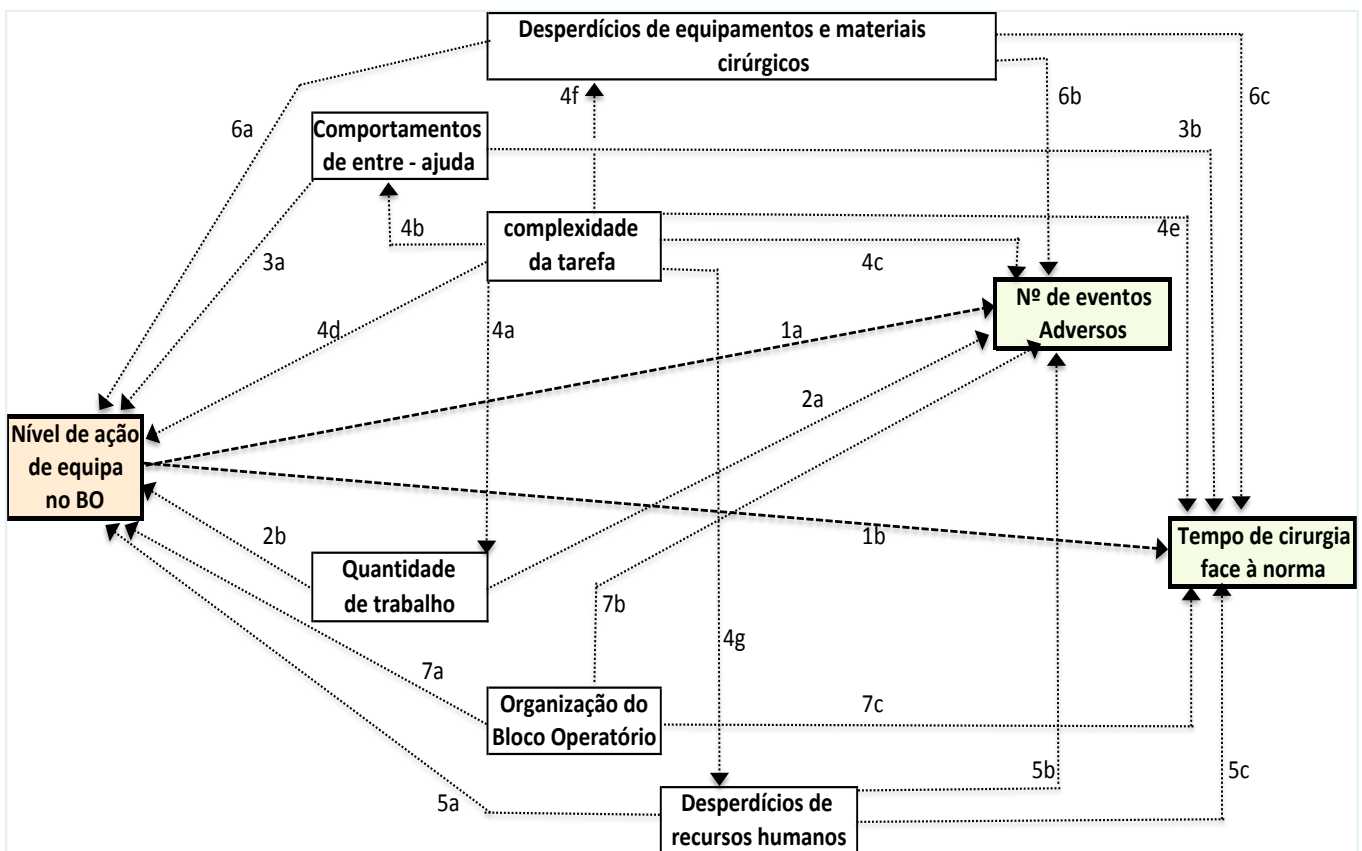
Com este modelo pretende-se proporcionar um enfoque teórico, e permitir que não haja uma dispersão do investigador quanto aos conceitos a estudar e respetiva recolha de dados.

O estudo da Pereira (2014, p. 45), revelou que “o desempenho do Bloco Operatório depende diretamente de todos os profissionais, é necessário que uma associação natural e dinâmica que implica uma ótima coordenação entre todos para a concretização dos objetivos comuns, tanto do hospital como do serviço individualmente”.

Considera-se que este é o modelo adequado que pode contribuir para a gestão de recursos, já que, abrange todo o processo de desempenho no BO, desde a organização do BO à número de eventos adversos, todavia acredita-se que seja o modelo desejado para melhorar o desempenho dos membros das equipas e, consequentemente, o desempenho organizacional.

Como se poderá verificar, o modelo exposto sugere a influência do nível da ação de equipa no BO, número de eventos adversos, tempo de cirurgia face à norma, comportamentos de entre - ajuda, quantidade de trabalho, complexidade da tarefa, desperdícios dos recursos humanos, desperdícios de materiais e equipamentos cirúrgicos e organização do BO, como se pode observar na (figura 3).

FIGURA 3: Modelo conceptual proposto



Fonte: Adaptado por Vashdi (2013, p. 952) ampliado pelo autor 2014

3. METODOLOGIA

De acordo com Sousa e Baptista (2011, p. 53), “a metodologia é um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objetivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar técnicas”.

Começou por se realizar pesquisa documental recorrendo às bases de dados do *Escolhos, B-on, Google, Revista de Enfermagem Portuguesa, Sielo Org, Scielo Portugal, Biblioteca Municipal do Barreiro, Mendeley Desktop, Base de Dados Koha, RCAAP, Portal do Ministério da saúde de Angola*, com as palavras-chave: : Gestão de recursos; nível de ação de equipa ; gestão do bloco operatório; desperdícios de recursos; gestão do tempo. Durante o período de Novembro de 2013 a Março de 2014.

Depois de definido o problema de investigação e o modelo a estudar, passou-se ao estudo empírico.

3.1. Instrumento de colheita de dados empíricos

A técnica adoptada para a colheita de dados consistiu num questionário composto por duas partes, uma de análise de dados demográficos para caracterização da amostra e outra de avaliação efetiva do funcionamento do Bloco Operatório (Ver anexo I).

A primeira parte do questionário teve portanto como objectivo permitir a distribuição da amostra quanto à idade, sexo, atividade profissional, local de trabalho, tipo de organização, tempo de serviço e categoria profissional.

Na segunda parte avaliou-se a gestão do BO sob a perspetiva dos colaboradores, ou seja, foi-lhe solicitado uma classificação de 45 afirmações usando uma escala de Diferenciais Semânticos de 1 à 7 pontos, em que 1 significa - Discordo Totalmente e o 7 - Concordo Plenamente, sempre que possível, usou-se partes de questionários de outros artigos já publicados, sempre que as variáveis analisadas eram as mesmas (Vilelas, 2009, p. 303).

3.2. A amostra escolhida

No universo dos hospitais públicos Angolanos, a seleção da amostra incidiu sobre quatro Hospitais que possuem blocos operatórios de diferentes dimensões e complexidade, facto que se pretende que seja uma mais-valia para o estudo que se pretendia desenvolver.

Optou-se por realizar o estudo em duas unidades hospitalares do nível secundário na província do Moxico; e duas outras unidades hospitalares do nível terciário na cidade de Luanda, no período de Abril a Junho de 2014, no respectivo local de trabalho de cada participante da pesquisa.

A amostra em estudo foi constituída por gestores responsáveis pelo BO e profissionais que pertencem à equipa de trabalho do Bloco Operatório dos Hospitais provinciais do Moxico e de Luanda em Angola em regime de horário integral e noturno, com pelo menos 1 ano de exercício de atividades na organização.

A amostra é um conjunto de unidades, numa porção total, que nos represente a conduta da população no seu conjunto. O que se procura é construir uma amostra em que, observando uma porção relativamente reduzida de unidades, se obtenham conclusões semelhantes às que chegaríamos se estudássemos o total da população (Vilelas, 2009, p. 245).

De facto, a amostra foi escolhida considerando a representatividade dos hospitais de nível secundário e terciário em Angola, apesar de ser não probabilista e intencional. De acordo o Vilelas (2009, p. 247-248), estas amostras caracterizam-se por apresentarem critérios de inclusão.

Sousa e Baptista (2011, p. 74) ressaltam, que este corresponde a um método de seleção dos elementos da amostra, em que cada um deles não tem uma probabilidade igual (e não nula) de ser selecionado do universo.

3.3. A recolha de dados

Foram distribuídos cartas de autorização para realização do Inquérito por Questionário (ver anexo II) já elaborado às respetivas direções dos hospitais. Posteriormente, o mesmo foi dirigido para as áreas de interesse: os blocos operatórios.

Findo a distribuição das mesmas, aguardou-se pelas respostas. Algumas unidades hospitalares responderam imediatamente às cartas e outras com muito atraso, do 10 de Abril obteve - se a resposta em Maio e outras Unidades só conseguiu-se as respostas nos dias 24 de Junho do ano em curso. Foi no entanto possível fazer a distribuição dos questionários.

- Na primeira unidade hospitalar, 50 profissionais aceitaram participar do estudo e assinaram um termo de consentimento esclarecido (ver anexo III) que lhes garantia o sigilo e o anonimato. Destes 50, apenas 30 foram preenchidos e recolhidos.

- Na segunda unidade hospitalar foram distribuídos questionários 39 indivíduos que aceitaram participar do estudo e que assinaram o termo de consentimento esclarecido. Destes, recolheram-se 22.

- Na terceira unidade hospitalar foram distribuídos aos profissionais 52 questionários, que mais uma vez, assinaram o termo anunciado. Aqui, foram recolhidos 36 questionários, 14 dos quais estavam mal preenchidos, pelo que não foram considerados. Ficámos assim com 22 questionários desta organização.

E por último na quarta unidade hospitalar distribuíram - se 70 questionários, associados à assinatura de um termo de consentimento esclarecido. Dos 70 entregues, recolheram-se apenas 40 questionários, dos quais 5 estavam mal preenchidos e não foram considerados. Desta instituição, ficámos assim com 35 questionários para tratar.

Considera-se assim que este é um estudo realizado é de carácter descritivo, correlacional e inferencial, de abordagem quantitativa.

De acordo com Vilelas (2009, p. 120), os estudos descritivos descrevem rigorosa e claramente um dado objeto de estudo na sua estrutura e funcionamento e procuram

conhecer as características de determinada população ou fenómeno ou estabelecer relações entre variáveis. O mesmo autor diz ainda que estes estudos servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa.

Trata-se também de um estudo correlacional porque procuram determinar as relações entre várias variáveis do modelo que se propõe estudar (Vilelas, 2009, p. 122).

É inferencial porque para Ferreira (2005 p. 9), indica que, segundo o tipo de procedimento em estatística, preocupa-se com o raciocínio necessário para, a partir dos dados, se obterem conclusões gerais. O seu objectivo é obter uma afirmação acerca de uma população com base numa amostra. Estas inferências ou generalizações podem também ser de dois tipos: estimações ou decisões (testes de hipóteses).

Por fim, as abordagens quantitativas visam a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações (Vilelas, 2009, p. 103).

3.4. Tratamento e análise dos dados colhidos

A análise dos dados recolhidos é uma etapa fundamental no processo de investigação, Sousa e Baptista (2011, p. 107). Para o tratamento de dados foi utilizada estatística descritiva e inferencial.

Segundo o Vilelas (2009, p. 308), a estatística descritiva consiste na recolha, e exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: Quadros, gráficos, e indicadores numéricos.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão) e estatística inferencial. Nesta, usou-se a estatística paramétrica pois as nossas variáveis dependentes são de tipo quantitativo. Assim, usou-se o coeficiente de correlação momento-produto de Pearson.

O Alfa de Crombach é uma medida da consistência interna de uma escala e é geralmente usado como uma estimativa da fiabilidade de um teste psicométrico para uma amostra de respondentes (Pereira e Patrício 2013, p. 115).

Portanto, é importante realçar que apesar do alfa de Acrombach ter a sua utilidade no estudo de fiabilidade, não deixa de ser uma estimativa, sujeita a várias influências que devem ser tomadas em conta. O valor do alfa não é uma característica do instrumento, mas sim uma estimativa da fiabilidade dos dados obtidos (Maroco, 2006, p. 65 – 90).

Considerando a importância de avaliar a sensibilidade e fidelidade dos resultados, para os itens das hipóteses em estudo, efetuou-se uma análise da consistência interna dos itens através do Alfa de Cronbach.

De acordo com Pereira e Patrício (2013, p. 114-116), os valores do Alfa de Cronbach devem ser interpretados segundo a (Tabela 3):

Tabela 1 : Alfa de Cronbach Consistência Interna

Alfa de Cronbach	Consistência interna
1 - 0,90	Muito boa
0,70 - 0,90	Boa
0,60 - 0,70	Aceitável
0,50 - 0,60	Fraca
< 0,5	Inaceitável

Fonte: Adaptado por Pereira e Patrício (2013 p. 116).

Nas variáveis quantitativas foram analisados os valores mínimos e máximos, bem como o cálculo da moda, mediana e desvio padrão

O nível de significância foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$. No entanto, as diferenças significativas para um nível $(\alpha) \leq 0,10$, também foram devidamente comentadas.

Quando a análise estatística a ferramenta de cálculo utilizada é a planilha do Microsoft Excel 2011 para o Mac e o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), v. 20.0 para Windows. Segundo Pereira e Patrício (2013, p. 16) apontam que, SPSS é uma poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos, e visualizar os seus resultados, em poucos segundos.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Tendo em atenção os objetivos propostos para este estudo e com os dados recolhidos pretende-se apresentar a análise dos dados resultantes da aplicação do tratamento estatístico dos questionários recolhidos, mas também a análise de conteúdos de outras opções de resposta.

Após ser delimitado o campo de estudo e tendo por base os critérios inclusão e exclusão definidos para a amostra, foram identificados cerca de 222 profissionais de saúde (enfermeiros, anestesiológicos, Ortopedistas, Maqueiros, Vigilantes, Escriturários, Analises Clínica, Instrumentistas e cirurgiões) que exercem a sua atividade no BO dos hospitais, nos Hospitais do nível secundário no Moxico e do nível terciários em Luanda em Angola, com que se procuraria realizar este estudo. Esta era a nossa amostra potencial.

No entanto, um número significativo de profissionais das diversas áreas (mais evidente na área médica – anestesiológicos e cirurgiões) não colaboram no estudo, motivo pelo qual, foram entregues, nos BO dos quatros hospitais, 182 questionários, no total dos quais apenas 109 foram devolvidos devidamente preenchidos.

Logo, obteve-se uma taxa de resposta total de 59,89%. Sendo que se obteve uma percentagem de resposta mais elevada no Hospital Provincial do Moxico (HPMX), de 76,36%, seguido Hospital Josina Machel (HJM) 58,33%, e a Maternidade Provincial do Moxico (MPMX) 55,00% tendo o Hospital Pediátrico David Bernardino (HPDB) a taxa de resposta mais baixa 52,38%. Deste modo, depois de identificada e definida a amostra potencial, serão seguidamente apresentados quadros, tabelas e gráficos representativos dos resultados estatísticos de respostas dos questionários de forma a facilitar a leitura.

Quadro 2 - Taxa de resposta dos questionários

Hospitais	Entregues	Recebidos	Taxa de resposta (%)
HPMX	40	30	75,00%
MPMX	40	22	55,00%
HPDB	42	22	52,38%
HJM	60	35	58,33%
Total Global	182	109	59,89%

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1. Caracterização da amostra

Com a análise estatística dos dados, e de acordo com as questões orientadoras, foi possível iniciar-se a apresentação dos resultados descritivos com a caracterização da amostra. A amostra é constituída por 109 participantes, profissionais que trabalham no Bloco Operatório dos quatros hospitais do nível Terciários com (54%) e Secundários (46%) de Angola, que corresponde ao número dos questionários (Gráfico 1).

Estes profissionais caracterizados na amostra pertencem a grupos distintos: médicos (17%), enfermeiros (54%), gestores (4%), gerentes (3%), anestesiológicos (7%), e outras predominantemente por instrumentistas e vigilantes (14%), com grande representatividade do género masculino (54%), face ao género feminino (46%) .

Esta diferença na percentagem pode estar relacionada com o aumento de profissionais do género masculino no Sistema Nacional de Saúde nos últimos anos. (Gráfico 3, 7). (17,4) de profissionais do BO têm idades compreendidas entre os 41 e os 45 anos, (15,6%) entre os 56 e os 60 anos, (14,7%) entre os 36 e os 40 anos, (12,8%) entre os 31 e os 35 anos, até 20 e de 20 à 26 anos respectivamente tem a percentagem de (10,1%-10,1%), finalmente (9,2% - (9,2%) entre os 60 e os 69 anos (Gráfico 4).

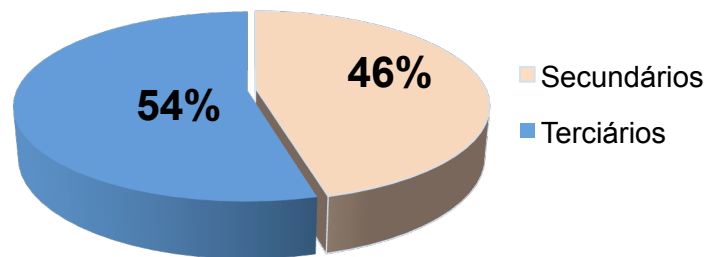
A apresentação dos resultados de forma descritiva, verifica-se por vezes, que se encontram apresentados em representações, assim: Em 7 representações gráficas, 26 tabelas e Três quadros. Os gráficos utilizados são gráficos circulares e de barras, os quadros utilizados são quadros simples, de forma a assinalar a informação e evidenciar características interessantes que facilitarão a análise dos resultados, no sentido de os compreender, e clarificar a problemática do estudo, tendo em conta a fundamentação teórica efectuada.

Para a caracterização de cada questão do instrumento de recolha de dados utilizados no estudo , utilizar-se-á os dados relativos as variáveis de atributo.

Resultados relativos à Tipologia dos Hospitais

Através da análise do gráfico 1, colaboraram no estudo 109 profissionais, das quais 54,1% ($n = 59$) trabalhavam em hospitais terciários e 46,0% ($n = 50$) trabalhavam em hospitais secundários, conforme se pode constatar pela observação do gráfico nº 1.

