



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

Mestrado em Enfermagem

Gestão de Unidades de Cuidados

Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório

Ana Cristina Colaço e Castro

Coimbra, março 2018



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

Mestrado em Enfermagem

Gestão de Unidades de Cuidados

Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório

Ana Cristina Colaço e Castro

Orientador: Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral,

Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem em Gestão de Unidades de Cuidados

Coimbra, março 2018

**Para conseguir melhorar a qualidade nos cuidados de saúde, é necessário ser capaz de
medi-la.**

(National Comitee for Quality Assurance)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado de uma ideia, um desejo e uma força. Nos três incluem pessoas que conhecemos e com as quais trabalhamos há mais ou menos tempo, num ambiente de cuidados que nos seduziu desde o primeiro momento em que lá chegámos: o bloco operatório. Este trabalho revela um pouco do que consiste este serviço, e dá a conhecer a vontade de pessoas, profissionais deste bloco operatório, em trilhar um caminho para a mudança. Contudo, pensamos que este trabalho também interessou outros profissionais e outras áreas. Consideramos que isso é bom. Sublinhamos os nossos agradecimentos a todos os que fazendo ou não parte desta grande equipa nos estimularam a concretizar essa ideia, esse desejo e essa força.

Em primeiro, agradecemos ao nosso orientador Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, pelas perspetivas e apoio fundamentais para a nossa evolução. Obrigada por nos ajudar a olhar os problemas com mais serenidade.

Em segundo, manifestamos a nossa gratidão a todos os que espontaneamente aceitaram colaborar até ao fim neste trabalho. Obrigada, Senhoras Enfermeiras e Senhor Administrador, pela vossa forte presença e ajuda.

Em terceiro, queremos registar o nosso reconhecimento aos órgãos de gestão do Bloco Operatório Central e ao Serviço de Anestesiologia (polo HUC) por terem apoiado este trabalho, e ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra por aceitar o nosso pedido para realização do estudo.

Por fim, agradecemos muito profundamente a todos os que fisicamente ou não estão sempre ao nosso lado, cujo amor generoso nos engrandece e alimenta a nossa inspiração...

Muito obrigada!

SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ASA – *American Society of Anesthesiologists*

BO – Bloco Operatório

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS – Direção-Geral da Saúde

DUQuE – *Deeping our Understanding on Quality Management in Healthcare*

ENQual – *European Research Network in Healthcare*

GF – Grupo Focal

GOBP – Guias Orientadores de Boa Prática

GTBO – Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

IoT – *Internet of Things*

MARQuIS – *Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies*

NNIS – *National Nosocomial Infection Surveillance*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Operating Room*

VPO – Visita Pré-Operatória

RESUMO

Hoje a qualidade é um assunto essencial nos cuidados de saúde. Perante uma maior sobrevida da população, as instituições, os serviços e os profissionais devem estar preparados para responder em consonância. A qualidade na saúde apresenta diferentes sentidos, e o seu conceito altera-se na presença dos diversos atores, circunstâncias e entidades. Avedis Donabedian procurou compreender como a qualidade pode ser melhorada através da cadeia *estrutura-processo-resultado*. Este quadro concetual constitui uma boa abordagem para refletir a qualidade de cuidados no bloco operatório, e apoiar um caminho de melhoria nesta área para este serviço tão complexo.

O objetivo do estudo é *construir uma lista de indicadores de qualidade no bloco operatório*. Para cumprirmos este objetivo recorremos a duas técnicas de recolha de dados, Grupos Delphi e Grupos Focais, que trabalhámos com profissionais de diferentes grupos no Bloco Operatório Central do polo HUC do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Face à análise de conteúdo de entrevistas não estruturadas, identificámos domínios e indicadores de qualidade, que a par dos fornecidos pela fundamentação teórica permitiram criar uma grelha para determinar consenso junto dos entrevistados quanto à sua representatividade. Posteriormente, a dinâmica nos Grupos Focais possibilitou melhor descrever os domínios de qualidade e os respetivos indicadores, segundo a cadeia *estrutura-processo-resultado* de Avedis Donabedian.

Para os profissionais que no estudo a qualidade no BOC insere-se nos domínios dos Recursos Humanos, dos Recursos Materiais, da Segurança, do Desempenho e da Aprendizagem-Crescimento. Indicadores como a dotação de pessoal, a formação profissional, o sistema informatizado de gestão de doentes, a Cirurgia Segura, os protocolos de prevenção de infeção, o agendamento cirúrgico, o cancelamento cirúrgico, a satisfação do doente e a satisfação profissional, ajudam a descrever esses domínios.

Futuramente este estudo deve descrever estes indicadores, para que se possam tornar uma ferramenta efetiva de melhoria no bloco operatório e contribuir para a otimização dos cuidados.

Palavras-chave: qualidade, Donabedian, indicador, bloco operatório.

