



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Gestão de Bloco Operatório

Hugo Miguel Bernardo Terras

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Outubro de 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles que nunca deixaram de acreditar em mim e por me terem sempre incentivado em todas as fases mais complicadas do meu percurso académico.

Agradecimentos

A realização deste trabalho passou por várias etapas e por vários acontecimentos marcantes da minha vida. Ao longo deste percurso passaram (e ficaram) muitas pessoas a quem eu tenho que estar imensamente grato. Assim, quero agradecer de uma forma especial a todas elas.

À Professora Doutora Anabela Almeida, minha orientadora, por toda a sua disponibilidade, incentivo, orientação e rigor ao longo da realização de toda a investigação.

Agradeço a todos os enfermeiros que participaram neste estudo, pela disponibilidade e cooperação, amavelmente prestadas, ao responderem às entrevistas.

A minha mulher, por todo o apoio e amor e por me ajudar a enfrentar e a superar os desafios que foram surgindo ao longo desta caminhada.

Ao meu filho, pelas horas menos presentes e por ter enchido a minha vida de luz e amor.

Obrigada, ainda, a todos aqueles que não foram mencionados, mas que certamente sabem o quanto eu estou grato por fazerem parte da minha vida.

Muito obrigada!

Resumo

O Bloco Operatório constituiu-se como uma unidade complexa dotada de grande dinamismo. É o serviço mais dispendioso do hospital e uma gestão eficiente é essencial quando os hospitais e outros serviços de saúde visam maximizar os seus resultados com recursos limitados.

A delimitação do objeto de estudo foi expressa na seguinte questão: De que modo os enfermeiros percecionam a gestão do Bloco Operatório? Pretendeu-se: conhecer o modelo de gestão de um Bloco Operatório e verificar a forma como os enfermeiros percecionam a sua gestão. O trabalho empírico seguiu uma metodologia de investigação qualitativa, com recurso à análise de conteúdo dos dados obtidos através de uma entrevista semiestruturas, aplicada a 25 enfermeiros a exercerem num Bloco Operatório.

Os resultados apurados permitiram responder à questão de investigação e atingir os objetivos inicialmente delineados, tendo-se constatado que, segundo os enfermeiros entrevistados, não existe um modelo de Gestão do Bloco Operatório, *locus* de estudo, sendo, perante tal, necessário o estabelecimento de um modelo de gestão, para que se possam identificar os principais problemas que ocorrem no Bloco Operatório; implementar-se uma boa gestão de informação, enquanto fator de avaliação do desempenho e, até, fator de conhecimento real do que é a organização e de como funciona; criar instrumentos de gestão operacional do Bloco Operatório.

Palavras-chave: Bloco Operatório; Gestão; Enfermeiros.

Abstract

The Operational Block was a complex unit with great dynamism. It is the most expensive hospital service and efficient management is essential when hospitals and other health services aim to maximize their results with limited resources.

The delimitation of the object of study was expressed in the following question: How do nurses perceive the management of the Operative Block? The intention was: to know the management model of an Operative Block and to verify the way nurses perceive its management. The empirical work followed a qualitative research methodology, using content analysis of the data obtained through a semi-structured interview, applied to 25 nurses working in an Operational Block.

According to the interviewed nurses, there is no model of Operative Block Management, a locus of study, and, in view of this, it is necessary to establish a management model, so that the main problems that occur in the Operative Block can be identified; implement good information management as a factor of performance evaluation and even a factor of real knowledge of what the organization is and how it works; to create Operational Block operational management instruments.

Keywords: Operative Block; Management; Nurses.

Índice

INTRODUÇÃO	1
Parte I - Fundamentação teórica.....	3
CAPÍTULO 1 - BLOCO OPERATÓRIO.....	5
1. Bloco operatório: enquadramento concetual.....	5
1.1. Recursos humanos.....	11
1.2. Cumprimento horário	13
1.3. Sistema de incentivos.....	13
1.4. Tomada Decisão	14
1.5. Planeamento e programação do bloco operatório.....	15
1.6. Indicadores do bloco operatório.....	16
1.7. Diferentes consumos por doentes/médicos	17
1.8. Gestão de <i>Stocks</i>	18
1.9. Erros e acidentes no Bloco Operatório.....	19
Parte I - Estudo Empírico	21
CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	23
2. Metodologia	23
2.1. Questão de investigação e objetivos.....	23
2.2. Amostra.....	24
2.2.1. Caracterização dos participantes	24
2.2.2. Caracterização profissional	25
2.3. Instrumento de recolha de dados.....	27
2.4. Abordagem fenomenológica.....	28
2.5. Procedimentos éticos e formais.....	29
CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
3.1. Apresentação dos resultados	31
3.2. Discussão dos resultados.....	36
CONCLUSÕES	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS.....	47

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Caracterização da amostra em função do sexo	25
Gráfico 2 - Caracterização da amostra em função da idade	25
Gráfico 3 - Caracterização da amostra em função das habilitações profissionais	26
Gráfico 4 - Caracterização da amostra em função dos anos de experiência profissional	26
Gráfico 5 - Caracterização da amostra em função dos anos de exercício profissional no Bloco Operatório.....	27

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Atividade no BO associada a mais do que uma especialidade cirúrgica	31
Tabela 2 - Número corrente de profissionais por procedimento cirúrgico dentro da sala	31
Tabela 3 - Pessoa responsável pela Gestão do BO	32
Tabela 4 - Existência de um modelo de Gestão do BO	32
Tabela 5 - Número de salas de cirurgia que constituem o BO	32
Tabela 6 - Recobro próprio.....	33
Tabela 7 - Salas de cirurgia programada e urgências dividida por especialidades	33
Tabela 8 - Cirurgias realizadas nas salas de cirurgia programada e urgências	33
Tabela 9 - Prática corrente a execução de processos cirúrgicos em paralelo e frequência	34
Tabela 10 - Apoio das novas tecnologias de informação.....	34
Tabela 11 - Número de cirurgias feitas por dia por especialidade e urgência	35
Tabela 12 - Percentagem de altas médicas após cirurgia programada (especialidade)/urgência, no tempo previsto	35
Tabela 13 - O que se pode mudar na Gestão do BO para aumentar a produtividade do mesmo ..	36

Lista de Acrónimos

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses

DRHS - Direção dos Recursos Humanos da Saúde

Etc. - et cetera

IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional

INE - Instituto Nacional de Estatística

MS - Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

O presente trabalho inscreve-se no âmbito do Mestrado em Unidades de Saúde 2º Ciclo, da Universidade da Beira Interior no Departamento de Gestão e Economia, e é subordinado ao tema Gestão de Bloco Operatório.

A opção pelo tema deve-se ao facto de esta ser a área profissional. Como tal, este repto possibilita aprofundar conhecimentos, o que se traduzirá em ganhos de competências profissionais. Por outro lado, a existência de iliteracia sobre a temática também consubstancia a opção pelo tema. É importante que, nesta qualidade, se dê relevância à competência profissional, que consiste na capacidade de agir eficazmente em determinada situação, bem como na capacidade de utilizar os conhecimentos e recursos, sem que se reduza a eles, considerando que o saber fazer e as aptidões e qualidades são instrumentos inerentes ao profissional na construção da sua competência. Os elementos que a constituem estão associados intrinsecamente ao contexto e às circunstâncias em que sucede a intervenção de enfermagem, incluindo-se o saber mobilizar (Le Boterf, 2005). Compreender a razão dos factos torna-se cada vez mais uma necessidade procurando uma maior qualidade de cuidados e responsabilidade profissional.

O Bloco Operatório é o serviço mais dispendioso do hospital e uma gestão eficiente é essencial quando os hospitais e outros serviços de saúde visam maximizar os seus resultados com recursos limitados. O Bloco Operatório é uma paixão que nos leva muitas vezes a deixar de ser racionais para passarmos a ser emotivos, pois diariamente lidamos com a emergência, somos equipas multidisciplinares muito grandes, usamos tecnologia de ponta, resultando na complexidade da gestão nesta área. Todavia, a realização deste trabalho reverter-se-á num enriquecimento pessoa e profissional, acima de tudo.

A gestão do Bloco Operatório é um tema da máxima importância, pois circunscreve-se à realidade profissional e a sua gestão é cada vez mais importante, na medida em que é dos serviços que mais pesa na despesa nas unidades de saúde e, com os cortes que a área da saúde tem vindo a sofrer, requer de todos uma atenção especial.

Deste modo, a presente investigação tem como objetivos gerais conhecer o modelo de gestão de um Bloco Operatório e verificar a forma como os enfermeiros percecionam a sua gestão. Tendo em conta o objetivo geral, delinearam-se os seguintes objetivos específicos: i) verificar se a atividade que os enfermeiros exercem no Bloco Operatório está associada mais a que uma especialidade cirúrgica; ii) averiguar acerca do número corrente de profissionais por procedimento cirúrgico dentro da sala; iii) Identificar a pessoa responsável pela gestão do Bloco Operatório; iv) Verificar como é feita a gestão no Bloco Operatório; v) Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca do que se pode mudar na gestão do Bloco Operatório para aumentar a produtividade do mesmo.

Importa referir que a investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que visa incrementar conhecimento, respondendo a questões, resolvendo problemas em benefício da pessoa, da família e das comunidades. A enfermagem, como todas as disciplinas, necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos e, é desta forma que alcança a independência, a autonomia, o prestígio e a credibilidade.

O presente trabalho foi organizado em duas partes: a revisão da literatura e a investigação empírica. A primeira parte é reservada à fundamentação teórica, onde se abordam conceitos relativos ao Bloco Operatório e aos fatores inerentes à sua funcionalidade e gestão. A segunda parte abarca todos os conteúdos próprios do estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se o tipo de investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, a amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos, a especificidade do tratamento dos dados e os procedimentos éticos e formais. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar ainda à discussão dos resultados. O estudo termina com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões de partida e aos objetivos do estudo, fazendo-se igualmente referência às limitações encontradas e às sugestões para futuras investigações.

Parte I - Fundamentação teórica

CAPÍTULO 1 - BLOCO OPERATÓRIO

1. Bloco operatório: enquadramento concetual

Os Blocos Operatórios são “unidades orgânicas e funcionais constituídas por um conjunto integrado de meios físicos, humanos e técnicos e destinam-se à realização de intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, exames e outros procedimentos invasivos que precisem de elevado nível e controlo de assepsia e/ou de anestesia para a pessoa a quem se destinam estes cuidados, com o objetivo de restabelecer ou conservar a sua saúde” (Ministério da Saúde, 2001). Este serviço oferece “um vasto campo de intervenção, com atividades muito específicas a exigirem uma soma de conhecimentos e habilidades de natureza diversa, para o desempenho dos papéis de ajudante de anestesia, circulante e instrumentista, ou no recobro pós-anestésico” (UNIABODE, 2001).

O Bloco Operatório é a unidade com maior impacto no desempenho do hospital, quer da parte das receitas, quer da parte dos custos. Representa o maior custo do centro hospitalar, estima-se em mais de 40% das despesas totais (Lopes, 2012). De acordo com o mesmo autor, as grandes rúbricas destes custos são materiais de consumo clínico, salários e benefícios dos funcionários e despesas relacionadas com o funcionamento do bloco.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2004),

“o bloco operatório é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório”.

Os serviços no Bloco Operatório abarcam 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. A Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa (AESOP, 2006, p. 20) define Bloco Operatório como 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 composto por salas de operações, que consistem em unidades imobiliárias com o fim de realizar intervenções cirúrgicas, sendo 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).