Gráfico 1 - Distribuição percentual por tipo de Hospital

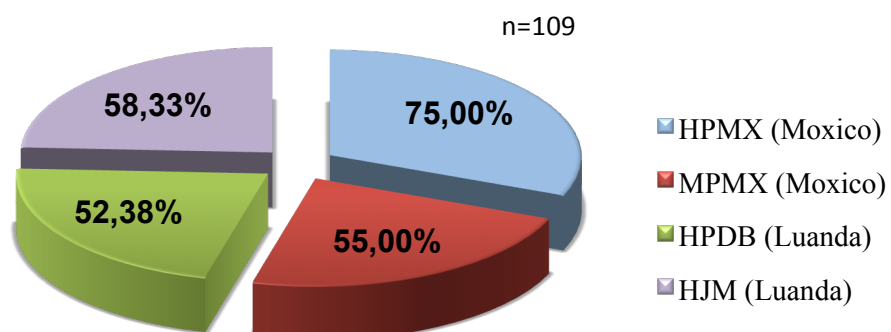


Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos respondentes por Hospital

Quanto a percentagem por tipo de Hospitais, através do (Quadro 2 e Gráfico 2), pode se constatar que dos 109 participantes, 75,00% eram constituído por profissionais do HPMX, (nível secundário) 58,33% do HJM (nível terciário), 55,00% do MPMX (nível secundário), 52,38% HPDB (nível terciário):

- HPMX: (Moxico) 75,00%
- HJM: (Luanda) 58,33%
- MPMX: (Moxico) 55,00%
- HPDB: (Luanda) 52,38%

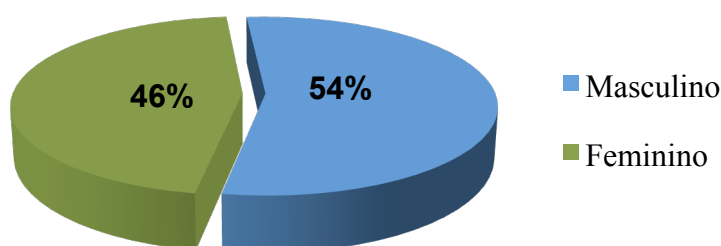


Fonte: Elaborado pelo autor.

Resultados relativos à caracterização distribuição de percentagem por género

Através da análise do gráfico 3, a população em estudo, maioritariamente, 54% pertence ao género masculino e os restantes 46% para o género feminino, onde a discrepância de valores não é tão notória, podendo estar relacionada com a evolução da saúde ao longo das décadas, (gráfico nº 3).

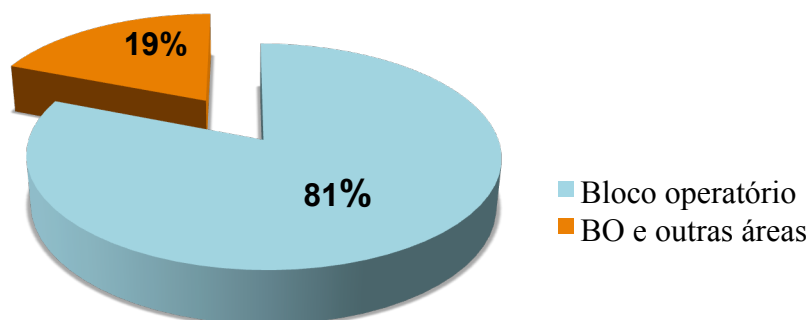
Gráfico 3 - Percentual de género respondentes por Hospital



Fonte: Elaborado pelo autor

No gráfico 4, podemos observar dos profissionais inqueridos 81% da amostra tem a sua atividade no Bloco operatório, e 19% tem as suas atividades no Bloco e noutras áreas.

Gráfico 4 – Atividade no bloco operatório

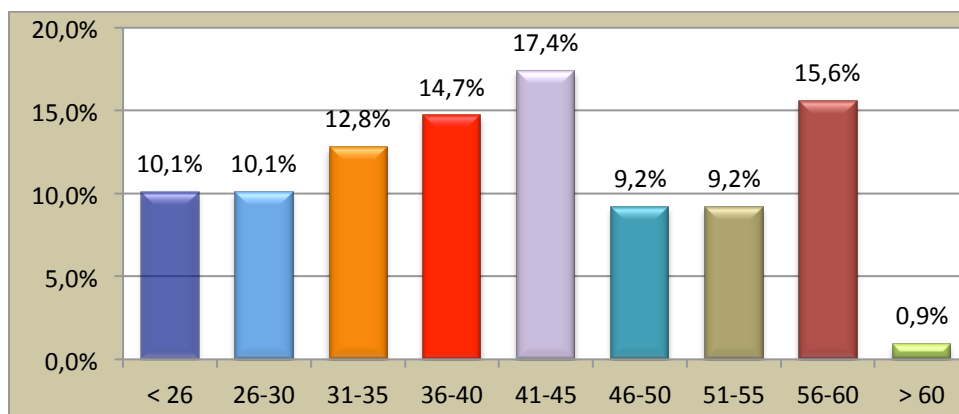


Fonte: Elaborado pelo autor.

Resultados relativos à caracterização do grupo etário

Através da análise do gráfico 5, verifica-se que o grupo etário entre os 41-45 anos, é o que apresenta maior percentagem (17,4%), seguido dos grupos etários entre os 56-60 anos (15,6%) e entre os 36-40 anos (14,7%), seguido dos grupos etários entre os 31-35 anos (12,8%), até 20 anos e de 20-26 repetitivamente tem a percentagem de (10,1%-10,1%), finalmente grupo etário entre 46-50 anos e 51-55 anos (9,2% - 9,2%) que nos permite concluir que 99,1% da amostra tem idade igual ou superior a 26 anos e inferior a 69 anos, 1 profissionais inquerido com idade superior à 60 anos que corresponde a (0,9%), pelo que é uma amostra não uniforme no que respeita à idade.

Gráfico 5 – Distribuição da população por grupo etário

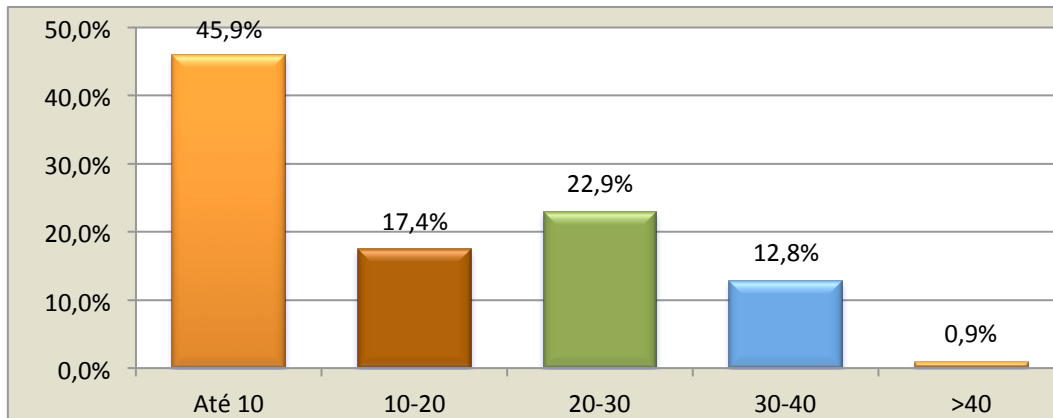


Fonte: Elaborado pelo autor.

Resultados Relativos à Caracterização da Experiência Profissional

No que respeita experiência profissional, a partir do preenchimento dos questionários foi possível identificar as frequências e percentagens a desempenharem em cada funções no serviço em questão, 45,9% (n=50) dos inquiridos tem menos experiência, uma vez que tem menos de 10 anos de experiência. seguido 22,9% (n=25) dos profissionais entre os 20 à 30 anos, e 17,4% (n=19) entre os 10 à 20 anos, e 12,8% (n=14) entre 30 à 40 anos, por ultimo 0,9% (n=1) superior de 40 anos é que apresentava a percentagem mas baixa. Conforme pode se constatar no (Gráfico nº 6).

Gráfico 6 – Distribuição da população por experiência profissional

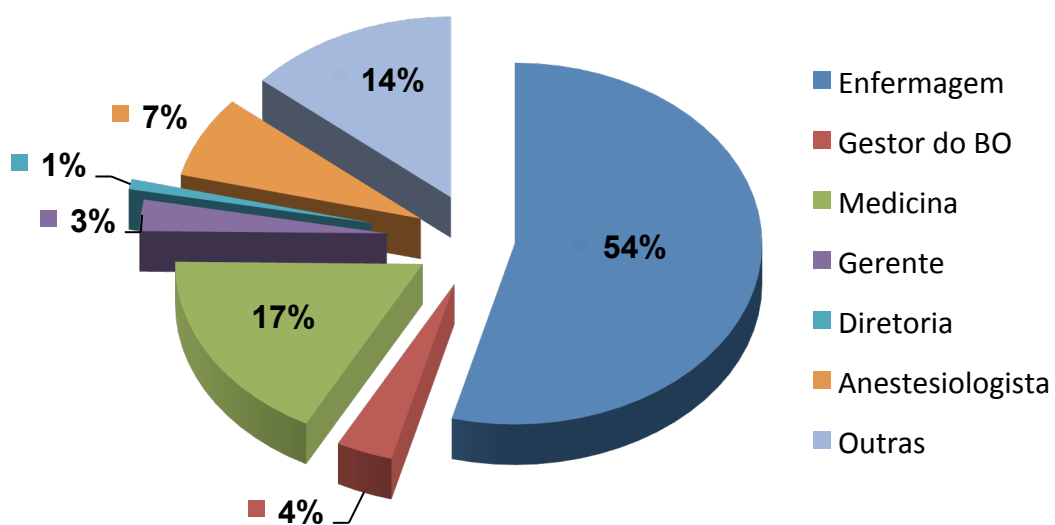


Fonte: Elaborado pelo autor.

Resultados Relativos à Caracterização da Organização por categorias Profissionais

Um pouco mais de metade da população inquiridos tinha a categoria profissional de enfermagem (54,1%). Seguiam-se depois os médicos (17,4%) e os Anestesistas (7,3%). Nas outras categorias, predominam os Instrumentistas ($n = 6$) e os Vigilantes ($n = 7$).

Gráfico 7 – Distribuição da população por Categoria profissional



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 2 – Organização por categorias profissionais

	Frequência	Porcentagem
Enfermagem	59	54,1
Gestor do Bloco Operatório	4	3,7
Medicina	19	17,4
Gerente	3	2,8
Diretoria	1	,9
Anestesistas	8	7,3
Total	94	86,2
Outras	15	13,8
Total	109	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

Estatísticas descritivas

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos nas dimensões do questionário podem ser apreciadas na (tabela nº 3). Nela indicou-se os valores mínimos e máximos, médias e respectivos desvios padrão. A dimensão mais valorizada foi *Tempo de Cirurgia face à norma* (média = 5,63) e a menos bem valorizada foi a *Quantidade de Trabalho no Bloco Operatório* (média = 3,82) ver a (Tabela 2).

Tabela 3 – Análise da estatísticas descritivas

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
OBO - Organização do Bloco Operatório	2,33	7,00	5,21	0,95
TCFN - Tempo de Cirurgia face à norma	3,00	7,00	5,63	1,03
CTBO - Complexidade de Tarefa no Bloco Operatório	1,86	7,00	5,33	0,97
DRH - Desperdícios de Recursos Humanos	2,83	6,67	4,76	0,86
DEMC - Desperdícios de Equipamentos e Materiais Cirúrgicos	1,86	7,00	5,01	1,05
NAEBO - Nível de Ação de Equipa no Bloco Operatório	3,25	7,00	5,49	0,99
QTBO - Quantidade de Trabalho no Bloco Operatório	2,33	5,33	3,82	0,64
CEA - Comportamento de entre ajuda	1,40	7,00	5,53	1,04
NEA - Números de Eventos Adversos	2,00	6,80	4,51	1,25

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.3. Consistência interna dos questionários

A análise da consistência interna dos questionários foi realizada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach.

O quadro 3 ilustra a nossa estatística de confiabilidade do Alfa Acrombach geral que assume um valor de 0,763.

Quadro 3: Estatísticas de confiabilidade total

Alfa de Cronbach	N de itens
0,763	9

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após a análise total das 9 variáveis que constituem o modelo conceptual do estudo, procedeu-se à análise de cada itens destas mesmas variáveis, os valores encontrados variam entre um mínimo de 0,611 (aceitável) na dimensão *Nível de Ação de Equipa no Bloco Operatório* e um máximo de 0,795 (Boa) para a dimensão *Desperdícios de Equipamentos e Materiais Cirúrgicos*. O que significa que a escala tem uma consistência interna Boa e aceitável. Como pode se observar no (quadro 3) e na (Tabela 4).

Tabela 4 – Calculo da consistência interna e do Alfa de Acrombach

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
OBO - Organização do Bloco Operatório	,681	9
TCFN - Tempo de Cirurgia face à norma	,634	5
CTBO - Complexidade de Tarefa no Bloco Operatório	,641	7
DRH - Desperdícios de Recursos Humanos	,660	6
DEMC - Desperdícios de Equipamentos e Materiais Cirúrgicos	,795	7
NAEBO - Nível de Ação de Equipa no Bloco Operatório	,611	4
QTBO - Quantidade de Trabalho no Bloco Operatório	,657	6
CEA - Comportamento de entre ajuda	,696	5
NEA - Números de Eventos Adversos	,633	5

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.4. Análise das Hipóteses e interpretação dos resultados

Seguidamente serão interpretados os resultados das correlações efetuadas, de maior pertinência para o estudo. Os coeficientes de correlação podem variar entre -1 (uma associação negativa perfeita) e + 1 (uma associação positiva perfeita). O valor 0 indica a inexistência de relação linear entre as variáveis, de acordo estes autores (Pereira e Patrício, 2013, p. 98).

Para Filho e Júnior (2009, p. 119-120) citado Cohen (1988), valores entre 0,10 e 0,29 podem ser considerados pequenos; escores entre 0,30 e 0,49 podem ser considerados como médios; e valores entre 0,50 e 1 podem ser interpretados como grandes.

Continuando com o mesmo autor citado Dancey e Reidy, (2005) apontam para uma classificação ligeiramente diferente: $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,60$ (moderado); $r = 0,70$ até 1 (forte). Assim, seja como for, o certo é que quanto mais perto de 1 (independente do sinal) maior é o grau de dependência estatística linear entre as variáveis. No outro oposto, quanto mais próximo de zero, menor é a força dessa relação.

Hipótese 1a. Existe influência negativa do nível de ação de equipa no Bloco Operatório e o número de eventos adversos.

No que diz respeito ao coeficiente de correlação entre o nível de ação de equipa no Bloco Operatório e o número de eventos adversos verifica-se que é estatisticamente significativo, negativo e forte ($r = -,727$). De acordo com Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) referem que $r = 0,70$ até 1 é considerado (forte), e quanto mais perto de 1 está (independente do sinal) maior é o grau de dependência estatística linear entre as variáveis. Assim, confirma – se a hipótese enunciada.

Tabela 5 – Correlação NAEBO e NEA

		NAEBO
NEA	Pearson Correlation	-,727***
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	100

*** $p \leq ,001$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 1b. Existe influência negativa do nível de ação de equipa no Bloco Operatório no tempo de cirurgia.

No que se refere à relação entre o nível de ação de equipa no Bloco Operatório e o tempo de cirurgia face à norma o coeficiente de correlação é estatisticamente significativo, negativo e muito fraco ($r = -,191$). Para o Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) mencionam os valores de 0,10 até 0,30 é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero, menor é a força dessa relação. Confirma – se a hipótese estudada.

Tabela 6 – Correlação NAEBO e TCFN

		NAEBO
TCFN	Pearson Correlation	-,191*
	Sig. (2-tailed)	,063
	N	95

* $p \leq ,10$

Fonte: Construção Própria

Hipótese 2a. A quantidade de trabalho influencia o número de eventos adversos.

Relativamente ao coeficiente de correlação entre a quantidade de trabalho e o número de eventos adversos verifica-se que é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = 0,427$). Baseando-se no conceito do Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) apontam os valores do $r = 0,40$ até $0,60$ considera-se (moderado) estes valores são intermediários não são fortes e nem fracos. Indica que se confirma a hipótese tratada.

Tabela 7 – Correlação QTBO e NEA

		QTBO
NEA	Pearson Correlation	,427***
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	96

*** $p \leq ,001$

Fonte: Elaborado pelo autor.

Hipótese 2b. A quantidade de trabalho influência o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

O coeficiente de correlação entre a quantidade de trabalho e o nível de ação de equipa no Bloco operatório é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = 0,507$). Tendo em conta o conceito do Dancey e Reidy (2005) citado Filho e Júnior (2009, p. 119-120) indicam os valores do $r = 0,40$ até $0,60$ considera-se (moderado) estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários. Deste modo, confirma-se a hipótese exposta.

Tabela 8– Correlação QTBO e NAEBO

	QTBO
Pearson Correlation	,507**
NAEBO Sig. (2-tailed)	,000
N	96

*** $p \leq ,001$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 3a. Os comportamentos de entre- ajuda influenciam positivamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório

Verifica-se que o coeficiente de correlação entre os comportamentos de entre- ajuda e o nível de ação de equipa no Bloco operatório é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = 0,276$). Para o Filho e Júnior (2009, p. 119-120) citado Dancey e Reidy (2005), mencionam os valores de $0,10$ até $0,30$ é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero, menor é a força dessa relação. Ao nível de significância está-se com a hipótese confirmada.

Tabela 9 – Correlação NAEBO e CEA

	CEA
Pearson Correlation	,276**
NAEBO Sig. (2-tailed)	,006
N	96

** $p \leq ,01$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 3b. Os comportamentos de entre- ajuda influenciam negativamente o tempo de cirurgia face à norma.

O coeficiente de correlação entre os comportamentos de entre- ajuda e o tempo de cirurgia face à norma indica que é estatisticamente significativo, negativo e moderado ($r = -,409$). De acordo o Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) apontam os valores do $r = 0,40$ até $0,60$ considera-se (moderado) estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários. Confirmam a hipótese estudada.