ABSTRACT

Today quality is an essential topic in healthcare. Dealing with the population increased life expectancy, institutions, services and professionals must be prepared to respond accordingly. Healthcare quality has different values, and its concept change relating to diverse actors, circumstances and entities. The Avedis Donabedian conceptual framework brings to light how quality of care could be improved by *structure-process-outcome* categorization. This approach seems to be excellent to reflect operating room quality of care, and to support an improvement path in this area.

The purpose of this study is *to create a quality indicators schedule in the operating room*. To fulfill our aim, we used two data collection techniques, Delphi Groups and Focal Groups, which we worked together with healthcare staff from Bloco Operatório Central of the HUC center in Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

In content analysis findings of the unstructured interviews, we identified domains and quality indicators that along with those provided by theoretical analysis, allowed us to create a grid and determine their representativeness among respondents. Subsequently, the focus group dynamics made possible to identify quality domains and indicators, categorized according Avedis Donabedian *structure-process-result*.

On behalf of the professionals participating in his study, quality is about Human Resources, Material Resources, Safety, Performance and Learning-Growth. Indicators such as staffing, professional training, computerized patient management system, Safe Surgery, infection prevention protocols, surgical scheduling, surgical cancellation, patient satisfaction and professional satisfaction help to describe those domains.

One research avenue is to describe these indicators, to become effective improvement tools in the operating room and contribute to optimize care.

Key words: quality, Donabedian, indicator, operating room.

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Concetualização da melhoria de qualidade no hospital e percurso do doente.....	31
Figura 2 – Níveis de avaliação de qualidade segundo Avedis Donabedian.....	36
Figura 3 – Domínios da qualidade identificados no bloco operatório, segundo a cadeia estrutura-processo-resultado.....	110
Figura 4 – Domínios da qualidade no bloco operatório.....	133

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Métrica de análise da <i>performance</i> no bloco operatório	47
Tabela 2 – Sistema simples de pontuação da <i>performance</i> no bloco operatório	49
Tabela 3 – Sujeitos da amostra intencional, áreas de referência e ação, 1ª Fase.....	67
Tabela 4 – Categorias da cadeia estrutura-processo-resultado e respectivos domínios de indicadores propostos, 2º momento de entrevista, 1ª Fase.....	68
Tabela 5 – Sujeitos da amostra intencional, áreas de referência e ação, 2ª Fase.....	69
Tabela 6 – Grelha de análise para categoria estrutura, domínios e indicadores selecionados, 2º momento de entrevista, 1ª Fase	78
Tabela 7 – Grelha de análise para categoria processo, domínios e indicadores selecionados, 2º momento de entrevista, 1ª Fase	80
Tabela 8 – Grelha de análise para categoria resultado, domínios e indicadores selecionados, 2º momento de entrevista, 1ª Fase	83
Tabela 9 – Grelha de representatividade consensual para indicadores da categoria estrutura e domínios selecionados, 2ª Fase	87
Tabela 10 – Grelha de representatividade consensual para indicadores da categoria processo e domínios selecionados, 2ª Fase.....	87
Tabela 11 – Grelha de representatividade consensual para indicadores da categoria resultado e domínios selecionados, 2ª Fase.....	88
Tabela 12 – Grelha revista de domínios e indicadores, categoria estrutura, 2ª Fase	94
Tabela 13 – Grelha revista de domínios e indicadores, categoria processo, 2ª Fase	95
Tabela 14 – Grelha revista de domínios e indicadores, categoria resultado, 2ª Fase	96

Tabela 15 – Grelha estrutura, domínios, indicadores e subindicadores, última reunião, 2ª Fase.....	99
Tabela 16 – Grelha processo, domínios, indicadores e subindicadores, última reunião, 2ª Fase.....	102
Tabela 17 – Grelha resultado, domínios, indicadores e subindicadores, última reunião, 2ª Fase.....	104
Tabela 18 – Categoria Estrutura, indicadores para domínio Recursos Humanos ...	117
Tabela 19 – Categoria Estrutura, indicadores para domínio Recursos Materiais	118
Tabela 20 – Categoria Processo, Indicadores para domínio Segurança	121
Tabela 21 – Categoria Processo, indicadores para domínio Desempenho	122
Tabela 22 – Categoria Resultado, indicadores para domínio Segurança	125
Tabela 23 – Categoria Resultado, indicadores para domínio Desempenho	126
Tabela 24 – Categoria Resultado, indicadores para domínio Aprendizagem-Crescimento	128

SUMÁRIO

Página

INTRODUÇÃO	19
-------------------------	-----------

I PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 – HOSPITAIS E CUIDADOS DE SAÚDE.....	26
---	-----------

1.1 – QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	28
--	----

1.1.1 – A Melhoria da Qualidade.....	31
--------------------------------------	----