O Bloco Operatório tem uma significativa importância num hospital, o que se deve aos respetivos custos de investimento e exploração, ou seja, a constante inovação tecnológica, muito dispendiosa e os recursos humanos altamente especializados (Pereira, 2014). De acordo com a mesma autora, é alvo capital do desenvolvimento organizacional e da contenção de despesas hospitalares, procurando o máximo de aproveitamento da capacidade instalada e dos recursos que envolvem este serviço.

No universo hospitalar, este serviço assume particular relevo uma vez 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 & Fragata 2006, p. 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 & Fragata 2006, p. 280). Importa referir que um Bloco Operatório, ainda na perspectiva dos mesmos autores, não faz sentido isoladamente, ou seja, jamais se pode pensar em Bloco Operatório sem que este esteja inserido num contexto hospitalar e numa política organizacional específica, sem os quais todo o seu funcionamento e objetivos não fariam sentido.

De acordo com Saadani, Guinet e Chaabane. (2006), o Bloco Operatório consiste no ponto de convergência de muitas atividades de um hospital, estando em ligação, direta ou indireta, com a maioria dos serviços e especialidades médicas. Por esse motivo, é que existe uma cadeia de valores no Bloco Operatório e com os outros serviços. Embora o Bloco Operatório seja uma zona protegida, na qual se prestam cuidados especializados a doentes de alto risco com necessidade de isolamento, de forma a diminuir os riscos de infeção, consiste num serviço com um grande fluxo interno e externos de doentes, pessoal e materiais (Pereira, 2014).

O Bloco Operatório tem uma significativa relevância num hospital, em decorrência dos respetivos custos de investimento e de exploração, ou seja, a constante inovação tecnológica, muito onerosa e os recursos humanos altamente especializados (Bilbao & Fragata 2006). Este é um forte alvo do desenvolvimento organizacional e da contenção de despesas hospitalares, agenciando o máximo de aproveitamento da capacidade instituída e dos recursos que compreendem este serviço (Pereira, 2014).

Em termos de universo hospitalar, o Bloco Operatório desempenha particular destaque uma vez 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 & Fragata 2006, p. 279), tendo em conta que a sua “atividade gera um grande impacto na instituição de saúde pelo volume importante de interações com o resto do hospital” (Bilbao & Fragata 2006, p. 280).

Na perspectiva de Pegado (2010, pp. 13-14), a definição de Bloco Operatório não é uma tarefa simples e linear, na medida em que seu conceito terá de abarcar fatores também eles

complexos do ponto de vista: “arquitetónico; técnico; de segurança; de infeção hospitalar; de gestão; da finalidade a que se destina; de recursos humanos; de recursos materiais...”.

Estas definições refletem as distintas abordagens dos autores, contudo, como salienta Pegado (2010, p. 14), os principais objetivos do Bloco Operatório são:

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

Tratando-se de um serviço que tem implícitos enormes consumos e abarca muitos profissionais de saúde, o Bloco Operatório possui, à semelhança de outros sectores numa Unidade Hospitalar, custos fixos associados que, na ótica de Pereira (2014), se assumem como custos independentes da produção, não sendo, portanto, suscetíveis de transformação a curto prazo, como, por exemplo, os ordenados fixos dos profissionais. Neste ponto, deve ter-se em conta que este é um serviço que requer uma equipa humana multiprofissional com um elevado nível de especialização. Ainda na perspetiva da mesma autora, há igualmente os custos variáveis, os quais estão dependentes da produção, sendo este um setor onde se pode atuar com mais facilidade, em termos de prevenção de gastos desnecessários, sendo paradigmático os consumíveis usados pela cirurgia, ou até o tipo de tecnologia utilizada (Pereira, 2014).

Para Pereira (2014), o Bloco Operatório representa o maior custo da Unidade Hospitalar, estimando-se que represente mais de 40% das despesas totais. A mesma autora refere ainda que “as grandes rúbricas destes custos são materiais de consumo clínico, salários e benefícios dos funcionários e despesas relacionadas com o funcionamento do bloco” (Pereira, 2014, p.19). O mesmo deve situar-se numa área independente do resto do hospital, mas que possibilite uma boa comunicação entre a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, a urgência e a esterilização, facultando o controlo das entradas e saídas.

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 (Bilbao & Fragata 2006).

Bilbao e Fragata (2006) propõem a constituição de uma equipa de melhoria de processos constituída por um elemento de cada área do Bloco Operatório 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.

Um novo conceito de gestão de Bloco Operatório 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 (Tyler, Pasquariello & Chen 2003).

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 Bloco Operatório depende muito do volume 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 (Bilbao & 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).

Guerriero & Guido (2011) referem que o Bloco Operatório é um dos recursos mais críticos e dispendiosos na estrutura hospitalar, cuja gestão requer a definição de um bom planeamento que satisfaça as exigências das equipas cirúrgicas, as necessidades dos doentes e as disponibilidades das salas cirúrgicas. De acordo com os mesmos autores, o Bloco Operatório institui-se como um ponto de afluência de muitas atividades de um hospital, na medida em que se relaciona com a maioria dos serviços e especialidades médicas. Deste modo, os mesmos autores referem quatro problemas principais ao nível da gestão do Bloco Operatório: planeamento das intervenções cirúrgicas, definição do horário de abertura das salas de cirurgia, planeamento do bloco operatório e ocupação das salas de operações.

Pereira (2014), suportada em Saadani & Guinet (2012), sugere uma ferramenta eficaz que apoia a tomada de decisão no Bloco Operatório, capaz de tratar problemas de elevada dimensão e que possibilita encontrar soluções próximas do ótimo. Essa ferramenta permite realizar o planeamento do Bloco Operatório, organizando e coordenando as atividades das salas de cirurgias, das salas de recuperação com cama.

Na perspetiva de Pereira (2014), a aplicação de metodologias de investigação operacional possibilita a aquisição de soluções mais eficazes, aumenta a taxa de ocupação do Bloco Operatório e reduz as listas de espera para cirurgia. O mesmo autor apresenta métodos para o planeamento de cirurgias eletivas, com dois objetivos fundamentais: maximizar a ocupação do Bloco Operatório e maximizar o número de procedimentos cirúrgicos a realizar.

A experiência cirúrgica do doente é complexa e transversal, razão pela qual as organizações hospitalares não se podem desenvolver se existir uma visão isolada do Bloco Operatório (Gomes, 2012).

Em 2009, Portugal aderiu ao desafio da *World Alliance for Patient Safety*, da Organização Mundial de Saúde, intitulado de “Save Surgery Save Lives”. Em 2010, na Circular Normativa da Direção Geral da Saúde determina-se, em parceria com o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para a Cirurgia, da Administração Central do Sistema de Saúde, a criação de uma plataforma informática, e por indicação do Departamento da Qualidade na Saúde, recomenda-se a implementação da “Cirurgia Segura Salva Vidas” em todos os Blocos Operatórios pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, sendo obrigatória a adesão dos referidos hospitais até final de setembro de 2010 (Gomes, 2012, p. 39). Para a Direcção-Geral da Saúde (2010), este programa, que consiste numa Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, visa a melhoria da segurança cirúrgica, não adicionando custos, permitindo a medição do impacto dos procedimentos cirúrgicos, evitando mortes e complicações cirúrgicas evitáveis.

Os dados da Lista de Verificação da Cirurgia Segura são registados numa plataforma informática, que é disponibilizada pelo Ministério da Saúde, envolvendo as seguintes atividades (Direcção-Geral da Saúde, 2010):

“- Período pré-operatório imediato, com uma avaliação pré-operatória, ou seja, abarca a obtenção do consentimento informado, confirmação da identidade do doente, do local da cirurgia e do procedimento a ser realizado, a verificação da integridade dos equipamentos anestésicos e da disponibilidade de medicamentos de emergência, bem como de alguns itens de risco em relação à cirurgia;

- Durante a cirurgia, no decorrer da intervenção cirúrgica, tem de se verificar o uso adequado de antibióticos, a presença de exames complementares de diagnóstico para a cirurgia que vai ser realizada, monitorização do doente, o trabalho em equipa eficiente, as decisões anestésicas e cirúrgicas, bem como a comunicação eficaz entre cirurgiões, enfermeiros e anestesistas, a fim de garantir um bom e seguro resultado;

- Após a intervenção cirúrgica, preparação dos cuidados pós-operatórios, com um plano de cuidados, uma monitorização de continuidade para favorecer a abordagem cirúrgica e o sucesso da mesma, objetivando a segurança do doente e a melhoria dos resultados. Por fim, calcula-se o Apgar Cirúrgico, índice (valor) que possibilita apreciar as condições operatórias a que o doente foi submetido. Os intervenientes no ato cirúrgico devem ter conhecimento deste valor”.

A necessidade de formação de recursos humanos nesta área e a introdução de melhorias no ambiente de trabalho (equipamento de iluminação, esterilização e outros) completam os objetivos preconizados para a “Cirurgia Segura Salva Vidas” (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

A gestão do bloco operatório consiste numa atividade complexa, na medida em que o seu fluxo de trabalho é também ele significativamente complexo de controlar e os elementos que o constituem, cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e administradores, têm pontos de vista muito diferentes acerca dos processos de melhoria (Pereira, 2014). A mesma autora salienta

que as relações entre gestores e médicos são difíceis de regular e garantir. Um dos problemas tem que ver, do lado dos gestores, com a necessidade imperiosa de racionalizar 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 percepção 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 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 possibilitem a adaptação dos recursos às necessidades dos doentes. Deste modo, é imprescindível cada vez mais posicionar a gestão do Bloco Operatório como objetivo estratégico da instituição de saúde e, simultaneamente, centrar a sua atenção na melhoria da eficiência deste serviço, pois os ganhos podem ser significativos (Pereira, 2014).

Neste sentido, Bilbao e Fragata (2006) sugerem a constituição de uma equipa de melhoria de processos constituída por um elemento de cada área do Bloco Operatório para proporcionar uma visão abrangente dos requisitos institucionais. Contudo, esta tem de ser sensível para balancear o trabalho real dos profissionais e a melhoria dos processos, o que pressupõe que as propostas de alteração devam estar bem explícitas e que sejam do conhecimento de todos os colaboradores.

Cada Bloco Operatório possui processos que são únicos, pelo que cada hospital deve estudar as melhores práticas desenvolvidas neste âmbito, de modo a poder determinar qual a que melhor se adequa à sua realidade. O alto grau de variabilidade verificada entre blocos de diferentes hospitais quer em processos, quer em custos por procedimento cirúrgico, que demonstram o grande potencial de melhoria (Pereira, 2014).

Uma gestão ineficaz do risco no Bloco Operatório pode redundar no cancelamento das cirurgias por diversos motivos, conseqüentemente na redução das “receitas de produção”. Não se pode encarar o Bloco Operatório como uma “fábrica” isolada e separá-lo do resto do hospital, porquanto este está incluído num conjunto mais amplo de serviços que prestam cuidados de saúde ao doente (Pegado, 2010, pp. 2-3). Para a mesma autora, este serviço assume um papel essencial 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, p. 3)

O Bloco Operatório pode ser observado segundo quatro dimensões: custos; configuração; circulação; recursos humanos.

1.1. Recursos humanos

Com o passar dos tempos tem-se vindo a reforçar e apoiar a ideia de que a equipa multidisciplinar é de uma enorme importância, como refere Ferreira et al. (2001), um grupo pode ser definido como um conjunto de pessoas interdependentes que procuram atingir um objetivo comum e que se veem em si próprias como parte integrante de um grupo.