Tabela 10 - Correlação CEA e TCFN

	CEA
Pearson Correlation	-,409 *
TCFN Sig. (2-tailed)	,029
N	97

* $p \leq ,05$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 4a. A complexidade da tarefa no bloco operatório influência negativamente a quantidade de trabalho.

O coeficiente de correlação entre a complexidade da tarefa e a quantidade de trabalho apresenta resultados que são estatisticamente significativo, negativo e fracos ($r = -,199$). Para o Filho e Júnior (2009, p. 119-120) citado Dancey e Reidy (2005), mencionam os valores de $0,10$ até $0,30$, é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero está (independente do sinal), menor é a força dessa relação. De modo que confirma – se a hipótese enunciada.

Tabela 11 - Correlação CTBO e QTBO

	CTBO
Pearson Correlation	-,199
QTBO Sig. (2-tailed)	,067 *
N	86

* $p \leq ,10$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 4b. A complexidade da tarefa no bloco operatório influencia positivamente o comportamento de entre - ajuda.

O coeficiente de correlação entre a complexidade da tarefa e o comportamento de entre- ajuda é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r=0,456$). De acordo o Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) apontam os valores do $r = 0,40$ até $0,60$ considera-se (moderado) estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários. Este facto indica que confirma-se a correlação acima enunciada.

Tabela 12 – Correlação CTBO e CEA

		CTBO
CEA	Pearson Correlation	,456***
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	91

*** $p \leq ,001$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 4c. A complexidade da tarefa no bloco operatório influencia positivamente o número de eventos adversos.

O coeficiente de correlação entre a complexidade da tarefa e o número de eventos adversos é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r=0,445$). Os autores Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) mencionam que os valores do $r = 0,40$ até $0,60$ considera-se (moderado) estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários. Assim, confirma-se a hipótese acima estudada.

Tabela 13 – Correlação CTBO e NEA

		CTBO
NEA	Pearson Correlation	,445***
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	91

*** $p \leq ,001$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 4d. A complexidade da tarefa no bloco operatório influencia positivamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

Mostra que o coeficiente de correlação entre a complexidade da tarefa e o nível de ação de equipa no Bloco Operatório é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r=0,394$). Para Cohen (1988), citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) mencionam que os valores dos escores entre 0,30 e 0,49 podem ser considerados como médios (Moderado), estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários. Os resultados apresentados mostram uma relação de dependência existente.

Tabela 14 – Correlação CTBO e NAEBO

	CTBO
Pearson Correlation	,394**
NAEB Sig. (2-tailed)	,002
N	91

** $p \leq ,01$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 4e. A complexidade da tarefa no bloco operatório influencia positivamente o tempo de cirurgia.

O coeficiente de correlação entre a complexidade da tarefa e o nível de ação de equipa no Bloco Operatório é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r=0,309$). Para o Filho e Júnior (2009, p. 119-120) citado Dancey e Reidy (2005), mencionam os valores de 0,10 até 0,30 é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero, menor é a força dessa relação. Como tal, constata-se que existe uma relação positiva e fraca entre a ação de equipa no BO.

Tabela 15– Correlação CTBO e TCFN

	CTBO
Pearson Correlation	,309**
TCFN Sig. (2-tailed)	,008
N	95

** $p \leq ,01$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 4f. A complexidade da tarefa no bloco operatório influencia positivamente os desperdícios de equipamentos ou materiais cirúrgicos.

O coeficiente de correlação entre a complexidade da tarefa e os desperdícios de equipamentos ou materiais cirúrgicos é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r=0,461$). Os autores Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) mencionam que os valores do $r = 0,40$ até $0,60$ considera-se (moderado) estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários. Pode-se assim, confirmar a hipótese enunciada como positiva e moderada.

Tabela 16 – Correlação CTBO e DEMC

		CTBO
DEMC	Pearson Correlation	,461***
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	86

*** $p \leq ,001$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 4g. A complexidade da tarefa bloco operatório influência positivamente os desperdícios de recursos humanos.

Verifica-se pelo coeficiente de correlação entre a complexidade da tarefa e os desperdícios de equipamentos e de recursos humanos que os valores são estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r=0,388$). Segundo o Cohen (1988), citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) indica os valores do escores entre $0,30$ e $0,49$ podem ser considerados como médios (Moderado), estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários. Apresentam uma relação intermédia com a quantidade de recursos humanos existentes.

Tabela 17 – Correlação CTBO e DRH

		CTBO
DRH	Pearson Correlation	,388***
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	81

*** $p \leq ,001$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 5.a. Os desperdícios de recursos humanos influenciam negativamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

O coeficiente de correlação entre os desperdícios de recursos humanos e nível de ação de equipa no Bloco Operatório é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r = -0,306$). Quanto aos autores Filho e Júnior (2009, p. 119-120) citado Dancey e Reidy (2005), referem que os valores de 0,10 até 0,30 é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero está (independente do sinal), menor é a força dessa relação. Os resultados apresentam valores negativos, próximo de zero, o que indica que a correlação dos dois está relacionada.

Tabela 18 – Correlação NAEBO e DRH

	DRH
Pearson Correlation	-,306*
NAEBO Sig. (2-tailed)	,015
N	84

* $p \leq ,05$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 5.b. Os desperdícios de recursos humanos influenciam positivamente o número de eventos adversos.

O coeficiente de correlação entre os desperdícios de recursos humanos e o número de eventos adversos é estatisticamente significativo, negativo e moderado ($r = 0,371$). Assim, De acordo o Cohen (1988), citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) mostra os valores do escores entre 0,30 e 0,49 podem ser considerados como médios (Moderados), estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários. confirma-se a hipótese enunciada.

Tabela 19 – Correlação DRH E NEA

	DRH
Pearson Correlation	,371*
NEA Sig. (2-tailed)	,012
N	89

* $p \leq ,05$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 5.c. Os desperdícios de recursos humanos influenciam negativamente o tempo de cirurgia face à norma.

Nesta hipótese verifica-se que o coeficiente de correlação entre os desperdícios de recursos humanos e o tempo de cirurgia face à norma é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r = -,291$). Assim o Filho e Júnior (2009, p. 119-120) citado Dancey e Reidy (2005), atribuem os valores de 0,10 até 0,30 é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero está (independente do sinal), menor é a força dessa relação. Assim, confirma-se a hipótese enunciada.

Tabela 20 - Correlação DRH e TCFN

		DRH
TCFN	Pearson Correlation	-,291 *
	Sig. (2-tailed)	,045
	N	85

* $p \leq ,05$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 6.a. Os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos influenciam negativamente o nível de ação de equipa no Bloco operatório.

O coeficiente de correlação entre os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos e o nível de ação de equipa no Bloco operatório é estatisticamente significativo, negativo e moderado ($r = -,491$). Para o Filho e Júnior (2009, p. 119-120) citado Dancey e Reidy (2005), referem que os valores de 0,30 até 0,49 é considerado médios (moderados), estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários independentemente do sinal. Assim, confirma-se hipótese enunciada

Tabela 21 - Correlação DEMC e NAEBO

		DEMC
NAEBO	Pearson Correlation	-,491 *
	Sig. (2-tailed)	,015
	N	90

* $p \leq ,05$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 6.b. Os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos influenciam positivamente e o número de eventos adversos.

O coeficiente de correlação entre os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos e o número de eventos adversos é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r=0,333$). Para Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120), fazem referências dos valores entre 0,10 até 0,30 é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero, menor é a força dessa relação. Assim, confirma-se a hipótese enunciada.

Tabela 22 – Correlação DEMC e NEA

		DEMC
NEA	Pearson Correlation	,333*
	Sig. (2-tailed)	,025
	N	95

* $p \leq ,05$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 6.c. Os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos influenciam positivamente o tempo de cirurgia face à norma.

O coeficiente de correlação entre os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos e o tempo de cirurgia face à norma é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r=0,326$). O Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120), fazem referencias dos valores entre 0,10 até 0,30 é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero, menor é a força dessa relação. Assim, confirma-se a hipótese que a força desta relação é menor.

Tabela 23 – Correlação DEMC e TCFN

		DEMC
TCFN	Pearson Correlation	,326*
	Sig. (2-tailed)	,027
	N	91

* $p \leq ,05$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 7.a. A organização do BO influencia positivamente o nível de ação de equipa no Bloco Operatório.

O coeficiente de correlação entre a organização do BO e o nível de ação de equipa no Bloco Operatório é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r=0,408$). Tal como se referem o Dancey e Reidy (2005) citado por Filho e Júnior (2009, p. 119-120) que os valores do $r = 0,40$ até $0,60$ considera-se (moderado) estes valores não são fortes e nem fracos, são intermediários. Assim sendo, confirma-se a hipótese enunciada.

Tabela 24 - Correlação OBO e NAEBO

	OBO
Pearson Correlation	,408***
NAEBO Sig. (2-tailed)	,000
N	81

*** $p \leq ,001$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 7.b. A organização do BO influencia negativamente o número de eventos adversos.

O coeficiente de correlação entre a organização do BO e o número de eventos adversos é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r= -,220$). Assim o Filho e Júnior (2009, p. 119-120) citado Dancey e Reidy (2005), apontam os valores de $0,10$ até $0,30$ é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero está (independente do sinal), menor é a força dessa relação. Assim, confirma-se a hipótese enunciada.

Tabela 25 – Correlação OBO e NEA

	OBO
Pearson Correlation	-,220*
NEA Sig. (2-tailed)	,067
N	86

* $p \leq ,10$

Fonte: Elaborado pelo autor

Hipótese 7.c. A organização do BO influencia negativamente o tempo de cirurgia face à norma.

O coeficiente de correlação entre a organização do BO e o tempo de cirurgia face à norma é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r = -,199$). Finalmente o Filho e Júnior (2009, p. 119-120) citado Dancey e Reidy (2005), apontam os valores de 0,10 até 0,30 é considerado (fraco), e quanto mais próximo de zero está (independente do sinal), menor é a força dessa relação. Assim, confirma-se a hipótese enunciada.

Tabela 26 – Correlação OBO e TCFN

		OBO
TCFN	Pearson Correlation	-,199*
	Sig. (2-tailed)	,078
	N	86

* $p \leq ,10$

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.4. - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo discutir-se-á os dados, apresentados anteriormente, com uma análise crítica fundamentada na literatura consultada. Descrever-se-á os resultados de acordo com os objetivos e as hipóteses em estudo e analisar-se-á individualmente as hipóteses consideradas.

Para se responder aos objetivos inicialmente estabelecidos, foi elaborado um modelo conceptual da gestão de recursos no bloco operatório, deste resultaram em nove hipóteses que foram devidamente testadas, consideradas como fatores decisivos, e que se acredita que melhoraram o desempenho deste serviço.

Considerando a importância de avaliar a sensibilidade e fiabilidade dos resultados, para os itens das questões em estudos, efetuou-se uma análise da Consistência interna dos itens através do Alfa de Acrombach.

Sendo que, o valor do alfa de Cronbach está completamente ligado ao número de itens avaliados. Quanto maior o número de itens, maior o valor de alfa obtido. Desta forma, é possível determinar-se que uma razão subjacente a valores baixos, será o número diminuto de itens por dimensão (Field, 2009, p. 219).

Tal como confirmam Pereira e Patrício (2013, p. 115), o Alfa de Acrombach é uma medida da consistência interna de uma escala que é geralmente usado como uma estimativa da fiabilidade de um teste psicométrico para uma amostra de respondentes.

No entanto, importa realçar que apesar do Alfa de Cronbach ter a sua utilidade no estudo de fiabilidade, não deixa de ser uma estimativa, sujeita a várias influências que devem ser tomadas em conta. O valor do alfa não é uma característica do instrumento, mas sim uma estimativa da fiabilidade dos dados obtidos (Maroco, 2006, p. 65 - 90).

A análise da consistência interna dos questionários foi realizada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach com o valor encontrado de 0,763 de acordo com Pereira e Patrício dizem que é (Boa), (Tabela 3).

Foram usados testes estatísticos paramétrica pois as variáveis dependentes são do tipo quantitativo. E pode se observar através do teste da Correlação do Pearson em que se verificou que todas as hipóteses que norteou o estudo, das quais o questionário apresentou significância superior a 0,05, indicando a existência maiores de influências entre os mesmos.

O estudo foi realizado em quadro hospitalar público, dois do nível terciários e dois do nível secundários, mais especificamente os primeiros dois Hospitais na cidade de Luanda e os dois últimos na Província do Moxico.

Os questionários presente neste estudo são 109 profissionais de saúde que ocupam funções no bloco operatório, divididos por 7 classes profissionais distintas: 59 são Enfermeiros (51,1%), 19 são Médicos (17,4%), 8 são anestesiológicos (7,3%), 4 são Gestor do Bloco Operatório (3,7%) e 3 são Gerentes (2,8%), 1 Diretoria (0,9%), 15 são outros profissionais que, predominantemente, exercem funções de Instrumentistas e Vigilantes (13,8%) .

Os constituintes principais da equipa de bloco operatório são os enfermeiros, Médicos, anestesiológicos, Instrumentistas, Gestores do Bloco operatório e Gerentes. Os Vigilantes e os Diretores apenas contribuem pontualmente nalgumas intervenções, nomeadamente, os Diretores na tomada de decisões e os vigilantes sendo chamados através do serviço de vigilância no Bloco Operatório, e por conseguinte, não fazem parte da equipa cirúrgica propriamente dita. Desta forma, esta classe profissional foi incluída também por uma questão de consistência pois intervêm indiretamente com a segurança do doente no bloco operatório.

Sendo que os resultados foram obtidos com base num questionário elaborado pelo investigador, é de realçar que dos 109 profissionais presentes no estudo, 11 questionados têm idades até 25 anos (10,1%), outros 11 elementos têm a idade compreendida entre os 26 e os 30 anos (10,1%), ainda outros 14 questionados entre os 31 e os 35 anos (12,8%), mais outros 16 entre os 36 e os 40 anos (14,7%), como também outros 19 entre os 41 e os 45 anos (17,4%), mais 10 entre os 46 e os 50 anos (9,2%), 10 entre os 51 e os 55 anos (9,2%), 17 entre os 56 e os 60 anos (15,6%) e finalmente 1 superior de 60 anos (0,9%).

A heterogeneidade da idade existente e distribuição pelos grupos definidos é maioritariamente equitativa, exceto para o último grupo etário que compreende idades mais elevada, conforme apresentada no Gráfico (5).

Foi feita à análise, estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos nas dimensões do questionário variaram entre o mínimo, máximo, médio e respectivos desvio padrão. Verificou - se que a dimensão mas valorizada foi o tempo de cirurgia face à norma (média=5,63) e a menos valorizada foi a quantidade de trabalho no bloco operatório (média=3,82), (Tabela 2).

Tendo em conta os resultados neste trabalho de investigação, propõe-se efetuar uma discussão dos mesmos, por forma a relacionar os dados obtidos a nível de ação de equipa no bloco operatório com o objetivo de se identificar a influência do nível da ação de equipa no bloco operatório .

No que concerne o nível da ação de equipa no bloco operatório, os valores alcançados na estatística descritiva pelos sujeitos na dimensões dos questionários foram obtidos uma média=5,49. Foram realizadas análises da consistência interna da variável em que foi encontrado o valor de 0,611 considerado (Aceitável) comparativamente aos valores do Alfa de Acrombach, de acordo com a (Tabela 5,6).

Após a realização da análise descritiva e da consistência interna, realizou-se a análise das hipóteses através da correlação do Pearson para se conhecer, se existe influência negativa do nível de ação de equipa no Bloco Operatório no número de eventos adversos. O teste foi confirmado, é estatisticamente significativo, negativo e elevado ($r = -0,727$) $p = 0,000$. Verificou-se também a influência negativa no tempo de cirurgia face à norma, foi confirmada a influência negativa com o ($r = -0,191$) $p = 0,063$), conforme pode se constatar nas (Tabelas 5,6).

Face ao exposto, é possível concluir que as hipóteses 1a e 2b que compõe o modelo e que dizem respeito ao nível de ação do bloco operatório em relação o tempo de cirurgia face à norma e o número de eventos adversos e foram confirmadas , dados os valores apresentados anteriormente.

De acordo os seguintes autores Vashdi; Bamberger e Erez (2013, p. 948), os níveis mais elevados de ação de equipa são susceptíveis de ser associado a uma maior coordenação explícita que se manifesta na percepção dos pares ajudando e compartilhando a carga de trabalho dos membros e, como resultado, o desempenho da equipa reforçada. Neste contexto, pode-se definir o desempenho em relação a ambos os resultados relacionados à eficiência (por exemplo, custos reduzidos de produção ou de tempo em relação a alguma norma que reflete o quão bem a ação de equipa de trabalho possuir conhecimento alavancagem e habilidades para melhorar a eficiência ou velocidade de execução e qualidade relacionado-resultados por exemplo, o número ou a gravidade dos erros de registados ou eventos adversos.

Estes níveis mais elevados de ação de equipa quanto não são associado a uma maior coordenação explícita que se manifesta na percepção dos pares pode provocar influências negativas nos eventos adversos e no tempo face a norma.

Estes eventos adversos podem ser de diversos tipos, dos simples, que não provocam problemas para o doente, até àqueles que podem ser considerados os mais complexos, que podem provocar prejuízos irreversíveis ou mesmo levar a morte do doente, que vão desde a atividade cirúrgica exatamente referida, as complicações diretas de ambas e atividade anestésica (Fragata, 2010, p. 18).

Na gestão dos níveis de ação no BO é importante considerar o fator tempo, tal como é sabido, “o tempo do arranque do BO resulta de vários fatores inerentes à norma da instituição hospitalar, nomeadamente a acuidade da equipa cirúrgica que condiciona o arranque da primeira intervenção, da preparação e da organização das salas cirúrgicas e da hora estabelecida e programada para a cirurgia” (Libano, 2012, p. 36).

Quanto à quantidade de trabalho no bloco operatório, na análise estatística observou - se na dimensão do questionário dos valores média= 3,82 com o valor de Alfa de Acrombach (0,657) com a consistência interna (Aceitável) ver (Tabelas 1,3).

Estão confirmadas as duas hipóteses verificadas, ambas correlações do pearson são significativos, moderados, com o significativo, positivo na quantidade de trabalho em relação o número de eventos adversos ($r = 0,427$) $p = 0,000$, e no nível de ação de equipa no Bloco operatório, ($r = 0,507$) com $p = 0,000$. Como se pode verificar nas (Tabelas 7, 8).