1.1.2 – O Modelo Avedis Donabedian	35
--	----

2 – CUIDADOS DE SAÚDE EM CONTEXTO DE BLOCO OPERATÓRIO	42
--	-----------

2.1 – COMPLEXIDADE SISTÊMICA NO BLOCO OPERATÓRIO	44
--	----

2.2 – <i>PERFORMANCE</i> NO BLOCO OPERATÓRIO	45
--	----

2.2.1 – A Eficiência e a Qualidade na <i>Suite</i> Operatória	46
---	----

2.2.2 – Os Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório.....	49
---	----

2.3 – EQUIPAS DE TRABALHO NO BLOCO OPERATÓRIO	52
---	----

2.3.1 – A Multidisciplinaridade no Bloco Operatório.....	53
--	----

2.3.2 – A Prática de Comunicação na Equipa Multidisciplinar	55
---	----

2.3.3 – A Competência Coletiva.....	56
-------------------------------------	----

PARTE II – METODOLOGIAS

1 – METODOLOGIA	61
------------------------------	-----------

1.1 – MÉTODO DE PESQUISA.....	61
-------------------------------	----

1.1.1 – Seleção do Caso	62
-------------------------------	----

1.1.2 – Procedimentos	64
-----------------------------	----

1.1.2.1 – Seleção da Amostra.....	64
1.1.2.1 – Técnicas de Recolha de Dados.....	65
1.1.2.3 – Recolha de Dados	66
PARTE III – CONCEÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO	
1 – FASE I – 1º MOMENTO: A RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM A QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO	73
1.1 – OS ENFERMEIROS.....	73
1.2 – OS ANESTESIOLOGISTAS E OS CIRURGIÕES	76
2 – FASE I – 2º MOMENTO: A QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO	78
3 – FASE II – REUNIÕES DO GRUPO FOCAL	86
3.1 – REUNIÃO DE PERITOS I.....	87
3.2 – REUNIÃO DE PERITOS II.....	91
3.3 – REUNIÃO DE PERITOS III.....	94
3.4 – REUNIÃO DE PERITOS IV	98
4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	106
4.1 – CONCEÇÃO DE INDICADORES: METODOLOGIA DE DELPHI	106
4.1.1 – Domínios de Qualidade no Bloco Operatório.....	109
4.2 – CONCEÇÃO DE INDICADORES: METODOLOGIA DO GRUPO FOCAL	114
4.2.1 – Estrutura – O Lugar Onde o Cuidado Ocorre	115
4.2.2 – Processo – As Condições do Cuidado	119
4.2.3 – Resultado – A Qualidade do Cuidado	124
5 – CONCLUSÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS	130
BIBLIOGRAFIA	137

ANEXOS

- Anexo I – Pedido de Autorização ao CHUC
- Anexo II – Guião de Entrevista: 1ª fase, 1º momento
- Anexo III – Guião de Entrevista: 1ª fase, 2º momento
- Anexo IV – Norma n.º 2/2013 – Cirurgia Segura, Salva Vidas

INTRODUÇÃO

Cada um de nós tem uma definição própria de qualidade em Saúde. Seja a possibilidade de estar assegurado o recurso a um profissional quando precisamos, seja a confiança nas instituições, seja saber que estas estão próximas face a uma situação grave de incerteza, que ameace a nossa integridade ou o nosso futuro. A ideia de Qualidade em saúde passa frequentemente pela visão que temos das instituições e dos seus profissionais, que ambos estão sempre disponíveis, preparados para nos ajudar, cuidar de nós e proteger. À partida dificilmente pensamos que ao recorrer aos serviços de saúde algo de mal nos pode acontecer, porque a razão pela qual os procuramos é precisamente a inversa.

Profundas mudanças têm acontecido na nossa sociedade, não apenas no nosso país, mas também a nível global e, talvez o que hoje mais distingue a forma como recorreremos aos serviços de saúde, em relação ao passado, tenha que ver com essas mudanças globais. Hoje a facilidade de acesso à informação faz com que a procura de apoio e conforto seja acompanhada, quase sempre, de uma busca de informação sobre o que procuramos e o que existe no mercado para satisfazer a nossa necessidade. Essa informação faz-nos escolher o que mais se identifica com os nossos desejos e expectativas.

A qualidade como condição essencial da experiência que desejamos vir a ter, transporta a maior importância nos dias de hoje para esse bem-estar que nos é tão precioso – a Saúde. Por isso, estudos e projetos têm sido desenvolvidos nas últimas décadas, que constituem grande fonte de aprendizagem e para os quais é merecida uma atenta leitura. O estudo a que estamos a dar início foca-se na qualidade em saúde. Uma qualidade baseada na boa governação que produz benefícios para os doentes, os profissionais, as instituições e a comunidade. Esta boa governação diz respeito à forma como o sistema e as instituições articulam as suas estratégias de gestão da qualidade, como as definem, planeiam e executam, como as monitorizam e avaliam. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde está sensível a aspetos como a equidade dos cuidados e, segundo os padrões demográficos e epidemiológicos atuais, vê como necessário um investimento maior na acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de saúde, e na melhoria generalizada da qualidade dos serviços (Saúde D.-G. d., 2016).

