



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÓMICAS, EMPRESARIAIS
E TECNOLÓGICAS**

MESTRADO EM GESTÃO DE EMPRESAS

ESPECIALIDADE EM PLANEAMENTO E ESTRATÉGIA EMPRESARIAL

MODELO DE GESTÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas,
especialidade em planeamento e estratégia empresarial

Mestranda: Helena Carla Magalhães Pereira

Orientador: Professora Doutora Denise Capela dos Santos

Lisboa, fevereiro 2014

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Frederico, que desde o primeiro dia de todo este percurso me acompanhou.
E a quem eu sempre disse, mesmo quando estavas na barriga da mãe, que estava a trabalhar para nós.

E aos meus Pais, a quem tudo devo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Denise Capela dos Santos, agradeço o desafiar-me a elaborar esta tese. Obrigada pelo acompanhamento, estímulo e apoio em todo este trajeto.

Aos meus pais pelo seu incondicional apoio, por toda a força que me deram ao longo deste percurso, pela sua determinação para me ajudarem a ultrapassar todos os obstáculos, por tudo fazerem para me proporcionarem sempre as melhores oportunidades para a minha vida.

Ao Nuno, obrigada pelo teu amor, dedicação e paciência!

Agradeço profundamente a todos aqueles que colaboraram e que contribuíram para este projeto de investigação, e realização pessoal.

A todos o meu agradecimento.

RESUMO

O Bloco Operatório é o serviço mais dispendioso do hospital. Uma gestão eficiente é essencial quando os hospitais e outros serviços de saúde visam maximizar os seus resultados com recursos limitados.

Este Projeto de Investigação tem como objetivo geral a criação de um modelo conceptual de gestão do bloco operatório. Tendo em conta o objetivo geral traçado, temos como objetivos específicos a identificação de indicadores de desempenho do bloco operatório, a avaliação da correlação desses indicadores com a performance global do BO e a rentabilização dos processos de gestão dos recursos do bloco operatório com o intuito de aumentar consideravelmente a eficiência, a produção e a qualidade e eliminar os desperdícios que não acrescentam valor para o doente ou para a organização

Realizou-se um caso de estudo recorrendo a uma estratégia de investigação hipotético-dedutiva. Formularam-se hipóteses que pretendemos analisar, aplicámos questionários a 40 colaboradores do bloco operatório, visitámos o bloco em questão e realizámos também um focus grupo.

Os resultados demonstram que as práticas operacionais tal como a gestão dos recursos humanos, os processos de calendarização e planeamento, e os indicadores de performance, por nós identificados, afetam positivamente o desempenho do bloco operatório de forma mais notória que as decisões estratégicas da instituição, isto é dimensão e campo de ação da unidade.

Concluimos que unidades com diferentes posições estratégicas devem aplicar práticas operacionais diferentes e de acordo com o seu desempenho. A Gestão do Bloco Operatório deve ter um papel mais ativo na aplicação de práticas que melhor se adequam à sua orientação estratégica.

Palavras-chave: gestão do bloco operatório, planeamento, controlo, desempenho

ABSTRACT

Surgical operating rooms are cost-intensive parts of health service production. Managing operating units efficiently is essential when hospitals and healthcare systems aim to maximize health outcomes with limited resources.

The purpose of this research is to create a conceptual model for operating room management. Having outlined the general goal in mind, we have specific objectives such as identifying performance indicators of the operating room, evaluating the correlation of these indicators with the overall performance of the BO and maximize returns of processes managing resources of the operating room in order to increase considerably the efficiency, output and quality and eliminate waste that add no value to the patient or the organization

Methodologically this is a hypothetical-deductive empirical study. Explanatory hypotheses we have formulated from a concrete reality that we intend to test, and we used the questionnaire as a tool for collecting data applied to 40 employees from the Operating units, we also visited the OR and we applied a focus group technique.

The results indicate that operative practices, such as personnel management, planning and case scheduling and performance measurement, that we identified, affect performance more remarkably than do strategic decisions that relate to, e.g., units' size or scope status.

We conclude that units with different strategic positions should apply different operative practices. Operating units should be more active in applying management practices which are adequate for their strategic orientation.

Keywords: Operating room management, planning and control, performance

INDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
2.1. A SAÚDE EM PORTUGAL	3
2.2. DESPESA CORRENTE PÚBLICA E PRIVADA	5
2.3. O SETOR PRIVADO DA SAÚDE EM PORTUGAL	8
2.3.1. AS PRINCIPAIS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PRIVADAS	14
2.4. ABORDAGEM HISTÓRICA DO BLOCO OPERATÓRIO	16
2.4.1. O BLOCO OPERATÓRIO	17
2.4.2. A GESTÃO DO BLOCO OPERATÓRIO	19
2.4.3. ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS.....	25
2.4.4. ESTRUTURA E DIMENSÃO DO BLOCO.....	26
2.4.5. CIRURGIAS ELETIVAS E CIRURGIAS DE URGÊNCIA.....	29
2.4.6. PROCESSOS PARALELOS	30
2.4.7. PLANEAMENTO CIRÚRGICO E AGENDAMENTO CIRURGICO	30
2.4.8. A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DO BLOCO OPERATÓRIO.....	34
2.4.9. CUMPRIMENTO DE HORÁRIO	35
2.4.10. SISTEMA DE INCENTIVOS.....	36
2.4.11. FLEXIBILIDADE	38
2.4.12. CONTROLO DE DESEMPENHO	39
2.4.13. TOMADA DECISÃO	40
2.4.14. ROTATIVIDADE DA EQUIPA.....	41
2.4.15. COMUNICAÇÃO DO BO COM OUTROS SERVIÇOS	42
2.5. MODELO CONCEPTUAL PROPOSTO	45
3. METODOLOGIA	48

3.1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	48
3.2. RECOLHA DE DADOS EMPÍRICOS.....	49
3.2.1. OBSERVAÇÃO IN LOCO	49
3.2.2. QUESTIONÁRIO E PRÉ-TESTE	49
3.2.3. FOCUS GRUPO	50
3.3. TRATAMENTO DE DADOS	51
<u>4. ANÁLISE DE RESULTADOS</u>	<u>52</u>
4.1. VISITA AO BLOCO	52
4.1.2. CONSISTÊNCIA INTERNA	52
4.1.3. ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS DO QUESTIONÁRIO.....	53
4.2. VERIFICAÇÃO DAAS HIPÓTESES	56
<u>5. CONCLUSÕES</u>	<u>67</u>
5.1.LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	70
5.2.RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	71
5.3.IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO	71
<u>6. BIBLIOGRAFIA.....</u>	<u>73</u>
<u>7. ANEXOS</u>	<u>80</u>

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – DESPESA CORRENTE EM SAÚDE DAS FAMÍLIAS POR PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE	6
QUADRO 2 – DESPESA CORRENTE EM SAÚDE, PÚBLICA E PRIVADA	7
QUADRO 3 - OS GRANDES ESTUDOS SOBRE A GESTÃO DO BLOCO OPERATÓRIO.....	24
QUADRO 4 – ALFA DE CRONBACH	52
QUADRO 5 – LIMITES E CLASSIFICAÇÃO DO RHO DE SPERMAN.....	56
QUADRO 6 - CORRELAÇÃO ENTRE PLANEAMENTO, AGENDAMENTO, HIGIENIZAÇÃO E PREPARAÇÃO DO MATERIAL COM O DESEMPENHO DO BO.....	59
QUADRO 7 – CORRELAÇÃO ENTRE COOPERAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS COM O DESEMPENHO DO BO	60
QUADRO 8 – CORRELAÇÃO ENTRE CUMPRIMENTO HORÁRIO COM O DESEMPENHO DO BO.....	60
QUADRO 9 - CORRELAÇÃO ENTRE SISTEMA INCENTIVOS COM O DESEMPENHO DO BO.....	61
QUADRO 10 - CORRELAÇÃO ENTRE FLEXIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS COM O DESEMPENHO DO BO.....	61
QUADRO 11 - CORRELAÇÃO ENTRE CONTROLO DESEMPENHO COM O DESEMPENHO DO BO.....	62
QUADRO 12 - CORRELAÇÃO ENTRE TOMADA, PARTICIPAÇÃO E AUTONOMIA DE DECISÃO COM O DESEMPENHO DO BO.....	63
QUADRO 13 - CORRELAÇÃO ENTRE ROTATIVIDADE EQUIPA COM O DESEMPENHO DO BO.....	64
QUADRO 14 - CORRELAÇÃO ENTRE RELAÇÃO DO BO COM OUTROS SERVIÇOS COM O DESEMPENHO DO BO.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –DISTRIBUIÇÃO DA SAÚDE.....	14
GRÁFICO 2 ALFA DE CRONBACH POR VARIÁVEL.....	52
GRÁFICO 3 – GÊNERO.....	53
GRÁFICO 4 – ESPECIALIDADE DOS INQUIRIDOS.....	54
GRÁFICO 5 – FAIXA ETÁRIA.....	54
GRÁFICO 6 – NÚMERO CORRENTE DE PROFISSIONAIS POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.....	55
GRÁFICO 7 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE INTERVÊM DIRETAMENTE NOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.....	55
GRÁFICO 8 – ATIVIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO.....	55
GRÁFICO 9 –ESPECIALIDADE CIRURGICA PRINCIPAL.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - MAPA DAS RELAÇÕES FUNCIONAIS DA ATIVIDADE CIRÚRGICA..	44
FIGURA 2 – MODELO CONCEPTUAL PROPOSTO: HIPÓTESES A TESTAR.....	46
FIGURA 3 – MODELO CONCEPTUAL PROPOSTO.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APHP - Associação Portuguesa de Hospitalização Privada

BO – Bloco Operatório

PIB - Produto Interno Bruto

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO - World Health Organization

UE – União Europeia

1. INTRODUÇÃO

A constante pressão para modernizar a saúde gastando menos recursos financeiros, forçou as organizações de saúde a procurar novas formas de organizar os seus serviços. O bloco operatório é um serviço complexo com elevado impacto no desempenho do hospital, quer em termos de consumos dos seus recursos (custos), quer em termos da sua produtividade (receitas).

A eficiência no bloco operatório tem sido um tema muito estudado ao longo dos últimos anos. Dexter (2010) recolheu mais de 130 artigos sobre a gestão dos serviços cirúrgicos publicados depois dos anos 2000. Também Cardoen et al. (2010) analisou mais de 200 artigos sobre o planeamento e calendarização do bloco publicados depois do ano de 1950. Mas apesar os vários artigos sobre o assunto, a literatura atual sobre a gestão do BO tem lacunas em áreas ainda não muito entendidas e subvalorizadas.

Medir e comparar a produtividade clínica de grupos de médicos é a base para gerir as operações de negócios em hospitais. Levámos este conceito mais além e quisemos examinar explicitamente o efeito de diferentes elementos estruturais na gestão do bloco e no seu desempenho.

Este Projeto de Investigação tem como objetivo geral a criação de um novo modelo de gestão do bloco operatório. A construção de um modelo de gestão adequado ao Bloco Operatório, é um contributo importante não só para a melhoria da qualidade e do desempenho dos serviços prestados, mas também para melhoria das políticas de gestão, e consequentemente para toda a estratégia da instituição de saúde.

Tendo em conta o objetivo geral traçado, temos como objetivos específicos:

- Identificar indicadores de desempenho do bloco operatório
- Avaliar a sua correlação com a performance global do BO
- Rentabilizar os processos de gestão dos recursos do bloco operatório com o intuito de aumentar consideravelmente a eficiência, a produção e a qualidade e eliminar os desperdícios que não acrescentam valor para o doente ou para a organização;

Este projeto de investigação seguiu uma série de etapas entre as quais a identificação do problema; de seguida realizou-se uma revisão da literatura sobre o Bloco Operatório e a

Gestão do Bloco Operatório. Foram enquadrados os pressupostos teóricos e os procedimentos metodológicos dos modelos e instrumentos de análise. Na continuidade, foram apresentados os resultados obtidos, onde enfatizamos os pontos mais relevantes, bem como a discussão dos mesmos apoiados nas referências bibliográficas consultadas e dos estudos existentes sobre esta temática. Como última parte deste estudo, nas considerações finais e linhas de investigação futuras, encontramos algumas reflexões acerca do trabalho de projeto, dificuldades encontradas e indicações para futuras investigações.

Considerando que a decisão de fazer uma análise das principais ineficiências na gestão do bloco operatório para uma futura implementação modelo de gestão que se enquadra no âmbito da política e estratégia organizacional, com o objetivo de aumentar a eficiência dos procedimentos de gestão e a melhoria dos processos que assegurem uma otimização dos recursos do Bloco Operatório, apontado como um dos serviços que maior peso tem no orçamento de um hospital.

Posto isto, a conceção e implementação de um modelo de gestão do bloco operatório vai permitir que a organização do serviço enfrente os desafios da competitividade com um elevado nível de produtividade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A Saúde em Portugal

A saúde em Portugal evoluiu de forma notável nos últimos 40 anos. Mudanças nas condições de vida da maioria dos portugueses como foi o saneamento básico, melhores habitações e uma melhoria na alimentação permitiram alcançar melhores condições de vida. Estas alterações permitiram a obtenção de ganhos significativos nos indicadores da saúde da população (Campos, 2008). Simultaneamente verificou-se que no seu desenvolvimento investiram-se significativos recursos financeiros, humanos e técnicos. Durante este tempo, Portugal alcançou um notável desenvolvimento do estado de saúde da sua população, apresentando atualmente excelentes resultados em importantes indicadores demográficos. De acordo com a WHO (2010), durante o período 2006-2008, a esperança média de vida, em Portugal, convergiu com a média da União Europeia (UE) – 78.9 anos vida em Portugal, 80.4 anos de vida na UE 15¹

Observou-se a uma melhoria nos sistemas de saúde, com o desenvolvimento do nível de instalações e implementação de novos equipamentos tecnológicos aperfeiçoando o diagnóstico e o tratamento, e também com uma melhoria significativa na qualidade e organização dos serviços prestados. Fatores que assumem uma importância significativa.

A saúde tem vindo a assumir um valor cada vez mais importante para a sociedade. A procura de cuidados de saúde tem aumentado por todo o mundo. O relatório da WHO (2002) aponta como fatores para o crescimento da procura o desenvolvimento tecnológico, o progressivo envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida alcançado com o avanço da inovação clínica, o crescente consumo de recursos clínicos e as expectativas crescentes dos cidadãos em relação aos cuidados de saúde.

Também o cidadão mudou o seu comportamento. Deixou de ser passivo face aos serviços de saúde, a sua opinião tornou-se uma arma poderosa, ele procura uma prestação de cuidados de saúde que responda às suas necessidades e exigências. O paciente conquistou uma posição de primazia pois é o “cliente” das organizações de cuidados de saúde. O cidadão procura um serviço de saúde onde seja exigida qualidade de atendimento, com

¹ O Grupo União Europeia 15 (EU 15) compreende os estados membros antes de 2004: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido.

filas de espera inexistentes e inovação permanente, tendo ao seu dispor um conjunto de informação que possibilita a escolha dos cuidados de saúde que melhor responde às suas necessidades (Saraiva, 2010, 28). De acordo com Bohemer (2000) surgiu uma nova classe de clientes no sector da saúde: pessoas bem informadas, que quando vão a uma consulta médica, já têm em mente um diagnóstico e um tratamento preferencial. Os consumidores de cuidados de saúde estão cada vez mais informados e menos dispostos a dar o controlo da sua saúde a um médico ou instituição

Mas, a verdade é que tanto em Portugal como na Europa, assistimos novamente a ventos estruturais de mudança no sector da Saúde. É realidade do aumento da despesa e da necessidade de a controlar.

Atualmente, e, numa altura em que se assiste a um cada vez maior empobrecimento, a um desemprego crescente, a problemas de acesso a cuidados de saúde e conjuntamente, a uma considerável descrença em relação ao presente e também ao futuro (RP, 2013), onde a racionalização facilitada pela pressão externa do programa de ajustamento e a capacidade da tutela para mobilizar recursos financeiros, a saúde vive uma outra mudança significativa, cada vez mais orientada para modelos empresariais de gestão que procuram reduzir os custos através da racionalização e da capacidade para mobilizar os recursos financeiros e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A estratégia de saúde deve assumir um papel fundamental na mobilização das políticas, ações e recursos, com vista à melhoria da saúde da população, pois na atual conjuntura económica e financeira, torna-se imperativa a necessidade de uma rigorosa gestão de recursos, para a melhoria dos resultados em saúde (RP, 2013).

As instituições de saúde, são bastante diferenciadas dos outros sectores de atividade. Fazem uso intensivo dos respetivos recursos – humanos, capital, tecnológico e conhecimento – constituem-se na forma mais complexa de organização humana e de gestão (Drucker, 1989 in OPSS, 2008; Glouberman e Mintzberg, 2001, 70-84). Garantir o funcionamento destas instituições e garantir que ofereçam equidade, eficiência, efetividade e qualidade, como resposta às necessidades das populações, obriga a novas abordagens da gestão pública dos sistemas e a enfrentar uma nova dinâmica de todos os parceiros públicos e privados (WHO, 20014).

O relatório da WHO (2010) recomenda um alinhamento nas políticas relacionadas com a contenção de custos e procurar opções que melhorem a eficiência antes de cortar os gastos com a assistência médica. Este relatório vem reforçar a necessidade da criação e implementação de mecanismos de gestão que possam dar resposta aos atuais desafios no sector da saúde.

2.2. Despesa corrente pública e privada ²

Mundialmente, as despesas totais com saúde (públicas e privadas) têm crescido de ano para ano. Castilho (2003, 53-61), Simões (2009) ou Silva (2010, 113-144), defendem que são vários os fatores responsáveis por este crescimento e que se podem classificar em três grupos: a procura, a oferta e os fatores económicos:

Do lado da procura: aumento da esperança de vida, envelhecimento da população, a exigência nos cuidados saúde, alargamento do acesso e da cobertura dos seguros de saúde, aumento do rendimento disponível das famílias.

Do lado da oferta: aumento dos meios materiais e humanos de prestação de cuidados; inovação e desenvolvimento tecnológico, recurso a meios sofisticados e dispendiosos de diagnóstico, generalização da cobertura de cuidados de saúde, as formas de organização da prestação de cuidados de saúde e do seu financiamento.

Relativamente aos fatores económicos: o contexto macroeconómico que exerce pressão para reduzir o défice com o setor público, evolução da produtividade no sector da saúde (“Doença de Baumol”).

Em Portugal, as despesas totais em saúde têm crescido a um ritmo elevado. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2008), verificou-se que em 2011 e 2012, o peso relativo da despesa corrente financiada pelos agentes financiadores públicos³diminuiu. Desde 2009, a despesa corrente pública tem vindo, consecutivamente,

² A informação aqui divulgada apresenta um carácter final para o ano 2010, provisório para o ano 2011 e preliminar para o ano 2012.

³ Os agentes financiadores públicos englobam as entidades das administrações públicas, tais como as que integram o SNS, os subsistemas de saúde públicos e os fundos de SS.

a perder importância relativa face à despesa corrente privada⁴, atingindo 62,6% da despesa corrente total em 2012.

Entre 2007 e 2012, a despesa corrente privada apresentou uma taxa de crescimento médio anual de 2,7%, enquanto a despesa corrente pública decresceu, em média, 1,6%.

Em 2012, a despesa corrente privada situou-se 13,9% acima do nível observado em 2007, enquanto a despesa corrente pública foi inferior em 8,6%. Esta evolução foi fortemente influenciada pelo decréscimo da despesa pública nos últimos dois anos.

Em 2011, registou-se um aumento da despesa das famílias em hospitais públicos (+25,6%), em hospitais privados (+16,2%). Esta evolução traduziu-se no aumento do peso relativo da despesa em hospitais privados (+2,1 p.p., face a 2010) na estrutura de despesa das famílias. Verifica-se que a despesa corrente privada em saúde apresenta uma tendência crescente (Quadro 1)

Quadro 1 - Despesa corrente em saúde das famílias por prestador de cuidados de saúde (2002-2011P)

Uni – 103 Euros

Anos	Prestadores de Cuidados de Saúde	
	Hospitais Públicos	Hospitais Privados
2002	35.538	271.568
2003	30.826	371.046
2004	34.477	346.840
2005	35.868	379.698
2006	38.732	409.910
2007	41.362	451.868
2008	45.525	551.091
2009	45.225	530.559
2010	43.192	583.045
2011p	54.241	677.510

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde **Legenda:** Dados provisórios (P); Dados preliminares (Pe)

⁴ Os agentes financiadores privados englobam os seguros privados (subsistemas de saúde privados e outros seguros privados), as famílias, as instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias e outras sociedades).