O Sousa (2009, p. 29-30), na sua obra Pode definir trabalho, como qualquer atividade física ou intelectual, realizada por ser humano, cujo objetivo é fazer, transformar ou obter algo.

Quanto mais diferentes forem os dois trabalhos (o prescrito e o real), mais vulneráveis ficam os trabalhadores para desenvolver doenças, tanto físicas quanto psíquicas. Tal situação é comumente observada quando numa equipa de trabalho temos um ou mais funcionários ausentes (seja por doença, licença, férias, entre outras situações) e não há substituição de pessoal. Sendo assim, para que não haja declínio na produtividade, os trabalhadores que permanecerem deverão trabalhar mais suportando grandes quantidade de trabalho.

A sobrecarga da tarefa incide de forma negativa no nível da ação de equipa no bloco operatório, podendo levá-lo a desenvolver problemas, tanto de ordem simples até as graves no caso dos eventos adversos por exemplo.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2013, p. 31), as falhas na assistência, quebras das técnicas profissionais e a negligência das medidas de proteção preconizadas e estabelecidas pelas Boas Práticas de Funcionamento de serviços de saúde, possibilitam a materialização do dano ao paciente, pelo surgimento de eventos adversos.

Para outros autores referem que, no decorrer da jornada laboral, o organismo do profissional está sujeito a apresentar alterações que podem comprometer a sua saúde e o seu rendimento, tais como: modificações fisiológicas, intensificação no movimento, declínio na qualidade e velocidade do rendimento, modificação no controlo e coordenação motora, entre outras (Sousa, 2009, p. 31) in (Mauro *et al.*, 2004).

Isto acontece, na maioria das vezes, o executor das tarefas não participa da organização do planeamento das atividades, o que inibe o trabalhador de opinar sobre alternativas que possam melhorar o desenvolvimento da sua tarefa.

Relativamente à comportamentos de entre – ajuda nas duas hipóteses, Observa-se as correlações medidas através do coeficiente de Pearson com os valores da hipótese 3a estatisticamente significativo positivo e fraco ($r = 0,276$) com $p = 0,006$. e a hipótese 3b

estatisticamente significativo, negativo e moderado ($r = -,409$) com $p = 0,029$. No entanto, confirma-se existir influência positiva no comportamento de entre ajuda e o nível da ação de equipa no bloco operatório, e influência negativa no comportamento de entre ajuda e o tempo de cirurgia face à norma $r = -, 409$ $p = 0,029$. Conforme pode se verificar nas (Tabelas 9, 10).

O comportamento do ser humano pode sofrer uma grande influência quando se trata dos aspectos da motivação e satisfação no trabalho. E no mesmo raciocínio, em uma empresa onde os colaboradores possuem um canal de comunicação eficaz, tendem a serem mais motivados, pois a boa comunicação elimina distorções deixando claros: ideias, projetos, etc. Funcionários informados e motivados comportam de forma positiva, contribuindo para um bom clima organizacional além de obter qualidade de vida no trabalho (Espindola, 2009, p. 184).

O Comportamento de entre - ajuda reflete nos membros da equipa a capacidade de compreender um do outro, sem a necessidade de uma comunicação aberta. É susceptível de ser melhorado em função dos membros da experiência de trabalho um com o outro e impedidos como uma função da equipa composicional.

Conforme foi dito nos pontos anteriores, o tempo do arranque do BO resulta de vários fatores inerentes à norma da instituição hospitalar, nomeadamente a importância da equipa cirúrgica que condiciona o arranque da primeira intervenção, da preparação e da organização das salas cirúrgicas e da hora estabelecida e programada para a cirurgia (Libano, 2012, p. 36).

Dentro do BO quando há comportamentos de entre ajuda menos favoráveis menos comunicáveis e menos ativos, pode influenciar negativamente no tempo face à norma.

Além disso, a vulnerabilidade dos pacientes aumenta a sua responsabilidade para com eventos adversos graves por padrões de comportamento desorganizado.

A capacidade de coordenar as atividades na sala de cirurgia andam muito entre hospitais e entre as disciplinas. Ambos os dados observacionais e da experiência do pessoal da sala de operação indicar uma falta sistemática de discussão e planeamento, incluindo a

ausência de mecanismos formais de identificação de erro, antes da incisão da pele (WHO, p. 79).

Quanto à Complexidade da tarefa no bloco operatório no que se refere os desperdícios de recursos humanos no bloco operatório, na análise estatística verificou-se na dimensão do questionário dos valores com a média =5,33 e o valor de Alfa de Acrombach (0,641) com a consistência interna (Aceitável), ver (Tabelas 1, 3).

O coeficiente de Pearson revelou existirem correlações positivas e estatisticamente significativas, entre a complexidade da tarefa a influenciar positivamente no comportamento de ajuda ($r=0,456$, $p= 001$) no número de eventos adversos ($r=0,445$, $p=0,000$), no nível da ação de equipa do bloco operatório ($r=0,394$, $p=0,002$), no Tempo de cirurgia face a norma ($r=0,309$), no Desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos ($r=0,461$, $p= 0,000$), e nos Desperdícios de recursos humanos ($r=0,388$, $p= 0,000$). A hipótese 1a, sobre a complexidade da tarefa influência negativamente a quantidade de trabalho. é a única que é estatisticamente significativa e é negativa com ($r= -0,199$, $p=0,067$). Pode se ver nas (Tabelas 11,12,13,14,15,16 e 17).

Assim todas as hipóteses confirmam existir influências positivas e negativas na complexidade da tarefa. Para Visentini (2010, p. 43) in Gill e Hicks (2006) a complexidade da tarefa é um constructo amplamente utilizado nas ciências comportamentais para explorar e predizer a relação entre as características da tarefa e o processamento de informação, considerada atividade cognitiva.

Não se pode negar que há na vida, situações comunicativas que se considera mais fáceis, pois alcança-se o resultado almejado com menos esforço. Há situações que se consideram mais complexas, pois têm que se fazer um esforço maior para se conseguir alcançar o sucesso pretendido (Gomes, 2009, p. 35) .

Já o D'Oliveira (1994, p. 42) in Campbell (1988) defende que é importante considerar ainda outras características da tarefa, frequentemente associadas à complexidade da tarefa e que se podem reverter num aumento desta última. É o caso da não estruturação da tarefa , da ambiguidade e da dificuldade.

O Elevado nível de desempenho e estimulação teriam um efeito positivo no desempenho. Contudo, com níveis de complexidade muito elevados, as exigências impostas ao indivíduo podem começar a exceder as suas capacidades de resposta, originando uma situação de carga, a qual leva a um desempenho menos eficaz.

Quanto maior for a equipa a complexidade da tarefa aumenta, assim, a importância de entendimentos compartilhados no que diz respeito à forma como a carga de trabalho devem ser distribuídos ou quando a ajuda deve ser oferecida diminui.

Deve haver sempre “a busca da segurança sobre como fazer o sistema tão robusto quanto possível, em face dos riscos humanos e operacionais”, escreveu James Reason, um dos pioneiros de avaliação de erro humano. Falhas dentro de um sistema, particularmente os catastróficos, raramente acontecem como resultado de um único ato inseguro. Pelo contrário, são o culminar de vários erros que envolvem a tarefa, equipa, situação e organização (WHO, 2009, p. 78).

Os fatores responsáveis por estes erros podem ser classificados em sete maneiras seguintes: alta carga de trabalho; conhecimento inadequado, falta de habilidade ou experiência; pobre design de interface fator humano; supervisão ou instrução inadequada; ambiente stressante; cansaço ou aborrecimento mental; e mudanças rápidas.

As maiores ameaças para os sistemas complexos são o resultado de falhas humanas, em vez de técnicos. E, a falibilidade humana pode ser moderado, não pode ser eliminada. Assim sistemas complexos, tais como aviação e da indústria nuclear têm vindo a aceitar a inevitabilidade do erro humano e mecanismos para reduzir e controlar o que construiu. Estes mecanismos incluem inovações tecnológicas, tais como simulações, iniciativas de formação da equipa e lembretes simples, como listas de verificação. Equipa de comunicação é um componente central da gestão e evitar erros (WHO, 2009, p. 78).

Tal como acontece com outros sistemas complexos, a comunicação entre os membros da equipa é essencial para o funcionamento seguro e eficaz de uma equipa cirúrgica.

Mas por causa da acuidade da condição do paciente, a quantidade de informações solicitadas e a urgência com que devem ser processados, e as exigências técnicas sobre os

profissionais de saúde, a cirurgia muitas vezes ultrapassa a complexidade de outras indústrias. Outras questões sistêmicas, incluindo o número de pessoas envolvidas, a difícil carga de trabalho, stress, fadiga, estruturas hierárquicas e organização inadequada contribuem para um ambiente propenso a erros.

Além disso, omissões, erros de interpretação e conflitos decorrentes da falta de comunicação podem resultar em efeitos adversos em pacientes. No entanto, ao contrário de outros sistemas complexos, os profissionais de saúde envolvidos na prática cirúrgica atual não consideram erro humano como inevitável e tentam, apenas, intermitentemente construir recursos de segurança sistemáticas em atendimento.

Há cada vez mais evidências de que falhas na comunicação entre os membros da equipa são uma causa comum de erros médicos e eventos adversos. A Comissão Mista informou que na comunicação dos Estados Unidos foi a causa raiz de quase 70% dos milhares de eventos adversos relatados para a organização, entre 1995 e 2005 (WHO, 2009, p. 78).

Além disso, as equipas cirúrgicas devem reconhecer que as falhas de comunicação podem ser uma barreira fundamental, o cuidado seguro e eficaz. Esta identificação profissional e segregação resultante, traduz em padrões de práticas que funcionam independente (e muitas vezes em paralelo) no mesmo espaço físico, com alguns deveres que se sobrepõem, e que promovam expectativas e valores distintos. Estes padrões de limitar a capacidade de uma equipa de funcionar eficazmente, especialmente em um ambiente de trabalho complexos, imprevisíveis (WHO, 2009, p. 78).

Em uma, na pesquisa, dois terços dos enfermeiros e médicos citaram uma melhor comunicação em uma equipa, como o elemento mais importante na melhoria da segurança e eficiência na sala de cirurgia.

Além disso, as equipas profissionais tendem a ser fortemente hierarquizada e os membros da equipa estão relutantes para a comunicação entre os níveis hierárquicos. Enquanto tarefas simples, tais como equipamentos de verificação, pode ser um bom desempenho em uma estrutura hierárquica, tarefas complexas tais como a tomada de decisão compartilhada pode ser inibido e requerem uma abordagem mais colaborativa ao trabalho em equipa.

Quanto aos desperdícios de recursos humanos no bloco operatório, na análise estatística descritiva, verificou-se na dimensão do questionário dos valores com a média= 4,76 e o valor de Alfa de Acrombach (0,660) com a consistência interna (Aceitável) ver (Tabelas 1, 3).

No entanto, verificou-se uma influência estatisticamente significativa, negativa e fraca nas correlações do Pearson, assim confirmam-se as hipóteses por eles enunciadas de que os Desperdícios dos recursos humanos influenciam negativamente o nível da ação de equipa no bloco operatório ($r = -,306, p = 0,015$), no tempo de cirurgia face a norma ($r = -,291, p = 0,45$).

Por outro lado, os Desperdícios dos recursos humanos influência positivamente no números de eventos adversos ($r = 0,371, p = 0,012$). Ver (Tabelas 18,19,20).

Segundo o Sacramento 2001 (p. 9-10) citado (Abreu, in Reis 1994 p. 11), para eles o desperdício é o uso dos recursos disponíveis de forma descontrolada, abusiva, irracional e inconsequente. Os mesmos autores realçam de que, o desperdício de recursos é o uso sem necessidade, sem finalidade e sem objetivo definido. É o uso que se realiza somente para gastar o que se tem, para mostrar a posse de alguma coisa. O desperdício de recursos não está ligado, necessariamente, ao uso de quantidades acima das necessidades que se tem.

Às vezes gasta-se pouco, mas gasta-se mal, e isso também é desperdício. Pode se manifestar através do uso de recursos em quantidades e especificações diferentes das que são necessárias. Quando quantidade e qualidade estão acima do necessário, depara-se com as sobras, com o uso desnecessário e com custos exagerados. São as chamadas gorduras. Se a utilização é abaixo das necessidades, têm-se resultados deficientes e que não satisfazem.

Para o Sacramento 2001 (p. 9-10) defende que, a produção dos desperdícios se refere a todos os elementos que só aumentam os custos sem agregar valor por exemplo, excesso de pessoas, de estoques e de equipamento.

Para à otimização da gestão dos recursos materiais, percebeu-se que os recursos humanos podem ser melhor rentabilizados, o que pode parecer prejudicial e descrito ou comentado como uma robotização dos profissionais. Trata-se de eliminar etapas de

processo, condicionalismos de distribuição do espaço ou do tempo destinado a determinadas tarefas, cuja execução não traz qualquer mais-valia ao doente ou à instituição, utilizando este tempo e energia despendidos pelo trabalhador em funções, atos, realização de check-lists ou outras tarefas que tragam aos intervenientes uma real mais-valia para as pessoas ou para os procedimentos em causa (Marvão, 2011, p. 1).

Assim, para eliminar desperdícios deve-se analisar todas as atividades executadas na empresa e tentar excluir aquelas que não agregam valor à produção, ao produto e ao cliente. Para facultar um melhor entendimento de quais são estas atividades, cabe classificá-las convenientemente.

Tal como apontam alguns autores, para uma empresa gerir eficazmente as forças que determinam sua rentabilidade é necessário um enfoque amplo (Abreu, 2002, p. 10) in Porter (1990) chamou de Cadeia de Valor. Porter tratou da análise da “cadeia de valores” e sua relação com a obtenção de vantagem competitiva. Em seu modo de ver, cadeia de valores é uma reunião de atividades que são executadas para projetar, produzir, comercializar, entregar e sustentar seu produto.

No que diz respeito os desperdícios de equipamentos e material cirúrgicos, na análise estatística observou-se na dimensão do questionário dos valores com a média= 5,01 o valor de Alfa de Acrombach (0,795), a consistência interna (Boa) ver nas (Tabelas 1, 3).

As hipóteses 6.b. e 6.c. Confirmam, que o coeficiente de correlações é estatisticamente significativo, positivo e fraco, enquanto que a hipótese 6.a. é estatisticamente significativo, negativo e moderado, no entanto, existe influência positivamente no números de eventos adversos ($r=0,333$, $p= 0,025$), e no tempo de cirurgia face a norma ($r=0,326$, $p= 0,027$), e influência negativa no nível de ação de equipa no Bloco operatório ($r= -,491$, $p= 0,015$) . Conforme pode se verificar nas (Tabelas 21, 22, 23).

BO é a área onde se regista gastos excessivos dos materiais e equipamentos cirúrgicos nos Hospitais, estes gastos muitas vezes não se traduzem numa verdadeira aplicação cirúrgica, mas que que sim na utilização desnecessária dos mesmos, este ato de desperdiçar advém, alternativa ou cumulativamente, da falta de competência na utilização

dos recursos disponíveis, sejam eles humanos, materiais ou financeiros (Castro, 2012, p. 23).

Desperdícios é tudo aquilo que não acrescenta valor a um produto / serviço e, portanto, deve ser eliminado; sendo dividido em duas categorias: O desperdício dito necessário, que não agrega valor ao cliente, é necessário para a realização do serviço, devendo ser minimizado ao máximo (exemplo do tempo de preparo da sala cirúrgica, que não agrega valor ao paciente, porém é vital para a realização do procedimento anestésico-cirúrgico, bem como para a segurança do paciente / usuário); e o desperdício puro, o qual a organização deve eliminar, como medicamentos em excesso e com data de validade expirada (Castro, 2012, p. 23).

Numa entrevista a 45 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, entre 2009 e 2010, em um Hospital Universitário do Sul do Brasil, identificaram alguns fatores como o desconhecimento sobre o materiais assistenciais por parte dos responsáveis por compras; Má qualidade dos materiais adquiridos, causando danos à integridade física do paciente /usuário e a falta de materiais levando a substituições, como luva de procedimento por luva estéril. Estes foram os fatores que conduziram ao desperdício e, dessa forma, deve ser eliminados (Castro, 2012, p. 24).

Em Angola, a situação não é diferente, deve ser motivo de preocupação dos gestores do topo começar a pensar no uso racional dos recursos no bloco operatório, pensando numa boa distribuição de acordo as necessidades e a sua grandeza. Apetrechar com equipamentos modernos que vai permitir o bom funcionamento e segurança do doente, garantido assim bons serviços com qualidade tanto para o paciente assim como profissionais e a organização.

Por meio dos estudos citados, percebe-se uma grande variabilidade e quantidade de desperdícios existentes nas organizações de saúde, que ainda são pouco explorados, pois apresentam processos complexos e mal gerenciados, ocasionados, desperdícios de tempo, materiais, recursos humanos e equipamentos, evidenciando a inexistência de um planeamento eficaz e coerente com a realidade do contexto institucional (Castro, 2012, p. 24).

Independentemente do tipo de desperdício, o cliente/usuário não deve pagar pela ineficiência das organizações. Assim são urgentes o conhecimento e a implementação de melhorias contínuas dos processos e recursos, por meio de dados acurados e confiáveis, eliminando praticas que consomem tempo e não agregam valor. Mas, deve-se analisar o desperdício da perspectiva de cada processo, com todos os atores envolvidos, e com muito critério, pois, desperdício para uns pode ser valor agregado para outros, principalmente na área da saúde.

Embora pouco equacionados, os desperdícios nas organizações hospitalares são rotineiramente observados por meio da inadequação da manutenção predial e dos equipamentos, bem como pelos vazamentos de água e oxigênio; baixa rotatividade de leitos; uso excesso de telefone, medicamentos e materiais de consumo, entre outros.

Todavia, frente às mudanças do cenário mundial, inicia-se um processo de questionamentos, pensamentos e interesse na criação de estratégias de controlo e combate aos desperdícios, por meio dos processos de qualidade visando ao melhor aproveitamento dos recursos e conscientização da sociedade.