Importa ressaltar que a equipa do Bloco Operatório é constituída por profissionais altamente especializados. O cirurgião realiza intervenções cirúrgicas, tendo em vista a correção de deformidades adquiridas ou congénitas, o tratamento de doenças e ferimentos, a prevenção de doenças e a melhoria das funções orgânicas no âmbito da cirurgia eletiva do aparelho digestivo (intra-abdominal) e da cirurgia dos tecidos moles, em regra não englobados nas outras especialidades cirúrgicas (Pegado, 2010, pp. 16-17).

Por cada sala operatória é necessária a presença de um anestesiológico, pois a boa prática assistencial impõe que o acompanhamento do doente anestesiado ou sedado seja efetuado, em presença física junto do doente, por um especialista de anestesiologia, devidamente inscrito no respetivo Colégio. Também se recomenda que este profissional não seja responsável por o acompanhamento de mais que um doente em simultâneo (Ordem dos Médicos, 2007).

Relativamente aos enfermeiros, os mesmos têm como principais funções (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2006):

- Conhecer as necessidades do doentes, devendo existir a visita de enfermagem pré-operatória;
- Saber qual a cirurgia, a hora e anestesia do doente;
- Providenciar a chegada do doente ao Bloco Operatório, dentro da hora marcada;
- Assistir o Médico Anestésista durante a indução e manutenção da Anestesia e no reverter da anestesia do doente;
- Preparar a sala de operações com todo o equipamento necessário à cirurgia, testando o seu funcionamento e procedendo ao preenchimento de *check-list* de verificação;
- Assistir a equipa cirúrgica durante a desinfeção e o vestir;
- Conhece com rigor todos os passos da cirurgia de modo a antecipar-se às necessidades do cirurgião;
- Retira o material da mesa operatória e colocá-lo em contentores próprios e providencia o seu transporte no circuito correto para a sala de preparação de material;
- Elabora registos necessários, referentes ao doente e a todos os procedimentos.

No Bloco Operatório, as funções da equipa de enfermagem aumentam de acordo com funções que desempenham como enfermeiro de anestesia; enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004), nas Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante, este profissional tem como atribuições específicas a

diminuição da exposição do doente aos riscos inerentes aos cuidados prestados no Bloco Operatório, “pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico no que ao ambiente diz respeito” (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

O enfermeiro chefe é o responsável pela gestão dos recursos humanos de todos os enfermeiros decidindo sobre a afetação dos meios, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de trabalho e férias, pela gestão funcional dos assistentes operacionais e pela logística do Bloco Operatório, assegurando a informação que caracteriza o nível de produção, desde o agendamento cirúrgico, recursos materiais necessários para as todas cirurgias.

Segundo o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP, 2011), os assistentes operacionais têm como objetivo principal, no exercício da sua função, “Colaborar, sob a orientação de técnicos de saúde, na prestação de cuidados aos utentes, na manutenção das condições de limpeza e higienização nas instalações e no apoio, logístico e administrativo, ao serviço e/ou unidade integrados em estabelecimentos de cuidados de saúde” (IEFP, 2011, p. 1). De acordo com o Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde, estes profissionais de saúde desempenham as suas tarefas segundo a orientação e supervisão do enfermeiro (Portugal. MS. DRHS, 1989).

De acordo com o IEFP (2011), o cirurgião tem como principais funções:

- Examinar o doente, a fim de estabelecer a indicação operatória, avaliando os riscos da intervenção, o método a empregar e estabelecendo um prognóstico, tendo em conta o estado geral do doente, a sua reação ao tratamento médico e a sua história clínica;
- Enviar o doente à observação do médico anestesista para apreciação do risco anestésico;
- Dar instruções para a preparação do doente e para a preparação dos instrumentos e materiais necessários à realização da intervenção;
- Criar ou assegurar da existência das condições materiais - equipamento, pessoal e instalações necessárias e suficientes para um pós-operatório adequado;
- Prescrever os cuidados pós-operatórios essenciais e segue o doente no pós-operatório, a fim de acompanhar a convalescença;
- Fazer o relato sistematizado de todas as operações que efetua.

O Anestesiologista e o Enfermeiro de Anestesia recebem o doente e confirmam as informações referentes à sua situação. Tem um papel fundamental tanto na avaliação pré-operatória (consulta pré-operatória), como durante a intervenção cirúrgica e no pós-operatório do doente.

A *American Society of Anesthesiologists* (2009) expõe que a anestesiologia é uma prática médica que se dedica ao alívio da dor e ao cuidado total do doente, em âmbito cirúrgico, antes, durante e após a cirurgia. A Anestesiologia trata a dor, controla o nível de consciência

e assegura o conforto, o bem-estar e as funções vitais do doente durante as intervenções cirúrgicas, exames complementares de diagnóstico e terapêutica e a execução de outras técnicas e tratamentos invasivos. Necessitam de ter um bom conhecimento de farmacologia, fisiologia e das possíveis respostas do doente ao stresse da cirurgia.

- Como principais funções o anestesista tem de:
- Providenciar uma avaliação médica contínua do paciente;
- Monitorizar e controlar as funções vitais do paciente - frequência e ritmo cardíacos, respiração, pressão arterial, temperatura corporal e balanço dos fluidos orgânicos;
- Controlar a dor e nível de consciência do paciente, para permitir as condições ideais à realização da cirurgia em segurança e ao seu sucesso (*American Society of Anesthesiologists, 2009*).

Por cada sala operatória é necessária a presença de um Anestesiologista: “A boa prática assistencial exige que o acompanhamento do doente anestesiado ou sedado seja efetuado, em presença física junto do doente, por um especialista de Anestesiologia, devidamente inscrito no respetivo Colégio. Também se recomenda que o anestesista não seja responsável por o acompanhamento de mais que um doente em simultâneo” (Ordem dos Médicos, 2007).

1.2. 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 (Pereira, 2014). 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. A 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 Operatório como também os serviços interdependentes (Pereira, 2014).

1.3. Sistema de incentivos

O incentivo consiste num estímulo que orienta o profissional para que possa adotar determinado tipo de comportamento, como, por exemplo, o sistema em que os profissionais são remunerados por doente, quanto maior o número de atos cirúrgicos mais elevado é o valor a pagar no final ao profissional (Pereira, 2014). A mesma autora refere que o incentivo consiste na implementação de uma medida que estimula os profissionais a aumentar a

qualidade e/ou a quantidade do trabalho realizado. Assim, só os incentivos assentes na produtividade permitem alcáçar os objetivos do serviço e/ou da instituição. Deste modo, o hospital não pode perder a sua capacidade a este nível, caso pretenda rentabilizar os seus recursos que indica 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. Assim, o programa de incentivo pode ser atribuído de acordo com os objetivos e com a produtividade do serviço (Pereira, 2014).

Contudo, importa referir que os incentivos não têm de ser unicamente traduzidos em valor monetário, existindo outros incentivos, sendo de destacar o prestígio na profissão e o reconhecimento social, um fator de grande peso ao nível da saúde (Pereira, 2014).

Na perspetiva de Nunes (2005, p. 12), os objetivos de um sistema de incentivos consistem em:

- i. Ampliar a responsabilidade e a consciência individual de cada profissional e do grupo no seio 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, p.12), requerendo uma contínua preocupação em relação aos aspetos qualitativos e quantitativos desses cuidados;
- ii. Incentivar o espírito e o trabalho de equipa
- iii. A noção de valor no seio da instituição, o que ajuda a fomentar ações que congreguem valor à organização, aos clientes e às próprias pessoas.

De acordo com Pereira (2014, p. 37), o sistema de incentivos tem de instituir-se como notavelmente compensatório a fim de funcionarem de forma ideal, gerando o comportamento esperado, o qual é recompensado. Os incentivos, monetários ou em tempo, consistem, desta forma, numa estratégia eficaz para que ocorra o aumento da motivação dos profissionais e da produtividade.

1.4. Tomada Decisão

No que se refere às tomadas de decisão, estas são realizadas, entre várias alternativas, a partir de resultados expectáveis, todavia, sem serem reconhecidas com toda a exatidão. Possibilitam descrever o problema, assimilar todos os fatores e a alternativa mais adequada. A carga horária dos profissionais do Bloco Operatório resulta, em muitos casos, em iniciativas próprias para a realização das tarefas (Pereira, 2014). Contudo, como sustenta Graban (2009), os procedimentos aprovados nem sempre estão patentes e a comunicação das normas aos colaboradores nem sempre são realizadas apenas por um dos turnos ou através de meios informais de comunicação. Como tal, é importante conhecer os factos que auxiliam a tomada de decisões em gestão, bem como procurar envolver todos os profissionais do Bloco Operatório ao nível desta decisão. Assume igualmente relevância, para a gestão da saúde, o

conhecimento, com qualidade e rapidez, da situação de saúde. Ressalva-se que se essa informação for facilmente acessível e estiver disponível com qualidade, transforma-se num meio por excelência para a tomada de decisão em qualquer área de atuação.

1.5. Planeamento e programação do bloco operatório

Os Blocos Operatórios, em grande parte dos hospitais, consomem um número significativo de recursos humanos, materiais e de instalações. Segundo a *Health Care Management Association Financial Report*, referenciada por Lopes (2012, p. 24), cerca de 40% das despesas totais de um hospital podem ser atribuídas ao funcionamento dos Blocos Operatórios, com a salvaguarda de que o Bloco Operatório é o serviço que gera as maiores receitas dos hospitais. Um sistema operativo de planeamento e agendamento cirúrgico permitirá manter uma alta qualidade de cuidados de saúde prestados e reduzir os custos operacionais (Lopes, 2012, p. 24).

O planeamento cirúrgico - programação cirúrgica - assume-se como o processo de ajustamento entre a oferta e a procura, ou seja, lida com decisões de capacidade (Lopes, 2012). Neste âmbito, Lopes (2012, pp.24-25) refere que o planeamento das cirurgias programadas consiste num processo que abrange três fases:

i) a fase inicial que 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 cirurgões que essa especialidade possui;

ii) o segundo passo situa-se a nível da gestão intermédia, sendo denominado por “*master surgery planing*” e envolve o desenvolvimento do 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. Neste mapa, está descrito o número de salas cirúrgicas e as especialidades lhe são alocadas. As especialidades cirúrgicas, depois de alocados os tempos cirúrgicos pelo BO, são responsáveis e responsabilizadas por agendar doentes para as salas que lhes foram distribuídas, tendo prioridades sobre as mesmas.

A última etapa situa-se ao nível operacional, denomina-se “*elective case*;

iii) *scheduling*” que consiste na alocação dos doentes no agendamento. Esta última fase do planeamento é, por vezes, abordada na literatura (Magerlein & Martin, 1978, cit. por Proença, 2010) como contendo dois procedimentos: “*Advance scheduling*”, afetam-se os doentes aos dias da intervenção e/ou às salas de operações; “*Allocation scheduling*” sendo

sequenciados os doentes de cada dia de intervenção, ou afetam-se os doentes a um horário determinado (Proença, 2010).