Tornar melhores os cuidados de saúde exige saber o que fundamenta essa melhoria, instituição a instituição, serviço a serviço. Garantir melhores cuidados envolve conhecer as pessoas, o que as preocupa, o que é melhor para os doentes, e o que estes, enquanto parceiros do nosso trabalho, nos permitem aprender e nos dão oportunidade de fazermos.

Ao nível europeu tem sido desenvolvida investigação, em torno da qualidade dos cuidados de saúde, sobre como pode ser aferida, como pode ser melhorada e implementada de forma sustentável (Groene, et al., 2010). O projeto *Deeping our Understanding of Quality Improvement in Europe* (DUQuE) fundamenta-se no trabalho de projetos anteriores para compreender o impacto da implementação de diferentes normas e orientações nos sistemas de qualidade das organizações. Entre outras, estudou a teia relacional entre estes sistemas, a cultura organizacional e o envolvimento dos profissionais na melhoria dos cuidados. No final o autor enumerou um conjunto de 7 recomendações que se apresentaram como ferramentas para acompanhar um sistema de melhoria de qualidade nos hospitais, e a sua maturidade face à qualidade e à segurança (Groene, et al., 2010; Groene, Botje, Suñol, Lopez, & Wagner, 2013). Segundo estes autores, a melhoria da qualidade atinge-se pela efetividade dos processos, orientados para a gestão e para o doente, e incide em práticas clínicas mais efetivas para a sua segurança. No entanto, todos estes processos devem ser cuidadosamente alinhados, tendo em conta a variabilidade dos cenários de cuidados e as suas características qualidade-sensíveis.

O projeto DUQuE ao mencionar o trabalho que tem sido feito para a qualidade na saúde, sublinha a alteração de paradigma que se transfere da ideia de “como medir a qualidade” para “como pode a qualidade ser melhorada”. E este é um dos princípios do trabalho de Avedis Donabedian. Avedis Donabedian nasceu em Beirute em 1919, e cresceu junto de Jerusalém. Graduou-se na Universidade de Harvard e foi professor durante 28 anos na Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan. O seu contributo para a saúde focou-se na melhoria da qualidade assistencial, tendo desenvolvido o modelo estrutura-processo-resultado que se tornaria uma base não só para medir a qualidade, mas para a tornar melhor (Donabedian, 2016). Para Donabedian a qualidade não é um conceito estático, mas antes define-se num círculo concêntrico de diferentes níveis: a técnica e prática interpessoal dos profissionais, as instalações de saúde, a participação do doente no seu processo de cuidados, e o cuidado percebido pela comunidade. A abordagem de Donabedian e a definição das categorias estrutura-

processo-resultado, oferecem um valioso instrumento para estudarmos a dimensão real da qualidade numa instituição e aplicá-la aos seus serviços, porque mostra como todas as categorias se entrecruzam e são determinantes entre si. Não obstante não estar completamente estudada toda a força das suas relações é indiscutível que as instalações de um serviço, os seus profissionais e recursos materiais, geram diferenças nos bons cuidados e nas boas práticas, e estas alimentam a qualidade do resultado. Segundo Donabedian, a qualidade nem sempre é fácil de definir e aferir, por isso, para o fazer adequadamente deve-se compilar a toda a informação existente, que seja reveladora dos cuidados prestados, assim como à análise das atitudes e perspetivas dos profissionais (Donabedian A. , 1988; Donabedian A. , 2005).

Todos estes fundamentos teóricos são importantes quando pretendemos estudar contextos de cuidados particularmente complexos e únicos como o bloco operatório. Aqui a qualidade assistencial é uma questão prioritária por todas as dimensões que encerra, as quais confluem inexoravelmente para o doente cirúrgico que, numa circunstância e num dado momento da sua vida, se encontra particularmente vulnerável. Face à qualidade, muitos aspetos estão em causa no bloco operatório desde as suas condições físicas e tecnológicas, até à sua componente profissional e humana.

Os indicadores de qualidade possibilitam avaliar o desempenho no bloco operatório e podem constituir um recurso estratégico para a sua melhoria. No entanto os indicadores de qualidade permitem-nos também olhar para a segurança do doente, para o planeamento e execução dos processos assistenciais e para a aprendizagem das equipas. A necessidade de equipas multidisciplinares no bloco operatório determina a coexistência de profissionais com formação distinta, porém, apetrechados com as competências técnicas e inter-relacionais necessárias para serem o melhor advogado do doente, e com as ferramentas que lhes permitem a tomada de decisão. Sendo a *performance* influenciada por muitas circunstâncias incertas, se pretendemos melhorar a qualidade no bloco operatório o investimento nunca poderá ser apenas tecnológico, mas também no seu capital humano, nas suas competências individuais e coletivas.