Para Castro e Castilho (2013, p. 1229), mencionam de que, para reduzir os desperdícios dos materiais e equipamentos cirúrgico no bloco operatório e melhorar a eficiência destes recursos, é importante a elaboração de um plano para o controlo e utilização adequado, com o objetivo de garantir que a assistência não sofra interrupções por insuficiência na quantidade ou qualidade dos mesmos.

No trabalho de equipa no bloco operatório, cada um deve saber a sua função e a de cada um. Para evitar desperdício de tempo que é precioso para salvar vidas e economiza-se uma variedade de recursos (materiais, humanos etc.) e reduzir os eventos adversos.

Quanto à organização do bloco operatório, neste ponto dos desperdícios de recursos humanos no bloco operatório, na análise estatística verificou-se na dimensão do questionário dos valores com a média= 5,21 o valor de Alfa de Acrombach (0,681) a consistência interna (Aceitável) ver (Tabelas 1, 3).

A correlação de Pearson mostrou existir influência positiva e moderada somente no nível de ação de equipa no bloco operatório ($r=0,408$, $p= 0,000$). E influências negativas e

fracas para no número de eventos adversos ($r = -,220, p = 0,067$). E no tempo de cirurgia face à norma ($r = -,199, p = 0,078$). Conforme pode se confirmar nas (Tabelas 24, 25, 26).

A organização é um sistema que tem objetivos específicos com recursos geridos para os atingir e uma estrutura organizacional (Reis, 2012, p. 83).

Para Pereira (2014, p. 22) “este serviço assume um papel fundamental na produção e nos resultados que se refletem no financiamento hospitalar. Exige uma organização estruturada, adequada e adaptada ao contexto para que o seu funcionamento esteja de acordo com o esperado, face à capacidade instalada”.

Os membros da equipa podem fazer diferentes hipóteses sobre como o trabalho deve ser distribuído e coordenado dentro da equipa. Por exemplo, cirurgiões e anestesiologistas podem ter percepções conflitantes sobre quem é responsável por garantir oportuna administração da profilaxia antibiótica (WHO, 2009, p. 79).

Ambiguidade na estrutura da equipa pode ser um produto de divergências interprofissionais sobre como tarefas devem ser distribuídas e valorizadas. Formalização e padronização não são comuns no trabalho em equipa da sala de cirurgia devido a valor fortemente realizada de medicina da autonomia profissional e sua mentalidade artesão.

Estes fatores promovem o individualismo ao invés de cooperação e podem atuar como barreiras para atingir os cuidados de saúde mais seguro (WHO, 2009, p. 79).

WHO, ao afirmar que, as atitudes dos membros da equipa, muitas vezes refletem e reproduzem a cultura organizacional em que trabalham. Pesquisas têm mostrado que as pessoas muitas vezes têm atitudes discrepantes sobre a sua capacidade de trabalhar em equipa e sobre a comunicação entre as disciplinas. Avaliações qualitativas das equipas de unidade de terapia intensiva mostrou que, em contraste com os médicos, os enfermeiros relataram que era difícil de falar, as divergências não foram adequadamente resolvidos, e que são necessárias mais entrada para a tomada de decisões.

Na sala de cirurgia, as diferenças de atitudes entre os cirurgiões e os outros membros da equipa podem ser substanciais. É importante entender essas atitudes. Pesquisa na aviação tem mostrado que as atitudes positivas sobre o trabalho em equipa estão

associados ao comportamento de redução de erro. Uma associação semelhante foi encontrado entre os turnos de atitude e melhores resultados de pacientes em unidades de terapia intensiva (WHO, 2009, p. 79).

O mais impressionante, melhorias nas atitudes de segurança entre os membros da equipa cirúrgica recentemente têm sido associadas a melhorias nos resultados de pacientes cirúrgicos, o que sugere que essas mudanças podem ajudar a explicar alguns dos efeitos dos esforços de melhoria da qualidade. Ao contrário de personalidade, atitudes são passíveis de mudança (WHO, 2009, p. 79).

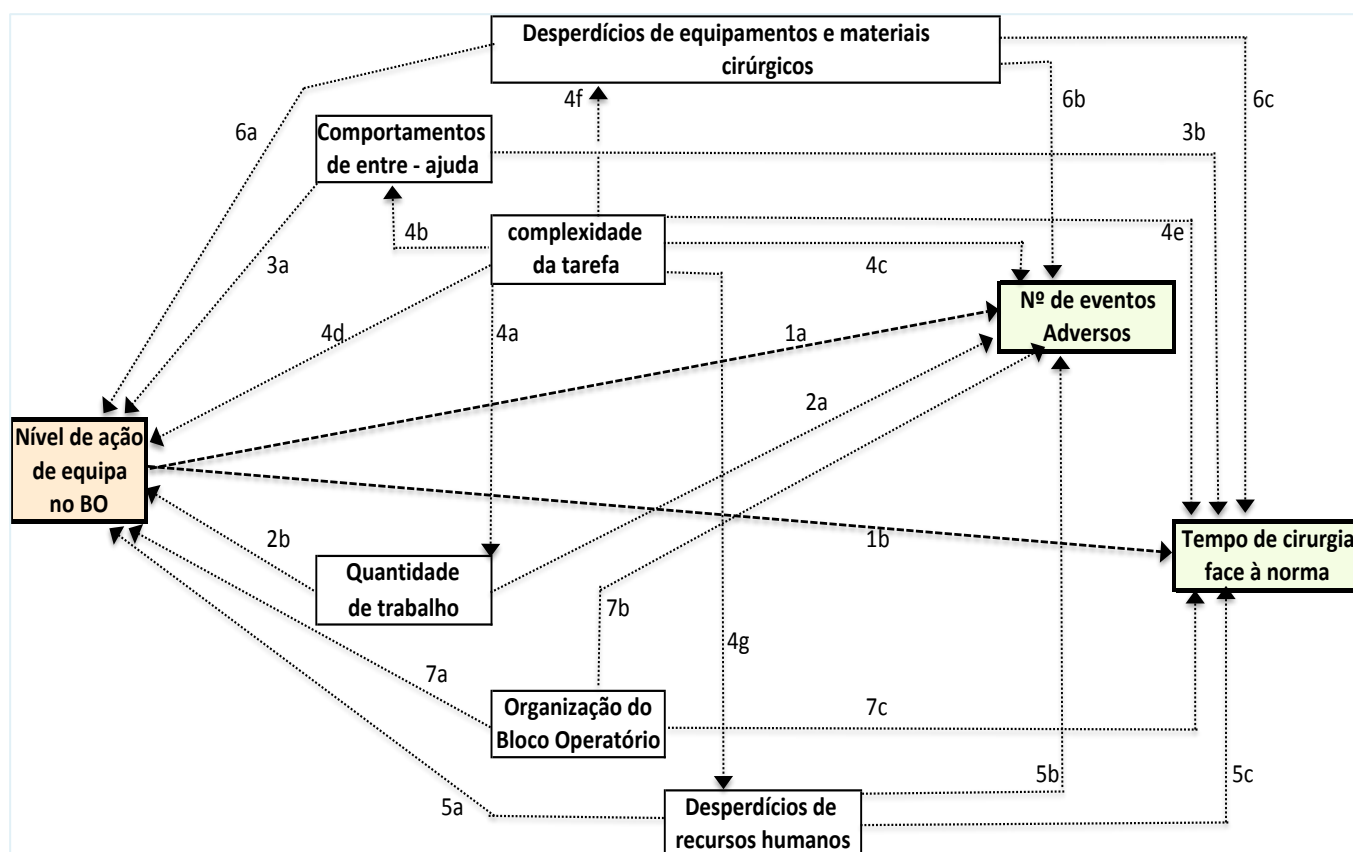
Finalmente, às análises efetuadas podem confirmar a existências das influências nas hipóteses formuladas, para as questões positivas da quantidade de trabalho, tendo em consideração o número de eventos adversos, nível de ação de equipas no bloco operatório, e a complexidade da tarefa tendo em consideração complexidade de entre ajuda, número de eventos adversos, nível de ação de equipas no bloco operatório, tempo de cirurgia face à norma, desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos, desperdícios de recursos humanos, e desperdícios de recursos humanos tendo em consideração número de eventos adversos e os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos tendo em consideração número de eventos adversos, tempo de cirurgia face à norma, e Organização do bloco operatório tendo em consideração nível de ação de equipa no bloco operatório.

E influências nas hipóteses formuladas das questões negativas, do Nível da ação de equipa no bloco operatório tendo em consideração números de eventos adversos, tempo de cirurgia face à norma, e os comportamentos de entre- ajuda tendo em consideração tempo de cirurgia face à norma, quantidade de trabalho no bloco operatório, e os desperdícios de recursos humanos tendo em consideração nível de ação de equipas no bloco operatório, tempo de cirurgia face à norma, os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos tendo em consideração número de eventos adversos, tempo de cirurgia face à norma, nível de ação de equipas no bloco operatório, que compõe o modelo conceptual do trabalho.

De ressaltar que, todas as hipóteses por nós enunciadas foram absolutamente confirmadas, apesar de algumas ser confirmadas fortes, moderadas e outras com baixa positividade e outras fortes, moderadas e baixa negatividades, nenhuma destas se rejeitou as hipóteses enunciadas.

Aplicado isto em prática, sugere-se o modelo conceptual inicialmente proposto da Gestão de Recursos no Bloco Operatório. Tendo sido confirmadas todas as variáveis estudadas. Este modelo poderá contribuir desta forma para eliminação dos desperdícios dos recursos, facilitando a boa gestão do bloco operatório.

Figura 4: Modelo conceptual proposto de acordo nos resultados obtidos.



Fonte: Adaptado por Vashdi (2013, p. 952) ampliado pelo autor 2014

5. CONCLUSÕES

Tendo em conta os resultados obtidos neste trabalho, propõe-se agora relacionar os dados obtidos, de tal modo a que se possa despertar interesse por um tema que não está ainda muito exposto à opinião das autoridades competentes e dos seus gestores, levando-os a questionarem-se acerca da pertinência de uma análise da Gestão dos Recursos no Bloco Operatório nos Hospitais provinciais de Luanda e do Moxico em Angola, com o intuito de perceber como rentabilizar os recursos no BO e compreender qual o seu contributo na melhoria dos processos de gestão dos recursos.

Os principais objetivos específicos deste estudo, cujas respostas consistiram na análise dos resultados do estudo empírico, são:

- Identificar influências negativas no nível de ação de equipa no BO em relação ao número de eventos adversos e no tempo de cirurgia face à norma. Quanto a este ponto, identificou-se associação do coeficiente de correlação entre o nível de ação de equipa no Bloco operatório e o número de eventos adversos. Esta correlação indica que quanto maior o nível da ação no BO menor é o número de eventos adversos. Para o coeficiente de correlação entre o nível de ação de equipa no Bloco operatório e o tempo de cirurgia face à norma é estatisticamente significativo, negativo e fraco. Pode-se notar que quanto menor o nível da ação no BO maior é o tempo de cirurgia face à norma.
- Perceber se a quantidade de trabalho influenciam positivamente o número de eventos adversos e no nível da ação de equipa no bloco operatório. Foram analisadas todas as variáveis, verificou-se o coeficiente de correlação entre a quantidade de trabalho e o número de eventos adversos, é estatisticamente significativo, positivo e moderado. Para o segundo caso também o coeficiente de correlação entre a quantidade de trabalho e o nível de ação de equipa no bloco operatório é estatisticamente significativo, positivo e moderado. Assim, verificou-se em todas as variáveis uma associação moderada, isto é, quanto maior a quantidade de trabalho maior é o número de eventos adversos, e também maior será o nível da ação de equipa.

- Compreender se os comportamentos de entre – ajuda influenciam positivamente no nível de ação de equipa no BO, e influência negativa no tempo de cirurgia face à norma. Foram confirmadas as influências das variáveis em estudo, observou-se no primeiro caso, o coeficiente de correlação entre os comportamentos de entre- ajuda e o nível de ação de equipa no BO é estatisticamente significativo, positivo e fraco, quanto menor os comportamentos de entre - ajuda menor será o nível de ação de equipa no BO. E no segundo caso, o coeficiente de correlação entre os comportamentos de entre - ajuda e o tempo de cirurgia face à norma é estatisticamente significativo, negativo e moderado. contudo, quanto menor os comportamentos de entre ajuda maior é o tempo de cirurgia face à norma, isto é no sentido inverso.
- Analisar se há influência negativa da complexidade da tarefa em relação a quantidade de trabalho, e influências positivas da complexidade da tarefa em relação o comportamento de entre – ajuda, o número de eventos adversos, no nível de ação de equipa no BO, no tempo de Cirurgia face à norma, nos desperdícios de equipamentos ou materiais cirúrgicos e os desperdícios de recursos humanos. Analisou-se associação destes variáveis com o desempenho no bloco operatório. Constatou-se existir influência negativa na complexidade da tarefa em relação a quantidade de trabalho, assim, quanto menor a complexidade da tarefa maior é quantidade de trabalho no bloco operatório, verificou-se também influências positivas na complexidade da tarefa em relação ao comportamento de entre - ajuda, o número de eventos adversos, no nível de ação de equipa no BO, no tempo de cirurgia face à norma, nos desperdícios de equipamentos ou materiais cirúrgicos e os desperdícios de recursos humanos. Isto é, quanto maior a complexidade da tarefa, maior será comportamento de entre ajuda, o número de eventos adversos, nível de ação de equipa no bloco operatório e desperdícios dos recursos humanos.
- Perceber se os desperdícios de recursos humanos influenciam negativamente o nível de ação de equipa no BO e no tempo de cirurgia face à norma, e influência positiva no número de eventos adversos. Ao analisar o coeficiente de correlação entre os desperdícios de recursos humanos e nível de ação de equipa no bloco operatório, percebeu-se que é estatisticamente significativo, negativo e fraco. Por outro, o coeficiente de correlação entre os desperdícios de recursos humanos e o número de

eventos adversos é estatisticamente significativo, negativo e moderado. O coeficiente de correlação entre os desperdícios de recursos humanos e o tempo de cirurgia face à norma é estatisticamente significativo, negativo e fraco. No entanto, observou-se no primeiro caso e ultimo, o nível de significância negativo e fraco isto é, quanto menor os desperdícios de recursos humanos maior é o nível da ação de equipa no BO, e no tempo de cirurgia face a norma. No segundo caso, quanto maior o desperdícios de recursos humanos, menor é o número de eventos adversos.

- Identificar os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgico que podem influenciar negativamente o nível de ação de equipa no BO, e influências positivas no número de eventos adversos em relação ao tempo de cirurgia face à norma. Ao considerar apenas o coeficiente de correlação entre os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos e o nível de ação de equipa no BO é estatisticamente significativo, negativo e moderado. Para este caso, quanto maior os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos menor é o nível de ação de equipa no BO. Para os dois últimos casos, o coeficiente de correlação entre os desperdícios de equipamentos e o número de eventos adversos é estatisticamente significativo, positivo e fraco, e o coeficiente de correlação entre os desperdícios de equipamentos e o número de eventos adversos é estatisticamente significativo, positivo e fraco. Em síntese, quanto menor os desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos menor é o tempo de cirurgia face a norma.
- Estudar a organização do BO como podem influenciar positivamente o nível de ação de equipa no BO e influências negativas no número de eventos adversos em relação ao tempo de cirurgia face à norma. Os dados indicam que o coeficiente de correlação entre a organização do BO e o nível de ação de equipa no BO é estatisticamente significativo, positivo e moderado, afirma-se ter influência positiva nas variáveis em estudo, quanto maior a organização do BO maior é o nível da ação de equipa no BO. Pode-se observar também nos dois casos, no segundo e terceiro, o coeficiente de correlação entre a organização do BO e o número de eventos adversos é estatisticamente significativo, negativo e fraco, isto é quanto menor a organização do BO maior é o número de eventos adversos e o tempo de cirurgia face à norma.

Quanto ao objetivo geral: Analisar a gestão de recursos no BO nos Hospitais Provinciais de Luanda e do Moxico em Angola, definindo os indicadores mais adequados para a sua avaliação e monitorização, constatou-se que:

Efetuar o levantamento de uma opinião não é apenas relatar a opinião média, mediana ou desvio padrão existente entre duas opiniões, é sobretudo explicitar as principais ideias que a população emitiu acerca de determinado tema.

No entanto, não foi isso que aconteceu. Alguns questionários não foram respondidos nem entregues preenchidos com receio de serem postos à prova. A investigação revelou dificuldade de interpretação e de resposta por parte dos inquiridos e ainda uma amostra menor que a esperada, o trouxe algumas limitações para o estudo.

Pode-se salientar, no entanto, que se observaram associações das variáveis na gestão dos recursos e em factores determinantes no funcionamento do bloco operatório, o que levou a definir alguns indicadores que se acredita serem importantes e adequados para avaliação e monitorização no BO, e que se apresentam por ordem de grau de importância para o desempenho no BO:

- ⇒ Desperdícios de equipamentos e materiais cirúrgicos
- ⇒ Comportamento de entre ajuda
- ⇒ Organização do bloco operatório
- ⇒ Desperdícios de recursos humanos
- ⇒ Quantidade de trabalho
- ⇒ Complexidade da tarefa
- ⇒ Tempo de cirurgia face a norma
- ⇒ Numero de eventos adversos
- ⇒ Nível de ação de equipa no bloco operatório.

Propôs-se assim um modelo conceptual de Gestão dos Recursos para o Bloco Operatório, tal como pode se observar na página 90.

De acordo com os Profissionais do BO, acredita-se que com a força e a vontade conjunta de melhorar o funcionamento dos seus serviços, o aumento do desempenho no BO é uma meta concreta, que poderá ser alcançada a curto tempo.

Assim, é de salientar que a maior parte dos Profissionais inseridos na amostra, considera pertinente a utilização dos recursos disponíveis e o uso máximo da capacidade instalada.

Considera-se também como vantagem, uma melhor adequação das tarefas com as competências profissionais, para assim se evitarem os possíveis erros cirúrgicos, de prescrição e administração de fármacos, aumentando o controlo da qualidade e havendo uma melhor prestação de cuidados aos utentes/pacientes.

Relativamente aos problemas identificados de funcionamento do BO, salienta-se a escassez de recursos humanos, falta de coordenação das equipas cirúrgicas e falta de avaliação de desempenho dos profissionais, o que hoje em dia, não deixa evoluir um serviço e seus profissionais.