1.6. Indicadores do bloco operatório

São vários os indicadores que podem ser utilizados para avaliar o planeamento cirúrgico e os procedimentos de agendamento (Lopes, 2012, p. 27). Neste sentido, de acordo com o mesmo autor, podem distinguir-se oito indicadores de desempenho fundamentais:

- Tempo de espera: as longas listas de espera estão entre as queixas mais ouvidas nos cuidados de saúde em geral. Este pode ser avaliado pela “Lista de espera para cirurgia”, ou o tempo de espera em relação ao cirurgião para as cirurgias (um dos recursos mais caros na sala cirúrgica);
- Rendimento: produção cirúrgica por unidade de tempo (está intimamente ligado ao tempo de espera do cliente);
- Utilização: as salas subutilizadas representam um custo desnecessário. Por exemplo, o prolongamento de um procedimento cirúrgico pode causar custos altos (como despesas extras com os profissionais) e adiamentos de doentes;
- Desempenho: diz respeito à redistribuição de recursos, ou seja, ao desenvolvimento de horários de salas com operações que levem a uma boa ocupação dos recursos físicos e humanos sem picos de ocupação. É fundamental minimizar o risco de problemas de capacidade provocados por eventos inesperados, como o prolongamento das intervenções cirúrgicas, ou maior permanência dos doentes nas salas cirúrgicas devido à demora na recuperação anestésica ou falta vaga na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos/Unidade de cuidados Intensivos Polivalente, ruturas de dispositivo médico, demora de entrega de instrumentos cirúrgicos esterilizados, agendamento para o mesmo período cirúrgico de cirurgias que utilizam os mesmos dispositivo médico;
- *Makespan* (tempo de utilização, alargamento do horário/tempo) é o alargamento do tempo de funcionamento das salas cirúrgicas para além do seu horário normal que leva ao pagamento de horas extra. Outros recursos também podem ser considerados, tais como, a ocupação de camas que leva a um aumento da carga de trabalho nos serviços de internamento e na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos.

Segundo Lopes (2012, p.28), Kyung et al. (2010) apontam duas dimensões de indicadores para monitorizar a gestão do Bloco Operatório: os indicadores de saída e indicadores de processo.

- Os indicadores de saída: abarcam o número de salas utilizadas; o número de intervenções cirúrgicas e de cirurgias por hora repartidas por status de admissão, ou seja, cirurgia do ambulatório versus internamento de curta duração versus internamento de longa duração; taxa de utilização, definida pela hora cirúrgica dividida pelo número de horas

disponíveis, quer para o conjunto ou o todo, quer para cada hora do bloco atribuída, e proporção de casos urgentes e emergentes;

- Os indicadores de processo: compreendem a percentagem de cirurgias que começam dentro do horário previsto, a duração dos diversos tempos operatórios, como a entrada no bloco, o início da indução anestésica, início da incisão cirúrgica, hora do encerramento da ferida operatória, hora do fim da anestesia, saída do doente para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos ou para a Unidade de cuidados Intensivos Polivalente, intervalo de tempo entre o fim de uma cirurgia e o início da cirurgia seguinte; desvios da duração da cirurgia agendada e o agendamento, tendo por base o agendamento histórico e o cirurgião principal.

Segundo os mesmos autores supracitados, a gestão do Bloco Operatório não deve avaliar apenas os indicadores de saída e os indicadores de processo, porque uma tentativa de fazer aumentar as saídas e melhorar os processos pode resultar no aumento do risco da diminuição da qualidade dos cuidados, da segurança dos doentes, bem como ao aumento da probabilidade de excesso de trabalho e insatisfação dos profissionais (Kyung et al., 2010, cit. por Lopes, 2012, p. 29).

Importa referir que os mencionados indicadores de qualidade compreendem a adesão aos protocolos universais e *timeouts*; a administração oportuna de antibióticos profiláticos, a taxa da infeção da ferida operatória, os acontecimentos adversos, nomeadamente a taxa de mortalidade intraoperatória, a taxa de paragens cardíacas, o número de corpos estranhos retidos nos doentes, sendo exemplo, as compressas ou os instrumentos cirúrgicos, a falta da indicação da lateralidade do local cirúrgico, as falhas na esterilização, a taxa de falhas no equipamento ou instrumentos cirúrgicos.

Lopes (2012, p.29) refere também que a satisfação dos profissionais pode ser mensurada de forma indireta e por meio da taxa de retenção de pessoal, da longevidade média e da experiência da equipa, bem como através das falhas na comunicação. As listas de verificação pré-operatórias consistem numa ferramenta simples para minimizar as falhas de comunicação, melhorar o trabalho em equipa e atenuar os atrasos da sala cirúrgica, da mortalidade e da morbilidade.

1.7. Diferentes consumos por doentes/médicos

De acordo com Barros (2009), referenciado por Lopes (2012, p.29), prevalece a incerteza na prática dos médicos quanto aos cuidados de saúde apropriados e aos resultados e relativa efetividade dos tratamentos alternativos. Os médicos diferem nos seus padrões de prática clínica, pois onde um médico sugere cirurgia, outro pode prescrever uma terapia baseada em medicamentos, resultando na variação da prática clínica. Muito do conhecimento médico é ambíguo e poucos serviços são absolutamente necessários, pelo que há uma larga margem de escolhas alternativas.

A existência de incerteza nos tratamentos resulta na falta de consenso no que se refere à melhor prática clínica e, implicitamente, resulta no desenvolvimento de diversas práticas, diferentes práticas clínicas equivalem à ideia de que diferentes médicos têm diferentes conjecturas sobre a função de produção relevante (Barros, 2009, cit. por Lopes, 2012, 29).

De acordo com Lopes (2012,p. 30),

“a preferência do cirurgião pode comprometer a redução de *stocks* e a diminuição da variabilidade dos dispositivos médicos, é pois fundamental ter cirurgiões informados para eliminar a variação desnecessária na prática clínica e reduzir o número dos dispositivos médicos para a mesma indicação clínica. Com a diminuição da variabilidade nos procedimentos cirúrgicos, os custos devem ser menores, com *stocks* mais reduzidos”.

1.8. Gestão de *Stocks*

Existe a imprescindibilidade de constituir um *stock* quando o consumo e o abastecimento de recursos materiais possuem um comportamento divergente ao longo do tempo, isto é, na prestação de cuidados de saúde os recursos materiais podem ser consumidos de uma forma contínua, mas o seu abastecimento é realizado de uma forma descontínua, o que dá origem à constituição de um *stock* de recursos materiais para um período em que não há abastecimento (Carvalho & Ramos,2009, cit. por Lopes, 2012, p. 30).

O Bloco Operatório necessita de recursos materiais que se podem agrupar em cinco grupos: fármacos; dispositivos médicos; material hoteleiro; material administrativo; material de manutenção e conservação (materiais de instalações e equipamento).

A manutenção de um *stock* para o Bloco Operatório constitui um investimento elevado e a gestão eficaz dos mesmos pode ser uma oportunidade de poupança económica para o hospital (Carvalho & Ramos, 2009, cit. por Lopes, 2012, pp. 30-31). Os mesmos autores afirmam que os produtos consumidos nas unidades de cuidados de saúde têm determinadas características que tornam, a sua gestão bastante complexa:

- “Variedade: nas unidades de prestação de cuidados de saúde existe uma grande variedade de produtos, com comportamentos de consumo distinto;
- Perfil de consumo: o consumo destes produtos é aleatório, depende do tipo de patologias e da sua evolução de tratamento, o que dificulta a previsão de consumo;
- Criticidade: alguns produtos são considerados críticos e necessitam elevados níveis de serviço;
- Valor: existem produtos de elevado valor unitário, envolvendo assim montantes financeiros elevados;
- Prazos de validade: muitos destes produtos têm prazos de validade, o que acresce um nível de dificuldade na sua gestão;
- Ciclo de vida: o desenvolvimento tecnológico, as alterações de ciclos terapêuticos, o aparecimento de novas patologias são fatores que contribuem para que o ciclo de vida de alguns produtos seja curto, suscitando a potencial criação de obsoletos”.

Uma redução de custos ao nível do bloco operatório é uma grande oportunidade de poupança para o hospital e uma gestão eficiente dos dispositivos médicos pode trazer vários benefícios financeiros, entre os benefícios potenciais temos:

- Entrega em tempo útil dos materiais e equipamentos que elimina ou reduz os atrasos na sala cirúrgica;
- O custo do trabalho de reposição de dispositivos médicos não utilizados é reduzido;
- A transferência de informação entre o planeamento das salas cirúrgicas, a esterilização, o aprovisionamento, a faturação e a contabilidade é automático;
- Redução de recursos humanos”

A introdução de instrumentos de controlo ou novos métodos de gestão de *stocks* e de abastecimento para a instituição e desta para o bloco operatório, pode melhorar a gestão do bloco através da adoção das tecnologias de informação. Normalmente os hospitais não têm o sistema de agendamento cirúrgico ligado com o sistema de abastecimento de materiais esterilizados, há pois, a necessidade de um bom sistema informático que faça a integração entre o departamento cirúrgico, o aprovisionamento e a esterilização de forma a permitir a preparação atempada dos dispositivos médicos e cumprir a realização do agendamento cirúrgico. Um bom sistema de informação permite monitorizar o *stock* e o volume de compras, o ajuste de quantidades, reordenar os *stocks* baseado na média e a variância da procura diária dos dispositivos médicos (Carvalho & Ramos, 2009, cit. por Lopes, 2012, p. 30).

1.9. Erros e acidentes no Bloco Operatório

Os blocos operatórios têm uma elevada prevalência de erros e acidentes, que vão desde as interrupções do fluxo cirúrgico, a acidentes *minor* e acontecimentos *major* (Fragata, 2010). O autor, ao rever as áreas de atividade do Bloco Operatório em que os erros acontecem com mais frequência, identifica os mecanismos e a origem mais comuns: fatores humanos e de equipa, fatores organizacionais, a complexidade das tarefas, as influências do ambiente e o puro acaso. Os erros típicos e os padrões de erros são: cirurgia errada, no doente errado, no órgão errado e no lado errado, corpos estranhos deixados, infeção cirúrgica e trombose venosa, embolia pulmonar.

A atividade num Bloco Operatório, como se tem vindo a expor, é uma prática complexa, interdisciplinar, com grande dependência da atuação individual, exercida no seio de organizações complexas, onde os fatores de equipa e os fatores organizacionais desempenham um papel basilar, numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos. A atividade abrange as tarefas complexas, as plenas de variação e de incerteza, exercidas em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo stresse (Healey & Vincent, 2007).

A determinação de um qualquer resultado médico ou cirúrgico é função da complexidade da tarefa a realizar (dificuldade técnica, idade, comorbilidades, tipo da doença, estágio de avanço, fatores técnicos anatómicos ou outros fatores de dificuldade). Depende igualmente da performance individual, da equipa e da instituição, esta última envolve fatores técnicos humanos e fatores de equipa, bem como fatores da organização ou sistema (equipamentos, protocolos, cultura local de segurança, volume de casos e experiência, entre outros) (Fragata,2010). Depende igualmente, de acordo com o mesmo autor, das condições locais de trabalho, recursos, *staff* e urgência. Depende ainda de um fator de variação aleatória, ou seja, o acaso, que é estabelecido pela natureza relacional de complexidade dos atos médicos em equipas muito interligadas, o que confere um fator inesperado ao resultado, mesmo quando tudo se fez bem. O acaso, segundo Fragata (2010), resulta a partir das relações interdependentes do fenómeno biológico, da interação com as pessoas e os sistemas. Todos estes determinantes atuam no Bloco Operatório e originam um maior ou menor grau de ocorrência de eventos, consoante o nível ou ambiente local da cultura de segurança que envolvem os doentes.

No Bloco Operatório é imprescindível estar-se preparado para modificações rápidas e inesperadas, as emergências ocorrem com frequência, sendo o tempo de reação indispensável para dar resposta a essas situações de forma eficaz e eficiente (Vargas, 2010).

De acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006), uma das características que sobressai é a necessidade de responder de forma rápida, precisa e segura. Contudo, esses momentos são vividos com ansiedade e stresse pelos diferentes grupos profissionais (enfermeiros, anestesistas, cirurgiões, assistentes operacionais).

Existem um conjunto de fatores que podem levar a erros no registo de consumos:

- Por norma, os hospitais não realizam registos por cirurgia, é análise de dados históricos que permite chegar a consumos padrão. Neste sentido, podem ocorrer consumos que não sejam registados (Kyung & Dickerson, 2009);
- O Bloco Operatório é constituído por vários centros de custos que corresponde a cada especialidade cirúrgica, com por exemplo o centro de custos de Cirurgia Geral, o centro de Ortopedia, etc., podendo haver erros na atribuição do consumo dos materiais de consumo clínico;
- A variabilidade dos procedimentos médicos aumentam o possível erro nos registos dos consumos, porque podem estar a utilizar um artigo que foi requisitado para outro centro de custos/especialidade que não o seu (Vries, 2011).

Parte I - Estudo Empírico

CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2. Metodologia

A finalidade deste capítulo é descrever os procedimentos e metodologias utilizadas para efetuar este estudo, tendo em vista uma avaliação da validade e fidelidade dos resultados obtidos.

2.1. Questão de investigação e objetivos

Para Polit, Beck e Hungler (2004) uma pesquisa inicia-se com uma questão que um pesquisador gostaria de solucionar. Os problemas de investigação são redigidos na forma de indagações acerca da maneira pela qual os fenómenos estão relacionados e interagem. Fortin (2009) refere que a investigação tem como ponto de partida uma situação que considera como Apresenta-se o tema de estudo, explica-se a sua importância, resumem-se os dados e as teorias aplicadas.

Na formulação do problema, o investigador procura demonstrar a utilidade de um estudo empírico, do problema de investigação. Em consonância com a autora em referência (2009, p. 144) “a maneira de colocar o problema varia segundo o tipo de questão”.

Neste sentido e partindo-se do pressuposto que um problema de investigação “é a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adotar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 89), formulou-se a seguinte questão de investigação:

- De que modo os enfermeiros percecionam a gestão do Bloco Operatório?

Decorrente da questão de investigação formulada, e partindo-se do pressuposto que a natureza dos objetivos varia em função da natureza da pesquisa e a sua função é orientar a seleção da organização dos procedimentos, permitir uma melhor avaliação dos resultados e conhecer o que se espera alcançar com a investigação (Marconi & Lakatos, 2004), formularam-se os objetivos, para que se possa “explorar, identificar, descrever, ou ainda explicar ou prever um determinado fenómeno, devendo ser formulado com grande economia de palavras” (Freixo, 2011, p. 164).

Assim, delinearão-se para esta investigação os seguintes objetivos:

- conhecer o modelo de gestão de um Bloco Operatório;
- conhecer a forma como os enfermeiros percebem a gestão do Bloco Operatório;
- verificar se a atividade que os enfermeiros exercem no Bloco Operatório está associada mais a que uma especialidade cirúrgica;
- averiguar acerca do número corrente de profissionais por procedimento cirúrgico dentro da sala;
- identificar a pessoa responsável pela gestão do Bloco Operatório;
- verificar como é feita a gestão no Bloco Operatório;
- conhecer a opinião dos enfermeiros acerca do que se pode mudar na gestão do Bloco Operatório para aumentar a produtividade do mesmo.

2.2. Amostra

Um trabalho de investigação requer uma definição cuidadosa da população que vai ser objeto de estudo. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 143), a população “é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios”. A amostra deste estudo é constituída por 25 enfermeiros a exercerem num Bloco Operatório.

2.2.1. Caracterização dos participantes

Dos 25 enfermeiros entrevistados, 62,0% são do sexo feminino e 38,0% do sexo masculino (cf. Gráfico 1).

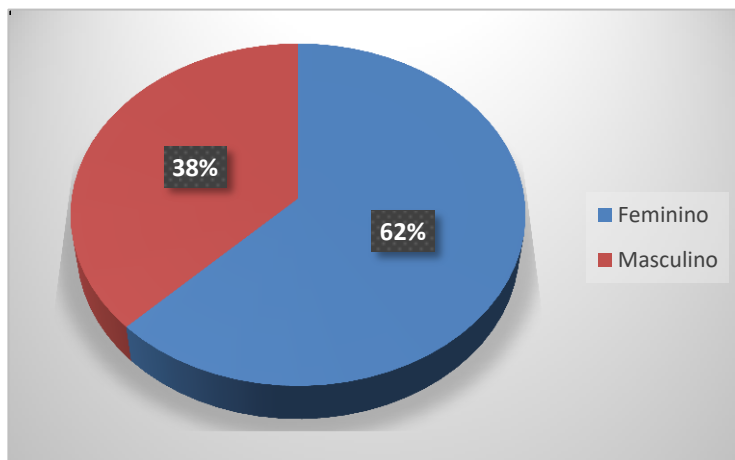


Gráfico 1 - Caracterização da amostra em função do sexo

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 2, verifica-se que 27,0% dos enfermeiros têm idade compreendida entre os 30-36 anos, estando em igual percentagem os enfermeiros na faixa etária dos 38-43 anos (27,0%) e entre os 47-52 anos (27,0%). Os enfermeiros com idade compreendida entre 57-60 anos representam 19,0% da amostra.

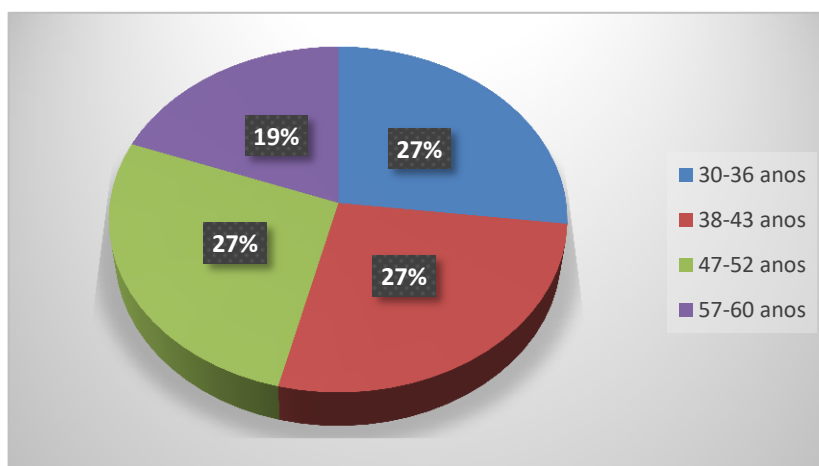


Gráfico 2 - Caracterização da amostra em função da idade

2.2.2. Caracterização profissional

Constata-se que a grande maioria dos enfermeiros é licenciada (79,0%), tendo 21,0% a licenciatura e a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (cf. Gráfico 3).

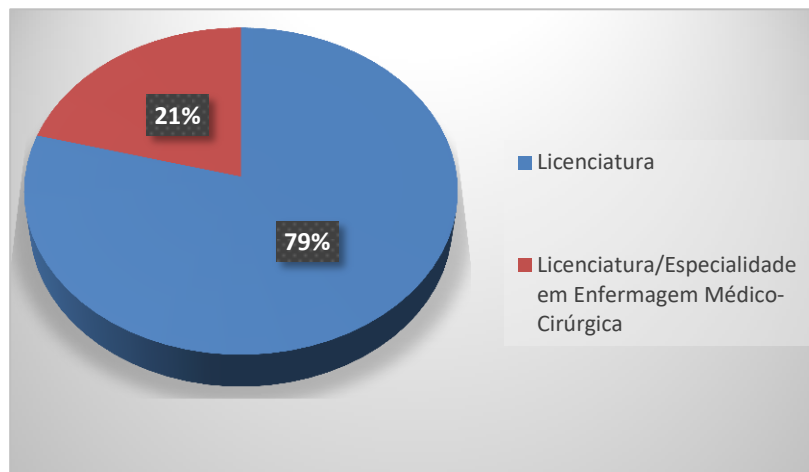


Gráfico 3 - Caracterização da amostra em função das habilitações profissionais

No que se refere aos anos de experiência profissional, verifica-se que 35,0% dos enfermeiros possuem entre 5-12 anos de serviço, secundados pelos que têm entre 30-41 anos de experiência profissional. Com igual valor percentual (17,0%, respetivamente) estão os enfermeiros com 14-20 vs. 22-26 anos de experiência profissional (cf. Gráfico 4).

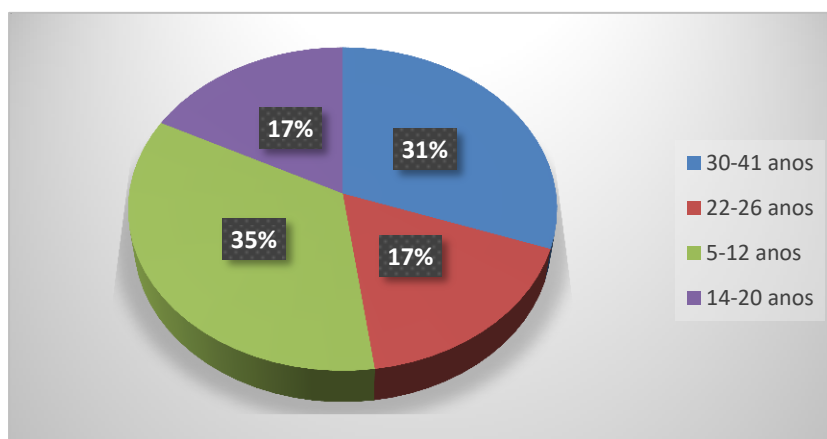


Gráfico 4 - Caracterização da amostra em função dos anos de experiência profissional

Em relação aos anos de exercício profissional no Bloco Operatório, verifica-se que a maioria dos enfermeiros possui entre 2-8 anos de experiência profissional no serviço (39,0%), seguindo-se, em termos de representatividade, os enfermeiros com 10-16 anos de experiência profissional no Bloco Operatório. Com idêntico valor percentual, constata-se que se encontram os enfermeiros com 20-25 anos e com 30-36 anos de tempo de serviço no Bloco Operatório (13,0%, respetivamente) e 4,0% possuem 41 anos de experiência profissional no Bloco Operatório (cf. Gráfico 5).

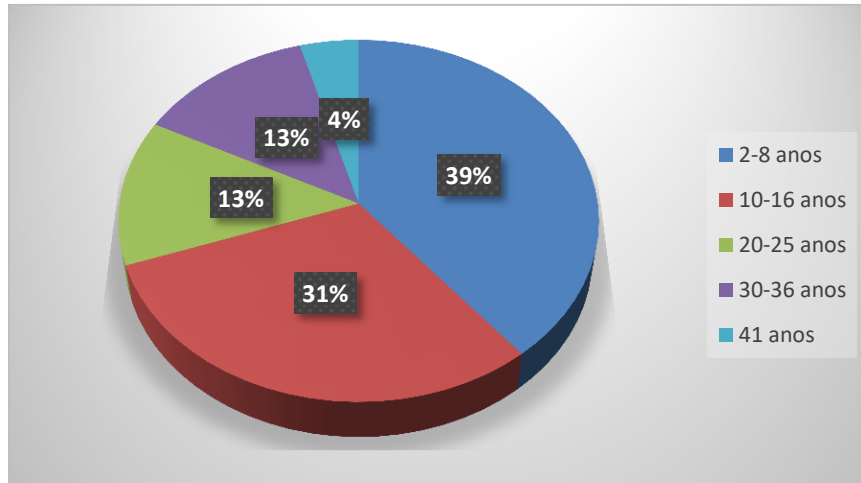


Gráfico 5 - Caracterização da amostra em função dos anos de exercício profissional no Bloco Operatório

2.3. Instrumento de recolha de dados

As diversas alternativas metodológicas de colheita e análise de dados sugerem a necessidade de tomar uma decisão alicerçada no próprio estudo, nas questões de investigação e no grupo alvo (Flick, 2005). Assim, optou-se pela entrevista semiestruturada (cf. Anexo I). A sua elaboração teve por referência os critérios propostos por Quivy e Campenhoudt (2008), ou seja, formularam-se de forma clara e unívoca as perguntas e a correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência dos entrevistados.