Este estudo insere-se no Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização – Gestão de Unidades de Cuidados. Com ele pretendemos *construir um inventário de indicadores de qualidade no bloco operatório*. Os aspetos enunciados atrás orientam a primeira parte deste estudo: fundamentação teórica e relevância temática. Os vários pontos desta abordagem permitem enquadrar os aspetos que consideramos mais significativos e oportunos para uma aproximação aos temas da qualidade e do bloco

operatório. Destacamos 1) a qualidade em saúde, o projeto DUQuE e o modelo de Avedis Donabedian, e 2) o bloco operatório, aspetos relacionados com a *performance*, as equipas multidisciplinares, a comunicação e a competência coletiva.

Na segunda parte descrevem-se as opções metodológicas e os aspetos subjacentes à colheita de dados. Na terceira parte apresenta os Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório, as duas fases da sua elaboração, a análise e discussão de resultados. Neste último ponto são apresentados os indicadores resultantes das opções metodológicas selecionadas. Com base na fundamentação teórica, a análise e discussão dos resultados chama a atenção para todo o processo que orientou a conceção de indicadores, e os pontos mais marcantes da qualidade no bloco operatório. Na conclusão refletimos um pouco sobre os conteúdos apresentados, sublinhamos as limitações encontradas e sugerimos uma sequência futura para este estudo.

Esperamos que este trabalho possibilite começar um percurso no âmbito da qualidade no bloco operatório, serviço com uma clara e forçada distância com os outros serviços, que “pede” para pensarmos nele, e onde não obstante as dificuldades se exige um certo tipo de invasão do seu espaço, para que possamos conhecê-lo e torná-lo melhor.

Parte I

Fundamentação Teórica

A primeira parte do estudo irá explicar alguns aspetos que considerámos relevantes face à dimensão das fontes documentais. Englobando dois pontos, destaca a qualidade nos cuidados de saúde, e os cuidados de saúde em contexto de bloco operatório.

1 – HOSPITAIS E CUIDADOS DE SAÚDE

Historicamente os hospitais integram o conjunto de instituições que caracterizam a sociedade e que com ela evoluíram. Na verdade, “a história das instituições médicas é extremamente abrangente” (Lindemann, 2002, p. 120), e nelas se incluem também os hospitais. Estes e outras instituições, asilos e casas para pobres, “corporações e sociedades médicas, de saúde pública, ordens religiosas de enfermagem, de pobres e de caridade” (Lindemann, 2002, p. 120), eram percebidos como espaços caritativos e curativos, com uma forte conotação com a morte. Só depois do século XVIII os hospitais apresentam melhorias, quer ao nível da sua estrutura física, quer dos cuidados praticados por médicos e enfermeiros, transformando-se em “instituições de ensino de medicina, de cuidados médicos e de cura” (Lindemann, 2002, p. 121).

No percurso de mudança dos hospitais durante o século XVIII olha-se para “a introdução do ensino de cabeceira (...), a ascensão da medicina clínica, baseada na anatomia patológica e na patologia” (Lindemann, 2002, p. 121). Seguiram-se “as descobertas bacteriológicas, a meio e no final do séc. XIX, (...) [os] primeiros protocolos sobre *antisepsia* e depois *asepsia* (...) [e] a descoberta da anestesia pelo éter” (Lindemann, 2002, p. 121). Tendo em conta o que nesta época distingue os hospitais junto das populações, locais de abrigo e repouso, sobretudo um recurso de consolo para os pobres e os indigentes, não são de surpreender as elevadas taxas de mortalidade à época (vinte cinco por cento ou mais), e a sua má imagem (Lindemann, 2002). Em meados do século XVIII, os hospitais com mais recursos e melhor gestão apresentavam taxas inferiores a dez por cento, no entanto, considera-se a hipótese de estes números estarem relacionados com instituições junto das grandes cidades (Lindemann, 2002). A preocupação na formação de enfermeiras laicas, o desafio de médicos e cirurgiões à autoridade exercida pelas ordens religiosas, e a tendência para a profissionalização dos médicos, permitiram aos hospitais no século XVIII contratar mais profissionais, ou mesmo formá-los, o que teve repercussões na qualidade dos serviços e na preocupação com o doente (Lindemann, 2002).

Apesar das abordagens *foucauldianas*, que salientam a objetivação da pessoa no ambiente hospitalar (Lindemann, 2002), depois do século XX os hospitais tornaram-se

relevantes para o desenvolvimento da medicina. Atualmente, considera-se que a evolução dos hospitais acompanhou as mudanças sociais e económicas, o crescimento filantrópico burguês e a profissionalização médica (Granshaw, 2003). Gradualmente constituíram-se como instituições mais organizadas, “centros de autoridade económica, científica e cultural” (Lindemann, 2002, p. 120), mais próximas das comunidades e traçando processos de cuidados mais dirigidos ao doente.