Quadro 2. - Despesa corrente em saúde, pública e privada (2002-2012Pe)

Anos	Despesa corrente pública em saúde				Despesa corrente privada em saúde			
	Valor	Tx.var	% Do PIB	Per capita	Valor	Tx.var	% Do PIB	Per capita
	10 ⁶ €	%	%	€	10 ⁶ €	%	%	€
2002	8 689,9	7,9	6,2	838,11	3 586,1	2,4	2,6	345,87
2003	9 196,9	5,8	6,4	880,84	3 963,0	10,5	2,8	379,55
2004	9 874,0	7,4	6,6	940,21	4 288,6	8,2	2,9	408,36
2005	10 548,6	6,8	6,8	999,92	4 561,9	6,4	3,0	432,43
2006	10 251,5	-2,8	+6,4	968,56	4 857,9	6,5	3,0	458,97
2007	10 712,3	4,5	6,3	1 009,80	5 126,3	5,5	3,0	483,23
2008	10 972,3	2,4	6,4	1 032,93	5 630,5	9,8	3,3	530,06
2009	11 657,1	6,2	6,9	1 096,37	5 599,1	-0,6	3,3	526,60
2010	11 827,8	1,5	6,8	1 111,91	5 724,9	2,2	3,3	538,19
2011P	10 835,2	-8,4	6,3	1 017,32	5 701,6	-0,4	3,3	535,32
2012Pe	9 789,5	-9,7	5,9	923,34	5 838,6	2,4	3,5	550,69

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde

Legenda: Dados provisórios (P); Dados preliminares (Pe)

O aumento da despesa corrente privada em saúde pode ser justificado por diversos motivos, tais como, a falta de meios de diagnóstico, falta de especialidades médicas, atendimento inadequado, edifícios de saúde em mau estado e falta de organização por parte dos prestadores de saúde. De acordo com um estudo realizado por Cabral (2009), concluiu que apenas 50,3 % dos doentes assistidos nas urgências em hospitais portugueses se consideram satisfeitos com o serviço prestado. A insatisfação de muitos doentes juntamente com o aumento do custo da saúde no setor público gera uma oportunidade para o sector privado oferecer serviços de saúde com um maior nível de qualidade, mesmo oferecendo serviços mais onerosos.

2.3. O Sector Privado da Saúde em Portugal

“As vantagens que se esperam da privatização são a capacidade de mudar hábitos e estruturas organizacionais ineficientes” (Berry et al., 2008, 228 – 239).

Se na década de 80, o sector privado era visto como um sector que não iria prosperar, quer pelo acesso generalizado e pela gratuitidade de cuidados de saúde na rede do SNS, quer porque era principalmente visto como dependente da atividade ineficiente do sector público, hoje é tido como um sector dinâmico, em grande desenvolvimento e com um potencial de crescimento.

Em pleno século XXI a realidade mostra-se bem diferente. O relatório da WHO (2002) conclui que o sector privado está a adquirir uma importância crescente nos sistemas de saúde dos países. Portugal não é exceção. O papel dos privados pode ser entendido tanto como reforma do SNS como forma de contrair os custos e aumentar a eficiência sem comprometer os padrões de qualidade e para atingir a sustentabilidade financeira com grande qualidade de cuidados de saúde.

O aumento da procura de cuidados de saúde privados tem sido constante e tem tido taxas de crescimento que rondam os dois dígitos ao ano. Nos últimos anos tem-se assistido à expansão e crescimento das instituições privadas, como hospitais, clínicas, centros de repouso e de cuidados paliativos e laboratórios, que demonstram a tendência atual de crescimento do sector privado. E que de acordo Dinis (2008, 14-22), tendo em conta os projetos que estão em curso, é um crescimento que irá continuar Ribeiro (2009) defende que o sector possui um importante peso na economia do país, com uma visão assente e objetivos de crescimento ambiciosos.

Assistimos também, no caso português, a uma, cada vez, menor dependência do setor privado com o setor público. Este tem passado a ser um setor com elevado peso e com uma visão assente em objetivos sólidos, podendo, portanto, concluir-se que é um setor em crescimento, como já várias vezes foi referido. Contudo, existem ainda os “mitos” de que os hospitais privados apenas pretendem alcançar o lucro, esquecendo um pouco a qualidade, e que apenas existem para servir os ricos destinando-se os hospitais públicos a servir os mais carenciados. No entanto, facilmente se consegue verificar que é exigido às instituições privadas o licenciamento das suas instalações e atividade. Esse

licenciamento é conferido pelo Estado que assegura a qualidade das entidades privadas para trabalhar no mercado. Para além disso, o acesso de utentes ao sistema privado não é restrito sendo que o acesso é facilitado pelas concessões, seguros privados de saúde ou subsistemas de saúde (Eira, 2010, 36-41). Embora as entidades privadas da área da saúde já existam há muitos anos, a Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS de 1993 vieram legitimar a presença do sector privado no sistema de saúde português. Nos dias de hoje, este sector tem grande relevância na prestação de serviços de saúde em geral e, particularmente, na saúde oral, fisioterapia ou serviços de radiologia, análises clínicas, diálise renal, nos cuidados de saúde onde não exista uma cobertura integral ou não então que não estejam cobertas por parte do SNS.

O Estado e as instituições de saúde privadas relacionam-se de várias formas:

- Convenções - Base XLI – nº1 – “ (...) que podem ser celebradas com médicos e outros profissionais de saúde ou casas de saúde, clínicas ou hospitais privados, quer a nível de cuidados de saúde primários quer a nível de cuidados diferenciados”.
- Celebração de acordos - Base IV, nº2 “ (...) celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde”.
- Contratação de serviços - Base XII – nº3 “O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso”.
- SIGIC (Sistema de Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, o programa de combate às longas listas de espera para cirurgia).
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados “que promove a continuidade dos cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que sofra, temporária ou definitivamente, de algum grau de dependência”.

- Parcerias Público-Privadas (PPP)⁵ onde hospitais da rede do SNS estão a cargo de instituições privadas (com ou sem fins lucrativos), para conceção, construção, financiamento, conservação e exploração do estabelecimento

Oliveira e Bevan (2003) (mencionado por Cabral et al. (2009)) estimam que 25% da população portuguesa beneficie de cuidados de saúde com base socioprofissional e seguros privados. Um quarto da população portuguesa, para além de ser beneficiária do SNS, como são todos os cidadãos, está coberta por um subsistema de saúde público (por exemplo, ADM, ADSE), privado (PT, TAP, CTT, CGD), ou um seguro de saúde.

Os privados da saúde ganham pelo menos 500 milhões de euros por ano com a ADSE. De acordo com o relatório de atividades de 2012, a ADSE gastou nesse ano 272,7 milhões de euros com o regime convencionado e 138,2 milhões com o regime livre. De acordo com a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), cerca de 30% da faturação dos hospitais privados vem da ADSE

O mercado privado da prestação de cuidados de saúde é uma das áreas de atividade que tem registado elevados índices de crescimento, em Portugal, em grande medida suportados pelo desenvolvimento do segmento dos seguros de saúde.

De acordo com o Instituto de Seguros de Portugal (ISP), uma das principais razões pelo qual os grupos privados de saúde têm alargado a sua prestação é pelo aumento dos seguros de saúde. Numa nota estatística, em 2012 o número de pessoas seguras cresce 0,5% face ao ano de 2011 (ISP, 2012)

Os seguros privados de saúde, dada a sua importância no âmbito da proteção social, têm vindo a aumentar na sociedade portuguesa contribuindo diretamente para o aumento do negócio da prestação de cuidados de saúde privados. Qualquer cidadão português pode recorrer a entidades privadas de forma cumulativa com o SNS.

A verdade é que esta relação entre os operadores privados com os subsistemas de saúde e com as seguradoras de saúde pode ser vista como uma relação ganha-ganho: ganham as instituições privadas porque é-lhes permitido obter um volume de clientes significativo, ajudando na rentabilização do negócio; e ganham os subsistemas e

⁵ Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de Agosto

seguradoras porque fornecem aos seus clientes um tratamento diferenciado, como a liberdade na escolha e prioridade no acesso aos cuidados de saúde, condições amplamente valorizadas pelos clientes, e que não podem ser garantidas no Sistema Nacional de Saúde dada a sua obrigatoriedade de dar uma resposta geral e universal.

Sendo o orçamento de Estado limitado, continuando a despesa total com saúde em crescimento (devido a fatores como o envelhecimento da população, a exigência de melhores cuidados, os novos hábitos e estilos de vida dos cidadãos) e revelando-se as expectativas dos portugueses para com os cuidados de saúde cada vez mais elevadas, é grande a pressão sobre o SNS. Se os gastos públicos em saúde não forem controlados, podem vir a comprometer-se os ganhos e os resultados adquiridos. Num contexto em que existe um Serviço Nacional de Saúde, universal e tendencialmente gratuito, é de questionar como existe, lugar não só para os operadores de saúde privados, como também há margem para desempenharem um importante e crescente papel no sistema de saúde português.

A crescente preocupação com a saúde e com o bem-estar, a liberdade de escolha do prestador de saúde, o maior conforto e o acesso normalmente mais rápido a esses cuidados, e a exploração das oportunidades decorrentes das ineficiências do SNS são algumas das razões para o crescimento do mercado privado da saúde em Portugal.

Aos hospitais privados está reservado um papel verdadeiramente transversal no desenvolvimento assistencial, económico- financeiro e científico do sector da saúde, bem como de uma série de outros com ele confinantes. Há uma aposta cada vez maior no desenvolvimento tecnológico e na sua utilização para cuidados diferenciados. Os equipamentos hospitalares são uma das áreas de aposta do sector privado, sobretudo nas tecnologias mais sofisticadas e de última geração, como forma de atrair mais clientes e dar uma resposta mais célere e de maior qualidade.

Apesar de existirem vários fatores que podem justificar esta preponderância, a verdade é que quando os serviços do Estado não conseguem dar a resposta mais adequada ou atempada às necessidades da população, deixam espaço para a iniciativa privada. No que diz respeito à saúde em Portugal, faltas de resposta do SNS que se repercutem em longos tempos de espera para consultas de especialidade nos hospitais públicos ou em listas de espera para cirurgia, legitimou a possibilidade de os privados entrarem no sector.

Alguns dos vários fatores que têm contribuído para um aumento da procura de serviços de saúde privado são comuns aos diferentes países. Y. Tountas et al. (2005, 167-180) apontam como principais fatores do crescimento do sector privado na Grécia (1) o crescimento económico do próprio país que, ao aumentar o orçamento médio familiar e o consequente poder de compra das famílias, pode traduziu-se no aumento da procura de serviços de saúde, (2) a insatisfação dos consumidores com os serviços de saúde públicos e (3) o papel dos seguros de saúde. Como razões para o desenvolvimento dos hospitais privados no Reino Unido Griffiths (2008) refere (1) a possibilidade do tratamento em separado (homens de um lado, mulheres de outro), (2) a dimensão das listas de espera ou (3) as taxas de infeções dos hospitais públicos. Hitshopi acrescenta (4) a oferta de um maior conforto (por exemplo, um quarto privado), (5) a quase inexistente pressão que permite aos colaboradores dedicarem mais tempo à prestação de cuidados aos doentes, (6) os tratamentos são prestados mais rapidamente, (7) as despesas de saúde são pagas por um seguro de saúde - 12 milhões de Ingleses estão cobertos por um seguro de saúde (Doyle et al., 2000, 563 – 565), (8) procura de um procedimento que não é efetuado no serviço nacional de saúde - por exemplo, intervenções estéticas ou tratamentos de fertilidade - ou (9) porque podem escolher o seu médico.

Na opinião de Ribeiro (2009), em Portugal, a procura privada esteve ligada à (1) busca de maior conforto nas atividades de hospitalização, (2) resposta rápida aos doentes cirúrgicos, (3) a boa qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (4) cobertura de certas especialidades (algumas quase só disponíveis no sector privado, como é o caso da medicina dentária), (5) crescente procura de cuidados ligados à estética.

Oliveira (2010, 271-296) aponta cinco características específicas do sistema de saúde português como determinantes para o desenvolvimento do privado: (1) a mobilidade do pessoal do SNS para o sector privado, (2) a possibilidade de os médicos aumentarem o seu rendimento através de atividade no sector privado, (3) os incentivos à criação de unidades privadas e a contratualização do sector privado pelo sector público desde os anos 80, (4) a criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera (tendo o sector público recorrido à contratualização privada em alguns destes programas) e (5) o sistema de deduções fiscais para gastos em saúde.

De acordo com a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP) (2013), com a construção de mais de 20 hospitais privados na última década, a hospitalização privada portuguesa conheceu um crescimento exponencial e conquistou, por mérito próprio, o reconhecimento da população e dos parceiros dos mais diversos sectores. O futuro da saúde em Portugal passará cada vez mais pela iniciativa privada, cuja rede é uma verdadeira alternativa ao sector público e se caracteriza hoje por uma assistência médica integral (equipas constituídas pelos melhores profissionais e em dedicação exclusiva, apoiadas por modernas tecnologias), serviços de saúde de elevada qualidade e diferenciação (com condições para o tratamento de casos clínicos complexos e que até há pouco tempo apenas o podiam ser no sector público) e cuidados de saúde numa perspetiva de integração/rede. Os hospitais privados têm a preferência dos cidadãos, num contexto de grandes desafios económicos e financeiros, porque realizam uma gestão virtuosa e não uma gestão política da assistência médica; visam a inovação, incorporam sistematicamente tecnologia e apostam na formação continuada dos profissionais; têm uma visão moderna da medicina – personalizada, preditiva, preventiva e participada; colocam o paciente no centro da sua ação; e são os parceiros naturais dos seguros privados de saúde, que os cidadãos tendem a privilegiar como garantia de uma assistência continuada que permita manter um estado geral de boa saúde.

A APHP defende, também, o desenvolvimento em Portugal de “um verdadeiro cluster da Saúde, do qual a hospitalização privada pode ser um motor, que criará valor em diversos sectores da economia nacional. Para além do know-how na conceção e gestão de unidades de saúde, poderá estimular outros sectores da economia, nomeadamente a indústria farmacêutica, do dispositivo médico, têxtil, consumíveis clínicos, tecnologias de informação e biotecnologia, todas com claras possibilidades de exportação de bens, mas também de serviços”.⁶

A hospitalização privada portuguesa tem uma história de que se orgulha, um percurso marcado por um forte espírito de inovação e modernidade. Hoje, é uma rede de unidades de saúde de referência, com responsabilidade na construção de um futuro sustentável,

⁶ www.aphp-pt.org, acedido a 11/06/2013

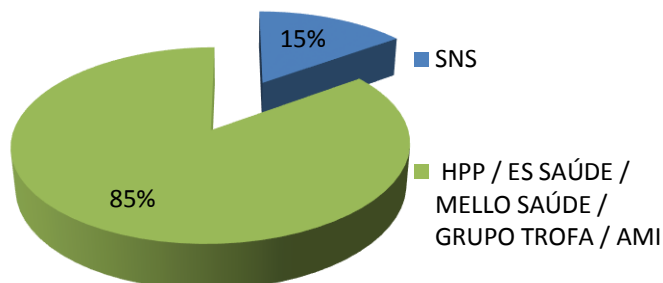
desenvolvendo, desde há seis décadas, um projeto coletivo de crescimento apoiado num forte investimento na diferenciação:

- 1ª Unidade Privada (anos 40) • 1º Intensificador de imagem (1963) • 1ª TAC do país (1980) • 1º Hospital em Portugal a receber a NP EN 9001:2000 • 1ª Pet e Pet-CT em Portugal (2002 | 2004) • 1º Ciclotrão em Portugal (instalação: 2005; produção: 2009) • 1.º Sistema de navegação magnética por estereotaxia da Península Ibérica (2008) • 1.ª Colecistectomia laparoscópica por porta única (2009) • Rádio-embolização por esferas de Yttrium-90 (2009) • Neurocirurgia com técnicas de neuro navegação e de fluorescência operatória (2009) • Stent inovador usado pela primeira vez em Portugal (2009) • 1ª Unidade de Cardiologia hemodinâmica no Algarve (2009) • Novos protocolos de baixa dose de radiação na TAC (2010) • 1.º Sistema cirúrgico robótico da Vinci do País (2010) • 1.º Unidade de tomossíntese mamária em Portugal (2010) • Única unidade de medicina nuclear do Algarve • Parcerias estratégicas com Grupos Internacionais⁷.

2.3.1. Principais Instituições Privadas de Saúde

Em Portugal, não existe um papel destacado de uma instituição privada de saúde. No ano 2012, o sector privado português de saúde é gerido por cinco principais grupos (Espírito Santo Saúde, Hospitais Privados de Portugal (HPP), o Grupo Mello Saúde, o Grupo Trofa e AMI (Assistência Médica Integral) - com 85% do mercado da saúde privada, como se pode observar pela Gráfico 1.

Gráfico 1. – Distribuição da saúde



Fonte: Jornal de Negócios (2013)

⁷ Idem

A procura de cuidados de saúde nos três maiores grupos privados cresceu mais de dois dígitos durante o primeiro semestre do ano 2013, comparando com os primeiros seis meses do ano passado.

Os grupos económicos que gerem as cerca de 100 unidades hospitalares e clínicas privadas a operar no País, faturaram, em 2012, perto de 1.500 milhões de euros, mais 13% do que no ano anterior⁸. No primeiro trimestre de 2012, enquanto os hospitais públicos realizaram menos 6,7% atendimentos, o sector privado registou um acréscimo de utentes de 15% nas urgências. Em alguns casos, é mais vantajoso recorrer aos hospitais privados nas urgências, como nos casos de convenções com a ADSE ou com a GNR e PSP. A manter-se, até ao final de 2012, esta tendência de crescimento a previsão era terminar o ano com perto de 2 milhões de atendimentos nas urgências privadas. Um aumento de 250 mil face aos mais de 1,7 milhões de atendimentos em 2011⁹.

Recentemente, num estudo sobre a saúde privada, a DBK, filial da Informa D&B (Grupo CESCE), revelou que foram faturados 1.185 milhões de euros em 2012, representando mais 12% do que em 2011, ano em que se registou uma variação de 9%. Porém, nestas contas, a empresa de estudos leva apenas em consideração as unidades com internamento (41) e exclui as unidades apenas com ambulatório que, de acordo com o responsável da associação que representa os privados na saúde, serão cerca de 50 unidades (Jornal de negócios online acedido a 26 set 2013).

Também de acordo com Isabel Vaz, existe ainda muito espaço para o crescimento do setor privado da saúde pois o mercado português de prestação de saúde verifica atualmente, que os três maiores operadores têm uma quota estimada de mercado de 11,7%.¹⁰

⁸ Dados revelados ao Negócios pelo presidente da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada

⁹ Idem

¹⁰ Entrevista realizada à Dra. Isabel Vaz, Presidente da ES Saúde. Disponível em: <http://economico.sapo.pt/noticias/es-saude-ve-consolidacao-a-custa-das-pequenas-clinica-186099.html> 08/02/2014

2.4. Abordagem histórica do Bloco Operatório

As primeiras salas de operações surgem no início do séc. XIX, em 1820. Estas salas estavam agregadas às enfermarias para facilitar a deslocação do doente operado e como salas contíguas permitiam já um certo isolamento durante os procedimentos cirúrgicos. Apesar de ser já uma preocupação latente, estas salas não permitiam ainda qualquer proteção sobre o ambiente hospitalar. Só com as descobertas sobre a infeção, de Pasteur e posteriormente as teorias desenvolvidas por Florence Nightingale sobre a propagação da mesma, é que se tomou consciência da necessidade de isolamento do doente e a importância do controlo da infeção.

Com a 1ª Guerra Mundial, as salas de operações parte de uma unidade específica no seio hospitalar, à qual se passou a chamar Bloco Operatório. Com acessos e circuitos próprios bem definidos e interligações funcionais com outros serviços, traduzindo-se no atual conceito de bloco centralizado.

Mas foi a partir da 2ª Guerra Mundial que se deu uma enorme expansão do número, das dimensões (devido à necessidade de compartimentação das funções operatórias em salas separadas: anestesia, desinfeção, e ao desenvolvimento tecnológico) e da variedade de circuitos dos blocos operatórios.

Ao longo dos anos, os procedimentos cirúrgicos juntamente com as práticas de higienização hospitalar e a evolução tecnológica foram evoluindo de forma a contribuírem para o desenvolvimento dos blocos operatórios.