É necessário que as equipas cada vez mais, estabeleçam uma comunicação constante entre enfermeiros e médicos, criando também novos sistemas de reuniões entre os diferentes elementos das equipas para o bem do serviço.

Sendo um serviço clínico, cujo funcionamento é do interesse da instituição hospitalar e dos seus utentes, este deverá ser frequentemente avaliado e reavaliado.

Bloco Operatório é um ambiente de alto custo , e ele deve ser gerido de forma eficiente . Ao melhorar a eficiência, vai permitir encurtar a duração do caso por processamento correspondente , todo este processo passa exatamente no treinamento dos médicos residentes e outros profissionais, a escolha do anestésico métodos de programação eficiente e monitoramento do total desempenho, são importantes para o BO. Ao redesenhar mudanças e processos no BO deve ser dado um alvo claro e os resultados alcançados monitorizados devem ser comunicados a todos envolvidos.

Para isso, é preciso uma visão global na percepção dos serviços, começando nas próprias funções que cada profissional desempenha no BO, passando pelo recursos materiais usados nos serviços de cirurgia. Atualização do profissional, no que se refere o tempo que será necessário para cada intervenção cirúrgica e a sua real profissão.

Posto isto, com o presente estudo, espera-se despertar as entidades governamentais, as direções gerais das administrações hospitalares, todos os gestores, bem como todos os profissionais dos blocos operatórios, para se questionarem acerca do tema, perante a hipótese de uma melhoria das condições de trabalho a todos os níveis.

Pretende-se também demonstrar às autoridades competentes que o principal factor que impossibilita uma melhoria das condições de trabalho é a falta de recursos humanos qualificados, pelo que considera-se importante a formação de um maior número destes profissionais de modo a contrariar a situação atual.

Chegando ao fim deste trabalho, pode-se dizer que esta experiência foi extraordinariamente enriquecedora, pois permitiu o aprofundamento de conhecimentos numa área de grande relevância para a prática dos profissionais. Mostrou-se, também, gratificante, pois contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional do autor.

Para terminar, gostar-se-ia de salientar que foi muito agradável verificar a adesão dos profissionais do BO em colaborar no trabalho de investigação, visto que alguns demonstraram um interesse e conhecimento acerca do tema do estudo, e revelaram também, que apesar de serem uma classe profissional relativamente nova, existe uma vontade geral para o desenvolvimento e crescimento profissional, da qual se destaca o desempenho profissional de todos os que exercem funções no BO.

5.1. IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DO HOSPITAL

Existem várias implicações deste estudo para a gestão, desde o foro da contratação e gestão de equipas hospitalares, aprendizagem e treino das equipas, até à própria estruturação do trabalho no Bloco Operatório.

Uma das que se considera mais importantes é a estimulação do trabalho em equipa. Apostar na formação dos profissionais de saúde, durante o ensino académico, pode ser uma perspectiva sem resultados rápidos, mas que no futuro poderá ajudar a corrigir algumas falhas das atuais equipas, fomentando o saber ser e estar dentro da equipa.

Para isso seria necessário facilitar e incentivar, ao nível dos cursos de enfermagem e medicina, trabalhos de grupo constantes e uma disciplina que permitisse uma análise do

comportamento organizacional, facilitação dos estudantes ou investigadores que vão nestas áreas a procura de determinadas informações, são estes que poderão ajudar no melhoramento dos serviços e na descobertas de novos casos ou soluções.

No contexto da gestão hospitalar seria importante a melhoria da eficiência e satisfação profissional, este estudo permite analisar a gestão dos recursos no BO com a possibilidade de estabelecer equipas fixas que se difundem no tempo, eliminando desperdícios de recursos, permitindo menor rotação de profissionais e estabelecer melhores relações entre diferentes membros da equipa.

A facilidade desta suposição consiste numa melhor organização e fluidez do trabalho fixando norma e rotina que ajudam numa boa gestão.

Quanto a equipa cirúrgica e sendo esta, o conjunto de profissionais, médicos e enfermeiros, seria mais simples ter, para cada área cirúrgica, um profissional responsável por todos os elementos, que tendo a sua responsabilidade, médicos e enfermeiros, conseguisse entender melhor as necessidades da equipa cirúrgica como um todo, promovendo reuniões de discussão e avaliação da equipa para melhoria de todos serviços.

Ainda assim conseguiu-se constatar que Médicos há que tendem sentir-se mais valorizados do que os seus colegas Enfermeiros, que são do mesmo nível de formação (Licenciatura) agindo sem nenhum respeito se nenhuma ética profissional a nível do trabalho.

Neste sentido, com base na falta de reuniões constante que permitam a discussão e avaliação das equipas, entre os diferentes elementos, mostram-se prioritário estabelecerem-se estratégias que permitam colmatar esta falha, verificada também nas equipas observadas no momento que se aplicava os inquéritos.

As estratégias passam pelas reuniões periódicas, dos vários elementos, para discussão das performances da equipa, eventuais erros e problemas que surjam, assim como a criação de situações de cena, onde possam ser avaliadas as atitudes da equipa e treinadas as competências, estabelecendo-se estratégias futuras.

5.2. LIMITAÇÕES AO ESTUDO E PROPOSTA DE ESTUDOS FUTUROS

No que se refere o estudo futuro e considerando as limitações financeiras do país no apoio às instituições e infraestruturas; às limitações sócio - económicas e culturais dos profissionais e as consequentes dificuldades financeiras que as instituições enfrentam, poder-se-á dizer que a realização deste trabalho enfrentou graves dificuldades, no que diz respeito à obtenção de dados, pelo facto de ter sido realizado num serviço muito específico e principalmente no acesso às direcções gerais das administrações hospitalares, bem como na própria disponibilidade dos intervenientes, como ainda, na escassez de literatura sobre a Gestão de Recursos no Bloco Operatório.

Muitas dificuldades emergiram durante a colheita dos dados, principalmente a abordagem aos inquéritos, que se encontravam sempre muito ocupados e/ou receosos de serem ajuizados, o que gerou uma amostra menor que a esperada.

Após a estruturação dos métodos a utilizar, foi necessário conseguir o acesso ao universo de análise. Inicialmente alargada a cinco hospitais, após as respectivas respostas e tendo em conta o tempo de demora das mesmas, a amostra ficou reduzida apenas a quatro hospitais. O Hospital Provincial do Moxico do nível Secundário (HPMX), Maternidade Provincial do Moxico do nível Secundário (MPMX), Hospital Pediátrico David Bernardino, do nível Terciário (HPDBL) e Hospital Josina Machel, do nível Terciário (HJM).

Desde o início os problemas de acesso foram-se revelando, primeiro ao nível mais central (Direções gerais das administrações hospitalares) e, depois, na própria disponibilidade dos intervenientes da amostra na resposta aos questionários, tornando-se mesmo impossível a recolha de dados no Hospital Américo Boa - Vida (HABV), que é um Hospital Universitário a nível nacional.

O facto da elaboração desta dissertação coincidir com o período em que estava a ocorrer teste de admissão de novos estudantes e o concurso público para admissão de novos funcionários naquela unidade Hospitalar, levou a que o tempo disponível para a análise da Carta de pedido para realização do inquérito essencialmente no HABV por parte da Direção do Hospital, fosse muito difícil.

Os profissionais não entregaram parte dos questionários que lhes foram cedidos presencialmente, alguns alegando terem dificuldade em leitura devido a visão reduzida; outros por falta de tempo para preencher os questionários; e outros, nomeadamente médicos, nem mostravam interesse em participar no estudo. Uma gestora do BO chegou mesmo ao ponto de questionar, se os médicos eram obrigados a participar no estudo, porque não estava disposta a autorizar a participação desta classe profissional no estudo. Por outro lado, existe uma lacuna na colaboração entre médicos e enfermeiros, tornando-se um parâmetro de insatisfação entre os membros da equipa.

A escassez de literatura sobre a Gestão de Recursos no Bloco operatório, por outro lado, dificultou a análise, a comparação, validação externa e o enriquecimento da discussão dos resultados.

Pode-se afirmar com certeza que um dos maiores problemas no decorrer de um estudo desta natureza está aliada ao curto espaço de tempo para a sua realização.

5.2.1. Propostas para estudos futuros

É de extrema importância a concretização de estudos sobre outras vertentes desta problemática. Propõem-se, assim, quatro linhas de pesquisa, que naturalmente facultariam um conhecimento mais aprofundado sobre a gestão de recursos nos serviços da saúde:

- Em primeiro lugar, na perspetiva do estudo futuro, propõem-se o alargamento do estudo às outras províncias de Angola e a outros países de África e do mundo.
- Em segundo lugar, a presente investigação deverá ser continuada e aplicada na execução de estudos sobre a gestão dos recursos a todos os outros serviços dos hospitais.
- Em terceiro lugar, seria vital o estudo sobre o controlo e avaliação dos indicadores implementados em todos os serviços, incentivando a participação dos colaboradores envolvidos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABCUSTOS ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUSTOS -**Modelagem das atividades em centro cirúrgico de hospitais para o desenvolvimento de um sistema de informação hospitalar** 2009 - Vol. IV nº(3) ISSN 1980-4814.
- ABREU, Renato Araújo - **Perdas no Processo Produtivo**. (Em linha). 2002 p. 10. Rio de Janeiro. (Consult. 20.08.2014). Disponível em http://www.design.org.br/artigos_cientificos/perdas_no_processo_produtivo.pdf
- ALEIXO, F. **Manual do assistente operacional**. (Em linha). 2009. (Consult. 19/01/2014) Disponível em <http://www.chbargarvio.minsaude.pt/NR/rdonlyres/D17624AE-AAED-4064-B3B3-8E96FC72FEA1/16609/ManualAO.pdf>
- ANDRÉ T. P., Ronaldo F. da S. R., Marco A. C. P. - **A utilização de Indicadores de desempenho no sector de suprimentos hospitalares**, uma revisão de literatura (2008). (Em linha) (Consult. 19/11/2013). Disponível em: http://www.latec.uff.br/cneg/documentos/anais_cneg4/T7_0071_0329.pdf
- BERESNIAK, A. e Duru, G. - **Economia da Saúde, Climepsi Editores**, Coleção Convergências. (Em linha). 1999. (Consult. 11/11/2013) Disponível em :<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/23481/1/Lu%C3%ADsa%20Emanuel%20Martins%20Libano.pdf>
- BUSINESSDICTIONARY- **Resource Management**. Business School Barcelona. (Linha). 2013 (Consult. 05.08.2014). Disponível em <http://www.businessdictionary.com/definition/resource-management.html>
- CASEIRO, José Manuel - **A Equipa Médico-Cirúrgica**. Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.. Revista SPA vol. (3) julho. (Linha). 2006. p. 11. (Consult.05.09.2014). Disponível em <http://www.spanesthesiologia.pt/wp-content/uploads/2008/11/15-3-artigo1.pdf>
- CASTRO, Liliana Cristina – **O custo do desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico**. Tese para obtenção do título de Doutor em Fundamentos e Práticas de gerenciamento em Enfermagem e em Ciências. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2012 p. 23-24.
- CASTRO, Liliana Cristina e Valeria Castilho - **O custo de desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico**. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem Rev. Latino - Am. Enfermagem. Artigo extraído da tese de doutorado

- (Em linha) 2013, p. 1229. (Consult. 21 Jul. 2014). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01228.pdf
- COSTA, Ana Paula Batista de Pinho Matos et al. – **Gestão em Organização em Saúde**. Série Gráfica. Universidade de Investigação em Ciências da saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2013. p. 11. Número 3 ISBN: 978-989-97031-3-1.
- D'OLIVEIRA, Teresa Cristina Clímaco Monteiro – **Definição de Objetivos e complexidade da tarefa: Abordagem metacognitiva ao controlo de tráfego aéreo**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional. , 1994. p. 42-49.
- EREDIE, Abebaw, RN, MSc. N - **Operating Room Technique. University of Gondar Ethiopia**. 2008. (Consult. 02.07.2014). Disponível em http://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/nursing_students/LN_OperatingRoomTechnique.pdf
- ESTEVES, Ana Margarida Tavares – **A Construção da Identidade profissional do enfermeiro em Bloco Operatório**. Escola Superior de Ciências Empresariais Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão Estratégica de Recursos Humanos. Setúbal. 2012. p. 3.
- FERREIRA Silvana Marques - **Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar**. Universidade de Aveiro. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Engenharia Industrial. 2010. p. 77.
- FERREIRA, P. L. - **Estatística Descritiva e Inferencial**, (2005). (Em linha) Consult. 14/11/2013). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/AP200501.pdf>
- FIELD A. **Discovering Statistics Using SPSS**. 3rd ed. Los Angeles: Sage; p. 219. ISBN: 9781847879066 1847879063 9781847879073 1847879071. 2009.
- FILHO, Dalson Britto Figueiredo e Júnior, José Alexandre da Silva – **Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de pearson (r)***. (Em linha) Universidade Federal de Pernambuco. 2009 vol. (18), n. 1 p. 115. (Consult. 11.09.2014). Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/politica hoje/index.php/politica/article/viewFile/6/6>
- FRAGATA, José I. G. - **Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte**. Revista portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. 2010. vol. Temat (10). p. 18. Lisboa. (Consult. 23. Julh. . 2014) . Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/3-Erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operatorio.pdf>

- GAMEIRO, Teresa Marina Gaspar Lontro - **Balanced Scorecard em Instituições Hospitalares: Esboço para o Bloco Operatório**. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra, 2011. 1-35 f. Dissertação de Mestrado em gestão e Economia da Saúde.
- GOMES, Maíra da Silva - **A complexidade de tarefas de leitura e produção escrita no exame celpe-bras**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Dissertação de mestrado é Programa de Pós Graduação em letras Porto Alegre. 2009. p. 35.
- GOMES, Maria José Andrade Quintas - **Cultura de Segurança do Doente no Bloco Operatório**. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Dissertação Mestre em Enfermagem. Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados. 2012. p. 40.
- HILL, Manuela Magalhães e Hill, Andrew - **Investigação por questionário**, 2005. Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa.
- LEI nº 21-B/92. -**Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde**, (Em linha) (Consult. 20/01/2014) Disponível em <http://www.cidadao.gov.ao/VerLegislacao.aspx?id=466>
- LIBANO, Luísa Emanuela Martins - **Análise Económica da Introdução do Sistema de Melhoria Contínua Kaizen no Bloco Operatório do Centro Hospitalar do Porto**. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho, 2012. 36 f. Dissertação do Mestrado em Economia e Política da Saúde.
- LIMA, Maria Bernadete B. Piason Barbosa - **Qualidade nos Serviços Públicos Hospitalares** - 1995. (Em linha) (Consult. 24/11/2013). Disponível em: http://www.hc.unicamp.br/ouvidoria/09_qualidade.pdf
- MACEDO, N.; Macedo Vítor – **Gestão Hospitalar**. Manual Prático. Lidel edições Técnicas 2005. p.1. (ISBN 978-972-757-326-4).
- MAROCO, J, Marques G. **Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?** Laboratório Psicol. 2006. p. 65–90.
- MARÔCO, João - **Análise estatística com utilização do SPSS**. 2007. p. 28-270 Edições Sílabo, 3ª edição, Lisboa. ISBN: 9789726184522.
- MARTIN, Vivien e Henderson Euan – **Gestão de Unidades de Saúde e de serviços Sociais**. 1ª edição. Edição Monitor – Projetos e Edições, Lda. Lisboa. ISBN: 972-9413-60-6. p. 172.
- MATOS, Ivo Alexandre Pereira de Carvalho de Oliveira - **Aplicação de técnicas Lean Services no bloco operatório de um hospital**. Universidade do Minho. Escola de Engenharia. 2011. p. 1-15. Tese de Mestrado em Engenharia e Gestão Industrial.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Conceitos e definições em saúde**. Brasil: **Coordenação de assistência médica e hospitalar, secretaria nacional de ações básicas de saúde ministério da saúde**. (Em linha). 1977. (Consult. 14/11/2013) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>

NETO, Gonzalo Vecina e Filho, Wilson Reinhardt - **Gestão de recursos materiais e medicamentos**. a saúde e cidadania. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS Núcleo de Assistência Médico-hospitalar - namh/fsp - uspbanco Itaú. (Em linha). 1998. (Consult.05.09.2014). Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=0CHEQFjAI&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F2959&ei=_TQKVNHpJoSfygP8u4GYCw&usg=AFQjCNFzujLOGpya0YHku4_0Yd7MxuzDQ&sig2=EjYc27pVA29Ze5df98IVXQ

NUNES, Paulo – **Conceito de Rendibilidade**. Economista, Professor e Consultor de Empresas. (Em linha). 2009. (Consult. 14. Nov. 2013). Disponível em: <http://www.knoow.net/cienciaconempr/gestao/rendibilidade.htm>

OMS - **A saúde em Angola**. (Em linha) 2014. (Consult. 03.Set.2014). Disponível em <http://eportuguese.blogspot.pt/2014/01/a-saude-em-angola.html>

OMS - **Estratégias de Cooperação (Saúde e desenvolvimento)**. (Em linha). 2009. (Consult. 24 . Novembro . 2013) . Disponível em: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ago_09_po.pdf

PEGADO, A. M. M. O. - **Gestão De Bloco Operatório: Modelos De Gestão e Monitorização**. Universidade Nova de Lisboa, 2010. p .8-31. Mestrado em Gestão da Saúde.

PEREIRA, Alexandre e Patrício Teresa – **Guia pratico de utilização. Analise de dados para ciências sociais e psicologia**. 8ª edição - Revista e aumentada. Lisboa. 2013 p. 15-16. ISBN: 978-972-618-736-3.

PEREIRA, Helena Carla Magalhães - **Modelo de Gestão do Bloco Operatório**. Universidade Autónoma de Lisboa. Mestrado em Gestão de Empresas. Lisboa 2014 p. 19-20.

PEREIRA, Maria do Carmo Carvalho Monteiro Abreu – **Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: Um estudo em ambiente Cirúrgico**. Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde. 2010. p. 15-34.