Do desenvolvimento dos serviços de saúde e do seu alargamento no Ocidente, ocorrido depois de 1900, a atenção dada à acessibilidade aos cuidados de saúde, parte da afirmação de que estes são tão importantes que devem estar disponíveis a todos os cidadãos (Lewis, 2003). As razões para esta evolução não foram simples, começando por se atribuir à ascensão do prestígio e do poder da classe médica, pela sua capacidade em curar doentes, apoiada pela bacteriologia. No entanto, a secularização, a maior preocupação com a saúde, a vida e a produtividade, podem ter sido significativos para uma sociedade que vê crescer a importância do conhecimento do corpo, e que exige uma ação particular dos serviços de saúde do Estado, sobretudo, com a população mais desfavorecida (Lewis, 2003).

O direito universal dos cidadãos a cuidados de saúde, nem sempre foi o mesmo, no entanto, a forma como passaram a fazer parte da vida das populações, gerou transformações nas expectativas de vida dos indivíduos. O artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, sublinha o direito à saúde e o seu valor inerente, para cada pessoa, sem distinção de raça, género, idade, condições pessoais, sociais e económicas. O direito aos cuidados de saúde contribuiu para declarar “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis [que] constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (United Nations, 1948, p. 1).

Não obstante o valor universal dos cuidados de saúde, os fatores e fenómenos que neles ocorrem têm sido turbulentos, e o conflito instala-se entre os seus atores, consumidores, profissionais e Estado (Lewis, 2003). Neste contexto, vários aspetos menos positivos dos cuidados de saúde, como abordagens mais curativas que preventivas, ou a tendência para o desperdício e a deficiente monitorização de gastos, tem criado profundos problemas que agravaram os custos em saúde para os países (Granshaw, 2003; Lindemann, 2002).

Na sociedade atual o cliente é o verdadeiro *designer* dos serviços de saúde, sendo essencial aumentar a efetividade destes e as suas respostas às preferências e

preocupações dos doentes (Coulter & Fitzpatrick, 2003). Reflexo desta realidade, a qualidade referencia os novos modelos de governação que procuram tornar os serviços de saúde menos perturbadores, mais sustentáveis e aptos para reponderem às necessidades da comunidade.

1.1 – QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

A qualidade dos cuidados de saúde tem que ver com uma gestão orientada para resultados favoráveis para o doente e para os profissionais. A gestão da qualidade “é uma decisão estratégica de uma organização que pode ajudar a mudar o seu desempenho global e proporcionar uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável” (Qualidade, 2015, p. 7). A gestão da qualidade na saúde incorpora a estrutura do cenário de cuidados e os processos de trabalho, que mutuamente influenciam os resultados, sejam a motivação e satisfação dos profissionais, sejam as perspetivas dos doentes relativamente à sua saúde (Coulter & Fitzpatrick, 2003)

A variabilidade da oferta de cuidados pelas instituições, a possibilidade de escolha de uma instituição, o *marketing* e a crescente regulação dos serviços, determinaram uma maior preocupação com a qualidade na área da saúde no final do século XX (Coulter & Fitzpatrick, 2003). Aspetos como a comunicação dos profissionais tornaram-se fundamentais para garantir a satisfação dos doentes e melhorar as suas perspetivas e expetativas sobre os cuidados. A conformidade dos comportamentos dos profissionais, a habilidade de inspirarem confiança, demonstrar atenção e cuidar do doente como indivíduo, passaram a ter uma influência estreita na qualidade dos cuidados e na satisfação percebida pelo cliente (Coulter & Fitzpatrick, 2003). Pelo contrário, a dificuldade de acesso, a burocracia, a má gestão dos processos de continuidade dos cuidados, a prática rotinizada e impessoal, são aspetos que geram insatisfação geral com a qualidade das instituições de saúde, e demonstram falta de eficiência dos serviços. (Coulter & Fitzpatrick, 2003).

Com mais recursos de busca à sua disposição, o cliente do bem saúde pesquisa e informa-se, toma decisões, tem uma participação ativa e maior poder para escolher. Esta *revolução* dos clientes reforça o seu papel e o papel dos serviços, que devem fazer uma abordagem integrada de qualidade e satisfação (Marques, 2014). Isto é, garantir serviços mais equitativos e sustentáveis e, simultaneamente, saber compreender o cliente e exceder as suas expectativas. (Marques, 2014; Coulter & Fitzpatrick, 2003;

Whiteford & Nixon, 2003). Face às preocupações dos doentes, às suas preferências e circunstâncias, torna-se necessário que as instituições e os seus profissionais estabeleçam princípios de boas práticas e garantam a qualidade dos cuidados, incluindo a sua efetividade, a segurança do doente e o papel deste em todo o processo (Groene, et al., 2010; Coulter & Fitzpatrick, 2003).