A entrevista elaborada para este estudo é semiestruturada, pois elaboraram-se algumas questões, que constam de um guião. Cunha (2009) refere que a entrevista semiestruturada é um “modelo que não é inteiramente livre, nem orientado por um leque de perguntas estabelecidas *a priori*. É, no geral, constituída por uma série de perguntas abertas, colocadas verbalmente e seguindo uma ordem prevista, podendo o entrevistador acrescentar outras perguntas que julgue necessárias, com finalidades de esclarecimento” (Cunha, 2009, p. 133).

O entrevistador possui, conforme esclarece a autora, um guia referencial de perguntas abertas, que apresenta à medida que a entrevista vai decorrendo, a fim de que o discurso do entrevistado possa fluir livremente, permitindo-lhe que se exprima com abertura. Esse guião teve no presente caso como objetivo orientar a entrevista e estimular o pensamento livre dos participantes, tornando a entrevista similar a uma conversa.

2.4. Abordagem fenomenológica

Este estudo insere-se no âmbito da investigação qualitativa, uma vez que se pretendeu recolher dados no ambiente natural em que as ações ocorrem, descrever as situações vividas pelos participantes e interpretar a forma como os mesmos referem ser a gestão do Bloco Operatório em que exercem.

A investigação qualitativa, de acordo com Fortin (2009), estuda as coisas no meio natural e interpreta os fenómenos baseando-se nos significados que os participantes dão a esses fenómenos. Nas metodologias qualitativas, os intervenientes da investigação não são reduzidos a variáveis isoladas, mas vistos como parte de um todo no seu contexto natural. A opção por este tipo de estudo suporta-se no facto de os dados recolhidos, denominados de qualitativos, serem ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas. As questões a investigar são formuladas com a finalidade de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e no contexto natural (Bogdan & Biklen, 1994).

Tendo em conta tratar-se de uma investigação de natureza qualitativa, torna-se pertinente analisar as suas características principais. Bogdan e Biklen (1994, p. 132) apresentam cinco principais características da investigação qualitativa:

“i) a fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador é o principal agente na recolha desses mesmos dados; ii) os dados que o investigador recolhe são principalmente de carácter descritivo; iii) os investigadores que utilizam metodologias qualitativas interessam-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados; iv) a análise dos dados é feita de forma indutiva; v) o investigador interessa-se, acima de tudo, por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências”.

O paradigma qualitativo assenta numa metodologia que visa obter dados descritivos, sendo os participantes da investigação estudados ao pormenor, no seu contexto natural. Assim, a utilização desta metodologia, tem por objetivo a compreensão dos fenómenos observados, centrando a pesquisa nos factos, interpretando os processos e acontecimentos, através de uma descrição densa de onde se podem produzir conhecimentos (Freixo, 2011).

Este estudo segue também a metodologia fenomenológica, na medida em que a realidade se enfoca nas perceções dos enfermeiros que exercem no Bloco Operatório, cujo objetivo é compreender e encontrar significados por meio de narrativas verbais (Bogdan & Biklen, 1994). Este método tem como características sistematizar os dados de natureza qualitativa, possibilitando compreender como os participantes experienciam determinada situação, percebem, pensam e sentem as suas vivências, tomando como ponto de partida a expressão pessoal desse processo (Flick, 2005).

Os dados recolhidos foram sujeitos à análise de conteúdo que, segundo Bardin (2015), consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações objetivando alcançar, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. No presente estudo, a técnica de análise seguida foi a análise categorial temática, que permitiu sintetizar os dados, categorizando-os e uniformizando-os de forma a tornar mais acessível a análise das respostas e suas interpretações.

A análise de conteúdo pode ser realizada de duas maneiras: segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge “da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2015, p. 119), ou seja, a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*. Neste estudo procedeu-se a uma abordagem exploratória, com uma categorização *a posteriori*, tendo em conta as questões do Guião da Entrevista.

Em suma, a análise de conteúdo das entrevistas, teve, assim em atenção os seguintes momentos: tratamento da entrevista, excluindo a informação que se afasta dos segmentos pretendidos; categorização do corpus da informação pela sua divisão em unidades; categorização do referido corpus com a sua distribuição por categorias e subcategorias, tendo em conta a grelha de análise elaborada no guião da entrevista.

2.5. Procedimentos éticos e formais

Considerando os preceitos éticos e deontológicos a ter em conta neste tipo de estudos, foi solicitado o parecer da Comissão de Ética Científica da Unidade Local de Saúde da Guarda (cf. Anexo II).

Comprometemo-nos perante os participantes que seria garantida a confidencialidade das respostas, quaisquer que fossem os resultados e que todo o trabalho seria desenvolvido de forma a não perturbar a sua linha de intervenção e que os enfermeiros só participariam voluntariamente. Foram, então, tidos em consideração os princípios éticos nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em investigação designadamente princípio do respeito pela dignidade humana e princípios de justiça e beneficência, garantindo-se o anonimato e confidencialidade na publicitação dos resultados. Nos dias e horas apazados e a anteceder a aplicação do instrumento de colheita foi explicado aos participantes, os objetivos e a colaboração que deles se pretendia, reforçando-se uma vez mais o carácter de voluntariedade de participação no estudo. Procedemos, assim, à sua elucidação e obtido o assentimento voluntário,

apelamos à sinceridade nas respostas. Assim, o consentimento foi obtido junto dos participantes que possuíam discernimento necessário para avaliar o sentido da proposta. Garantimos o anonimato, informando, da não existência de respostas corretas ou não corretas, mas apenas a sua opinião.

CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1. Apresentação dos resultados

Os resultados apresentados de seguida dizem respeito à análise de conteúdo das entrevistas realizadas a 25 enfermeiros a exercerem num Bloco Operatório, procurando-se, deste modo, alcançar os objetivos delineados para este estudo.

De acordo com os dados apurados, 20 enfermeiros referiram que a sua atividade no BO está associada a mais do que uma especialidade cirúrgica, tendo a E7 referido que está associada ao anestesista. Verificou-se que 4 enfermeiros mencionaram que a sua atividade no BO não está associada a mais do que uma especialidade cirúrgica (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Atividade no BO associada a mais do que uma especialidade cirúrgica

Categoria	Subcategorias	F
Atividade no BO associada a mais do que uma especialidade cirúrgica	Sim	20
	Não	5
Total		25

No que se refere ao número corrente de profissionais por procedimento cirúrgico dentro da sala, constatou-se que a maioria dos enfermeiros (n=23) referiu que são 7 profissionais, enquanto um enfermeiro mencionou a presença de 3 profissionais e outro enfermeiro relatou que estão, por norma, 6 profissionais na sala por procedimento cirúrgico (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Número corrente de profissionais por procedimento cirúrgico dentro da sala

Categoria	Subcategorias	F
Número corrente de profissionais por procedimento cirúrgico dentro da sala	7	23
	3	1
	6	1
Total		25

De acordo com as unidades de significado da maioria dos enfermeiros (n=21), a pessoa responsável pela Gestão do BO deveria ser alguém com formação específica em gestão e recursos humanos, tendo grande parte especificado que essa pessoa deveria ser o enfermeiro chefe, delegando funções aos enfermeiros especialistas por áreas. Verificou-se que 2 enfermeiros referiram que deveria ser o enfermeiro chefe e outros 2 mencionaram que essa pessoa deveria ser o enfermeiro especialista (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Pessoa responsável pela Gestão do BO

Categoria	Subcategorias	F
Pessoa responsável pela Gestão do BO	Alguém com formação específica em gestão e recursos humanos	21
	Enfermeiro chefe	2
	Enfermeiro especialista	2
Total		25

Constatou-se que todos os enfermeiros (n=25) referiram que não existe um modelo de Gestão do BO (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Existência de um modelo de Gestão do BO

Categoria	Subcategorias	F
Existência de um modelo de Gestão do BO	Não	25
Total		25

Em relação ao número de salas de cirurgia que constituem o BO, apurou-se que todos os enfermeiros (n=25) indicaram a existência de 4 salas de cirurgia (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Número de salas de cirurgia que constituem o BO

Categoria	Subcategorias	F
Número de salas de cirurgia que constituem o BO	4 salas	25
Total		25

Em conformidade com as unidades de registo dos enfermeiros (n=25), o BO contém 1 sala de recobro próprio (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Recobro próprio

Categoria	Subcategorias	F
Recobro próprio	1 recobro	25
Total		25

Constatou-se que todos os enfermeiros (n=25) mencionaram que as salas de cirurgia programada e as urgências estão divididas por especialidades. A E13 referiu que “a sala 1 de cirurgia faz as urgências de cirurgia e ginecologia, a sala 4 faz as urgências de ortopedia e cardiologia” (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Salas de cirurgia programada e urgências dividida por especialidades

Categoria	Subcategorias	F
Salas de cirurgia programada e urgências divididas por especialidades	Sim	25
Total		25

Verificou-se que a maior parte dos enfermeiros relatou que as cirurgias realizadas nas salas de cirurgia programada e urgências são variáveis e dependem das próprias urgências, não tendo especificado o tipo de cirurgia. Apurou-se ainda que 2 enfermeiros mencionaram cirurgias urgentes/emergentes, 1 enfermeiro referiu cirurgia de urgências traumáticas e 1 enfermeiro referenciou a cirurgia ortopédica (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Cirurgias realizadas nas salas de cirurgia programada e urgências

Categoria	Subcategorias	F
Cirurgias realizadas nas salas de cirurgia programada e urgências	Variável dependendo da urgência	21
	Cirurgias urgentes/emergentes	2
	Urgências traumáticas	1
	Ortopedia	1
Total		25

Procurou-se saber se é prática corrente a execução de processos cirúrgicos em paralelo, do que se apurou que 10 enfermeiros referiram que sim, alegando que os processos cirúrgicos ocorrem numa média de 3 vezes por semana. Verificou-se que 5 enfermeiros afirmaram que não há urgência em paralelo, 4 informaram que urgência só na equipa de enfermagem de urgência; 3 enfermeiros referiram que os processos cirúrgicos em paralelo só ocorrem no turno da manhã; 3 entrevistados admitiram que é prática corrente a execução de processos cirúrgicos em paralelo, especificando que a ortopedia, a cirurgia e ORL ocorrem, em média, 4 vezes por semana; ginecologista, urologia e cardiologia são cirurgias realizadas 1 vez por

semana. Ainda se verificou-se que 1 enfermeiro confirmou também a realização de processos cirúrgicos em paralelo abarcando diferentes especialidades, 1 enfermeiro referiu que as cirurgias de urologia ocorrem de 15 em 15 dias. Um outro enfermeiros relatou que a execução de processos cirúrgicos em paralelo é pouco frequente, com uma casuística de 1 ou 2 vezes por ano. Apurou-se também que 1 enfermeiro mencionou que a cirurgia programada tem lugar de segunda a sexta-feira.