PINHO, Lilibeth Manuela Ribeiro - **Avaliação Económica do Sistema de Registo de Consumo Clínico online do Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar São**

- João - Pólo Porto E.P.E. Faculdade de Economia.** Universidade do Porto.. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. 2013 , p. 13-14
- PINTO, Maria Adelina Russo - **Relatório de estágio.** Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, 2012. P. 26. Lisboa.
- PORTAL DE CODIFICAÇÃO dos GDH, - **Hospital: definição e classificação.** (Em linha). 2010. (Consult. 14 / 11 / 2013). Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o#Refer.C3.AAncias
- POSSARI, J. F. - **Centro Cirúrgico. Planeamento, Organização e gestão.** 4ª Ed. 2009. p. 34-271. São Paulo: Látria. ISBN: 978-85-7614-057-3
- QUEZA, Armindo José - **Sistema de saúde em Angola: Uma proposta à luz da reforma do serviço Nacional de Saúde em Portugal.** Universidade do Porto. Faculdade de Medicina, 2010. 19-30 f. Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina.
- REIS, Felipa Lopes; Silva, Maria João Rosa – **Princípios de Gestão. Com exemplos práticos e casos de estudos.** Edições Sílabo. 1ª edição. Lisboa. . 2012 p. 23-83. ISBN: 978-972-618-699-1
- RODDY, Sean P. et al. - **Reduction of hospital resources utilization in vascular surgery: a four-year experience.** Washington. Journal of Vascular Surgery, Volume 27, Issue 6, June 1998, Pages 1067 (Consult. 04.08.2014). Disponível em http://ac.elscdn.com/S0741521498700102/1s2.0S0741521498700102main.pdf?_tid=d7fc5e921cd311e48a1f00000aab0f6c&acdnat=1407265871_15beea818e9e746b7280ec5ff9a04004
- SACRAMENTO, Francisco - **Desperdícios em instituições hospitalares.** Doutorando pela UNIFESP. Universidade Metodista de São Paulo. 2001 . p. 9-10.
- SANTO, Zita Cristina da Costa do Espírito - **Atitudes e Crenças de Gestores e Clínicos na Governação dos Hospitais: Um estudo exploratório em três hospitais portugueses.** 2011. p. 23. Universidade de Coimbra.
- SANTOS, Carla, (2007), **Estatística Descritiva - Manual de Auto-aprendizagem,** Lisboa, Edições Sílabo. (Consult.06.09.2014). Disponível em <http://estatisticax.blogspot.pt/2008/04/coeficiente-de-correlao-de-pearson-r.html>

- SANTOS, Marlene Cristina; Cibele Siqueira Nascimento Rennó - **Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literature**. Artigo original 2013 RAS – Vol. (15), Nº 58 .
- SERRA, F. R., et al. - **Gestão Estratégica, Conceitos e Prática**, (2012) 3ª Ed, Lisboa, Editora Lidel.
- SILVA, C. A. , Saraiva, M, e Teixeira, A. - **A qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar**, (2010) 1ª Ed, Lisboa, Editora Silabo. ISSN:1647-6263. p. 43-44.
- SOTOMAYOR, A. M., Rodrigues, J. e Duarte, M., - **Princípios de Gestão das Organizações**. Editores letras e conceitos, Lda. 1ª Ed. 2013, p. 11-236. (ISBN: 978-989-8305-46-6).
- SOUSA, J. M. e Baptista, S.B. - **Como fazer uma investigação, Dissertações, Teses e Relatórios**, 2011 p. 53-107 4ª Ed. Lisboa. Editora Pactor. (ISBN: 978-989-693-001-1).
- SOUSA, Paulo et al. – **Segurança do doente . Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade**. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública 2011. ISN Nº 978-989-9742-0-3. 1ª edição portuguesa.
- SOUZA, Rosa Maria Nascimento – **O Trabalho no Centro Cirúrgico e as Funções psicofisiológicas dos Trabalhadores de Enfermagem**. Universidade Feral do Rio de Janeiro, 2009. p. 29-31. Dissertação do mestrado em Enfermagem.
- TEIXEIRA, T. - **Gestão das Organizações**, (2013). 3ª Ed, Lisboa, Escolar Editora.). p. 43-396. ISSN: 1647-6263.
- U.S. Army Medical Department Center And School Fort Sam Houston, Texas 78234-6100 - **introduction to the operating room** (consult. 14 Nov. 2013). (Em linha). Disponível em: <http://www.freeinfosociety.com/media/pdf/4418.pdf>
- UNAIBODE - **Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório**, (2001) (1ª Ed), Editora Lusoditada.
- UONIE/ACSS - **Recomendações Técnicas para Bloco Operatório** (Em linha). Lisboa. Administração Central do sistema da saúde, IP, 2011 Lisboa. ISSN: 167-8568 (Consult. 20.07.2014). Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf
- URBANO, J.; Bentes, M.; Vertrees, J. - **Portugal: national commitment and the implantation of DRGs. In The Migration of Managerial Innovation**, (1993). (em

linha). (Consult. 11/11/2013). Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-06-2005.pdf>

VALLE, Thalles Sanches el tal. - **Efeito da complexidade da tarefa e da realização de tarefas duplas sobre o processamento de informações.** (Em linha). Brasil. 2011, p. 1. (Consult. 19 Jul. 2014). Disponível em http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/thalles_sanches_valle.pdf

VASHIDI, Dana R.; Bamberger, Peter A. & Erez, Miriam - **Can surgical teams ever learn? The role of coordination, complexity, and transitivity in action team learning.** (2013). (Consult. 19 Jan. 2014). (Em linha). Disponível em <http://amj.aom.org/content/56/4/945.abstract>

VILELAS, José - **Investigação. O processo de construção do conhecimento**, (2009) (1ª Ed.). Lisboa, Editora Silabo. (ISBN: 978-972-618-557-4), . p.74-308).

VISENTINI, Monize Sâmara - **Análise da influência do compartilhamento da informação e da complexidade da tarefa na decisão em grupo.** Dissertação de mestrado em Administração, Área de Concentração em Sistemas, Estruturas e Pessoas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) Brasil. 2010 p. 43-44.

WHO - **WHO Guidelines for Safe Surgery 2009.** (Em linha). Safe Surgery Saves Lives. 2009 p. 78-79. (Consult. 19.08.2014). Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Funcionamento do Bloco Operatório

Funcionamento dos blocos operatórios dos hospitais em que se efetuaram os inquéritos

Segundo Esteves (2012 p. 3) citado Santos (2011), para a abordagem funcionalista uma profissão é essencialmente uma comunidade relativamente homogênea onde os seus membros partilham identidades, valores, definições de papéis e de interesses. No âmbito desta corrente, podemos no entanto encontrar diferentes abordagens a este conceito.

Em quadro unidades hospitalares, os Blocos operatórios como qualquer outra instituição, tem os seus recursos humanos constituídos pelo pessoal fixo que são: a equipa de enfermagem; equipa de anestesistas, Equipa médica, auxiliares de serviços gerais e administrativos.

Ainda, assim, outro pessoal não fixo, que é afecto ao serviço das especialidades cirúrgicas. São considerados como pessoal rotativo, mas que, exercem as suas funções tanto no bloco operatório como nas próprias enfermarias, nas consultas de especialidades, bem como nos bancos de urgências e unidade de cuidados especiais.

Para as cirurgias eletivas, o bloco operatório funciona das 8 às 15 h 30 minutos de segunda a sexta-feira e incluíam Cirurgia Geral, Neurocirurgia e Cirurgia Ortopédica. A partir das 15h30, seguiam-se as intervenções de urgência.

Com dias pré definidos para cada especialidade, que deverá encaminhar ao bloco operatório a sua programação até ao meio dia, da véspera da cirurgia. Em relação às cirurgias de urgências, este serviço está disponível ao longo das 24 horas do dia e a entrada no BO é determinada pela gravidade da ocorrência.

O BO do HPMX era composto por uma sala operatória e uma sala de recobro, não havendo a sala de internamento de Cuidados Intermédios, destinada aos doentes em condições instáveis no pós-operatório, tudo porque o hospital está a funcionar atualmente numa tenda, devido das obras de reabilitação e ampliação do antigo hospital.

O BO do MPMX era composto por uma sala operatória e uma sala de recobro, tendo associado ao mesmo, a sala de internamento de Cuidados Intermédios, destinada aos doentes em condições instáveis no pós-operatório.

O BO do HPDB era composto por duas salas operatórias e uma sala de recobro, tendo associado ao mesmo, a sala de internamento de Cuidados Intermédios 3, destinada aos doentes em condições instáveis no pós-operatório.

O BO do HJM era composto por três salas operatória e uma sala de recobro, tendo associado ao mesmo, a sala de internamento de Cuidados Intermédios 3, destinada aos doentes em condições instáveis no pós-operatório.

As cirurgias eletivas tinham lugar no período das 9h às 15h, e incluíam Cirurgia Geral, Neurocirurgia e Cirurgia Ortopédica. A partir das 15h, seguiam-se as intervenções de urgência, às quais não tive oportunidade de presenciar. As principais indicações para intervenção cirúrgica que se pode saber dos profissionais e através do trabalho de mestrado integrado da medicina interna, por meio de um relatório de estágio realizado nesta unidade, isto é no HPDB foram:

Criptorquidia, Peritoneu, Oclusão Intestinal, Hérnia Umbilical, Hipospádia, Fimose, Anomalia Anorretal e Congénita, Hidrocelo, Gastrosquize e Onfalocelo, Eventração Diafragmática, Atrésia Esofágica e Intestinal, Hérnia de Spigel, Hérnia Diafragmática.



Neurocirurgia e Cirurgia Ortopédica.

Fonte: Autor não identificado

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorioaberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F62247%2F2%2FRelatrio%2520de%2520Estgio%2520Definitivo%25201%2520Prof.pdf&ei=TOghVPakArPgsAT7q4JI&usg=AFQjCNHHcaqQbDE-N-Rgjs_MTMMpVNneg

Hospital PDB-Luanda



Hospital Josina Machel



Hospital provincial do Moxico



Maternidade provincial do Moxico



Fonte: *Imagem extraída na internet:*

https://www.google.pt/search?q=hospital+pediatrico+de+luanda&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=RiD8U_r8OqaB7QaRgoGAAG&ved=0CAcQ_AUoAg&biw=1200&bih=860

ANEXO II

Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo. Sr.(a) Profissional de Saúde.

//Angola//

O meu nome é **Domingos Francisco Suku**, encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade de planeamento estratégica empresarial, e de Gestão e Economia em Saúde na Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, e na Escola Superior de Gestão e negócios, estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema: Gestão de Recursos no Bloco Operatório.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo as perguntas deste inquérito, o mesmo é de carácter anónimo e todas as respostas serão considerados confidenciais, assim sendo, todos dados que serão obtidos neste inquérito serão sigilosa e apenas para informação de estatística do trabalho de dissertação.

Asseguro ter sido esclarecido sobre a minha autonomia em decidir participar do estudo, garantindo que serão utilizados nomes imaginários e, caso haja desistência ou recusa da minha parte a qualquer momento do estudo até a sua publicação, o conteúdo do meu Inquérito será imediatamente retirada do estudo sem qualquer prejuízo.

Declaro estar ciente das informações contidas neste termo de consentimento livre e esclarecido, e, concordo em fazer parte deste estudo.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões.

-----aos-----de Abril de 2014

O Inquerido:-----

Obrigado por dedicar algum do seu tempo.

ANEXO III

Cartas de autorização para Inquéritos e Lembretes

12
concordo com o pedido
do funcionario para os
efeitos acedidos anteriormente
#trabalha
26/5/2014
c/c

Director Provincial de
Saúde do Moxico

Excelentíssimo Senhor
Diretor do Hospital Provincial
do Moxico / Luena

Assunto: Pedido de autorização para inquérito da Gestão e Rentabilização dos Recursos no Bloco Operatório.

No âmbito dos cursos de Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade do planeamento estratégico empresarial, e de MBA em Gestão e Economia em Saúde na Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, e na Escola Superior de Gestão e negócios, **Domingos Francisco Suku**, pretende desenvolver o Trabalho de Projeto com o tema: “Gestão e Rentabilização dos Recursos no Bloco Operatório”, cuja orientação está a cargo da Prof.^a Doutora Denise Capela dos Santos, da Universidade Autónoma de Lisboa.

Com este trabalho pretendemos estudar o modelo de gestão do BO, para que possamos contribuir ativamente para a redução/eliminação de desperdícios de recursos humanos, materiais, temporais e logo, financeiros no Bloco Operatório e logo, no hospital como um todo, já que este é um dos principais centros de custo da organização, não descuidando a qualidade do serviço prestado aos utentes.

Cada Bloco Operatório tem o seu funcionamento próprio, a sua forma de Gestão e de rentabilizar os seus recursos, 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 e eficácia.

Para que esta avaliação seja feita é necessário aplicar-se um inquérito através de um questionário aos profissionais que trabalham no Bloco Operatório.

Todos os hospitais e inquiridos têm garantido o anonimato. Os dados dos hospitais são confidenciais e serão tratados em bloco para o trabalho de mestrado e do MBA a publicar. Caso seja do interesse de V. Exas. estamos inteiramente disponíveis para fazer o tratamento de dados exclusivamente do vosso hospital e de os divulgar apenas à respetiva administração.

Recibido aos 26 de Maio
Pelo 42558
Rafael

*Universidade Autónoma de Lisboa Luis de Camões
Portugal*

Vimos então por este meio solicitar que V. Exa. autorize a aplicação do Inquérito num dia de funcionamento de Bloco Operatório para colheita de dados.

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada, manifestamos a importância da colaboração da organização que V. Exa dirige para a realização deste estudo, certo de que contribuiremos para a rentabilização dos recursos dos hospitais Angolanos.

Encontramo-nos disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

Lisboa aos 24 de Março de 2014

Pede deferimento

Com os mais cordiais cumprimentos,

A orientadora de Mestrado

U. A. L.
Universidade Autónoma de Lisboa
"Luís de Camões"
Prof.^a Doutora Denise Santos Capela (Ph.D.)
Rua de Santa Maria, 47
1160-024 Lisboa
ESG&N

Mestrando

Domingos Francisco Suku
Domingos Francisco Suku
00244-927354806-00244 993354806
Email: domingos.suku@hotmail.com

*Universidade Autónoma de Lisboa Luis de Camões
Portugal*



REPÚBLICA DE ANGOLA
GOVERNO DA PROVÍNCIA DO MOXICO
HOSPITAL PROVINCIAL

CC – DPS MOXICO

EXMO. SENHOR

DOMINGOS FRANCISCO SUKU.

*Em resposta a vossa solicitação, e dando ênfase ao assunto em abordagem ,sobre o inquérito da **gestão e rentibilização dos recursos no bloco operatório**, trabalho de índole académico que se pretende levar a cabo , somos de parecer unánimemente favorável.*

Achamos conveniente fazer alguma observação sobre o assunto:

O Hospital em causa encontra se em obras de restauros há 2 anos. Entretanto o hospital actual provisório funciona numa estrutura de campanha com algum grau de dificuldades.

Sem mais assuntos , nos despedimos com votos de boa saúde e óptimo empenho na sua formação, em companhia de todos aqueles que lhe são queridos.

Abraço


O DIRECTOR
RUBEM PEDRO INÁCIO

TC
Concordo com a petição
do funcionário para os
efeitos achados convenientes
26/05/2014
C/C
Director Provincial de
Saúde do Moxico

Excelentíssimo Senhor

Diretor da Maternidade Provincial

do Moxico / Luena

Assunto: *Pedido de autorização para inquérito da Gestão e Rentabilização dos Recursos no Bloco Operatório.*

No âmbito dos cursos de Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade do planeamento estratégico empresarial, e de MBA em Gestão e Economia em Saúde na Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, e na Escola Superior de Gestão e negócios, **Domingos Francisco Suku**, pretende desenvolver o Trabalho de Projeto com o tema: “Gestão e Rentabilização dos Recursos no Bloco Operatório”, cuja orientação está a cargo da Prof.^a Doutora Denise Capela dos Santos, da Universidade Autónoma de Lisboa.

Com este trabalho pretendemos estudar o modelo de gestão do BO, para que possamos contribuir ativamente para a redução/eliminação de desperdícios de recursos humanos, materiais, temporais e logo, financeiros no Bloco Operatório e logo, no hospital como um todo, já que este é um dos principais centros de custo da organização, não descurando a qualidade do serviço prestado aos utentes.

Cada Bloco Operatório tem o seu funcionamento próprio, a sua forma de Gestão e de rentabilizar os seus recursos, 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 e eficácia.

Para que esta avaliação seja feita é necessário aplicar-se um inquérito através de um questionário aos profissionais que trabalham no Bloco Operatório.

Todos os hospitais e inquiridos têm garantido o anonimato. Os dados dos hospitais são confidenciais e serão tratados em bloco para o trabalho de mestrado e do MBA a publicar. Caso seja do interesse de V. Exas. estamos inteiramente disponíveis para fazer o tratamento de dados exclusivamente do vosso hospital e de os divulgar apenas à respetiva administração.

Augusto Eduardo Godinho
26/05/2014
Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões
Portugal

29/4/14
Pode vir fazer
o relatório do bloco
operatório
Belmiro

AO

Excelentíssimo Senhor

Diretor do Hospital Pediátrico de Luanda, David Bernardino

14/4/2014
Dr. Belmiro
O seu parecer sobre a
petição

Assunto: Pedido de autorização para inquérito da Gestão dos

Recursos no Bloco Operatório.

15/06/2014
Dr. Belmiro
logica autorizada

No âmbito dos cursos de Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade do planeamento estratégico empresarial, e de MBA em Gestão e Economia da Saúde na Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, e na Escola Superior de Gestão e negócios, **Domingos Francisco Suku**, Licenciado em enfermagem, pretende desenvolver o Trabalho de Projeto com o tema: "Gestão dos Recursos no Bloco Operatório", cuja orientação está a cargo da Prof.^a Doutora Denise Capela dos Santos, da Universidade Autónoma de Lisboa.

Com este trabalho pretendemos estudar o modelo de gestão do BO, para que possamos contribuir ativamente para a redução/eliminação de desperdícios de recursos humanos, materiais, temporais no Bloco Operatório e logo, no hospital como um todo, já que este é um dos principais centros de custo da organização, não descurando a qualidade do serviço prestado aos utentes.

Cada Bloco Operatório tem o seu funcionamento próprio, a sua forma de Gestão e de rentabilizar os seus recursos, 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 e eficácia.

Para que esta avaliação seja feita é necessário aplicar-se um inquérito através de um questionário aos profissionais que trabalham no Bloco Operatório.