Nas instituições, e entre os profissionais de saúde, a rotina tornou-se cada vez mais frequente (Coulter & Fitzpatrick, 2003), pelas pressões que são colocadas com referência aos gastos e à produtividade. Neste contexto, justifica-se que a aplicação de protocolos e linhas orientadoras se manifeste como um imperativo que assegura a qualidade dos cuidados, a qual tem de estar acessível a cada pessoa e a cada grupo. (Whiteford & Nixon, 2003). Para atingir as metas da qualidade em saúde, decisores políticos e *stakeholders* tem de compreender em que consiste a *qualidade*, a estar sensíveis a aspetos como a competência profissional, e ao fato de que “os progressos na qualidade dos serviços de saúde salvaram muitos milhares de vidas através da melhoria dos cuidados de saúde” (Silva, 2013, p. 1).

O conceito de qualidade em saúde aponta-a como uma aptidão para proporcionar aos doentes cuidados que se identifiquem com as suas necessidades e o seu bem estar, com base em boas práticas profissionais, recursos e satisfação dos doentes (Fragata, 2006). A aprendizagem e o conhecimento fazem parte dessa mesma condição, que diz respeito à “satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente o doente, bem como o acesso igual a esses cuidados, ou equidade,[que] entre outros (...) envolve o desempenho, a eficiência, a segurança e a satisfação dos utentes” (Fragata, 2006, p. 25). Perante a dificuldade e abrangência do conceito, a qualidade ainda pode conter em si “o resultado ou “*outcome* “ a longo prazo, trate-se da sobrevivência, dos resultados funcionais ou da qualidade de vida” (Fragata, 2006, pp. 25-26). Finalmente, pode-se ainda concordar que ela também existe na perspetiva dos profissionais: o resultado futuro de uma ação do presente, a construção dessa ação, e a satisfação que dela evolui, o reconhecimento, o mérito e a oportunidade de melhorar (Fragata, 2006).

1.1.1 – A Melhoria da Qualidade

Nos últimos 30 anos foi desenvolvido um vasto trabalho de investigação na União Europeia, voltado para a melhoria da qualidade em saúde. Este esforço tem-se traduzido em várias estratégias como sistemas de acreditação, programas de gestão de

qualidade, auditorias ou sistemas para obter a opinião dos doentes. No entanto, os problemas de qualidade e segurança dos cuidados persistem, e percebe-se que é fundamental não apenas saber como medir a qualidade, mas como ela pode ser melhorada, e como este processo se pode tornar célere e sustentável (Groene, et al., 2010). Neste debate destacam-se algumas questões (Groene, et al., 2010):

- A melhoria da qualidade conduz a melhor qualidade de cuidados?
- Quais são as ferramentas mais efetivas para melhorar a qualidade?
- Como essas ferramentas se podem integrar num contexto qualidade-sensível e num programa de melhoria de segurança?
- Quais os fatores com impacto na implementação de estratégias de qualidade?

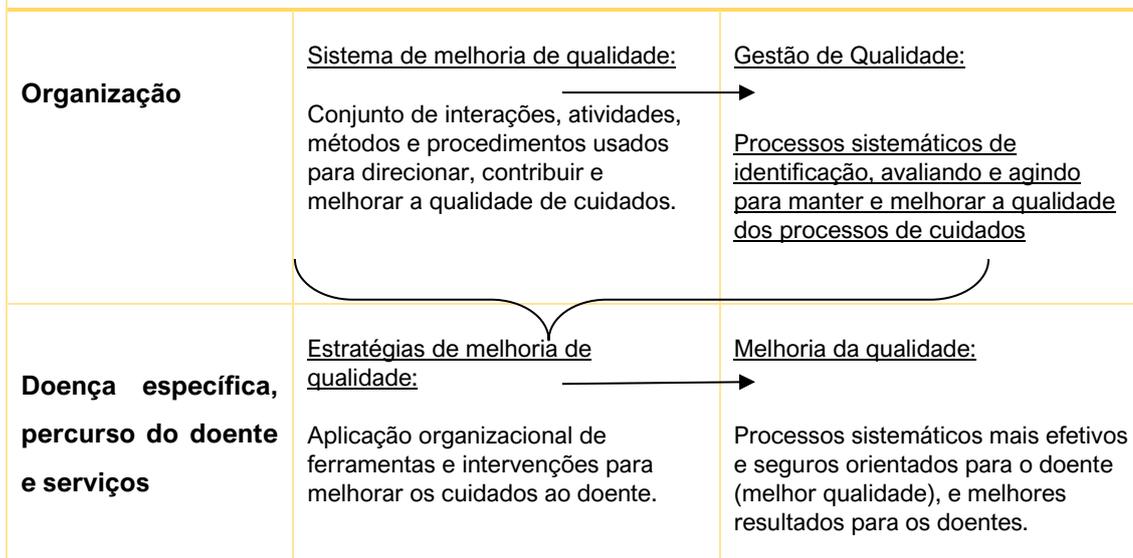
Como já referido, a qualidade tem diferentes componentes, “mas também tem determinantes facilitadoras, como por exemplo a motivação profissional, o altruísmo, a iniciativa e a auto-interrogação” (Fragata, 2006, p. 29). Uma cultura de melhoria de qualidade tem uma ação na performance, o que subentende que a qualidade intervém beneficemente na organização do tempo, redução das listas de espera, melhor gestão económica e dos recursos, e cuidados mais centrados no doente (Fragata, 2006).