Tabela 9 - Prática corrente a execução de processos cirúrgicos em paralelo e frequência

Categoria	Subcategorias	F
Prática corrente a execução de processos cirúrgicos em paralelo e frequência	Sim - média 3 vezes por semana	10
	Não há urgência em paralelo	5
	Urgência só uma equipa de enfermagem de urgência	4
	Processos em paralelo só na rotina de manhã	3
	Sim - ortopedia, cirurgia e ORL - 4 vezes por semana	3
	Sim - ginecologista, urologia e cardiologia 1 vez por semana	3
	Sim - diferentes especialidades	1
	Sim -Urologia de 15 em 15 dias	1
	Pouco frequentes - 1 ou 2 vezes por ano	1
	Cirurgia programada de segunda-feira a sexta-feira	1
Total		32

Em conformidade com os dados apurados, constatou-se que quase todos os enfermeiros (n=20) referiram que existe apoio das novas tecnologias de informação no BO. Contrariamente, 2 enfermeiros não confirmaram esse apoio e outros 2 aditem a sua existência, mas referiram que apoiam muito pouco (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Apoio das novas tecnologias de informação

Categoria	Subcategorias	F
Apoio das novas tecnologias de informação	Sim	20
	Muito pouco	3
	Não	2
Total		25

Quanto ao número de cirurgias feitas por dia por especialidade e urgência, constatou-se que a maioria dos enfermeiros (n=15) referiu uma média por dia de 3/4 cirurgias por especialidade, 9 entrevistados mencionam que o número de cirurgias de urgência realizadas por dia é variável. Apurou-se também que, segundo alguns enfermeiros, se realizam 3 urgências - ortopedia convencional por dia (n=2), 3 cirurgias ORL convencionais por dia (n=2), 3 cirurgias convencionais por dia (n=2), 5 cirurgias ginecológicas convencionais por dia (n=2) e 4/5 cirurgias de cardiologia convencionais por dia (n=2). Verificou-se que 1 enfermeiro referiu que

se realizam 3 cirurgias de urgência por dia (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Número de cirurgias feitas por dia por especialidade e urgência

Categoria	Subcategorias	F
Número de cirurgias feitas por dia	3/4 cirurgias por especialidade	15
	Cirurgias de urgência variáveis	9
	3 urgências - ortopedia convencional	2
	3 cirurgias ORL convencionais	2
	3 cirurgias convencionais	2
	5 cirurgias ginecológicas convencionais	2
	4/5 cirurgias de cardiologia convencionais	2
	3 cirurgias de urgência	1
Total		35

No que diz respeito à percentagem de altas médicas após cirurgia programada (especialidade)/urgência, no tempo previsto, constatou-se que as percentagens variam entre os 68%-80%, com prevalência dos 80% (n=12). Importa referir que 7 enfermeiros referiram que não têm conhecimento dos dados relativos às percentagens de altas médicas após cirurgia programada (especialidade) /urgência, no tempo previsto (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Percentagem de altas médicas após cirurgia programada (especialidade)/urgência, no tempo previsto

Categoria	Subcategorias	F
Percentagem de altas médicas após cirurgia programada (especialidade)/urgência, no tempo previsto	80%	12
	Não têm conhecimento	7
	70%	2
	90%	1
	78%	1
	68%	1
	87%	1
Total		25

Procurou-se saber qual a opinião dos enfermeiros acerca do que se pode mudar na Gestão do BO para aumentar a produtividade do mesmo, verificando-se que a maioria (n=11) considera que se deveria apostar mais na gestão de *stocks* por variáveis. Apurou-se que 5 enfermeiros são de opinião que deveria haver divisão de responsabilidades, 3 enfermeiros sugeriram mais colaboração entre os vários intervenientes, 2 enfermeiros consideram que se deveria apostar mais em novas tecnologias de gestão. Foi também sugerido: a gestão de tempos operatórios (n=1), a rentabilização das salas no período da sala (n=1), a implementação de sistema de gestão (n=1), a uniformização de procedimento (n=1), maior responsabilização

profissional/pessoal, rigoroso cumprimento dos horários de disponibilidade das salas operatórias (n=1) e distribuição do poder pelos profissionais (n=1) (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - O que se pode mudar na Gestão do BO para aumentar a produtividade do mesmo

Categoria	Subcategorias	F
O que se pode mudar na Gestão do BO para aumentar a produtividade do mesmo	Gestão de stocks por variáveis	11
	Divisão de responsabilidades	5
	Mais colaboração entre os vários intervenientes	3
	Novas tecnologias de gestão	2
	Gestão de tempos operatórios	1
	Rentabilização das salas no período da sala	1
	Implementar sistema de gestão	1
	Uniformização de procedimento	1
	Responsabilização profissional/pessoal	1
	Rigoroso cumprimento dos horários de disponibilidade das salas operatórias	1
	Distribuição do poder pelos profissionais	1
Total		28

3.2. Discussão dos resultados

Posteriormente à apresentação dos resultados tem lugar a sua discussão, os quais são interpretados à luz do enquadramento teórico efetuado na primeira parte deste trabalho, tendo em conta também as questões de investigação e os objetivos delineados.

Constatou-se que todos os enfermeiros (n=25) referiram que não existe um modelo de Gestão do Bloco Operatório. Importa, desde já, referir que, na realidade, não há um único modelo de Gestão de Bloco Operatório que seja aplicado a todos os blocos operatórios, uma vez que todos os Blocos Operatórios são diferentes, com características próprias e especificidades muito especiais. No entanto, é imprescindível que exista um modelo de gestão que inclua, segundo Pegado (2010), um programa de incentivos, investimento no sistema de informação que permita a comunicação entre os serviços e os profissionais, que siga o doente em todo o seu percurso dentro da instituição e que esteja diretamente ligado ao serviço de reposição de materiais para um débito direto de gastos. É importante a criação de uma equipa de gestão de Bloco Operatório multiprofissional de modo a realizar-se a monitorização e a avaliação de todo o funcionamento e planeamento de Bloco Operatório, sendo igualmente indispensável existência de uma equipa de gestão de risco.

Em relação ao número de salas de cirurgia que constituem o BO, apurou-se que todos os enfermeiros (n=25) indicaram a existência de 4 salas de cirurgia, contendo o mesmo 1 sala de

recobro próprio. Todos os enfermeiros mencionaram que as salas de cirurgia programada e as urgências estão divididas por especialidades. Verificou-se que a maior parte dos enfermeiros relatou que as cirurgias realizadas nas salas de cirurgia programada e urgências são variáveis e dependem das próprias urgências, não tendo especificado o tipo de cirurgia. Apurou-se ainda que 2 enfermeiros mencionaram cirurgias urgentes/emergentes, 1 enfermeiro referiu cirurgia de urgências traumáticas e 1 enfermeiro referenciou a cirurgia ortopédica. Apurou-se que 10 enfermeiros referiram que é prática corrente a execução de processos cirúrgicos em paralelo, alegando que os processos cirúrgicos ocorrem numa média de 3 vezes por semana; 5 enfermeiros afirmaram que não há urgência em paralelo, 4 informaram que urgência só ma equipa de enfermagem de urgência; 3 enfermeiros referiram que os processos cirúrgicos em paralelo só ocorrem no turno da manhã; 3 entrevistados admitiram que é prática corrente a execução de processos cirúrgicos em paralelo, especificando que a ortopedia, a cirurgia e ORL ocorrem, em média, 4 vezes por semana; ginecologista, urologia e cardiologia são cirurgias realizadas 1 vez por semana. Ainda se verificou-se que 1 enfermeiro confirmou também a realização de processos cirúrgicos em paralelo abarcando diferentes especialidades, 1 enfermeiro referiu que as cirurgias de urologia ocorrem de 15 em 15 dias. Um outro enfermeiro relatou que a execução de processos cirúrgicos em paralelo é pouco frequente, com uma casuística de 1 ou 2 vezes por ano. Apurou-se também que 1 enfermeiro mencionou que a cirurgia programada tem lugar de segunda a sexta-feira. Os resultados apurados corroboram a literatura, segundo a qual, os serviços no Bloco Operatório contêm 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 (AESOP, 2006)

Estes resultados estão em conformidade com a literatura, uma vez que o Bloco Operatório institui-se como um ponto de afluência de muitas atividades de um hospital, na medida em que se relaciona com a maioria dos serviços e especialidades médicas (Pegado, 2010; Guerriero & Guido, 2011). Neste sentido, os mesmos autores mencionam quatro problemas primordiais ao nível da gestão do Bloco Operatório: planeamento das intervenções cirúrgicas, definição do horário de abertura das salas de cirurgia, planeamento do bloco operatório e ocupação das salas de operações. Saadani, Guinet & Chaabane (2006) sugerem uma ferramenta eficaz que apoia a tomada de decisão no Bloco Operatório, capaz de tratar problemas de elevada dimensão e que possibilita encontrar soluções próximas do ótimo, uma ferramenta que permite realizar o planeamento do Bloco Operatório, organizando e coordenando as atividades das salas de cirurgias, das salas de recuperação com cama.

Em conformidade com os dados apurados, constatou-se que quase todos os enfermeiros (n=20) referiram que existe apoio das novas tecnologias de informação no BO. Contrariamente, 2 enfermeiros não confirmaram esse apoio e outros 2 aditem a sua existência, mas referiram que apoiam muito pouco. A este propósito refere-se que cada hospital tem de se organizar para poder implementar um modelo e uma estrutura adequada de gestão dos sistemas e

tecnologias de informação e comunicação, para que possa garantir, segundo Serrano (2011): o alinhamento estratégico entre os sistemas informáticos/tecnologias de informação e comunicação e o seu “Negócio”; a definição de uma política de informação interna que alicerce os processos de decisão em conformidade com a política nacional de informação do setor de saúde; uma avaliação criteriosa dos investimentos em sistemas informáticos/tecnologias de informação e comunicação, assumindo como prioritário o seu retorno económico e financeiro; uma avaliação *ex-post* de todos os investimentos efetuados; uma visão pragmática que promova o desenvolvimento de medidas de soluções em termos de suporte e operacional. Por tal, na perspetiva de Lopes (2012), o Bloco Operatório tem de fazer parte de uma estratégia de tecnologias de informação do hospital, parte integrante de um sistema único e global, sendo extremamente útil, que no atendimento ao doente, os dados do Bloco Operatório estejam em continuidade com os outros serviços, garantindo-se, assim, uma boa gestão do mesmo. É indispensável um sistema que faça a gestão de toda a informação existente e faculte dados em tempo real, na medida em que existe a necessidade de se ter conhecimento acerca do que ocorre em cada momento.

Quanto ao número de cirurgias feitas por dia por especialidade e urgência, constatou-se que a maioria dos enfermeiros (n=15) referiu uma média por dia de 3/4 cirurgias por especialidade, 9 entrevistados mencionam que o número de cirurgias de urgência realizadas por dia é variável. Apurou-se também que, segundo alguns enfermeiros, se realizam 3 urgências - ortopedia convencional por dia (n=2), 3 cirurgias ORL convencionais por dia (n=2), 3 cirurgias convencionais por dia (n=2), 5 cirurgias ginecológicas convencionais por dia (n=2) e 4/5 cirurgias de cardiologia convencionais por dia (n=2). Verificou-se que 1 enfermeiro referiu que se realizam 3 cirurgias de urgência por dia. No que diz respeito à percentagem de altas médicas após cirurgia programada (especialidade)/urgência, no tempo previsto, constatou-se que as percentagens variam entre os 68%-80%, com prevalência dos 80% (n=12). Importa referir que 7 enfermeiros referiram que não têm conhecimento dos dados relativos às percentagens de altas médicas após cirurgia programada especialidade/urgência, no tempo previsto.