Todos os hospitais e inquiridos têm garantido o anonimato. Os dados dos hospitais são confidenciais e serão tratados em bloco para o trabalho de mestrado e do MBA a publicar. Caso seja do interesse de V. Exas. estamos inteiramente disponíveis para fazer o tratamento de dados exclusivamente do vosso hospital e de os divulgar apenas à respetiva administração.

Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões
Portugal

924 35 47 19

Vimos então por este meio solicitar que V. Exa. autorize a aplicação do Inquérito num dia de funcionamento de Bloco Operatório para colheita de dados.

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada, manifestamos a importância da colaboração da organização que V. Exa dirige para a realização deste estudo, certo de que contribuiremos para a rentabilização dos recursos dos hospitais Angolanos.

Encontramo-nos disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

Lisboa aos 24 de Março de 2014

Pede deferimento

Com os mais cordiais cumprimentos,

A orientadora de Mestrado
U. A. L.
Universidade Autónoma de Lisboa
Luis de Camões
Prof.ª Doutora Denise Santos Capela (Ph.D.)
Rua de Santo Mamede, 47
Universidade Autónoma de Lisboa
ESG&N

Mestrando
Domingos Francisco Suku
Domingos Francisco Suku
00244-927354806-00244 993354806
Email: domingos.suku@hotmail.com

*Universidade Autónoma de Lisboa Luis de Camões
Portugal*

Lembrete

Assunto: Lembrete sobre a Carta de pedido de autorização para Inquérito da Gestão dos Recursos no Bloco Operatório, que se deu entrada na secretaria no dia 14 de Abril de 2014 e assinada pela senhora Emília.

Domingos Francisco Suku, Licenciado em Enfermagem e funcionário da Direção Provincial da Saúde do Moxico, estudante do Mestrado em Gestão de Empresa e MBA em Gestão e Economia da Saúde em Portugal.

Tendo em conta a preocupação que eu havia deixado neste Hospital com vista a analisar o meu pedido, tal como reza a carta que se encontra na vossa posse, e tendo em conta o prazo que a Universidade havia me concedido e que por sinal, me resta poucos dias para o regresso a Lisboa, portanto venho mui humildemente ao digníssimo senhor Diretor saber como ficou a análise do meu Pedido. Visto que com este estudo permitirá de tal maneira o melhoramento no que se refere o funcionamento dos Blocos Operatórios. E me responsabilizo logo que terminar com a defesa trazer uma copia do livro a esta Organização. Ciente de que este pedido obterá a vossa afabilidade.

Feito em Luanda, aos 06 de Maio de 2014

O Solicitante

Domingos Francisco Suku
Unif: 927 354806
Prov: 993 354806

Recbi - 06/05/14

Helees

AO

Excelentíssimo Senhor

Diretor do Hospital Josina Machel / Luanda

Assunto: *Pedido de autorização para inquérito da*

Gestão dos Recursos no Bloco Operatório.

No âmbito dos cursos de Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade de planeamento estratégico empresarial, e de MBA em Gestão e Economia em Saúde na Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, e na Escola Superior de Gestão e negócios, **Domingos Francisco Suku**, Licenciado em enfermagem, pretende desenvolver o Trabalho de Projeto com o tema: “Gestão dos Recursos no Bloco Operatório”, cuja orientação está a cargo da Prof.^a Doutora Denise Capela dos Santos, da Universidade Autónoma de Lisboa.

Com este trabalho pretendemos estudar o modelo de gestão do BO, para que possamos contribuir ativamente para a redução/eliminação de desperdícios de recursos humanos, materiais, temporais no Bloco Operatório e logo, no hospital como um todo, já que este é um dos principais centros de custo da organização, não descurando a qualidade do serviço prestado aos utentes.

Cada Bloco Operatório tem o seu funcionamento próprio, a sua forma de Gestão e de rentabilizar os seus recursos, 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 e eficácia.

Para que esta avaliação seja feita é necessário aplicar-se um inquérito através de um questionário aos profissionais que trabalham no Bloco Operatório.

Todos os hospitais e inquiridos têm garantido o anonimato. Os dados dos hospitais são confidenciais e serão tratados em bloco para o trabalho de mestrado e do MBA a publicar. Caso seja do interesse de V. Exas. estamos inteiramente disponíveis para fazer o tratamento de dados exclusivamente do vosso hospital e de os divulgar apenas à respetiva administração.

*Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões
Portugal*

Lembrete

Assunto: Lembrete sobre a Carta de pedido de autorização para Inquérito da Gestão dos Recursos no Bloco Operatório, que se deu entrada na secretaria no dia 10 de Abril de 2014 e assinada pela senhora Sofia Albano.

Domingos Francisco Suku, Licenciado em Enfermagem e funcionário da Direção Provincial da Saúde do Moxico, estudante do Mestrado em Gestão de Empresa e MBA em Gestão e Economia da Saúde em Portugal.

Tendo em conta a preocupação que eu havia deixado neste Hospital com vista a analisar o meu pedido, tal como reza a carta que se encontra na vossa posse, e tendo em conta o prazo que a Universidade havia me concedido e que por sinal, me resta poucos dias para o regresso a Lisboa, portanto venho mui humildemente ao digníssimo senhor Diretor saber como ficou a análise do meu Pedido. Visto que com este estudo permitirá de tal maneira o melhoramento no que se refere o funcionamento dos Blocos Operatórios. E me responsabilizo logo que terminar com a defesa trazer uma copia do livro a esta Organização. Ciente de que este pedido obterá a vossa afabilidade.

Feito em Luanda, aos 06 de Maio de 2014

O Solicitante

Domingos Francisco Suku

Unifef: 927 354806

Movief: 993 354806

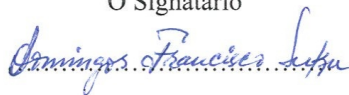
Faustino
6/5/14

TERMO DE COMPROMISSO

Domingos Francisco Suku, Funcionário da Direção Provincial da Saúde do Moxico, Licenciado em Enfermagem e estudante do Mestrado em Gestão de Empresa na Área de Especialidade do Planeamento Estratégica Empresarial e MBA em gestão e Economia da Saúde na Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões e na Escola Superior de Gestão e Negócios em (Portugal), tendo como o tema atear : Gestão dos Recursos no Bloco Operatório, havendo a necessidade de se realizar um inquérito neste Hospital, Josina Machel, para o trabalho da Dissertação, portanto, **compromete-se a:** apresentar a esta Instituição, a Cópia do Livro da Dissertação do mestrado logo que terminar com a sua defesa nas Organizações acima referenciada. **Declara que:** está ciente, que a não apresentação do referido documento supra citado, implicará em algumas consequências.

Luanda, aos 08 de Maio de 2014

O Signatário



HOSPITAL JOSINA MACHEL
GABINETE DO DIRECTOR GERAL
ENTRADA 12/05/2014



República de Angola
Ministério da Saúde
Hospital Josina Machel
Direcção Pedagógica e Científica

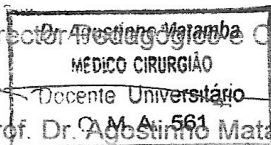
À
Direcção de Enfermagem do
Hospital Josina Machel/
Maria Pin

Luanda

Assunto: Guia de apresentação Nº 91/DPC/HJM/2014

Para os devidos efeitos julgados convenientes, segue apresentar – se na Direcção de Enfermagem deste Hospital, o Senhor **Domingos Francisco Suku**, Licenciado em Enfermagem e estudante de Mestrado na Universidade Autónoma de Lisboa – Luis de Camões, para efectuar um trabalho de Investigação Científica sob o tema: **Gestão dos Recursos no Bloco Operatório**.

Direcção Pedagógica e Científica do Hospital Josina Machel em
Luanda, 03 de Junho de 2014.

O Director Pedagógico e Científico

MEDICO CIRURGIÃO
Docente Universitário
Prof. Dr. Acostinho Matamba
(Cirurgião)

C.c:
- Direcção Clínica
- Direcção Administrativa

ANEXO IV

Questionário

QUESTIONÁRIO

____/____/2014

Nº _____

Dados demográficos

a). Hospital: _____

b). Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

c). Idade: ☐ Até 25 anos ☐ De 26 a 30 ☐ De 31 a 35 ☐ De 36 a 40

☐ De 46 a 50 ☐ De 51 a 55 ☐ De 56 a 60 ☐ De 41 a 45

☐ Acima de 60 anos

d). Categoria profissional: ☐ Enfermagem ☐ Gestor do BO

☐ Medicina ☐ Gerente

☐ Diretoria ☐ Anestesiologista

Outras (especifica) _____

e). Anos de experiência neste cargo: ☐ De 20 á 30 anos

☐ De 1 á 10 anos ☐ De 30 á 40 anos

☐ De 10 á 20 anos ☐ De 40 á 50 anos

Considerando a sua experiência atual no hospital, classifique as afirmações que se seguem de 1 a 7, colocando um X na resposta mais adequada. Considere 1 - Discordo Totalmente e 7 - Concordo Plenamente.

		1	2	3	4	5	6	7
1	Organização do Bloco Operatório (Pegado 2010).							
1.1	Existe um regulamento do Bloco Operatório.							
1.2	Existe uma equipa multidisciplinar para gestão de Bloco							
1.3	Existe um documento com discriminação de funções para cada um dos profissionais da equipa.							
1.4	Grau de articulação com os serviços de que o Bloco Operatório depende para o seu normal funcionamento (ex. RX, serviço de sangue, recobro, UCI, enfermaria).							
1.5	Existe planificação cirúrgica.							
1.6	Existe planificação de recursos humanos no bloco.							
1.7	Existe planificação de materiais / equipamentos.							
1.8	É usual o Bloco Operatório funcionar menos de 8 horas diárias.							
1.9	É usual o Bloco Operatório funcionar mais de 12 horas diárias.							
		1	2	3	4	5	6	7
2	Tempo de Cirurgia face à norma (Pegado 2010).							
2.1	O tempo médio que a equipa de cirurgião, ajudante, anestesista e enfermagem demoram a realizar um procedimento cirúrgico é aceitável.							
2.2	O tempo médio que a equipa de cirurgião, ajudante, anestesista e enfermagem demoram a realizar um determinado procedimento cirúrgico está dentro do tempo médio previsto considerado normal para o procedimento em questão.							
2.3	Existe um plano cirúrgico apenas no dia de trabalho							
2.4	Os profissionais estão todos prontos para iniciar a cirurgia à hora marcada.							
2.5	O tempo estabelecido no Bloco Operatório por intervenção cirúrgica, tem sido suficiente para o cumprimento das tarefas.							
		1	2	3	4	5	6	7
3	Complexidade de Tarefa no Bloco Operatório (Pinheiro 2013).							
3.1	Desacordos no Bloco Operatório são resolvidos apropriadamente (ex.: com foco não em quem está certo mas no que é melhor para o doente) e na hora.							
3.2	Quando a carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é afetado.							
3.3	O pessoal médico e de enfermagem trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada, o que facilita o trabalho.							
3.4	Toda a informação necessária está disponível antes de começar a intervenção.							
3.5	É frequente ter excesso de trabalho.							
3.6	A maior parte das cirurgias onde intervenho são de procedimento complexo.							
3.7	As cirurgias complicam-se muitas vezes.							
		1	2	3	4	5	6	7
4	Desperdícios de Recursos Humanos (Pereira 2010).							
4.1	Há uma distribuição fixa da equipa de profissionais.							
4.2	Todos têm formação específica e adequada ao bom desempenho do serviço.							
4.3	E uma forma geral, temos pessoas a mais no Bloco Operatório.							
4.4	Temos frequentemente pessoas a menos dentro do Bloco Operatório.							
4.5	Há flexibilidade da equipa nas trocas de turnos, de forma a que a eficiência do bloco esteja sempre salvaguardada.							
4.6	Gosto de trabalhar em equipas menos numerosas e mais bem relacionadas.							

		1	2	3	4	5	6	7
5	Desperdícios de equipamentos e Materiais Cirúrgicos (Pinheiro 2013).							
5.1	O equipamento e material cirúrgico é usado de acordo as regras internacionais.							
5.2	O equipamento médico disponível neste Bloco Operatório é adequado.							
5.3	Há adesão generalizada às normas de orientação e critérios baseados na evidência relativos ao uso do equipamento e material cirúrgico neste hospital.							
5.4	Existe material no bloco operatório que não é usado e que é desnecessário.							
5.5	Às vezes temos de esperar que tragam o material esterilizado para iniciarmos a cirurgia.							
	Tenho preocupações com a esterilização do material utilizado.							
5.6	Existe material a menos no Bloco Operatório							
		1	2	3	4	5	6	7
6	Nível de ação de equipa no Bloco operatório (Pegado 2010).							
6.1	Todos tentamos aliviar a tensão dentro do Bloco operatório para que tudo corra melhor.							
6.2	Todos os profissionais que trabalham no Bloco Operatório sabem quais os objetivos que têm de alcançar.							
	Não há nenhum profissional no bloco que considere que não esteja empenhado em executar um bom trabalho.							
6.3	Existe elevado nível de excelência cirúrgica global.							
		1	2	3	4	5	6	7
7	Quantidade de Trabalho no Bloco Operatório							
7.1	Necessito frequentemente do apoio de outros para assistência ao paciente a ser intervencionado.							
7.2	Há grandes quantidades de trabalho no Bloco Operatório.							
7.3	Quando há muito trabalho, todo o trabalho é partilhados por todos.							
7.4	Por vezes existe a pressão para terminar uma tarefa rapidamente.							
7.5	As equipas que trabalham no bloco fazem geralmente mais horas do que as aceites como normais a nível nacional.							
7.6	Acho que o trabalho no Bloco Operatório está bem organizado.							
		1	2	3	4	5	6	7
8	Comportamento de entre ajuda (Pereira 2010).							
8.1	Quando surge um problema na equipa tento identificar o que está acontecer e agir para o minimizar / ultrapassar.							
8.2	Há muita entre - ajuda entre a equipa.							
8.3	O conceito de uma equipa não funciona no nosso hospital.							
8.4	É frequente haver partilha de informações e de opiniões.							
8.5	Dentro da equipa estabelecem-se relações de amizade.							
		1	2	3	4	5	6	7
9	Números de Eventos Adversos (Pereira 2010).							
9.1	Acredito que a maioria dos ocorrências problemáticas ocorre como resultados de falhas múltiplas do sistema, não lhes sendo atribuída responsabilidade a nível individual.							
9.2	Existe um sistema de comunicação de ocorrências.							
9.3	Neste serviço o número de ocorrências impróprias acontece com frequência.							
9.4	Nesta unidade é difícil discutir os erros.							
9.5	Já observei erros cometidos por outros, que potencialmente poderiam provocar dano ao paciente.							

Muito obrigado pela sua participação.

ANEXO V

Normas de Rotina no Bloco Operatório /Termo de autorização da
Sedação e Quadro do pessoal Técnicos e Auxiliares

HOSPITAL JOSINA MACHEL

BLOCO OPERATÓRIO DE ROTINA

NORMAS DE ROTINA DO BLOCO OPERATÓRIO

TÉCNICOS DE INSTRUMENTAÇÃO

Entrar no local de serviço na hora normal da função pública (8h”), e sair 15.30h”

- ❖ Preparar o material de acordo ao tipo de cirurgia a ser realizada
- ❖ Equipar o cirurgião e seu adjunto
- ❖ Participar na cirurgia
- ❖ Arrumar o material logo após da cirurgia e leva-los ao CME
- ❖ Arrumar a sala operatória no final de todas as cirurgias.

TÉCNICO DE ANESTESIA

- ❖ Verificar o processo do paciente se está conforme as normas indicadas, nomeadamente ficha de anestesia, termo de autorização de sedação, termo de autorização de cirurgia.
- ❖ Canalizar uma veia superficial e manter o paciente com soro indicado (fisiológico ou lactato de ringer.
- ❖ Colocar o paciente na sala operatória com ajuda de outros profissionais, e monitorar o mesmo, e outros procedimentos anestésicos.
- ❖

HOSPITAL JOSINA MACHEL

BLOCO OPERATÓRIO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE SEDAÇÃO

O acto anestésico é um procedimento que envolve um percentual de risco, pois o paciente é submetido a técnicas com possibilidade de lesão de estruturas orgânicas e/ou medicações que podem propiciar alterações importantes ao organismo.

Assim, há o risco de ocorrerem complicações, com possibilidade de melhora ou com deformidades permanentes ou até com óbito do paciente.

O anestesiológista deverá informar ao paciente ou responsável qual técnica anestésica que será utilizada, e a provável implicação que esta técnica poderá acarretar. O paciente ou o responsável assinando este termo estará ciente dos riscos que o paciente poderá cursar durante ou ao término do procedimento.

Declaro ter lido os parágrafos acima e estou ciente do proposto.

Declaro que o anestesiológista explicou-me claramente os passos a serem realizados para a anestesia, e o procedimento médico que devem ser utilizados para maior segurança do acto cirúrgico.

Declaro estar ciente das implicações decorrentes do acto anestésico, mas que deverá ser realizado, uma vez que a cirurgia se faz necessária.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Nome: _____

Assinatura: _____

B. Identidade nº: _____

ANESTESIOLOGISTA:

Nome: _____ Nº _____ Ordem _____

HOSPITAL JOSINA MACHEL
BLOCO OPERATÓRIO DE ROTINAS
QUADRO DO PESSOAL

1- PESSOAL EFECTIVO

CATEGORIAS	Masculinos	Femeninos	SUB-TOTAL
TÉC. INSTRUMENTAÇÃO	03	10	13
TÉC. ANESTESIOLOGIA	04	08	12
MAQUEIROS.	05	00	05
VIGILANTES	00	03	03
CATALOGADORAS	00	02	02
TOTAL GERAL	12	24	35

2- PESSOAL COLABORADOR- PROJECTO LUACUTE

CATEGORIAS	Masculinos	Femeninos	SUB-TOTAL
TÉC. INSTRUMENTAÇÃO	01	04	05
TÉC. ANESTESIOLOGIA	01	02	03
MAQUEIROS.	00	00	00
VIGILANTES	00	00	00
CATALOGADORAS	00	00	00
TOTAL GERAL	02	06	08

O ENFERMEIRO CHEFE
JOSE BASTOS DIAS DOS SANTOS NETO