Em 1886, inicia-se o processo de esterilização a vapor.

Em 1900, o cirurgião lava as mãos para proceder à preparação do doente e dos instrumentos para a cirurgia.

Em 1905, eis que surgem as primeiras luvas cirúrgicas.

Em 1907, temos a primeira recomendação para tapar os cabelos.

E em 1914, inicia-se a utilização das máscaras nas cirurgias.

2.4.1. O Bloco Operatório

Os serviços no bloco operatório envolvem uma equipa multidisciplinar e o envolvimento de diferentes departamentos hospitalares. O trabalho no bloco operatório divide-se em cirurgias programadas, não programadas e urgentes e destas com ou sem internamento.

Segundo a AESOP, (2006) o Bloco Operatório é uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.”. 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 desinfeção, salas de apoio e sala de indução anestésica.

Sala cirúrgica ou sala operatória como uma “sala equipada, integrada em bloco operatório, que permite a execução de intervenções cirúrgicas e de exames que requeiram anestesia geral ou loco regional e elevado nível de assepsia (opcionalmente poder-se-ão usar as designações “sala cirúrgica,” “sala de intervenção cirúrgica” ou “sala de operações” (INE, 2004)

Isoladamente, um Bloco Operatório não faz sentido. Não se pode falar de Bloco Operatório sem o inserir num contexto hospitalar e numa política organizacional específica, sem os quais todo o seu funcionamento e objetivos não fariam sentido.

Para Saadani, Guinet e Chaabane. (2006), o Bloco Operatório é o ponto de convergência de numerosas atividades de um hospital, encontrando-se em ligação, direta ou indireta, com a maioria dos serviços e especialidades médicas. Daí que a existência de uma cadeia de valores no Bloco Operatório e com os outros serviços.

O BO apesar de ser uma zona protegida onde se prestam cuidados especializados a doentes de alto risco com necessidade de isolamento, de forma a diminuir os riscos de infeção é um serviço com um elevado fluxo interno e externos de doentes, pessoal e materiais. Um dos grandes fatores de mudança deste serviço nas ultimas décadas é o desenvolvimento de novas patologias infecciosas, associadas a doenças transmitidas por

microrganismos em constante mutação e/ou resistência, cada vez mais aptos a estarem um passo à frente da humanidade.

O BO assume uma enorme relevância num hospital, devido aos respetivos custos de investimento e exploração, isto é, a constante inovação tecnológica, bastante dispendiosa e os recursos humanos altamente especializados. É alvo primordial do desenvolvimento organizacional e da contenção de despesas hospitalares, procurando o máximo de aproveitamento da capacidade instalada e dos recursos que envolvem este serviço (Martins, 2003)

No universo hospitalar, o BO, assume especial destaque na medida em que a “qualidade e o nível de resultados obtidos pelos serviços da área cirúrgica são vitais no processo de desenvolvimento e afirmação de um hospital (Bilbao e Fragata 2006,279), sendo que a sua “atividade gera um grande impacto na instituição de saúde pelo volume importante de interações com o resto do hospital” (Bilbao e Fragata 2006, 280)

O BO, sendo um serviço dos mais dispendiosos dentro do hospital, como nos afirmam Macario e Canales (2001, 607-619), constituiu, mais de 10% do orçamento hospitalar, com grandes consumos e vários profissionais direcionado e especializados. Um estudo realizado em Inglaterra por Pandit, Pandit e Westbury (2007, 895-903) revela-nos que cerca de 46% dos doentes encaminhados para o hospital são submetidos a intervenções cirúrgicas. Os custos relacionados com as intervenções cirúrgicas têm vindo, ao longo dos tempos, a aumentar.

Sendo um serviço que afeta grandes consumos e abrange muitos profissionais de saúde, o Bloco Operatório tem, como qualquer sector, custos fixos associados, que segundo Pereira (2004) são custos, são independentemente da produção, não são suscetíveis de alteração a curto prazo, sendo estes custos, por exemplo, os ordenados fixos dos profissionais. (Este serviço exige uma equipa humana multiprofissional com um alto nível de especialização). Existem também os custos variáveis, e esses sim, dependentes da produção, onde mais facilmente se pode atuar, na medida de prevenção de gastos desnecessários, como é o caso dos consumíveis utilizados pela cirurgia, ou mesmo o tipo de tecnologia utilizada

Para Denton et al (2007, 13-24) e Lamiri et al. (2007, 22-25) o Bloco Operatório representa o maior custo da organização hospitalar, estima-se que ascende a mais de 40% das despesas totais. Segundo Kyung et al. (2009, 242 – 248), as grandes rúbricas destes custos são materiais de consumo clínico, salários e benefícios dos funcionários e despesas relacionadas com o funcionamento do bloco.

Nos dias de hoje, os hospitais procuram novas abordagens de gestão e o bloco operatório como um dos serviços que consome recursos mais humanos, técnicos e financeiros para o seu funcionamento, apresenta-se como grande um desafio para os seus gestores.

2.4.2. A Gestão do Bloco Operatório

O atual panorama económico, o recurso a tecnologias mais evoluídas, os cortes no financiamento para a saúde pressupõe a utilização de poderosas ferramentas de gestão capazes de avaliar a performance e que possam dar resposta aos atuais desafios no sector da saúde. O Bloco Operatório 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.

A gestão do bloco operatório é uma atividade nada fácil, o seu fluxo de trabalho é demasiado complexo para controlar, e as partes interessadas – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e administradores – têm pontos de vista muito diferentes sobre os processos de melhoria. Como relata Costa (2004), 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, os médicos colocam-se frequentemente numa posição de conhecimento que lhes veda a perceção do custo económico das suas intervenções. Identificar, recolher e utilizar os dados disponíveis para uma boa gestão pode revelar-se uma tarefa difícil. A definição de objetivos, o seu alinhamento entre gestores de topo e gestores intermédios, e a transmissão de informação entre estes e os trabalhadores é um processo que requer método e estratégia.

A despesa envolvida 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 e materiais existentes, tendo em conta que a qualidade dos cuidados não pode ser posta em causa. Segundo Grau, citado por Bilbao (2006, 278), em Espanha está calculado que o BO consome 10 a 15% do orçamento do hospital.

O conceito de eficiência é essencial quando se pretende avaliar o desempenho de uma Unidade Produtiva, como é o caso do bloco operatório. O interesse na medição da produtividade do BO é crescente dado consumirem uma grande quantidade de recursos humanos e tecnológicos. São serviços com custos fixos elevados (instalações, equipamento tecnológico e pessoal altamente qualificado e diferenciado). Uma parte substancial dos custos do BO advém das despesas com salários dos profissionais. Uma sala de operações, exige a presença de uma vasta equipa de profissionais de saúde para a prestação de cuidados a um doente – segundo recomendações Aesop (2006). Pelo menos 2 cirurgiões, 1 anestesista, 3 enfermeiros e 1 assistente operacional.

A viabilidade de um modelo de gestão da atividade cirúrgica torna necessária uma visão integrada de todo o sistema e a introdução de novas ferramentas de gestão na saúde que permitam a adaptação dos recursos às necessidades dos cidadãos. Torna-se uma exigência cada vez maior posicionar a gestão do BO como objetivo estratégico da instituição de saúde, e ao mesmo tempo, focando a sua atenção na melhoria da eficiência deste serviço, uma vez que os ganhos podem ser significativos.

Fragata (2006) propõe a constituição de uma equipa de melhoria de processos constituída por um elemento de cada área do BO para poder fornecer uma visão abrangente dos requisitos institucionais. No entanto, ela deve ser sensível para balancear 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.

Cada BO 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. O alto grau de variabilidade verificada entre blocos de diferentes hospitais, quer em processos e custos por procedimento cirúrgico, demonstram o grande potencial de melhoria. A dualidade qualidade-eficiência desafia a gestão a ter como

objetivos a qualidade dos cuidados prestados e a utilização adequada dos recursos disponíveis.

O desafio passa por recolher dados o mais fidedignos possível, em tempo real, para os tornar acessíveis para a gestão hospitalar. É crucial a criação de indicadores que permitam recolher informação suficiente para estabelecer um planeamento estratégico e orçamental que conduza a uma melhoria do desempenho do BO, e consequentemente à rentabilidade do hospital enquanto empresa. Por exemplo, a quantificação dos atrasos no início da primeira cirurgia da manhã (um indicador usado frequentemente), só será útil se revelar que pode aumentar-se o volume de casos cirúrgicos. No entanto, este aumento vai significar um aumento de fluxo de pacientes, para o qual a unidade de recobro anestésico e os próprios serviços de internamento têm de estar preparados, não só com meios humanos como físicos.

Um novo conceito de gestão de BO surge em uma época de contenção de custos e tem como objetivo, precisamente, a eficiência económica. Diferentemente, do anterior conceito, o nível de produção que se pretende não é o máximo possível, mas o adequado sob o ponto de vista económico. Obtém-se este quando o benefício resultante de produção de mais de uma unidade for igual ao custo de produção dessa unidade adicional. Se se produzir para além deste ponto, os benefícios (receitas) serão ultrapassados pelos custos (Samuelson, 1998; Tyler, 2003). Os gestores têm grande dificuldade em avaliar a performance deste serviço. As iniciativas de melhoria de processos porque apesar de a sua produção ser facilmente mensurável, a sua informação disponível encontra-se dispersa e desorganizada contribuindo para que os resultados não sejam utilizados com o objetivo de melhorar a gestão (porque consideram o fluxo de trabalho demasiado complexo para controlar, e as partes interessadas – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e administradores – têm pontos de vista muito diferentes sobre os processos de melhoria. Os recursos disponíveis necessitam de ser muito bem geridos para que o serviço cumpra os seus objetivos sem por em risco a qualidade dos cuidados prestados aos utentes

O BO não pode ser encarado isoladamente na organização, na medida em que está inserido num conjunto mais amplo de serviços que prestam cuidados de saúde ao doente. Deste modo, a sua “otimização, para além de depender do seu contexto específico e da organização em que se insere, está intimamente relacionado com outros serviços que

respondem pela gestão pré-operatória, pelas admissões (eletivas e urgentes), pela gestão das camas e planeamento de altas, entre outros (Bilbao e Fragata 2006,282)

Uma gestão ineficaz do risco no BO pode resultar no cancelamento das cirurgias por variados motivos, consequentemente na diminuição das “receitas de produção”. Não podemos ver o BO como uma “fábrica” isolada e separá-lo do resto do hospital, uma vez que está inserido num conjunto mais amplo de serviços que prestam cuidados de saúde ao doente. 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 (Pegado, 2010)

O bom funcionamento do BO depende muito, do volume importante de interações com os serviços utilizadores, e com os serviços de retaguarda (consultas externas, aprovisionamento, farmácia, internamento, etc.). A ideia é que se coloque em prática o conceito de Bloco Operatório Integrado (Bilbau, 2006 como citado em Fragata, 2006). No entanto não se podem descurar os fatores internos dos envolventes a este serviço, tais como saber distinguir os tempos cirúrgicos dos tempos de ocupação das salas, para que se possam respeitar. Particularmente deve ter-se em conta o tempo de “turnover²¹”, os recursos humanos existentes, os equipamentos e os consumíveis para a prestação de cuidados com qualidade (Martins, 2003).

Podemos averiguar que os custos relacionados com as intervenções cirúrgicas têm vindo, ao longo dos tempos, a aumentar devido à constante inovação tecnológica (muito dispendiosa e quase sempre de última geração), às instalações próprias e aos recursos humanos altamente especializados. No entanto, essas fontes de investimento produzem um avanço na qualidade de cuidados prestados e na resposta às necessidades do utente.

A AESOP (2006) recomenda que toda a organização e funcionamento do BO devem estar estabelecidos num programa funcional, que coincide com o plano estratégico da organização hospitalar, de modo a que seja possível planear e acompanhar o desempenho, bem como compreender o potencial de eventuais expansões futuras, no sentido de dar resposta a um aumento de procura dos serviços cirúrgicos

Algumas das práticas realizadas na gestão deste serviço tão específico deverão ser questionadas, na medida em que não se pode partir da ideia de que o que é importante é a realização do máximo número de cirurgias, independentemente dos custos associados e da altura em que são realizadas. Segundo Tyler (2003, 1114-1121) esta noção clássica de utilização do Bloco Operatório não tem em conta o tempo cirúrgico para além do estabelecido previamente, tendo o hospital de pagar horas extraordinárias.

A gestão do Bloco Operatório, baseia-se em conceitos como a eficiência, a efetividade e da eficácia. Para Teixeira (2005, 314):

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

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

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

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

Apesar de não existir vasta bibliografia sobre esta matéria, existem alguns autores que se debruçam sobre o assunto, tendo realizado estudos, nomeadamente no que se refere aos tempos de utilização de sala, aos atrasos de início de cirurgia e também aos cancelamentos cirúrgicos em cima da hora.

A viabilidade de um modelo de gestão para o BO torna necessária uma visão integrada de todo o sistema e a introdução de novas ferramentas de gestão na saúde que permitam a adaptação dos recursos às necessidades dos cidadãos.

Cada BO tem processo que são únicos, pelo que cada hospital deve estudar as melhores práticas desenvolvidas neste âmbito e a partir daí, determinar qual a decisão estratégica que melhor se adequa à sua realidade. Dependendo da organização do hospital, o bloco operatório poderá transformar-se numa fonte de receitas ou num criador de custos.

As organizações devem decidir sobre um conjunto de indicadores-chave para exibir uma visão abrangente da performance.

Segue-se a descrição do contributo de alguns artigos que se consideram relevantes.

Quadro 3 - Os grandes estudos sobre a Gestão do Bloco Operatório

Autor	Ano	Indicadores	
Pegado	2010	Organização do BO Planeamento cirúrgico Constituição da equipa de Gestão de BO Sistema de Informação Atribuição de incentivos	Gestão de Risco Recursos Humanos Estrutura do Bloco Operatório Funcionamento em equipa
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: Construção própria

Pegado (2010), criou uma grelha de observação de Modelos de Gestão de Bloco Operatório para comparar as características de gestão, e que permitiu destacar como

elementos principais e de diferenciação: o sistema de incentivos implementados; o sistema informático, de comunicação entre os serviços e de débito direto dos gastos; a existência de uma equipa de gestão de Bloco Operatório e de Gestão de Risco; a importância de um planeamento cirúrgico semanal e da existência de um regulamento do Bloco Operatório. Desenhou um painel de indicadores para uma monitorização do Bloco Operatório: tempo médio de paragem por razões técnicas, tempo médio de paragem por razões operacionais, tempo médio por equipa e tempo médio por procedimento.

Para Lopes (2012), devido à complexidade deste tipo de organizações, teve necessidade de focar o seu projeto em três dimensões: problemas principais do BO, gestão da informação e criação de um instrumento (fatura de ato cirúrgico) que, de algum modo, permitisse aos vários grupos de interesse e pacientes, presentes no BO, compreenderem melhor a problemática associada à racionalização dos custos. Com este estudo, Lopes (2012), procura uma análise detalhada sobre o problema em estudo, investigando as relações entre os centros de custos e as relações que se estabelecem entre os vários grupos profissionais que se encontram no BO. Ele prevê um feedback qualitativo dos diferentes intervenientes sobre os problemas e a forma de melhorar a gestão do BO.

O nosso trabalho científico desenvolvido vem complementar a ciência sobre esta temática da Gestão dos Blocos Operatórios. Considerando ser inovador e acrescentar valor à gestão da saúde, pois acrescentamos importantes indicadores de monitorização e performance, os quais são essenciais para a avaliação e análise do desempenho do bloco operatório, bem como uma ferramenta essencial no seu planeamento e organização.

2.4.3. Especialidades cirúrgicas

É importante a gestão do Bloco Operatório determinar a capacidade eletiva para alocar para cada cirurgia ou para cada subespecialidade.

Para (Oliver 2004, 369 – 372), a gestão hospitalar deve decidir com antecedência quanto tempo de bloco está atribuído a diferentes cirurgias ou especialidades, para que as salas estejam equipadas com o material cirúrgico correto e para profissionais apropriados a cada especialidade.

Diferentes procedimentos cirúrgicos levam diferentes tempos. Misturar diferentes tipos de cirurgias aumenta a variabilidade do bloco, que conduz a mais alterações no planeamento (cancelamentos e adiamentos) e a um aumento de horas extras. Por estas razões, Landro 2005, sugere que a especialização de certas salas cirúrgicas, para certos tipos de procedimentos ou especialidades podem aumentar o desempenho do bloco.

H.1. As Unidades cirúrgicas com foco em serviços específicos contribuem mais positivamente para o desempenho do bloco que as unidades cirúrgicas com um campo de ação alargado.

2.4.4. Estrutura e Dimensão do Bloco Operatório

Apesar da evolução e mudanças verificadas, os BO ao nível de instalações, são estruturas físicas relativamente estáticas que não permitem constantes modificações na sua estrutura base.

Qualquer remodelação prevista, seja uma ampliação, ou apenas 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 para não haver necessidade de 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.

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

Em Portugal, o Decreto Regulamentar nº 63/9 de 2 de Novembro que “regula o licenciamento das unidades privadas de saúde” e contém um anexo referente a “Instalações e equipamentos mínimos a considerar no bloco operatório, para o efeito do artigo 15º” (Decreto Regulamentar nº 63/9. D. R. Iª Série – B) e a RT 05/2011 da ACSS – Recomendações técnicas para o Bloco Operatório, sugerem que uma sala de operações deverá ter 36 m2 com uma largura de 5,5 metros, no entanto, a sala de operações poderá

ter 30 m² “quando na unidade privada de saúde existir urgência ou unidade de obstetrícia”, independentemente do tipo de cirurgia que se realize naquela sala de operação.

Existem dentro do BO três zonas de acesso distinto que devem ser consideradas. São elas (AESOP, 2006):

Área livre – onde podemos encontrar recepção e acolhimento do doente, pessoal e materiais. E onde se pode circular sem limitações com roupa do exterior.

Área semi-restrita – temos as áreas de suporte periféricas às salas operatórias, armazéns de material limpo e estéril, salas de trabalho para armazenamento e processamento de material cirúrgico, gabinetes e corredores de acesso às áreas restritas. A circulação destas áreas está limitada a profissionais e doentes, podendo estar salvaguardada a presença de visitantes ou familiares, onde é obrigatória a utilização de roupa do BO, incluindo o uso de touca e de calçado anti estático ou protetores de botas.

Área restrita – inclui a sala cirúrgica, sala de pré-anestesia, sala de desinfeção, armazém de apoio de material estéril, anexo à sala de operações. Nesta área além da utilização de roupa do BO é também obrigatório o uso de máscara cirúrgica.

Para a AESOP (2006), há ainda três grandes circuitos que deverão ter acesso separado e diferenciado:

- O circuito dos doentes e o seu transporte do serviço de internamento para o BO e deste para o serviço de cuidados pós-cirúrgicos, a existência de transferes, a sua tipologia e o seu local;
- O circuito dos profissionais. Onde estão definidos todos os procedimentos, mudança de roupa e espaço físico;
- O circuito do material de consumo clínico, o local de armazenamento e de processos de separação dos esterilizados dos não esterilizados. A distância entre o BO e o serviço central de esterilização deve ser mínima. Neste circuito também é importante que esteja definido o tratamento e acondicionamentos dos resíduos hospitalares e o seu transporte adequado.

Os circuitos definidos para cada um destes grupos deve conter o conceito de assepsia progressiva que determina um tráfego controlado, limitado e com barreiras, que vai do “ambiente sujo”, que são os espaços reservados ao público, para o “ambiente limpo”, ou seja, as salas operatórias.

Para segurança dos doentes e dos profissionais, estas devem ser características transversais aos blocos operatórios, independentemente de a sua construção ser mais recente ou mais antiga. Existem normas internacionais para que tudo esteja mais ou menos uniformizado: o tamanho mínimo de cada compartimento, a climatização, filtração e distribuição do ar, temperatura e humidade, as instalações elétricas, o tipo de portas, os materiais para revestimento do chão, paredes e teto, a iluminação. Também os níveis de poluição por gases anestésicos devem ser monitorizados com determinada frequência pré-estabelecida, ou sempre que se suspeite de fuga anormal. O controlo dos processos de manutenção é fundamental para garantir as características dos materiais que podem perder a eficácia pela utilização de produtos errados (ACSS, 2011).

Todo o desenho do BO deve salvaguardar a privacidade, dignidade e conforto do doente, especialmente em situações de fragilidade do doente, como são os casos do pré e pós-operatório (ACSS, 2011).