Procurou-se saber qual a opinião dos enfermeiros acerca do que se pode mudar na Gestão do BO para aumentar a produtividade do mesmo, verificando-se que a maioria (n=11) considera que se deveria apostar mais na gestão de *stocks* por variáveis. Apurou-se que 5 enfermeiros são de opinião que deveria haver divisão de responsabilidades, 3 enfermeiros sugeriram mais colaboração entre os vários intervenientes, 2 enfermeiros consideram que se deveria apostar mais em novas tecnologias de gestão. Foi também sugerido: a gestão de tempos operatórios (n=1), a rentabilização das salas no período da sala (n=1), a implementação de sistema de gestão (n=1), a uniformização de procedimento (n=1), maior responsabilização profissional/pessoal, rigoroso cumprimento dos horários de disponibilidade das salas operatórias (n=1) e distribuição do poder pelos profissionais (n=1). Consideram-se importantes as sugestões sugeridas, as quais podem ser parte integrante das componentes essenciais para

um modelo de Gestão de Bloco Operatório mais efetivo.

A manutenção de um *stock* no Bloco Operatório assume-se como um significativo investimento, cuja gestão eficaz pode constituir-se como uma oportunidade de economia financeira para o hospital (Carvalho & Ramos, 2009). Ainda na perspetiva dos mesmos autores, os produtos consumidos nas instituições de saúde possuem certas características que fazem com que a sua gestão seja bastante complexa. A política de *stocks* assume-se como um desafio para a gestão hospitalar pela interligação que se estabelece com outras preocupações do Bloco Operatório, designadamente a gestão de informação (Lopes, 2012).

É importante também referir que a garantia da qualidade dos cuidados no Bloco Operatório é igualmente conseguida pela reflexão constante sobre as boas práticas inerentes ao desempenho quotidiano da equipa multidisciplinar, o que requer a partilha de responsabilidades e cooperação entre todos, sobretudo porque o Bloco Operatório abarca o mistério e o respeito, estando a dor e o sofrimento associados, sendo também é um local de expectativa no qual se vai recuperar a saúde. Devem garantir-se as práticas de segurança e a promoção de uma melhor comunicação e trabalho da equipa multidisciplinar. A AESOP (2006) preconiza que, no Bloco Operatório Promover, deve promover-se uma abordagem conjunta, entre todos os profissionais envolvidos, um planeamento de trabalho seguro, a par das suas especificidades, para que se possam obter padrões elevados de cuidados, na procura da excelência. Importa reforçar que no Bloco Operatório em estudo existe uma equipa de Gestão de Bloco Operatório, responsável pelo planeamento cirúrgico e com definições próprias, abarcando uma equipa multidisciplinar.

CONCLUSÕES

O Bloco Operatório constituiu-se como uma unidade complexa dotada de grande dinamismo, estando-lhe associada a ideia de que se trata de um serviço desgastante, gerador elevado de stress, quer pelas suas particularidades que exigem muito dos profissionais de saúde, quer pela situação do doente, pelos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, quer pelas tecnologias de ponta usadas. Por outro lado, a própria evolução científica e tecnológica a nível da anestesia, da cirurgia e dos equipamentos impõem que os profissionais de saúde, no caso concreto, enfermeiros estejam permanentemente atualizados.

Considera-se que com o esforço de todos os profissionais de saúde e o desejo conjunto de aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde, o recurso cada vez mais efetivo do Bloco Operatório assume-se como uma meta concreta, a ser alcançada a curto prazo. Neste sentido, máxima utilização da capacidade estabelecida e dos recursos disponíveis deve assumir-se como um dos objectivos primordiais quer para a administração do hospital, quer para todos os profissionais de saúde que nele exercem. Os desperdícios e os gastos desmesurados com a ineficaz utilização do Bloco Operatório deverão ser contabilizados e examinados de forma exaustiva de modo a poder-se detetar os reais problemas, objetivando a resolução e redução dos desperdícios de recursos.

Salienta-se a importância de se conhecerem os factos que apoiam a tomada de decisões em gestão e envolver todos os profissionais do Bloco Operatório nesta decisão.

Pensa-se, com a realização deste estudo de investigação, ter contribuído para a consciencialização dos gestores da ULS Guarda EPE, dos profissionais do BO e das Unidades em estudo, relativamente à importância da prevenção dos riscos ocupacionais, e das implicações destes, quer através de estratégias individuais adotadas quer através do envolvimento da instituição na implementação de medidas que fomentem a segurança laboral.

Conclui-se que, segundo os enfermeiros entrevistados, não existe um modelo de Gestão do Bloco Operatório, *locus* de estudo, sendo, perante tal, necessário o estabelecimento de um modelo de gestão, para que se possam identificar os principais problemas que ocorrem no Bloco Operatório; implementar-se uma boa gestão de informação, enquanto fator de avaliação do desempenho e, até, fator de conhecimento real do que é a organização e de como funciona; criar instrumentos de gestão operacional do Bloco Operatório.

Será importante criar-se um sistema de incentivos, reforçar o sistema de informação e de comunicação entre os restantes serviços, para que a informação seja sempre atualizada em tempo real e permita um melhor seguimento do doente em todo o seu percurso; a existência de uma equipa de Gestão de Risco e uma contínua metodologia de prevenção e monitorização

do erro; promoção de uma maior envolvimento de toda a equipa na concretização dos objectivos e na análise da produção e dos dados relativos ao funcionamento do serviço.

Não se pode descurar do pressuposto que os problemas de gestão do Bloco Operatório são complexos e interdependentes, quer pelas equipas que constituem os seus recursos humanos, quer pelas vivências e expectativas que têm, quer pelos recursos materiais que o Bloco Operatório necessita.

Limitações do Estudo/Pistas para Futuras Investigações

A principal limitação do estudo prende-se com o facto de os participantes ter sido recrutados no mesmo *locus* de estudo, ou seja, todos exercem no mesmo Bloco Operatório, o que não permite extrapolar os resultados a outros Blocos Operatórios. Como tal, seria interessante replicar este estudo noutros Blocos Operatórios de outros hospitais e estender o estudo a categorias profissionais e averiguar se as conclusões se assemelhavam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Society of Anesthesiologists (2009). *About ASA*. Acedido em <http://www.asahq.org>.
- Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa (2006). *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidata.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do Bloco Operatório. In Fragata, J., *Risco Clínico - complexidade e performance* (pp. 277-296). Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-402-835-4.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Cunha, M. J. S. (2009). *Investigação científica. Os passos da pesquisa científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Chaves: Ousadias.
- Direção-Geral da Saúde (22 de junho de 2010). *Cirurgia Segura Salva Vidas*. Circular Normativa Nº:16/DQS/DQCO. Portugal.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. ISSN 0870-9205. Vol. 10, 3, 17-26. Acedido em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/3-erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operat%C3%B3rio.pdf>
- Freixo, M.J.V. (2011). *Metodologia Científica - Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gomes, M.J.A.Q. (2012). *Cultura de Segurança do Doente no Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24068>.
- Graban, M. (2009). *Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction*. 1.ª ed., Taylor e Francis Group, ISBN 978-143-987-043-3.
- Guerriero, F., & Guido, R. (2011). Operational research in the management of the operating theatre: a survey. *Health Care Management Science*, v. 14, 89-114.
- Healey, A.N., & Vincent, C.A.(2007). The systems of surgery. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*; 8, 429-443.
- IEFP, I.d. (2011). *Grande grupo 2, Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas*. Acedido em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/CAP2.pdf>.:<http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/CAP2.pdf>.

- Instituto Nacional de Estatística (2004). *Inquérito aos hospitais*. INE. Acedido em <http://webinq.ine.pt/public/pages/queryinfo?id=IHSP>
- Kyung, W. P., & Dickerson, C. (2009). Can efficient supply management in the operating room save millions? *Current Opinion in Anaesthesiology*, Vol. 22, 2, 242-248.
- Lopes, A.J.M. (2012). *Gestão do Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho. Escola de Economia e Gestão. Acedido em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19778/4/Am%C3%A9rico%20Jorge%20Marinho%20Lopes.pdf>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. V. (2004). *Metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas.
- Martins, M. (2003). *Identificação e aplicação a blocos operatórios de Key Performance Indicators*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.
- Ministério da Saúde, (2001). *Glossário de Conceitos para a Produção de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Nunes, J. M. (2005). Organização e gestão: a departamentalização como conceito. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 15, 9-12.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, pp. 1-2.
- Ordem dos Médicos. (2007). Regulamentos sobre o Acompanhamento e Responsabilidade do Anestesiologista pelo Doente Submetido a Atos Médicos de Anestesia ou sedação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 16-24.
- Pegado, A. (2010). *Gestão de Bloco Operatório: Modelos de gestão e monitorização*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/5468/4/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Pegado.pdf>
- Pereira, H.C.M. (2014). *Modelo de gestão do bloco operatório*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Autónoma de Lisboa. Departamento de Ciências Económicas, Empresariais e Tecnológicas. Acedido em <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/440/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Helena%20Pereira.pdf>
- Polit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

- Saadani, N.H., Guinet, A., & Chaabane, S. (2006). Ordonnancement des blocs operatoires. In Mosim: *Conference Francophone de Modélisation et Simulation*, 6, Rabat Maroc, 06 du 3 au 5 - Actes. Rabat.
- Tyler D. C., Pasquariello C. A., & Chen C. H. (2003). Determining optimum operating room utilization. *Anesthesia & Analgesia*, 96, 4, 1114-1121.
- UNAIBODE (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório*. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Vargas, M.C.F. (2010). *Gestão de conflitos e desgaste profissional no bloco operatório: o caso dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Aberta. Lisboa. Acedido em http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1702/3/TMCS_MCarvalhoVargas.pdf
- Vries, J. de (2011). The shaping of inventory systems in health services: A stakeholder analysis. *International Journal of Production Economics*. Vol. 133, 60-69.

ANEXOS



ANEXO I
GUIÃO DA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Departamento Gestão e Economia

Mestrado em Unidades de Saúde 2º Ciclo

Parte I – Dados pessoais e profissionais

1. Caraterização pessoal

- Sexo _____
- Idade _____

2. Caraterização profissional

Habilitações académicas _____

Habilitações profissionais: _____

Anos de experiência profissional: _____

Anos de exercício profissional em Bloco Operatório: _____

Parte II

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

2. Qual o número corrente de profissionais por procedimento cirúrgico dentro da sala?

3. Qual deverá ser a pessoa responsável pela Gestão do Bloco Operatório?

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

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

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

7. É prática corrente a execução de processos cirúrgicos em paralelo? Qual a frequência das cirurgias por especialidade, urgência e processos cirúrgicos paralelos?

8. Existe apoio das novas tecnologias de informação?

9. Como é feita a Gestão no Bloco Operatório?

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

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

12. O que se pode mudar na Gestão do Bloco Operatório para aumentar a produtividade do mesmo?

ANEXO II

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA CIENTÍFICA DA UNIDADE LOCAL
DE SAÚDE DA GUARDA**