De acordo com Kyung et al. (2009, 242 – 248) a configuração e estrutura arquitetónica dos blocos operatórios são diferentes entre si, a dinâmica do seu funcionamento é afetada pela necessidade de dar uma maior resposta às necessidades dos doentes e ao surgimento de novas tecnologias e técnicas cirúrgicas inovadoras, podendo exigir adaptação do espaço da sala cirúrgica às novas exigências.

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

Deste modo, tendo em conta a importância da estrutura arquitetónica no desempenho do BO, pode-se sugerir a seguinte hipótese:

H.2. – O tamanho das salas de cirurgia influencia positivamente o desempenho do bloco operatório.

2.4.5. Cirurgias Eletivas e Cirurgias de Urgência

As cirurgias podem ser categorizadas como de urgência ou eletivas (estas últimas também são conhecidas por cirurgias programadas). A capacidade de resposta do BO é altamente influenciada pela relação que se estabelece entre elas pois têm “características diferentes que obrigam a tratamentos distintos em recursos e duração” (Lamiri et al., 2008, 22-25).

As cirurgias eletivas não estão limitadas a um tempo específico e podem ser planeadas, podem ser convencionais (realizada em regime de internamento, com permanência de pelo menos vinte e quatro horas) ou de ambulatório (realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com a atual legislação, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas) e têm associado um nível de prioridade que define o seu prazo. (Proença, 2010).

A imprevisibilidade das emergências/urgências destabiliza a organização da sala cirúrgica, com as variações induzidas perturbam a programação das cirurgias eletivas e que, normalmente gera um efeito negativo sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados, acesso e custo. Como solução para este paradigma pode-se dividir as salas cirúrgicas da seguinte forma:

- Salas cirúrgicas destinadas exclusivamente a intervenções de urgência. Aqui pode separar-se os doentes programados dos não programados, consegue-se e manter um fluxo suave de doentes e reduzir a variabilidade do sistema, mas também se reduz a flexibilidade.
- Programação centrada. Poderá existir aqui maior dificuldade no planeamento e organização das intervenções cirúrgicas. No entanto, existe maior flexibilidade com redução do tempo de espera dos doentes.

Deste modo, tendo em conta a relevância que as cirurgias eletivas e de urgência têm no bom desempenho do BO, podem-se sugerir a seguinte hipótese:

H.3. – Blocos Operatórios com maior proporção de cirurgias de urgência têm um grau de produtividade mais elevado que as unidades que se ocupam essencialmente de cirurgias programadas / de especialidade.

2.4.6. Processos Paralelos

Atualmente as organizações exigem menos tempo no cumprimento das suas tarefas, pois o tempo de processamento pode ser essencial para que eles funcionem adequadamente. Se os eventos demorarem muito para serem percebidos pelo sistema, será extremamente difícil tomar as medidas necessárias.

Para suprimir a demanda de processamento em curto espaço de tempo são utilizadas várias técnicas e estratégias. Uma delas é o uso de processos paralelos.

No Bloco Operatório os processos paralelos estão relacionados com atividades simultâneas em doentes consecutivos, como é o caso de indução da anestesia fora da sala de cirurgia, enquanto a cirurgia anterior ainda decorre. O objetivo é reduzir uma fase do processo para diminuir o tempo de ocupação do BO. Ou transformar o fluxo do paciente de modo a que exista uma ala mais próxima da unidade de operação denominada como a ala pré e que todos os cuidados no pós-operatório foi realizados nas enfermarias restantes (Torkki, 2006)

H.4. – A aposta na cirurgia paralela em doentes consecutivos influencia positivamente o desempenho do bloco.

2.4.7. O Planeamento Cirúrgico e Agendamento Cirúrgico

Um planeamento cirúrgico exato, as necessidades de correspondência com a disponibilidade de quarto e de equipa e uma utilização eficiente da unidade cirúrgica, podem fornecer um serviço adequado e acessível aos doentes, mesmo com recursos limitados.

O agendamento cirúrgico consiste em programar as cirurgias de forma a utilizar eficientemente os recursos e reduzir o risco das cirurgias canceladas. Calendarização detalhada do início e final das atividades de uma intervenção cirúrgica.

Muitos são os fatores influenciam a otimização de um bom planeamento e agendamento do BO.

Para Chaabane (2004), o planeamento e plano cirúrgico, a definição dos horários de início das salas de operações e a ordem das cirurgias são alguns dos problemas de gestão de Bloco.

Devido à variação da duração de uma cirurgia e à chegada de cirurgias de urgência agendamento cirúrgico é interrompido ao longo do dia e pode levar a uma mudança no horário previsto de início das cirurgias programadas. Estas alterações podem resultar em situações indesejáveis para os pacientes, enfermarias ou outros departamentos e/ou serviços envolvidos e, daí a necessidade de um ajustamento do horário.

O tempo de uso do BO é um elevado recurso financeiro e os atrasos podem ser uma fonte de perda de receita e de frustração dos profissionais. Todos os métodos para reduzir estes atrasos são importantes, não só para o bem-estar do doente como para maximizar os recursos de utilização do serviço

Para Cardoen et al. (2010, 921 – 932), o Planeamento cirúrgico é um processo de conciliação entre a oferta e a procura, isto é, lida com decisões de capacidade. O agendamento cirúrgico, é a construção de um calendário detalhado que mostra a que horas e a que dia uma intervenção cirúrgica devem começar e acabar.

Existem vários critérios de avaliação dos procedimentos do planeamento e agendamento cirúrgicos. Cardoen et al. (2010, 923 – 925), distingue oito indicadores de desempenho principais:

- (1) O tempo de espera do doente, o tempo de espera do cirurgião e às horas extra da sala cirúrgica. Pretende-se avaliar como o cirurgião, que é dos recursos mais caros da sala cirúrgica, afeta o tempo de espera do doente no BO
- (2) O indicador de desempenho, está relacionado com o tempo de espera do doente. Ou seja, a dependência entre o tempo de espera do doente e a cirurgia. Existe uma relação entre o número médio de doentes, a taxa de chegada média e o tempo médio de resposta (tempo entre a entrada e a saída do sistema após a obtenção de serviços) no estado estacionário;
- (3) Taxa de utilização da sala cirúrgica. A taxa de utilização deve ser maximizada, as salas subutilizadas representam um custo desnecessário, ou por a subutilização, ou por

excesso de utilização. É necessário definir este indicador por ser um indicador estratégico da Instituição;

- (4) Redistribuição dos recursos, a boa elaboração de planeamento e agendamento leva a uma boa ocupação dos recursos sem picos. A redistribuição dos recursos afeta outros serviços, como o internamento ou a unidade de cuidados intensivos e deve-se assim, minimizar o risco de capacidade causada por eventos adversos;
- (5) “Makespan” (tempo utilizado, taxa de utilização) pode ser definido como o tempo entre a entrada do primeiro doente e a chegada do último doente;
- (6) O cancelamento de doentes. Pretende-se com este indicador minimizar o número de cirurgias programadas canceladas e combater as razões desses mesmos cancelamentos;
- (7) Indicadores financeiros são geralmente os mais estudados, e se um bom planeamento e agendamento leva a uma diminuição de custos e os recursos financeiros podem ser investidos para melhorar outros indicadores já referidos;
- (8) Preferência dos cirurgiões pelo timing do horário e agendamento de crianças e de doentes prioritários, embora pareça não ter qualquer importância, vários estudos apontam sobre a relação entre a eficiência no atendimento e o horário que têm em conta essas preferências.

Proença (2010), refere a existência de duas estratégias de planeamento para a gestão do tempo das salas de operações: “block-scheduling” – que consiste em alocar o tempo às especialidades cirúrgicas, fazendo internamente a sua distribuição pelos cirurgiões (normalmente os chefes de equipa de uma especialidade cirúrgica), que ficam com tempo cirúrgicos alocados por semana para si e para a sua equipa. O chefe de equipa faz a gestão deste tempo cirúrgico que lhe foi atribuído, selecionando os doentes para serem intervencionados dentro do “seu tempo de bloco”. e “open-scheduling” – aqui existe alocação de tempos cirúrgicos nem a especialidades cirúrgicas nem a cirurgiões. As salas cirúrgicas estão abertas a todos os doentes, sendo marcadas as intervenções cirúrgicas enquanto houver salas e tempos cirúrgicos disponíveis. Por sua vez, o planeamento das cirurgias programadas é um processo que engloba três fases. A fase inicial é denominada por “mix planing”, onde se tomam decisões estratégicas. Faz-se anualmente, sendo alocada a cada especialidade cirúrgica os tempos cirúrgicos. Os tempos são distribuídos devido “ao peso” que cada especialidade tem dentro do hospital, isto é, à sua capacidade de dar resposta ao contrato programa do hospital, ao número de doentes inscritos na sua lista cirúrgica e ao número de cirurgiões que essa especialidade possui. A fase seguinte,

denominada por “master surgery planing”, situa-se a nível da gestão intermédia, e diz respeito ao mapa que vai servir de base para o agendamento cirúrgico do bloco operatório. É um mapa semanal, com dois períodos operatórios, um no período da manhã e outro no período da tarde, com uma descrição do número de salas cirúrgicas e das especialidades alocadas, responsáveis por agendar doentes para as salas que lhes foram distribuídas, tendo prioridades sobre as mesmas. A terceira e última fase situa-se ao nível operacional, denomina-se “elective case scheduling”, e consiste na alocação dos doentes no agendamento.

O planeamento cirúrgico deverá conter uma série de informação necessária aos preparativos cirúrgicos, para que tudo corra conforme o planeado. A visita de enfermagem pré-operatória é parte fundamental no planeamento, identificando as necessidades específicas do doente e as características do próprio que são suscetíveis de interferir na cirurgia, como por exemplo a patologia associada, altura, peso, idade, etc.

Segundo AESOP (2006), na visita de enfermagem pré-operatória deve-se:

- Informar o doente de quem o vai receber no bloco operatório, no dia da cirurgia;
- Entregar um manual de acolhimento, caso exista e preferencialmente, caso seja possível, realizar uma visita ao Bloco Operatório, principalmente se se tratar de uma criança;
- Observar e interpretar o comportamento do doente, avaliando assim o seu nível de ansiedade e esclarecer as dúvidas existentes, mostrando disponibilidade para responder às questões;
- Fornecer as informações claras e adaptadas, adequando o vocabulário ao nível e desenvolvimentos sociocultural e diferenciado do doente;
- Encaminhar para o médico-cirurgião e anestesiológista todas as questões referentes ao diagnóstico médico e prognóstico cirúrgico;

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

Deste modo, tendo em conta a importância de um bom planeamento no desempenho do BO, podem-se sugerir as seguintes hipóteses:

H.5. – O planeamento cirúrgico influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.5.a. – O agendamento das cirurgias influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.5.b. – A higienização planeada das salas de cirurgia influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.5.c. – A preparação planeada do material cirúrgico influencia positivamente o desempenho do bloco.

2.4.8. A equipa multidisciplinar do Bloco Operatório

Ferreira et al (2001), refere que um grupo pode ser definido como: “um conjunto de pessoas interdependentes que procuram alcançar um objetivo comum, e se veem em si próprias como fazendo parte de um grupo”

A equipa do bloco operatório é constituída por profissionais altamente especializados, com atividade num espaço fechado durante longos períodos de tempo, numa permanente complementaridade de funções e que vive diariamente episódios stressantes, relacionados com a fragilidade dos pacientes, com a gestão do tempo e de recursos. Este facto requer por parte dos intervenientes uma grande capacidade de relacionamento interpessoal e de responsabilidade partilhada entre os seus membros (cirurgiões, anestesistas, ajudantes, enfermeiros, técnicos) sob pena de ocorrerem problemas de comunicação e surgirem conflitos que poderão pôr em causa o trabalho de equipa e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. O nível de exigência é máximo, o contacto com situações limite é frequente, as condições físicas/ambientais são adversas, os horários alargados, as relações interpessoais e consequentemente a comunicação ocorrem várias vezes em contextos de crise. Estes factos, entre outros, são indutores de stress.

Os profissionais que integram esta equipa são submetidos a formação específica que requer um investimento do serviço e dos profissionais que aí trabalham. Necessitam de

estar preparados para mudanças rápidas e inesperadas, as emergências ocorrem com frequência e o tempo de reação é fulcral para responder eficaz e eficientemente.

O processo de integração compreende não só os aspetos do desenvolvimento de competências profissionais muito específicas, como também de competência relacionais.

A gestão de topo não pode descurar o aspeto relacional dos profissionais e deve estar preparada para gerir potenciais conflitos. É necessário estar alertada para este tipo de problemas que podem conduzir à desmotivação dos colaboradores, criando um clima de instabilidade e consequentemente afetar o normal funcionamento do serviço.

A cooperação entre os profissionais que constituem o bloco e o trabalho em equipa é fundamental para a eficiência e, sobretudo, para a segurança no bloco operatório e o seu défice é responsável por muitas das falhas verificadas.

As atividades dos profissionais são interdependentes, ou seja, cada indivíduo é essencial para o alcance do objetivo da equipa. Assim, se um dos elementos se encontra em stresse, esse facto terá influência no desempenho dos restantes elementos.

Deste modo, tendo em conta a importância que os recursos humanos possuem, podem-se sugerir as seguintes hipóteses:

H.6. – A cooperação entre os profissionais do BO tem uma influência positiva no desempenho do BO.

2.4.9. Cumprimento Horário

Os atrasos geram um impacto negativo na prestação de serviços e no desempenho do Bloco Operatório.

O cumprimento de horários pelos colaboradores no sentido de tudo e todos estarem prontos na primeira cirurgia e cirurgias consecutivas, garantir antecipadamente a presença do cliente a operar, tempo do arranque depende principalmente da acuidade da equipa cirúrgica no arranque da primeira cirurgia do primeiro turno, na hora marcada e respetiva preparação e organização das salas cirúrgicas. Sendo que as cirurgias seguintes devem

iniciar-se igualmente à hora marcada, mas vão depender também do fim da cirurgia anterior, daí a importância deste tempo

Hora de início da primeira intervenção cirúrgica é um dos maiores problemas que os gestores de bloco têm de enfrentar. Evitar atrasos na hora de início da primeira cirurgia do dia é complicado, porque envolve não só a equipa do Bloco como também os serviços interdependentes.

H.7. – O cumprimento estrito do horário por todos os profissionais influencia positivamente o desempenho do bloco.

2.4.10. Sistema de Incentivos

De acordo com Pereira (2004) o incentivo é apenas um estímulo que orienta o profissional a adotar certo tipo de comportamento, um exemplo disso é o sistema em que os profissionais são pagos por doente, quanto maior o número de atos cirúrgicos mais elevado é o valor a pagar no final ao profissional.

Para Miller (2005, 487-489) incentivo é a implementação de uma medida que estimula os profissionais a aumentar a qualidade e/ou a quantidade do trabalho realizado. Assim, segundo Vasconcelos (2005) apenas os incentivos com base na produtividade conseguem atingir os objetivos do serviço e/ou da instituição.

É quando o hospital esgota a sua capacidade instalada e pretende rentabilizar os seus recursos que propõe aos seus profissionais que, fora dos seus horários laborais, sejam capazes de produzir mais, com um pagamento ao ato, previamente definido, e que pode acrescer ao vencimento base, no caso de ser monetário o incentivo. O programa de incentivo pode ser atribuído consoante os objetivos e a produtividade do serviço.

Os doentes podem também beneficiar indiretamente de um sistema de incentivos aplicados aos profissionais do BO, numa perspetiva de rapidez de resposta, na redução do tempo de espera para cirurgia vindo desta forma o seu problema resolvido mais rapidamente, aumentando assim a acessibilidade ao serviço.

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

Objetivos de um sistema de incentivos, de acordo com Nunes (2005):

- Aumentar a responsabilidade e consciência individual de cada profissional e do grupo dentro da organização, “centrando a sua atividade no que é a sua missão – servir a população garantindo, com efetividade, os cuidados assistenciais de que esta necessita”, (Nunes, 2005:12) implicando uma constante preocupação com os aspetos qualitativos e quantitativos desses cuidados;
- Incentivar o espírito e o trabalho de equipa
- A noção de valor dentro da instituição, ajudando a estimular ações que agreguem valor à organização, aos clientes e às próprias pessoas.

Os incentivos podem ser considerados um fator de motivação pessoal e de equipa, onde o alcance dos objetivos propostos ou uma maior produção tem como recompensa um valor, um bem essencial, o dinheiro. Sendo que profissionais vêm o seu esforço e o tempo despendido para além do seu horário normal de trabalho recompensado nesta forma (Pegado, 2010).

Para Vasconcelos (2005), o sistema de incentivos deve ser consideravelmente compensatórios para funcionarem na perfeição por forma a gerar o comportamento esperado que é recompensado. Os incentivos, monetários ou em tempo, são uma estratégia relativamente eficaz no aumento da motivação dos profissionais e da produtividade.

Apesar de poder ser uma motivação, isto não significa que os profissionais do bloco apenas sejam mais produtivos só pela simples existência de um sistema de atribuição de incentivos.

Deste modo, tendo em conta a importância de um sistema de incentivos e o seu conceito propriamente dito, pode-se sugerir a seguinte hipótese:

H.8. – O sistema de incentivos aumenta positivamente o desempenho do BO.

2.4.11. Flexibilidade

A flexibilidade é a capacidade de adaptação para conseguir trabalhar eficazmente nas mais distintas situações e com diferentes grupos de pessoas. É entender e valorizar as diferenças de diversos pontos de vista, adaptando seu próprio enfoque a um determinado cenário quando necessário. É acolher as mudanças e responsabilidades que o seu papel venha a solicitar para que se mantenha sempre competitivo e atualizado.

É também saber gerir situações e colaboradores com discernimento, profissionalismo e competência, aplicando procedimentos que se adaptem a uma determinada realidade por forma a alcançar os objetivos e metas globais da Organização.

É fundamental saber adequar planos, objetivos ou projetos à realidade que se apresenta em determinados momentos do dia-a-dia, lembrando que são pessoas que conseguem realizar mudanças na Organização, sempre visando a melhoria de desempenho e, consequentemente, melhores resultados.

No mundo atual, as constantes transformações, fazem com que as mudanças ocorram com muita frequência. Por isto, a flexibilidade é considerada como uma das competências imprescindíveis para a admissão de profissionais em determinados níveis de uma Organização, especialmente para cargos que lidam com situações de certa complexidade, no acontece no bloco operativo.

Profissionais que, na sua maior parte das vezes, têm como ponto de partida a pré-disposição de compreender e valorizar diferentes pontos de vista de outras pessoas, possuem uma percepção, o mais próxima possível da realidade/contexto onde atuam.

Deste modo, tendo em conta a importância de um sistema de incentivos e o seu conceito propriamente dito, pode-se sugerir a seguinte hipótese:

H.9. – A flexibilidade dos profissionais contribui positivamente para o aumento do desempenho do BO.

2.4.12. Controlo do Desempenho

A monitorização de indicadores é de extrema importância para a orientação dos gestores do BO, pois estes são relevantes na avaliação do desempenho do serviço contribuindo para uma evolução e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

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)

A determinação de um qualquer resultado médico ou cirúrgico é função da complexidade da tarefa a realizar e também depende do desempenho individual, da equipa e da instituição.

Realizar um benchmark e criar indicadores que promovam qualidade e eficiência, com toda a informação disponível nos planos de desempenho, nos indicadores de qualidade reportados, na informação de capacidade, na informação de produção e de custos, permite a imediata construção de um conjunto de indicadores para comparar a performance e incentivar a melhoria contínua, com os impactos óbvios que este processo teria na qualidade e na eficiência. Será pois importante desenvolver de forma complementar bases de dados relacionadas com a sistematização do conhecimento, que consubstanciem quer as boas práticas de gestão, quer as boas práticas clínicas.

As pessoas, em todos os níveis, são a essência de uma organização. A efetividade do seu efetivo envolvimento permite a utilização das suas capacidades para o benefício da organização.

Envolvimento das pessoas significa partilhar conhecimento, encorajar e reconhecer a sua contribuição, a sua experiência e trabalho com integridade.

A melhoria contínua do desempenho da organização é um objetivo permanente. Nada é sempre tão bom que não possa ser melhorado. As necessidades dos clientes evoluem sempre. Se a organização não melhorar seus processos e produtos, em algum momento o cliente ficará insatisfeito e deixará de ser fiel.

Os indicadores de desempenho são essenciais para medir e analisar a performance dos processos orientados para as necessidades e expectativas dos clientes, para implementar desdobrar metas organizacionais, para analisar, criticamente, os resultados dos processos, para a tomada de decisão e verificar a eficiência e efetividade dos processos organizacionais.

Deste modo, tendo em conta a importância de um controlo do desempenho do BO, podem-se sugerir a seguinte hipótese:

H.10. – Uma monitorização contínua do desempenho influencia positivamente o desempenho do BO.

2.4.13. Tomada Decisão

As tomadas de decisão são feitas entre várias alternativas com base nas consequências expectáveis, mas sem serem reconhecidas com toda a certeza.

A tomada de decisão permite especificar o problema, identificar todos os fatores e a alternativa mais adequada.

A carga horária dos profissionais do BO conduz muitas vezes a tomarem iniciativas próprias para a execução das tarefas. Os procedimentos aprovados nem sempre estão acessíveis, a comunicação das normas aos colaboradores por vezes são feitas só a um dos turnos ou por meios informais de comunicação (Grabán, 2009, 252). É necessário conhecer fatos que apoiem a tomada de decisões em gestão e envolver todos os profissionais do BO nesta decisão

É essencial para a gestão da saúde o conhecimento, com qualidade e rapidez, da situação de saúde. Esta informação, se de fácil acesso e disponível com qualidade, torna-se um grande auxílio para a tomada de decisão em qualquer área de atuação.

Deste modo, tendo em conta a importância da tomada de decisão para o desempenho do BO, sugere-se a seguinte hipótese:

H.11. – A capacidade de tomada de decisão por parte dos intervenientes no BO influencia positivamente o desempenho do serviço.

2.4.14. Rotatividade da Equipa

O estudo de Ferreira (2001), revelou que a qualidade na prestação de cuidados e a satisfação com o superior hierárquico são dimensões da satisfação com papel importante também na explicação do turnover.

A rotatividade resulta em perda de bons profissionais pelas organizações e em custos que lhe estão associados (Michaud, 2000, 1-19). Segundo o autor, estes custos são muito elevados para as organizações, seja em termos monetários, seja no impacto sobre os profissionais que permanecem na organização em resultado do esforço que têm de despende.

A rotatividade é compreendida como um movimento que se verifica nos serviços de saúde, caracterizado pelas entradas e saídas dos profissionais que compõem as equipas das unidades de saúde.

Como causas da rotatividade a baixa remuneração, outras oportunidades de trabalho, não ter perfil e desvalorização. Entre as consequências há destaque para a perda do vínculo entre equipa, a diminuição da qualidade assistencial e o processo de trabalho (o planeamento, a organização e execução).

A intensa rotatividade dos profissionais dificulta o alcance dos objetivos do bloco. É fundamental o entendimento dos gestores acerca das possíveis iniciativas de apoio à operacionalização da estratégia. É necessário que os gestores estendam as suas políticas de gestão de pessoal para fortalecer o gosto com que seus funcionários realizam as tarefas e também promovam um relacionamento positivo com eles, estabelecendo um compromisso mútuo.

A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador.

Funcionários insatisfeitos têm maior probabilidade de se demitir do que os satisfeitos (Spector, 2005, 221). O absentismo e a intenção de abandono podem ser considerados antecedentes do turnover (Borda e Norman 1997, 385-394), a liderança, as oportunidades de desenvolvimento pessoal e de carreira, os “atrativos” criados por outras empresas e também a necessidade de mudar por razões familiares, são alguns dos motivos que justificam a rotatividade (Cunha et al., 2007, 93-114).

Deste modo, tendo em conta a importância de um controlo do desempenho do BO, podem-se sugerir a seguinte hipótese:

H.12. – A rotatividade das equipas influencia positivamente o desempenho do BO.

2.4.15. Comunicação entre BO e outros serviços

No desenvolvimento normal dos cuidados prestados no BO verifica-se uma interdependência entre o BO e outros serviços, que influencia a programação cirúrgica planeada. Não pode haver erros, para que no momento de iniciar a intervenção cirúrgica não haja nenhuma interferência que coloque em perigo a realização da mesma.

Os serviços cuja interdependência com o BO é indispensável ao seu funcionamento são:

- ❖ Os serviços cirúrgicos com internamento, onde o doente está internado e faz a sua preparação para a cirurgia e realiza os cuidados pós-operatórios tardios;
- ❖ O serviço central de esterilização que faz todo o reprocessamento dos dispositivos médicos reutilizados indispensáveis às intervenções cirúrgicas eletivas programadas e urgentes;
- ❖ O serviço de imagiologia, para todas as intervenções cirúrgicas que precisem de todo o de imagens radiológicas no intraoperatório, sendo o seu apoio requisitado durante o planeamento da cirurgia pelo médico responsável pelo doente;
- ❖ O serviço de hemopatologia que é responsável por preparar e enviar todos os produtos derivados do sangue que o doente necessita;
- ❖ O serviço farmacêutico, responsável por enviar para o BO todos os fármacos necessários para administrar ao doente;

- ❖ O serviço de aprovisionamento, é responsável por gerir todos os dispositivos médicos indispensáveis à realização das intervenções cirúrgicas.

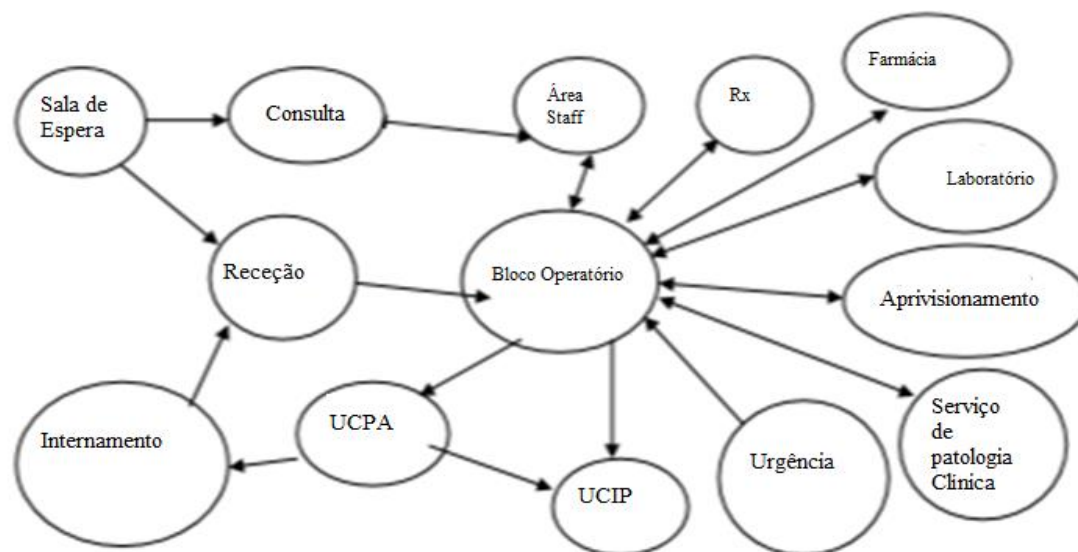
O Bloco Operatório deve estar localizado numa área independente do resto do hospital, mas acessível aos serviços de internamento cirúrgico, assim como à Unidade de Cuidados Intensivos, Serviços de Urgência, Central de esterilização, Laboratório e Imagiologia, permitindo o controlo das entradas e saídas.

Deve estar localizado numa área independente do resto do hospital, mas que permita uma boa comunicação entre os UCIP, a urgência e a esterilização, permitindo o controlo das entradas e saídas.

A proximidade do BO deve ser maior com alguns serviços do que com outros. Como é o caso da esterilização – pois sendo o BO um dos principais consumidores de material esterilizado e também um dos serviços que maior quantidade de material envia para esterilizar, é normalmente necessária uma forte proximidade. O mesmo acontece com o serviço de urgência - caso o BO apoie a urgência, estes dois serviços devem ter uma relação de forte proximidade

Também o planeamento do processo é feito alocando o tempo previsional de intervenção aos blocos operatórios, aos cuidados intensivos e às enfermarias. Uma fila de espera entre os blocos operatórios e a reanimação ou as enfermarias é inaceitável. Para que um doente não deixe de ser operado, não por indisponibilidade do bloco operatório, mas por indisponibilidade previsional de um equipamento essencial (por exemplo, um ventilador) nos cuidados intensivos, é necessária uma boa articulação e comunicação entre o BO e os serviços dos quais depende para o seu funcionamento.

Figura 1 - Mapa das relações funcionais da atividade cirúrgica



Fonte: Ivo Alexandre Pereira de Carvalho de Oliveira Matos, 2011

H.13. – Uma boa articulação do Bloco com os outros serviços dos quais depende para o seu funcionamento influencia positivamente o desempenho do BO.

2.5. Modelo Conceptual Proposto

Um Modelo de Gestão de Bloco Operatório implica uma avaliação de diferentes indicadores de desempenho do BO. Componentes essenciais para um modelo de Gestão de Bloco Operatório mais efetivo, como por exemplo: a existência de um sistema de incentivos; um planeamento bem delineado, com o máximo de informação relevante para um excelente desempenho dos profissionais (do doente, de recursos humanos e materiais) e avaliação de todo o funcionamento de bloco operatório.

Este modelo assenta em inúmeros pressupostos entre os quais a necessidade de ter em conta as diferentes partes interessadas na organização: colaboradores, doentes, gestores, acionistas e a própria sociedade; a necessidade de ter em conta a rede de processos da organização: processos de liderança, de estratégia e planeamento, de gestão das pessoas e dos recursos, de produção e prestação de serviços, de melhoria; a necessidade de ter em conta que a gestão deve sempre estar orientada para os resultados.

O desempenho do Bloco Operatório depende diretamente de todos os profissionais, é necessário que uma simbiose 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 um modelo adequado ao pretendido já que, abarca dimensões que englobam todo o processo de desempenho do BO, desde o planeamento cirúrgico, ao sistema de incentivos, o controlo de desempenho integrando ainda conceitos relacionados com a tomada de decisão e cumprimento de horário.

Como se poderá constatar, o modelo descrito propõe a influência da dimensão do BO, do seu campo de ação e atividade, planeamento cirúrgico, do cumprimento de horário, do sistema de incentivos, do cumprimento de horário, da cooperação e flexibilidade dos seus profissionais, controlo desempenho, tomada de decisão, rotatividade e articulação sobre o desempenho do bloco operatório (Figura 2).

Figura 2 - Modelo Conceptual Proposto: Hipóteses a Testar



Fonte: construção própria

Noutra perspetiva, o modelo consiste em treze hipóteses, que se apresentam novamente, de forma resumida:

H.1. As Unidades cirúrgicas com foco em serviço específico contribuem mais positivamente para o desempenho do bloco que as unidades cirúrgicas com um campo de ação alargado.

H.2. – O tamanho das salas de cirurgia influenciam positivamente o desempenho do bloco operatório.

H.3. – Blocos Operatórios com maior proporção de cirurgias de urgência tem um grau de produtividade mais elevados que as unidades que se ocupam essencialmente de cirurgias programadas / de especialidade.

H.4. – A aposta na cirurgia paralela em doentes consecutivos influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.5. – O planeamento cirúrgico influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.5.a. – O agendamento das cirurgias influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.5.b. – A higienização planeada das salas de cirurgia influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.5.c. – A preparação planeada do material cirúrgico influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.6. – A cooperação entre os profissionais do BO tem uma influência positiva desempenho do BO.

H.7. – O cumprimento estrito do horário por todos os profissionais influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.8. – O sistema de incentivos aumenta positivamente o desempenho do BO.

H.9. – A flexibilidade dos profissionais contribui positivamente para o aumento do desempenho do BO.

H.10. – Uma monitorização contínua do desempenho influencia positivamente o desempenho do BO.

H.11. – A capacidade de tomada de decisão por parte dos intervenientes no BO influencia positivamente o desempenho do serviço.

H.11.a. – A participação na decisão influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.11.b. – A autonomia de decisão influencia positivamente o desempenho do bloco.

H.12. – A rotatividade das equipas influencia positivamente o desempenho do BO.

H.13. – Uma boa articulação do Bloco com os outros serviços dos quais depende para o seu funcionamento influencia positivamente o desempenho do BO.

3. METODOLOGIA

3.1. Pesquisa bibliográfica

Para alcançar as respostas para os objetivos definidos realizou-se através de pesquisa bibliográfica na literatura disponível, tendo como incidência o recurso a livros, revistas científicas, artigos científicos e em algumas bases de dados eletrónicas como a EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text) e a PUBMED (Full Text). Foram procurados artigos científicos em Texto Integral (data de 2006-01-01 a 2012- 12- 31), com as palavras-chave Gestão e Bloco Operatório, no período de Janeiro a Abril de 2013.

Após a revisão da literatura e da conceção de um modelo conceptual, optámos por realizar um estudo empírico pela estratégia da investigação hipotético-dedutiva.

Para alcançar os objetivos propostos, é de extrema importância a escolha do método de investigação. Porque deve permitir e viabilizar a recolha de dados necessários para validar as hipóteses avançadas ao longo da investigação.

A investigação científica corresponde a “um sistema de atividades intelectuais e manuais destinados à obtenção de informação capaz de resolver determinados problemas” (VILELAS, 2009, 57).

Sabendo desde logo que o objetivo fundamental do presente projeto de investigação foi definir um modelo de gestão do bloco operatório a sua implementação implica uma análise da sua eficácia e eficiência comparativamente a outra alternativa existente.

Para este estudo, foram contactados cinco hospitais todos na zona de Lisboa, três com estatuto de hospital privado e dois pertencentes ao SNS. A todas estas instituições foram enviadas cartas de pedido de autorização para a realização das entrevistas e dos questionários com uma explicação do âmbito do estudo. Lamentavelmente, após várias tentativas – presenciais, via correio eletrónico, via CTT e através de contactos telefónicos, apenas um hospital aceitou participar. Posto isto, foram entregues pessoalmente 120 questionários. Quarenta colaboradores do BO deram o seu contributo, procedendo-se de seguida ao tratamento dos mesmos e a um cruzamento da informação obtida.

3.2. Recolha de dados empíricos

“Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos, cabendo ao investigador, determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo de estudo, às questões de investigação ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, 40)

A literatura sugere como métodos de recolha de informação: a prática de entrevista, a observação direta, o recurso a questionários e o estudo de documentos. Neste estudo específico foram aplicados: a observação direta e o questionário, com a finalidade de obter a perceção da gestão do bloco operatório por parte dos seus colaboradores, uma vez que o questionário prevê uma maior segurança relativamente ao anonimato das respostas e um focus grupo, na medida que proporciona um maior interatividade dos entrevistados. Ao mesmo tempo, a observação da realidade in-loco permitiu uma perceção do que é a realidade deste serviço.

3.2.1. Observação in loco – visita ao BO

A observação in loco foi realizada num hospital privado de Lisboa no dia 13 novembro 2013 acompanhada pela Enfermeira Coordenadora. Após a colocação do vestuário do BO foi-nos possível observar o funcionamento do bloco.

3.2.2. Questionário e Pré-teste

O questionário é um instrumento de colheita de dados que permite a apresentação de indicadores e tendências observáveis, utilizando medidas numéricas que testam as hipóteses com base em análises estatísticas, assegurando por isso a validade e a fidedignidade da informação recolhida. Devem ser respondidos por escrito e sem a presença do entrevistador (Vilelas, 2009, 287-298). É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis por forma a organizar, normalizar e controlar os dados, para que as informações recolhidas de uma maneira rigorosa.

A primeira parte do questionário é constituída por questões relativa ao perfil socio biográfico dos profissionais do bloco, ou seja, género, idade, e dados relativos à sua situação profissional, ou seja, tempo de serviço na profissão, tempo de serviço no local onde trabalha (ver em anexo).

A escala utilizada nas respostas foi a escala de likert. Esta consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis. Uma escala de Likert constrói-se em cinco etapas (Kiddler,1981; Gauthier, 1992)

O tipo de resposta utilizada nesta parte do questionário foi a resposta estruturada, recorrendo-se a uma escala de valores de 1 a 5, onde os entrevistados exprimem a sua opinião relativamente ao que lhes é perguntado (Tuckman, 2000). A escala de valores utilizada foi a seguinte:

1-Discordo Totalmente; 2-Discordo; 3-Não concordo, nem discordo; 4-Concordo; 5-Concordo Plenamente

Os pré-testes ao questionário e à entrevista foram realizados ao Diretor do BO, à Enfermeira Coordenadora, ao Enfermeiro Chefe e ao Gestor do BO, de modo identificar a identificar possíveis lacunas no formato, verificar a veracidade das respostas e averiguar da necessidade de adaptação da linguagem. Segundo Fortin (1999, 253) “esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões”.

Depois de efetuado o pré-teste de questionários para os profissionais do bloco, passou-se à aplicação dos mesmos. Foram entregues 120 questionários, pessoalmente à Enfermeira coordenadora que ficou encarregue de os distribuir pelos diferentes colaboradores do BO (ver anexo 2).

3.2.3. Focus-grupo

Para uma melhor perceção da problemática em estudo, foi realizado um focus-grupo a diferentes profissionais da área, com guião elaborado abordando assuntos que se

pretendem focar dando a possibilidade de aprofundar questões relacionadas com o tema em estudo (ver em anexo 1).

A técnica do grupo de foco, é uma fonte primária de informação qualitativa, combinada habitualmente com outros métodos e incorporada numa abordagem de estudo de caso. O grupo de foco foi composto pelo Diretor do BO, a Enfermeira Coordenadora, o Enfermeiro Chefe e o Gestor do BO. Este tipo de pesquisa qualitativo permite analisar valores, crenças, representações, opiniões e atitudes. É um tipo de investigação indutivo e descritivo que permite ao investigador desenvolver ideias e conceitos através da recolha de dados não mensuráveis (MAYRING, 2000).

Um grupo de foco pode ser usado como (Morgan, 1997):

- “Um meio para recolher informação e opiniões de um grupo de detentores de interesse, agentes ou beneficiários”;
- “Um meio de investigação de hipóteses e análises com grupos de detentores de interesse, agentes e beneficiários”;
- “Um meio para vários grupos de detentores de interesse (pertencendo ou não ao mesmo estatuto social e institucional) expressarem opiniões divergentes e suas análises”;
- “Uma ferramenta analítica, centrada nos efeitos do programa, particularmente a nível local”;
- “Uma ferramenta de debriefing, a nível local, para revelar as observações do avaliador e as suas conclusões da análise in loco”;

3.3. Tratamento de Dados

O tratamento dos dados recolhidos, efetuou-se a sua análise estatística, através dos programas Microsoft Excell e SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0 para Windows, que permite comparar e analisar as várias respostas obtidas. Recorreu-se à análise estatística descritiva para o cálculo das frequências relativas e percentuais das variáveis em estudo.

4. RESULTADOS

4.1. Visita ao Bloco Operatório

O Bloco Operatório inclui oito salas equipadas para todo o tipo de procedimentos, com zonas de indução anestésica individuais anexas. Visitámos também o armazém de material estéril e assistimos ao funcionamento da sua utilização e recolha. Nesta visita constatámos que o hospital em questão está munido da mais recente e inovadora tecnologia.

O horário do bloco operatório visitado é das 8.00 horas às 23.30 horas. Mas em bom rigor fomos informados que o BO funciona 24h sobre 24h. Existe uma equipa de permanência após as 23.30 horas até às 8.00 horas durante a semana, sendo que aos fim-de-semanas e feriados os profissionais do BO estão em regime de disponibilidade, ou seja os profissionais são chamados sempre que existir uma urgência.

4.1.2. Teste de Consistência Interna dos questionários

No que se refere aos testes de hipóteses, utilizou-se à partida alfa de Cronbach's para se analisar a consistência interna do teste.

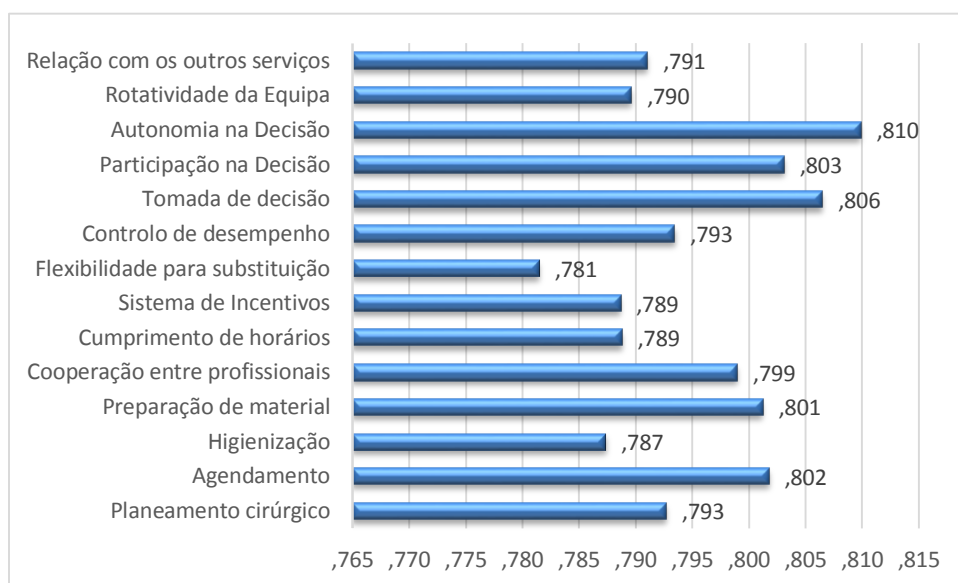
De acordo com Hair et al. (1998, 366-382) são indicativos de consistência interna aceitável, valores superiores ou iguais a 0,60. Assim sendo, podemos verificar pelo quadro3 a boa fidelidade do questionário na sua globalidade (valor de alpha de 0,8), como todas as variáveis que o compõem têm uma boa consistência interna, com todos os valores de alpha a serem superiores ou iguais a 0,7.

Quadro 4 – Fiabilidade Estatística

Cronbach's Alpha	N of Items
,804	20

Fonte: construção própria

Gráfico 2. - Alfa de Cronbach por variável

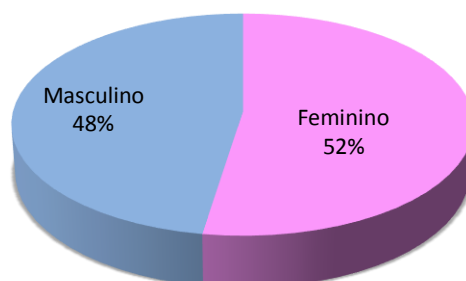


Fonte: construção própria

4.1.3. Análise dos dados demográficos do questionário

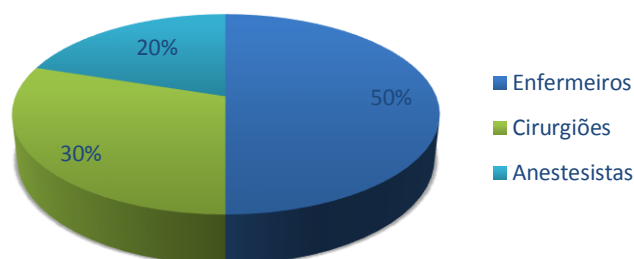
Dada a participação e envolvimento dos profissionais do bloco, os resultados mostram que na realização do estudo participaram 40 sujeitos, dos quais 52% ($n=21$) afetos ao género feminino e 48% ($n=19$) ao género masculino, conforme se pode verificar no gráfico 3.

Gráfico 3. - Género



Fonte: construção própria

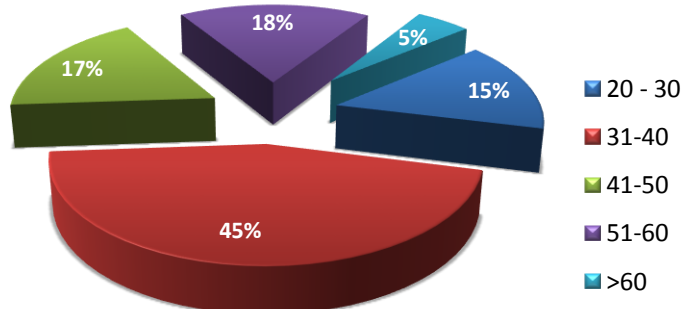
Gráfico 4 – Especialidade dos Inquiridos



Fonte: construção própria

A partir do preenchimento dos questionários foi possível identificar as percentagens das profissões a desempenharem funções no serviço em questão. Podemos, deste modo, observar, no gráfico 4, onde demonstra que 50% da amostra (n=20) são Enfermeiros, 30% (n=12) são Cirurgiões e 20% (n=8) são Anestesistas.

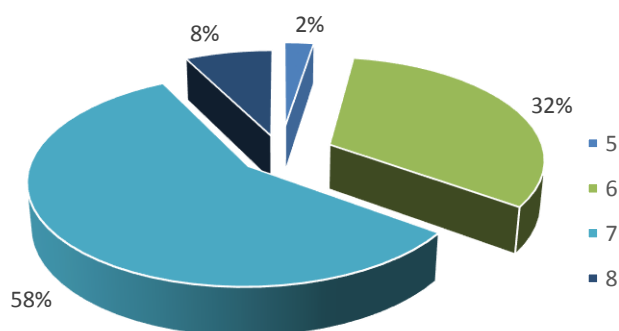
Gráfico 5 - Faixa Etária



Fonte: construção própria

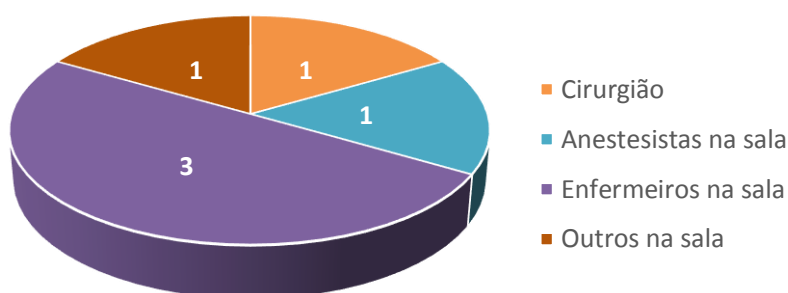
Quanto às idades, estas variam dos 26 até aos 63 anos. Foi feita uma subdivisão, das idades, em classe etárias de 10 anos. Predominam os colaboradores na faixa etária dos 31 aos 40 (18 colaboradores que correspondem a 45% da amostra), seguida das faixas etárias dos 41-50 e dos 51 aos 60 anos (ambas com 7 colaboradores que correspondem a 17% e a 18%, respetivamente). Na faixa etária dos 20 aos 30 temos 6 colaboradores (15%) e acima dos 60 anos surgem 2 (5%) colaboradores.

Gráfico 6. – Número corrente de profissionais por procedimento cirúrgico.



Fonte: construção própria

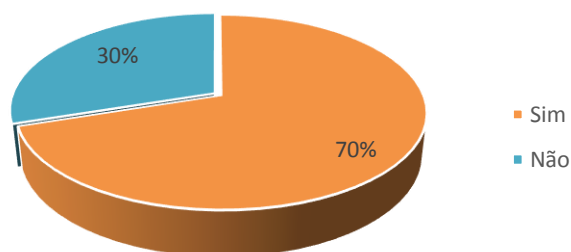
Gráfico 7. – Número de profissionais que intervêm diretamente nos procedimentos cirúrgicos



Fonte: construção própria

Os procedimentos cirúrgicos são compostos na maioria das vezes por sete profissionais (Gráfico 6), sendo que normalmente se constituem por três enfermeiros, um cirurgião, um anestesista, e um elemento que denominamos como outros – sugerimos auxiliares, técnicos de Rx ou delegados de dispositivos médicos (gráfico 7).

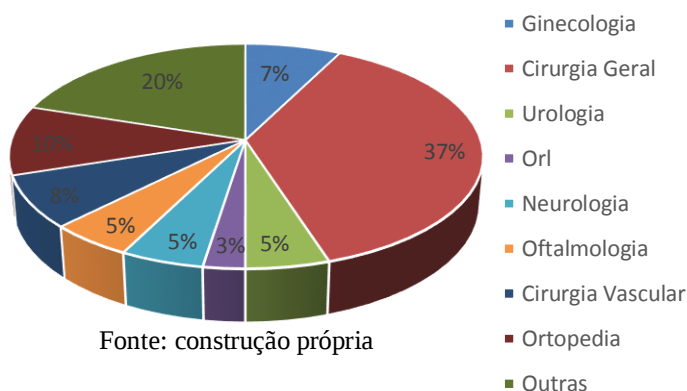
Gráfico 8 – Atividade no Bloco Operatório



Fonte: construção própria

No gráfico 8, podemos observar que 70% da amostra tem a sua atividade no Bloco, e que esta atividade. A especialidade cirúrgica principal é a cirurgia geral (gráfico 9).

Gráfico 9 – Especialidade cirúrgica principal



4.2. Verificação das Hipóteses

Para dar resposta aos objetivos propostos, elaborou-se um modelo gestão do bloco operatório, a partir do qual emergiram treze hipóteses de fatores que melhoram o desempenho deste serviço.

Foram utilizados testes não paramétricos (coeficiente de correlação de Spearman), uma vez que os pressupostos dos testes paramétricos foram violados – a normalidade.

Todos os testes realizados foram unilaterais e rejeitou-se a hipótese nula quando $p < 0,05$, uma vez que se utilizou um nível de significância de 5%.

Foram analisados os valores mínimos e máximos, bem como o cálculo da moda, mediana e desvio padrão das variáveis (Quadro 5).

Quadro 5 - Limites e classificação do Rho de Sperman

Summary Item Statistics							
	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,805	2,575	4,675	2,100	1,816	,444	20

O primeiro grupo de hipóteses que compõe o modelo dizem respeito às características que determinam a classificação do hospital e que podem influenciar no desempenho do seu BO.

Hipótese 1. – As Unidades cirúrgicas com foco em serviço específico contribuem mais positivamente para o desempenho do bloco que as unidades cirúrgicas com um campo de ação alargado.

Como resposta a esta hipótese não há como confirmar ou rejeitar esta hipótese, uma vez que segundo o focus grupo realizadas, todas salas cirúrgicas que compõem o BO em questão realizam todo o tipo de cirurgias, quer nas diversas especialidades, quer se as cirurgias são urgentes ou programadas. Não existe nesta instituição hospitalar uma divisão de salas conforme especialidades ou tipo de operação. Contudo, Peltokorpi (2001), defende que uma unidade cirúrgica compacta com ambiente focalizado aumenta os seus outputs e consequentemente a produtividade e desempenho do BO. Para Berry (2008, 228 – 239), um hospital de tamanho médio com pequenos departamentos têm uma base de conhecimento que permite uma utilização eficiente dos recursos humanos e das instalações. Segundo estes autores existe alguma evidência que a especialização conduz a um aumento da eficiência e por conseguinte a um aumento da produtividade.

Hipótese 2. – O tamanho das salas de cirurgia não tem qualquer tipo de influência na produtividade do bloco.

Relativamente a esta hipótese, uma vez mais não temos como confirmar nem como rejeitar a mesma. No hospital em questão as salas cirúrgicas cumpre o que está estipulado por lei quanto à sua dimensão, e variam entre os 35m² e os 50m². Também para Peltokorpi (2001), não existem conclusões evidentes sobre a dimensão ideal das salas cirúrgicas na atual literatura.

Hipótese 3. – Blocos Operatórios com maior proporção de cirurgias de urgência têm um grau de produtividade mais elevados que as unidades que se ocupam essencialmente de cirurgias programadas / de especialidade.

Enquanto, uma vez mais, não temos dados que nos indiquem o peso de cada género de cirurgia no bloco operatório estudado. Peltokorpi (2001), afirma que ao contrário do que seria a suposição geral do efeito restrito do rápido efeito de resposta no desempenho, o

BO pode beneficiar de uma elevada proporção de cirurgias urgentes / agudas. O pressuposto adjacente é que as unidades cirúrgicas de urgências respondem mais ativamente a todas as mudanças não programadas, independentemente de as razões estarem relacionadas com doentes, pessoal ou por qualquer outro motivo. Sendo, também uma forma de maximizar a utilização do horário dos profissionais.

O segundo grupo de hipóteses diz respeito às funções básicas de gestão.

Hipótese 4. – A aposta na cirurgia paralela em doentes consecutivos influencia positivamente o desempenho do bloco.

Não confirmamos nem rejeitamos esta hipótese por falta de dados no estudo empírico realizado, uma vez que foi-nos dito no focus grupo que este tipo de procedimento não existia na instituição em questão. Contudo, existem alguns estudos sobre a gestão do BO que atestam para a correlação positiva entre os processos paralelos de doentes consecutivos, no desempenho do BO (Torkki, 206).

Hipótese 5. – O planeamento cirúrgico influencia positivamente o desempenho do bloco.

Observa-se uma forte correlação positiva, e altamente significativa entre o Planeamento cirúrgico ($R_p=0,678$ com $p=0,046$) com o desempenho do BO

Hipótese 5.a. – O agendamento das cirurgias influencia positivamente o desempenho do bloco.

Existe uma correlação positiva moderada, e fortemente significativa entre Agendamento com o desempenho do bloco ($R_p=0,380$ com $p=0,015$)

Hipótese 5.b. – A higienização planeada das salas de cirurgia influencia positivamente o desempenho do bloco.

Também esta variável apresenta uma correlação positiva moderada e com significado estatístico ($R_p=0,324$ com $p=0,041$)

Hipótese 5.c. – A preparação planeada do material cirúrgico influencia positivamente o desempenho do bloco.

O valor ($R_p=0,294$ com $p=0,049$) permite perceber que apesar de existir uma fraca correlação positiva esta é estatisticamente significativa entre a preparação planeada do material cirúrgico com o desempenho do BO.

Quadro 6 - Correlação entre planeamento, agendamento, higienização e preparação do material com o desempenho do BO

Spearman's rho		O BO tem um bom desempenho
Planeamento Cirúrgico	Correlação	,678
	Sig. (1-tailed)	,046
Agendamento	Correlação	,380
	Sig. (1-tailed)	,015
Higienização	Correlação	,324
	Sig. (1-tailed)	,041
Preparação do material	Correlação	,294
	Sig. (1-tailed)	,049

Assim, o coeficiente de Spearman revelou existirem correlações positivas e com significado estatístico entre o planeamento cirúrgico, o agendamento, a higienização planeada e a preparação planeada do material com o desempenho do BO.

As hipóteses confirmam-se, assim o planeamento cirúrgico deve conter toda informação necessária, com especial destaque para a identificação do doente, o procedimento e o médico responsável, com a finalidade de evitar erros e minimizar danos aos doentes e inconvenientes relacionados com trocas de processos. Os recursos humanos e materiais específicos devem também estar indicados, no sentido de proceder às burocracias institucionais para a requisição dos mesmos, para que a sua falta não seja motivo de cancelamento cirúrgico

Hipótese 6. – A cooperação entre os profissionais do BO tem uma influência positiva desempenho do BO.

Quadro 7 - Correlação entre cooperação entre profissionais com o desempenho do BO

Spearman's rho		O BO tem um bom desempenho
Cooperação entre Profissionais	Correlação	,207
	Sig. (1-tailed)	,101

Observa-se uma correlação medida através do coeficiente de Spearman com um valor positivo mas não significativo ($R_p = 0,207$ com $p = 0,101$). Existe uma fraca associação entre variáveis. Não temos um valor de referência. Contudo, a cooperação entre os profissionais é assumida como tendo um efeito positivo no desempenho do BO. A troca de informação, a partilha de pontos de vista e de experiências podem ser usadas, não só para propagar a produtividade do serviço mas também para fazer ajustes em tempo útil. Evidência empírica demonstra que reuniões interdisciplinares pode de forma mensurável melhorar a gestão do doente. Nós esperamos que essa gestão possa estar presente na produtividade do BO (Whong, 2004).

Hipótese 7. – O cumprimento estrito do horário por todos os profissionais influencia positivamente o desempenho do bloco.

Quadro 8 - Correlação entre cumprimento de horário com o desempenho do BO

Spearman's rho		O BO tem um bom desempenho
Cumprimento de horário	Correlação	,279
	Sig. (1-tailed)	,040

Verificou-se uma associação positiva significativamente positiva ($R_p = 0,279$ $p = 0,040$) entre o cumprimento do horário por parte de todos os profissionais do bloco com o desempenho de serviço, sendo que 30% dos respondentes identificaram como concordarem plenamente com a importância deste ponto. Confirma-se a Hipótese por nós

avançada de que o cumprimento do horário de entrada no bloco de todos os intervenientes na hora prevista de início da cirurgia influencia positivamente o desempenho do bloco. O tempo do arranque depende principalmente da acuidade da equipa cirúrgica no arranque da primeira cirurgia do primeiro turno, na hora marcada, sendo que as cirurgias seguintes devem iniciar-se à hora marcada, mas dependem diretamente do fim da cirurgia anterior, daí a importância deste tempo no desempenho do BO.

Hipótese 8. – O sistema de incentivos aumenta positivamente o desempenho do BO.

Quadro 9 - Correlação entre sistema incentivos com o desempenho do BO

Spearman's rho		O BO tem um bom desempenho
Sistema de Incentivos	Correlação	,255
	Sig. (1-tailed)	,056

Está comprovado o efeito positivo fraco e não significativo (R_p 0,255 $p=$ 0,56) dos incentivos financeiros no desempenho do bloco. A hipótese está parcialmente confirmada. De acordo com dados fornecidos pelo questionário grande parte dos respondentes discordaram com a existência do sistema de incentivos. O bônus associados à produção ou a qualquer outra medida de performance poderá motivar os profissionais das unidades operacionais a contribuir para a produtividade em geral.

Hipótese 9. – A flexibilidade dos profissionais contribui positivamente para o aumento do desempenho do BO.

Quadro 10 - Correlação entre flexibilidade profissionais com o desempenho do BO

Spearman's rho		O BO tem um bom desempenho
Flexibilidade para substituição	Correlação	,407
	Sig. (1-tailed)	,001

Verifica-se uma relação moderada mas com elevado significado estatístico da flexibilidade para substituição dos profissionais do BO com o desempenho deste serviço ($R_p = 0,407$ $p = 0,01$). Confirma-se a hipótese que a flexibilidade dos profissionais do BO influenciam positivamente o desempenho do mesmo. Segundo Peltokorpi (2001), no dia-a-dia, a flexibilidade no número de enfermeiros e anestesiólogistas diminui o número de dias de baixa produtividade, devido ao baixo número salas cirúrgicas a funcionar abertas e a contante presença dos cirurgiões no hospital. A flexibilidade diária tendo em conta à duração da jornada de trabalho e sobreposição de cirurgias facilita a realização de todas as operações planeadas, apesar do prolongamento de algumas e da necessidade por vezes de realização de cirurgias urgentes.

Hipótese 10. – Uma monitorização contínua do desempenho influencia positivamente o desempenho do BO.

Quadro 11 - Correlação entre controlo desempenho com o desempenho do BO

Spearman's rho		O BO tem um bom desempenho
Controlo de desempenho	Correlação	,331
	Sig. (1-tailed)	,018

Confirma-se a nossa hipótese de que uma monitorização contínua influencia positivamente o desempenho no Bloco, temos uma correlação positiva moderadamente forte e significativamente estatística ($R_p = 0,331$ $p = 0,018$).

Peltokorpi (2001) sugere um controlo de desempenho constante e a ligação de desempenho passado para planos futuros é parte essencial nos sistemas de planeamento de produção. A Auto-Monitorização é assumida como fator motivador para os profissionais como indivíduos e como equipa.

Hipótese 11. – A capacidade de tomada de decisão por parte dos intervenientes no BO influencia positivamente o desempenho do serviço.

Hipótese 11.a. – A participação a decisão influencia positivamente o desempenho do bloco.

Hipótese 11.b. – A autonomia de decisão influencia positivamente o desempenho do bloco.

Quadro 12 - Correlação, participação e autonomia e decisão com o desempenho do BO

Spearman's rho		O BO tem um bom desempenho
Tomada Decisão	Correlação	,181
	Sig. (1-tailed)	,132
Participação na decisão	Correlação	,135
	Sig. (1-tailed)	,204
Autonomia de decisão	Correlação	,221
	Sig. (1-tailed)	,086

Confirmam-se as hipóteses, verificaram-se correlações fracas e sem significado estatístico entre a tomada de decisão ($R_p = 0,181$ com $p = 0,132$); entre a participação na decisão ($R_p = 0,135$ com $p = 0,204$) e entre a autonomia de decisão ($R_p = 0,221$ com $p = 0,086$) com o desempenho do Bloco Operatório. As decisões estratégicas sobre a variedade de serviços, o volume e o âmbito de aplicação são feitas em um nível superior de organização. Na maioria dos estudos publicados a atenção tem sido focada em apenas um nível de decisão, apontando os diversos critérios, restrições e objetivos conflitantes que muitas vezes são levados em conta (Guerriero, 2011, 89-114).

Hipótese 12. – A rotatividade das equipas influencia positivamente o desempenho do BO.

Quadro 13 - Correlação entre rotatividade equipa com o desempenho do BO

Spearman's rho		O BO tem um bom desempenho
Rotatividade	Correlação	-,059
	Sig. (1-tailed)	,058

Rejeita-se esta hipótese. A correlação medida através do coeficiente de Spearman apresenta um valor negativo significativo ($R_p = -0,059$ com $p = 0,058$). A rotatividade dos profissionais do BO representa um grande problema e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização.

H.13. – Uma boa articulação do Bloco com os outros serviços dos quais depende para o seu funcionamento influencia positivamente o desempenho do BO.

Quadro 14 - Correlação entre relação do BO com outros serviços com o desempenho do BO

Spearman's rho		O BO tem um bom desempenho
Relação com os outros serviços	Correlação	,207
	Sig. (1-tailed)	,001

Confirma-se a hipótese de que é necessária uma boa articulação e comunicação entre o BO e os serviços dos quais depende para o seu funcionamento. A correlação medida através do coeficiente de Spearman apresenta um valor moderado positivo mas altamente significativo ($R_p = 0,207$ com $p = 0,001$). O setor da saúde tem sido progressivamente afetado por orçamentos restritivos que por necessidade, é urgente uma racionalização de recursos, e acima de tudo uma maior eficiência na utilização desses recursos e do desempenho de cada serviço. O BO é amplamente considerado como o motor central do hospital, uma vez que tem um impacto direto em muitos outros serviços. Como tal, é

prioritário melhorar a articulação do BO com os outros serviços de que o seu bom funcionamento depende e vice-versa, para que o seu desempenho aumente.

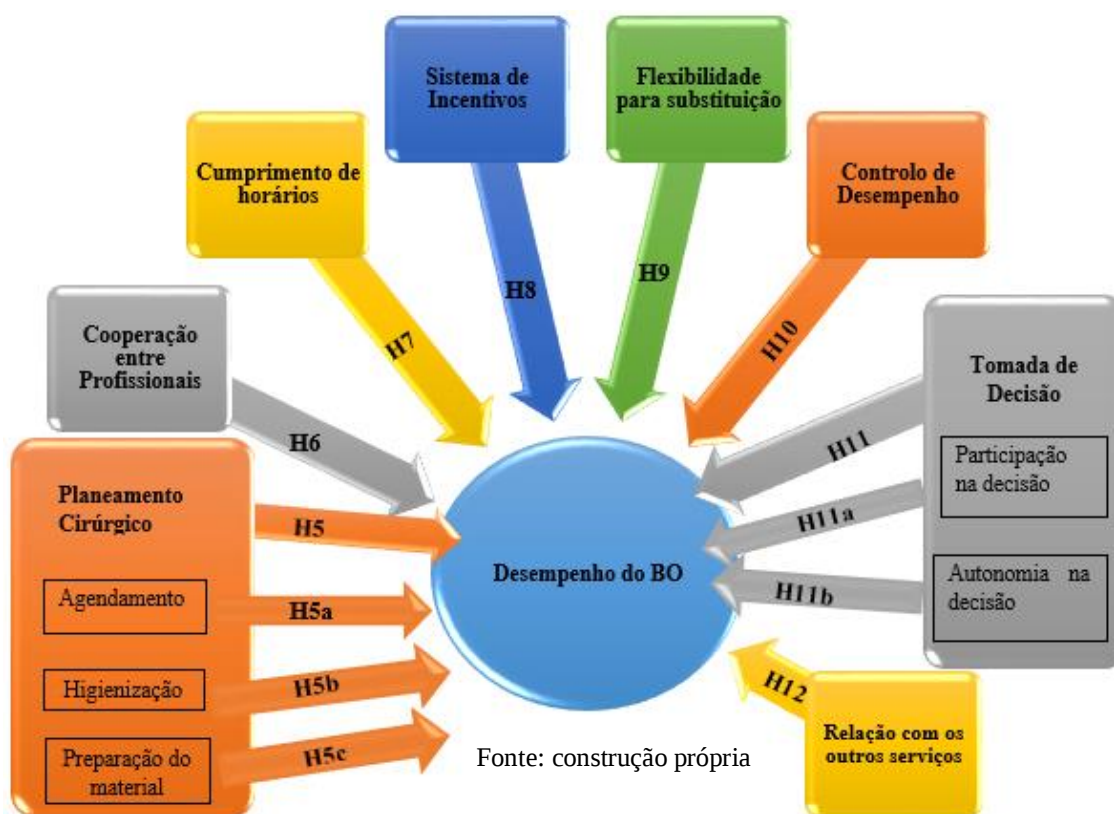
Em resumo e face ao exposto, é possível concluir que o primeiro grupo de hipóteses que compõe o modelo e que dizem respeito às características que determinam a classificação do hospital não foram confirmadas nem rejeitadas por falta de dados fornecidos pelo focus grupo. As hipóteses formuladas para a questão da influência positiva do planeamento cirúrgico, tendo em consideração o agendamento cirúrgico, a higienização planeada da sala e a preparação planeada do material cirúrgico; quer as hipóteses do cumprimento estrito dos horários por parte dos profissionais do bloco; do controle de desempenho; da boa articulação e comunicação do BO com os outros serviços foram todas confirmadas, dados os valores anteriormente apresentados.

Por outro lado, as hipóteses relacionadas com o sistema de incentivos, flexibilidade para substituição e tomada de incentivos, podemos afirmar que foram parcialmente confirmadas, já que nem todos os fatores explicam ou contribuem positivamente para o desempenho do bloco, dados os valores apresentados anteriormente. Apesar da consistência interna do questionário ter um bom valor se se tivesse conseguido mais respostas teria com certeza melhores correlações.

Rejeita-se a hipótese da influência positiva da rotatividade da equipa no desempenho do BO.

Posto isto, sugere-se o modelo conceptual proposto de gestão do bloco operatório, confirmado na maioria das variáveis, contribuindo desta forma para uma influência positiva do desempenho do BO.

Figura 3 – Modelo Conceptual Proposto com Base nos resultados Alcançados.



5. CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Um projeto de gestão para o BO inicia-se com a definição de medidas de desempenho, através da revisão dos processos internos e externos, com o objetivo de promover a melhoria contínua.

Este Projeto de Investigação teve como objetivos específicos, cujas respostas foram dadas pela análise dos resultados do estudo empírico:

- Identificar indicadores de desempenho do bloco operatório. Identificamos como principais indicadores o planeamento cirúrgico, a cooperação entre os profissionais do bloco, o cumprimento estrito do horário, a existência de um sistema de incentivos, flexibilidade para substituição, o controlo de desempenho, a tomada de decisão, a rotatividade da equipa cirúrgica e a comunicação e articulação do bloco com outros serviços.
- Avaliar a sua correlação com a performance global do BO. Avaliamos a associação de cada um destes indicadores individualmente com o desempenho do BO.
- Rentabilizar os processos de gestão dos recursos do bloco operatório com o intuito de aumentar consideravelmente a eficiência, a produção e a qualidade e eliminar os desperdícios que não acrescentam valor para o doente ou para a organização.

Analisámos o efeito sinérgico das decisões estratégicas e as práticas de gestão operacional no desempenho do bloco operatório, propondo um modelo conceptual de gestão do BO.

Não é possível avaliar um Modelo de Gestão de Bloco Operatório com um único indicador. Como tal, são de maior importância os indicadores que destacámos e que correspondem a componentes essenciais para um modelo de Gestão de Bloco Operatório mais efetivo, como por exemplo: a existência de um programa de incentivos; a comunicação entre os serviços e cooperação entre os profissionais, que siga o doente em todo o seu percurso dentro da instituição a monitorização e avaliação de todo o funcionamento e planeamento de bloco operatório, bem como a existência de centro de tomada de decisão.

A construção do modelo conceptual proposto de gestão do Bloco Operatório, é um contributo importante não só para a melhoria da qualidade e do desempenho dos serviços

prestados, mas também para melhoria das políticas de gestão e do desempenho do serviço, e conseqüentemente para toda a estratégia da instituição de saúde. A utilização de modelos teóricos aplicados à realidade prática é uma necessidade cada vez maior para quem tem preocupações de gestão dos serviços de saúde e de sustentabilidade das organizações

O Bloco Operatório (BO) é o departamento mais dispendioso do hospital. A sua gestão é difícil devido a conflitos de prioridades e das preferências de todos os seus intervenientes. É difícil para um gestor ter em consideração todas as restrições e preferências simultaneamente. Portanto, são necessários métodos de planeamento e agendamento para aumentar a eficiência deste serviço.

A gestão de um Bloco Operatório não se foca apenas em gerir o número de cirurgias, pessoas e doentes. É necessário uma visão alargada e global deste serviço, passando pelas funções de cada profissional que trabalha no Bloco, até ao material utilizado em cirurgia, às formações, aos tempos de utilização de cada uma das salas de cirurgias e sua efetiva ocupação, a otimização dos recursos e as implicações de uma incorreta utilização dos mesmos.

A gestão de bloco operatório pretende uma utilização eficiente e eficaz dos seus recursos humanos, materiais e físicos, para alcançar os seus objetivos, com uma máxima rentabilização desses mesmos recursos, sem desperdícios e sem perdas de tempo, face à capacidade instalada, por forma a tornar este serviço o mais rentável possível. Esta gestão assenta, também, na promoção de um bom ambiente de trabalho com boas condições que induzam altos níveis de satisfação profissional e de envolvimento de todos os seus profissionais.

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

O Bloco Operatório é um serviço bastante complexo, como já referimos anteriormente. Aplicar os princípios de gestão, com vista a alcançar os mais altos níveis de qualidade, eficiência e produtividade, revela-se um desafio constante e bastante estimulante.

A sua equipa multidisciplinar é altamente especializada. Além dos seus conhecimentos técnicos e científicos dentro da área de especialização, são exigidos à equipa cirúrgica conhecimentos que vão desde o domínio da «cadeia de logística interna de fornecimento de material de consumo clínico e farmacêutico, uma grande variedade de instrumental cirúrgico e uma grande variedade de equipamento» (LOPES, 2012). O trabalho em equipa é fundamental e todos devem ser elementos participativos no seu processo de gestão.

É o departamento em que é cada vez mais importante a qualidade dos cuidados prestados, impondo segurança, eficiência e também monitorização dos seus serviços.

Podemos concluir que todo o planeamento não deverá ser elaborado isolado, mas sim com toda uma vasta informação que permita ao Bloco Operatório melhorar o seu desempenho.

A mudança deve ser estimulada, os objetivos devem ser fixados e os colaboradores devem ter informação sobre quais as melhores práticas e como podem ser medidas.

É crucial minimizar os problemas de capacidade deste serviço, como o prolongamento das intervenções cirúrgicas, ou maior permanência dos doentes nas salas cirúrgicas devido à demora na recuperação anestésica ou à falta de vaga nas unidades de cuidados intensivos, ou devido ao atraso de entrega de instrumentos cirúrgicos. Uma gestão eficiente é aquela que permite aumentar a capacidade das salas cirúrgicas com boa coordenação do tempo cirúrgico, dos recursos humanos, dos equipamentos, ou seja, a aquela que consegue minimizar a inatividade do BO.

Concluimos também que os problemas de gestão do BO são complexos e interdependentes, não só pelos seus recursos humanos, (a vivência e expectativas que a equipa multidisciplinar possui), como pelos recursos materiais que o BO necessita.

Os resultados deste estudo terão certamente implicações a vários níveis, desde a gestão de recursos humanos, à prestação de cuidados, à formação dos profissionais. É fundamental revelar os resultados a fim de envolver todos os profissionais do BO.

Acreditamos no esforço e vontade de todos os profissionais em querer melhorar o desempenho do BO. A utilização máxima da capacidade instalada e dos recursos disponíveis tem de ser um objetivo não só da administração mas também de todos

os profissionais que apostam num objetivo comum. Os desperdícios e os gastos excessivos com a utilização ineficiente do Bloco Operatório deverá ser contabilizada e analisada exaustivamente para que sejam detetados e consequentemente resolvidos todos os problemas.

É deveras importante a criação de condições para que seja possível a aplicação do modelo a seguir. A contínua investigação neste tema é uma mais-valia para todos os profissionais, conseguindo investigar o caminho a seguir e detetar os problemas existentes, facilitando assim a implementação de boas práticas com valores de referência a seguir.

Este estudo não é mais do que uma ferramenta para o início de novos projetos sobre Modelos de Gestão de Bloco Operatório, podendo servir como um estímulo para estudar e analisar o funcionamento destes serviços, que detêm uma produção importante para o funcionamento de um hospital e para a concretização dos objetivos dessa mesma instituição.

5.1.Limitações do estudo

Relativamente às limitações deste projeto podemos dizer que são inerentes ao facto de ter sido realizado num serviço muito específico que é o BO aliada ao curto espaço de tempo para a sua realização. Associado a estas limitações contribui o facto de existirem poucos estudos que abordam esta temática e consequentemente a escassa literatura em que se apoiar.

Outra limitação deste estudo de investigação está relacionada com a amostra utilizada. A realização do inquérito por questionário aos 40 colaboradores do bloco operatório constatou-se a grande dificuldade em obter as respostas, não só pela demora em obtê-las como também na dificuldade na participação. Assim como as não respostas dos hospitais contactados.

Apesar de ser um estudo representativo de uma instituição em particular, seria útil em estudos futuros aplicá-lo por exemplo, a outros blocos operatórios. O desempenho do BO varia de instituição para instituição devido ao contexto de trabalho ser em ambiente fechado, altamente tecnológico e exigente, onde as pressões são imensas e variadas e a

possibilidade de erro é diminuta. Deste modo sugere-se que em estudos futuros poderão desenvolver-se estudos comparativos noutros blocos operatórios em Portugal de forma a averiguar se as conclusões se assemelhavam e que possam ser generalizados ao contexto de bloco.

5.2.Recomendações para estudos futuros

Na perspetiva de trabalho futuro a partir do trabalho desenvolvido nesta dissertação, seria fundamental ter uma abordagem de melhoria continua e executar auditorias e manutenção ao trabalho implementado, incentivando a participação de todos os profissionais envolvidos.

Estabelecer critérios, procedimentos e sistemas de gestão e de identificação de disfunções e ineficiências;

Analisar o potencial de melhoria junto de todos os intervenientes, em uma perspetiva multiprofissional, aberta e reflexiva no contexto da atual conjuntura profissional e político-económica.

5.3. Implicações para a gestão

O Bloco Operatório é um serviço com características únicas no hospital. A sua gestão é dificultada pela enorme variedade dos recursos - afeta custos, fluxo de doentes e utilização de recursos do hospital. Identificar, recolher e utilizar os dados disponíveis para uma boa gestão revela-se uma tarefa difícil. É crucial a definição de objetivos, o seu alinhamento entre gestores e os profissionais operacionais, e a transmissão de informação entre todos.

Pretende-se que este trabalho para além de contribuir para uma gestão estratégica orientada, tendo em conta a segurança do utente, os ganhos para a saúde e a necessidade de controlo de custos, que a aplicação o modelo conceptual proposto de gestão do BO passe a ser utilizado por todos os que têm responsabilidades de gestão nas organizações de saúde.

Os indicadores por nós estudados são inovadores e acrescentam valor à gestão da saúde. Indicadores de monitorização e performance são essenciais para a avaliação e análise do desempenho do bloco operatório, bem como uma ferramenta essencial no seu planeamento e organização, que contribuem para a melhoria contínua da utilização do bloco operatório face aos seus objetivos e funções, otimizando a capacidade instalada, com adequada utilização dos seus recursos, satisfazendo os seus profissionais e sem por em causa a segurança dos doentes.

É importante que a gestão do Bloco tenha prestígio suficiente entre os seus para que lhes seja permitida capacidade de liderança e de motivação do serviço.

Perante um poder concorrencial cada vez mais forte, a gestão deve investir em ferramentas que permitam avaliar custos, proveitos e rentabilidade da sua produção.

É inegável a necessidade dos indicadores estudados como instrumento de gestão dos recursos utilizados na consecução das atividades operacionais do BO. Como serviço prestador de cuidados médicos, inúmeros itens são produzidos no dia-a-dia.

Gestão é planejar, organizar, controlar e dirigir, tanto a nível institucional, como a nível intermédio, ou mesmo operacional.

As condições impostas pelo mercado relevam permanentemente a necessidade de melhores padrões de eficiência na utilização dos recursos alocados às atividades operacionais. Para que a gestão alcance os níveis de desempenho desejados, o BO não pode prescindir de informações que contribuam efetivamente para o processo de avaliação e tomada de decisão, que tenham elevado grau de confiança, preparadas em tempo oportuno à análise e correspondente adoção de ações corretivas.

Estes indicadores devem orientar a gestão do Bloco Operatório, e devem ser utilizados principalmente numa perspetiva comparativa construtiva, sendo o benchmarking fundamental para a evolução e melhoria contínua.

BIBLIOGRAFIA

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – **Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório**. [Em Linha]. 2011. [Consult.14 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <http://acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeInstala%c3%a7%c3%b5eseEquipamentos/Publica%c3%a7%c3%b5es/tabid/185/language/pt-PT/Default.aspx>

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – **Enfermagem peri operatória: da filosofia à prática dos cuidados**. Lisboa: Lusodidacta, 2006

BAPTISTA, C. - **O estado da arte**. [Em linha]. 2010. [Consult. 28 Out. 2013]. Disponível em WWW: <http://observaport.org/node/27>

BARROS, P. P. – **Economia da Saúde, conceitos e comportamentos**. 2ª Ed, Almedina, 2009. 478 p. ISBN 9789724053745

BERRY M, BERRY-STÖLZLE T, SCHLEPPERS A– **Operating room management and operating room productivity: the case of Germany**. Health Care Manage Volume 11 Issue 3, Set. 2008. p. 228 – 239.

BILBAO, M. e FRAGATA, I. – **Gestão do Bloco Operatório**. Em Fragata, J., **Risco Clínico - complexidade e performance**. Coimbra: Edições Almedina, 2006. 346 p. ISBN 978-972-402-835-4. p 277-296.

BOHEMER, R – **The customers in health care**. Harvard Business School, 2000. 16 p

BORDA, R. e NORMAN, I. – **Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review**. International Journal of Nursing Studies, Vol. 34, Nº 6, 1997. p. 385-394

CABRAL, M. V. e P. A. Silva – **O estado da saúde em Portugal**, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 2009. 172 p. ISBN 978-972-671-248-0

CAMPOS, A.C. – **Reformas da Saúde - o fio condutor**, Coimbra, Almedina, 2008. 312p. ISBN 978-972-403-604-5

CARDOEN, B., DEMEULEMEESTER, E., BELIEN, J. (2010) – **Operating room planning and scheduling: A literature review**. European Journal of Operational Research, Volume 201, 2010. p. 921 – 932

CASTILHO, A. – **Evolução e estrutura das despesas de saúde, em Portugal, 1980-1995**, Referência nº 10. Universidade de Coimbra, 2003. 96 f. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.

CHAABANE, S. – **Gestion prédictive des blocs opératoires**. Lyon: Institut National des Sciences Appliquées de Lyon, 2004. 172 f. Tese de Doutoramento em Informática e Sistemas Cooperativos para Empresas pelo Instituto de Ciências Aplicadas de Lyon.

COSTA, C., LOPES, S. – **Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade** – Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático nº 4, 2004. p. 35-50

CUNHA, M. et al. – **Manual de Comportamento Organizacional e Gestão**. VOL. 13, N.º 1, 2007. 1038p. ISBN 978-972-887-116-1. p. 93-114

DECRETO REGULAMENTAR nº 63/9. D.R.Iª Série - B. 253. (1994-11-02) 6591-6601 - Estabelece os requisitos relativos a instalações, organização e funcionamento das unidades privadas de saúde.

DENTON, B., VIAPIANO, J., VOGL, A. – **Optimization of surgery sequencing and scheduling decisions under uncertainty**. Health Care Management Science. Vol. 10. n.º 1, 2007. p. 13-24.

DEXTER, F. - Bibliography: **surgical services management**. Em linha]. 2010. [Consult. 28/10/2013]. Disponível em WWW: <http://franklindexter.net/bibliography/SurgicalServices.htm>

DINIS, A. – **Saúde privada, integração sofisticada**. Revista IP - Espaços, Edifícios, Empresas, 2008. p. 14-22.

DOYLE, Y. e A. Bull – **Role of private sector in United Kingdom healthcare system**. BMJ. Sep 2; 321(7260), 2000. p.563–565

DRUCKER, P.– **The new realities: in government and politics, in economics and business, in society and world view**. New York: Harper & Row, 1989. 76 p. ISBN 978-0-76587-0533-1

EIRA, A. A. – **A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados**. Faculdade de Economia, Porto, Portugal, 2010. 78 f. Tese de Mestrado em Economia.

FERREIRA et al – **Manual de Psicossociologia das Organizações**. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, 2001. 722 p. ISBN 978-972-592-297-2

FORTIN, M. – **O Processo de Investigação – da conceção à realização** (3ªedição). Lusociência: Loures, 1999. 388 p. ISBN 978-972-838-310-7. p. 40; 253

FREIXO, M.J. – **Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas**. Lisboa: Instituto Piaget, 2009. 231 p. ISBN 978-989-659-114-4

FULLER, J. R. – **Tecnologia cirúrgica: princípios e prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 623 p. ISBN 20040-040. p. 22

GRABAN, M. – **Lean hospitals : improving quality, patient safety, and employee satisfaction**.1st ed,. Taylor e Francis Group, 2009. 280p. ISBN 978-143-987-043-3. p. 252

GUERRIERO F, GUIDO R– **Operational research in the management of the operating theatre: a survey**. Health Care Manage Sci 14(1), 2011. p. 89–114

GLOUBERMANS., Mintzberg H. – **Managing the care of health and the cure of disease** – Part II: Integration, Health Care Management Review, b;26 (1), 2001. p.70-84.

GRIFFITHS, J. - **Private hospitals - how do they compare**. [Em linha]. Agosto 2008. [Consult. 05 Out. 2013]. Disponível em WWW: <http://privatehealth.co.uk/articles/august-2008/hospitals-in-the-uk/>

HAIR, J.F. Jr., ANDERSON, R.E., TATHAM, R.L., & BLACK, W.C. - **Multivariate Data Analysis**, (5th Edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1998. 798 p. ISBN 978-013-813-263-7 p. 366-382

HITSHOPI, G – **Why patients sometimes choose a private hospital over NHS**. [Em linha]. 2009. [Consult. 05 Out. 2013]. Disponível em WWW: <http://ezinearticles.com/?id=3015983&Why-Patients-Sometimes-Choose-a-Private-Hospital-Over-the-NHS>

INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL - Estatísticas de Seguros. [Em linha]. 2012. [Consult. 23 Set. 2013]. Disponível em WWW: <http://isp.pt/NR/exeres/34CBFBFE-40B5-4ECF-AA75-5934E13A57E4.htm>

KYUNG, W. PARK., Cheryl, DIKERSON.– **Can efficient supply management in the operating room**. Current Opinion in Anaesthesiology, 2009. p. 242-248

LAMIRI, M.; DREO, J.; XIAOLAN, Xie - **Operating Room Planning with Random Surgery Times**. In: **Automation Science and Engineering**, 2007. CASE 2007. IEEE International Conference on, 2007, Sept. 2007. Disponível em WWW: <http://ieeexplore.ieee.org/xpl/articleDetails.jsp?reload=true&arnumber=4341749&contentType=Conference+Publications>

LANDRO, L. – **The informed patient: Unsnarling traffic jams in the O.R.; Surgeons lose coveted perk in scheduling procedures; faster service for emergencies**. The Wall Street Journal August 10 D1. Retrieved October 8, 2007. [Em linha]. 2005. [Consult. 06 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <http://online.wsj.com/article/0,,SB112362701513709147,00.html>

MACARIO, A.; CANALES M.G. – **Can peri-operative quality be maintained in the drive for operating room efficiency? An American perspective**. Best Practice & Research Clinical Anesthesiology. 15: 4 (2001). p. 607-619.

MACEDO, N., MACEDO, V. – **Gestão Hospitalar**. Manual Prático – Lisboa: Ed. Lidel, 2005. 303 p.

MARTINS, M. – **Identificação e aplicação a blocos operatórios de Key Performance Indicators**. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2003. 74 f. Tese de Dissertação elaborada no âmbito do XXXI Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2001/2003

MATOS, Ivo A.P.C.O. (2011) – **Aplicação de técnicas Lean Services no bloco operatório de um hospital**. Escola de Engenharia. Universidade do Minho, 2011. 192 f. Tese de Mestrado Ciclo de Estudos Integrados Conducentes ao Grau de Mestre em Engenharia e Gestão Industrial.

MICHAUD, L. – **Turning the tables on employee turnover**. Franchising World, 32 (4), 2000.

MILLER, R.D. (2005) – **Academic anesthesia faculty salaries: incentives, availability and productivity**. Anesthesia and Analgesia.100: 2, 2005. p. 487-489

MORGAN, D. L.– **Focus groups as qualitative research' in Qualitative Research Methods Series**, 16. Londres: Sage Publications, 1997. 80 p.

NUNES, J. M. et al. – **Organização e gestão: a departamentalização como conceito**. Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. 15, 2006. p. 9-12. Documento apresentado no Congresso Sociedade Portuguesa de Anestesiologia em Lisboa, Março 2005.

OLIVEIRA, M. - **Evolução da oferta, em 30 anos do serviço nacional de saúde**. Simões J., Almedina, Coimbra, 2010. p. 271-296

OLIVER, K. – **OR expansion:A journey into the unknown**. AORN Journal 79(2), 2004. p. 369-372.

PANDIT, J. J.; PANDIT, M.; WESTBURY, S. – **The concept of surgical operating list “efficiency”: a formula to describe the term**. Anesthesia nº62, 2007. p. 895-903

PEGADO, A. – **Gestão de Bloco Operatório: Modelos de gestão e monitorização**. Escola Nacional de Saúde Pública, 2010. 162 f. Tese de Mestrado em Gestão da Saúde. Universidade Nova de Lisboa

PEREIRA, J. – **Economia da saúde: um glossário de termos e conceitos**. Associação Portuguesa Economia Saúde. Documento de trabalho 1/93 (versão revista e atualizada), Lisboa 2004

PROENÇA, I. M. - **Planeamento de Cirurgias Eletivas, Abordagens em Programação Inteira**. Faculdade de Ciência. Universidade de Lisboa. 2010. 227f. Tese de Doutoramento em Estatística e investigação operacional (Especialidade de Otimização).

RIBEIRO, J. M. – **Saúde – A liberdade de escolher**. Lisboa, Gradiva, 2009. 276 p. ISBN 978-989-616-332-7

Relatório de Primavera – **Duas faces da Saúde**. Observatório Português dos Sistemas da Saúde, 2013

SAADANI, N. H.; GUINET, A.; CHAABANE, S.– **Ordonnancement des blocs operatoires**. In Mosim : Conference Francophone de Modélisation et Simulation, 6, Rabat Maroc, 06 du 3 au 5 avril 2006 – Actes. Rabat

SARAIVA, H. – **Cidadãos devem ser livres de escolher o seu sistema de saúde**. Diário Económico, 2010. p. 28.

SILVA, S. N. – **Gasto, financiamento e eficiência, em 30 anos do serviço nacional de saúde**, Simões J., Almedina, Coimbra, 2010. 658 p. ISBN 978-972-404-110-0. p. 113-144

SIMÕES, J. – Retrato Político da Saúde – **Dependências do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra, Almedina, 2009. 346 p. ISBN 978-972-402-342-7

SPECTOR, P. – **Psicologia nas Organizações**. São Paulo: Saraiva, 2005. p. 221

STRUM DP, SAMPSON AR, MAY JH, VARGAS LG– **Surgeon and type of anesthesia predict variability in surgical procedure times**. Anesthesiology 92, 2000. p. 1454 – 1466

TEIXEIRA, S. – **Gestão das organizações**. 2ª ed. Lisboa, McGraw-Hill, 2005. p. 314. ISBN: 844-814-617-4.

TYLER D. C., PASQUARIELLO C. A., CHEN C. H. – **Determining optimum operating room utilization**. Anesthesia & Analgesia. 96: 4, 2003. p. 114-1121

TOUNTAS, Y., P. KARNAKI, E. PAVI, K. SOULIOTIS– **The "unexpected" growth of the private sector in Greece.** Health Policy 74, 2005. p. 167-180

TORKKI P, Alho A, PELTOKORPI A, TORKKI M, KALLIO P (2006) – **Managing urgent surgery as a process: case study of a trauma center.** Int J Technol Assess Health Care 22:2, 2006. p. 255-260

VASCONCELOS, M., G. – **Fatores com influência na produtividade dos departamentos de anestesiologia: estudo sobre hospitais universitários europeus.** Coimbra: Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. 2006. 77f. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde

VILELAS, J. – **Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento.** Ed. Silabo, 2009. 400p. ISBN 978-972-618-557-4. p.57, 287-298

WHO– **The role of private sector and privatization in European health systems.** Regional Committee for Europe, 2002.

World Health Organization (WHO) – **Contacting for Health Services: Lesson from New Zeland.** World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2004.

WHO– **Portugal health system performance assessment.** [Em linha]. 2010. [Consult. 02 Set. 2013. Disponível em WWW: <http://euro.who.int/en/countries/portugal/publications2/portugal-health-system-performance-assessment-2010>

WONG K, BIRKS D – **Surgical risk management: the value of a weekly surgical radio-pathological meeting.** ANZ J Surg 74, 2004. p. 205– 209

ANEXOS

ANEXO 1

GUIÃO DE FOCUS_GRUPO SOBRE A GESTÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

Existe um modelo de Gestão do Bloco Operatório? Como funciona?

Qual o horário de funcionamento do Bloco Operatório?

Quantas salas de cirurgia constituem o Bloco Operatório? Existe recobro próprio?

As salas de cirurgia programada estão divididas por especialidades? E as urgências? Que tipo de cirurgia se faz em cada uma delas?

É prática corrente a execução de processos cirúrgicos em paralelo?

Qual a frequência das cirurgias por especialidade, urgência e processos cirúrgicos paralelos?

Qual a dimensão das salas de cirurgia?

Qual o tempo médio de cirurgia por especialidade e urgência?

Qual o número de cirurgias feitas por dia (por especialidade e urgência)?

Qual a percentagem de altas médicas após cirurgia programada (especialidade) / urgência, no tempo previsto?

O que se pode mudar na Gestão do Bloco Operatório de forma a aumentar a produtividade do mesmo?

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO SOBRE

A GESTÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

O questionário que se segue é fundamental para analisarmos novas abordagens à gestão do Bloco Operatório através da opinião dos próprios profissionais de saúde, motivo pelo qual que se agradece o preenchimento de todos os campos.

A sua opinião será valorizada.

Todos os dados incluídos neste questionário são confidenciais.

Por favor, complete ou assinale um X no local que melhor traduz a realidade.

Hospital:

Dados do Inquirido:

Cirurgião () Anestesista () Enfermeiro circulante () Enfermeiro Instrumentista
() Ajudante Médico () Enfermeiro de Apoio ao Anestesista ()

Sexo: M () F ()

Idade: _____

Tempo de serviço no bloco operatório: _____

Tempo de serviço neste Hospital: _____

A sua atividade no Bloco está associada a mais que uma especialidade cirúrgica?

Sim () Não ()

Especialidade Cirúrgica Principal: _____

Número corrente de profissionais por procedimento cirúrgico dentro da sala: _____

Assinale um X no número usual de profissionais que intervêm diretamente nos procedimentos cirúrgicos em que colabora.

	1	2	3
Cirurgião			
Anestesista			
Enfermeiro			
Médico			
Outros:			

Classifique de 1 a 5 as afirmações que se seguem.

Considere **1 - Discordo Totalmente** e **5 – Concordo Plenamente**

	1	2	3	4	5
É importante que o planeamento cirúrgico seja feito semanalmente para cirurgia programada.					
O planeamento cirúrgico engloba os dados do doente.					
O planeamento cirúrgico tem em consideração o tempo médio de cada procedimento cirúrgico.					
O material cirúrgico é preparado na véspera da cirurgia.					
A sala é higienizada atempadamente.					
Existe uma boa articulação entre o Bloco Operatório com os serviços dos quais o Bloco Operatório depende para o seu funcionamento (ex. RX, Serviço de Sangue, Recobro, UCI, Enfermaria).					
As visitas de enfermagem e anestesia pré-operatórias fazem parte do planeamento.					
O planeamento cirúrgico discrimina os Recursos Humanos e materiais intervenientes, assim como o tempo de cada processo.					
Todos os profissionais que intervêm no Bloco cooperam entre si, funcionando como uma equipa coesa.					
Existe harmonia e bem-estar entre todos os profissionais do Bloco.					
Existe fraca rotatividade das equipas.					

	1	2	3	4	5
O horário de entrada no bloco de todos os intervenientes respeita a hora prevista de início da cirurgia.					
Conheço o grau de eficácia das cirurgias em que intervenho, assim como o tempo médio de cada uma, por especialidade.					
Existe um sistema de incentivos por mérito associado a uma avaliação de desempenho.					
Há um plano de substituição de recursos humanos para alguma eventualidade de maior importância.					
Existe flexibilidade entre os intervenientes do Bloco substituições de recursos humanos de última hora.					
Tenho conhecimento das decisões estratégicas sobre a gestão do Bloco Operatório.					
É-me dada a oportunidade de participar e de dar a minha opinião acerca de estratégias de melhoria da gestão do bloco operatório.					
Tenho liberdade para decidir sobre a resolução de algum problema que surja, relacionado com as minhas tarefas no bloco.					

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 3

Exmo. (as). Senhor (as)

Lisboa, 20 de Maio de 2013

Assunto: Pedido de recolha de dados para dissertação de mestrado sobre a gestão do bloco operatório em Portugal.

Helena Carla Magalhães Pereira., a frequentar o Curso de Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade de Planeamento e Estratégia Empresarial, na Universidade Autónoma de Lisboa, está a desenvolver um trabalho de investigação sobre A Gestão do Bloco Operatório em Portugal, orientado pelo Professora Doutora Denise Santos, motivo pelo qual vem solicitar a V^a Ex.^a autorização para a aplicação de um questionário junto dos intervenientes no bloco operatório (anestesistas, enfermeiros, médicos-cirurgiões).

A recolha de dados está prevista para o mês de Novembro de 2013 e será efetuada através de inquéritos por questionários e por quatro entrevistas. Os questionários serão entregues a todos os profissionais que intervêm no bloco. As Entrevistas serão realizadas ao Chefe Anestesta, Enfermeira Chefe do bloco operatório, Chefe Cirurgião e Chefe de Serviço das especialidades cirúrgicas, a fim de enriquecer o trabalho de investigação.

Estes dados serão tratados juntamente com os de outros hospitais em Portugal Continental e os resultados dos vossos dados em particular ser-vos-ão transmitidos logo que tratados.

Agradece-se portanto autorização para desenvolver a supracitada investigação e a atenção desde já dispensada.

A contribuição de V. Exas. é para nós fundamental.

Com os mais cordiais cumprimentos,

Helena Pereira

ANEXO 4

Estudo das frequências das variáveis que fazem parte do questionário

É importante que o planeamento cirurgico seja feito semanalmente para cirurgia programada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo, nem discordo	2	5,0	5,0	5,0
	Concordo	9	22,5	22,5	27,5
	Concordo plenamente	29	72,5	72,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

O planeamento cirurgico engloba os dados do doente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	2,5	2,5	2,5
	Não concordo, nem discordo	3	7,5	7,5	10,0
	Concordo	7	17,5	17,5	27,5
	Concordo plenamente	29	72,5	72,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

O planeamento cirurgico tem em consideração o tempo médio de cada procedimento cirurgico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	2	5,0	5,0	5,0
	Discordo	1	2,5	2,5	7,5
	Não concordo, nem discordo	4	10,0	10,0	17,5
	Concordo	6	15,0	15,0	32,5
	Concordo plenamente	27	67,5	67,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

O material cirurgico é preparado na véspera da cirurgia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	3	7,5	7,5	7,5
	Não concordo, nem discordo	6	15,0	15,0	22,5
	Concordo	15	37,5	37,5	60,0
	Concordo plenamente	16	40,0	40,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

A sala é higienizada atempadamente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	1	2,5	2,5	2,5
	Não concordo, nem discordo	4	10,0	10,0	12,5
	Concordo	6	15,0	15,0	27,5
	Concordo plenamente	29	72,5	72,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Existe uma boa articulação entre o Bloco Operatório com os serviços dos quais o Bloco Operatório depende para o seu funcionamento (ex. RX, Serviço de Sangue, Recobro, UCI, Enfermaria)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo, nem discordo	5	12,5	12,5	12,5
	Concordo	21	52,5	52,5	65,0
	Concordo plenamente	14	35,0	35,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

As visitas de enfermagem e anestesia pré-operatórias fazem parte do planeamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	11	27,5	27,5	27,5
	Discordo	3	7,5	7,5	35,0
	Não concordo, nem discordo	15	37,5	37,5	72,5
	Concordo	6	15,0	15,0	87,5
	Concordo plenamente	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

O planeamento cirurgico discrimina os Recursos Humanos e materias intervenientes, assim como o tempo de cada processo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	5	12,5	12,5	12,5
	Discordo	7	17,5	17,5	30,0
	Não concordo, nem discordo	5	12,5	12,5	42,5
	Concordo	9	22,5	22,5	65,0
	Concordo plenamente	14	35,0	35,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Todos os profissionais que intervêm no Bloco cooperam entre si, funcionando como uma equipa coesa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	2,5	2,5	2,5
	Não concordo, nem discordo	6	15,0	15,0	17,5
	Concordo	16	40,0	40,0	57,5
	Concordo plenamente	17	42,5	42,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Existe harmonia e bem-estar entre todos os profissionais do Bloco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	2,5	2,5	2,5
	Não concordo, nem discordo	8	20,0	20,0	22,5
	Concordo	21	52,5	52,5	75,0
	Concordo plenamente	10	25,0	25,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Existe fraca rotatividade das equipas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	6	15,0	15,0	15,0
	Discordo	14	35,0	35,0	50,0
	Não concordo, nem discordo	14	35,0	35,0	85,0
	Concordo	3	7,5	7,5	92,5
	Concordo plenamente	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

O horário de entrada no bloco de todos os intervenientes respeita a hora prevista de início da cirurgia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	3	7,5	7,5	7,5
	Discordo	7	17,5	17,5	25,0
	Não concordo, nem discordo	11	27,5	27,5	52,5
	Concordo	7	17,5	17,5	70,0
	Concordo plenamente	12	30,0	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Conheço o grau de eficácia das cirurgias em que intervenho, assim como o tempo médio de cada uma, por especialidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	2,5	2,5	2,5
	Não concordo, nem discordo	6	15,0	15,0	17,5
	Concordo	19	47,5	47,5	65,0
	Concordo plenamente	14	35,0	35,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Existe um sistema de incentivos por mérito associado a uma avaliação de desempenho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	6	15,0	15,0	15,0
	Discordo	10	25,0	25,0	40,0
	Não concordo, nem discordo	8	20,0	20,0	60,0
	Concordo	7	17,5	17,5	77,5
	Concordo plenamente	9	22,5	22,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

há um plano de substituição de recursos humanos para alguma eventualidade de maior importância.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	3	7,5	7,5	7,5
	Discordo	9	22,5	22,5	30,0
	Não concordo, nem discordo	8	20,0	20,0	50,0
	Concordo	15	37,5	37,5	87,5
	Concordo plenamente	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Existe flexibilidade entre os intervenientes do Bloco substituições de recursos humanos de última hora

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	3	7,5	7,5	7,5
	Não concordo, nem discordo	8	20,0	20,0	27,5
	Concordo	23	57,5	57,5	85,0
	Concordo plenamente	6	15,0	15,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tenho conhecimento das decisões estratégicas sobre a gestão do Bloco Operatório

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	4	10,0	10,0	10,0
	Discordo	8	20,0	20,0	30,0
	Não concordo, nem discordo	18	45,0	45,0	75,0
	Concordo	8	20,0	20,0	95,0
	Concordo plenamente	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Se me dada a oportunidade de participar e de dar a minha opinião acerca de estratégias de melhoria da gestão do bloco operatório

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	4	10,0	10,0	10,0
	Discordo	6	15,0	15,0	25,0
	Não concordo, nem discordo	14	35,0	35,0	60,0
	Concordo	12	30,0	30,0	90,0
	Concordo plenamente	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tenho liberdade para decidir sobre a resolução de algum problema que surja, relacionado com as minhas tarefas no bloco.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	2,5	2,5	2,5
	Não concordo, nem discordo	2	5,0	5,0	7,5
	Concordo	25	62,5	62,5	70,0
	Concordo plenamente	12	30,0	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

O BO tem um bom desempenho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	2,5	2,5	2,5
	Discordo	3	7,5	7,5	10,0
	Não concordo nem discordo	10	25,0	25,0	35,0
	Concordo	20	50,0	50,0	85,0
	Concordo plenamente	6	15,0	15,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	