Por outro lado, se a qualidade e a segurança do doente são fundamentais e preocupantes para instituições e profissionais, a monitorização contínua dos níveis de qualidade pode criar impacto na *performance* de toda a organização. Os *rankings* de excelência clínica dos hospitais e dos seus profissionais com base na qualidade, tem impacto no ambiente de cuidados e, embora possam causar desconforto, podem também “representar uma oportunidade para a melhoria” (Fragata, 2006, p. 35). O esforço para esta melhoria não é simples, mas a definição de indicadores que possam referenciar procedimentos e comportamentos, com efeitos favoráveis para o doente, podem ser uma ação para atingir melhores cuidados de saúde e maior qualidade (Groene, et al., 2010; Fragata, 2006).

Desde 2000 projetos europeus como o *European Research Network on Quality Management In Healthcare* (ENQual), o *Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies* (MARQuIS), ou o *Deeping our Understanding of Quality Improvement in Europe* (DUQuE), entre outros, tem estado voltados para a abordagem à qualidade, à gestão da qualidade, ao desenvolvimento e à efetividade de sistemas de melhoria de qualidade, em hospitais europeus, incluindo Portugal (Groene, et al., 2010).

O projeto DUQuE, ocorreu entre 2007-2013 e, numa metodologia colaborativa que recorreu a instrumentos desenvolvidos pelo ENQual e o MARQuIS, fez uma abordagem à efetividade da melhoria de qualidade. Focado no todo da organização e no percurso hospitalar do doente, conceitualizou os sistemas de melhoria de qualidade nos hospitais, e investigou a associação entre o desenvolvimento desses sistemas e medidas na cultura organizacional, o envolvimento profissional e o empoderamento dos doentes. Além de estudar a efetividade clínica e a segurança do doente, também identificou o papel de fatores externos como os processos de acreditação, certificação e programas de avaliação (Suñol & Groene, 2014).

Figura 1 – Concetualização de melhoria de qualidade no hospital, e percurso do doente (Groene, et al., 2010).



Os sistemas de melhoria de qualidade compreendem atividades interativas, métodos e procedimentos que permitem orientar, controlar e desenvolver a qualidade de cuidados (Groene, Botje, Suñol, Lopez, & Wagner, 2013). A melhoria da qualidade é alcançada pelo aumento da efetividade e eficiência dos processos de cuidados *distais* (orientados para a gestão) e *proximais* (orientados para o doente). Os resultados de qualidade em saúde fixam-se em medidas de efetividade clínica, segurança e cuidados centrados no doente (Groene, Botje, Suñol, Lopez, & Wagner, 2013).

A relevância dos resultados do projeto DUQuE para a Comissão Europeia, os estados membros e organizações de saúde como os hospitais, aponta para a necessidade de estudar mais a fundo a efetividade dos planos para a qualidade, dada a grande

variabilidade de contextos de cuidados, e a sua sensibilidade percebida a um conjunto de estratégias (Suñol, Vallejo, Thompson, Lombarts, Shaw, & Klazinga, 2009; Suñol & Groene, 2014). Desenvolver e validar indicadores com base na relação entre processo e resultado, parece ser uma estratégia que responde favoravelmente na melhoria de qualidade. Por outro lado, a seleção, adaptação e elaboração, de medidas ao nível da cultura organizacional, envolvimento profissional e empoderamento do doente, também sustentam um sistema de melhoria de qualidade na organização (Groene, et al., 2010). Estas ideias estão na base das recomendações apresentadas em *Seven Ways to Improve Quality and Safety in Your Hospital* (Groene, Kringos, & Suñol, 2014), o relatório elaborado posteriormente com base no projeto DUQuE, que tem por objetivo ajudar a planear e implementar a gestão da qualidade e da segurança nas instituições. Este relatório é um modelo de trabalho atualizado na abordagem à melhoria da qualidade e segurança nos hospitais, capaz de apoiar os gestores na reflexão sobre a sua organização (Groene, Kringos, & Suñol, 2014). As sete recomendações chave descrevem-se a seguir (Groene, Kringos, & Suñol, 2014).

1 – Alinhar os processos organizacionais com as pressões externas.

Existem vários tipos de pressões externas, programas de avaliação externa (inspeção regular, acreditação ou certificação), a pressão exercida pelas ligas de amigos, inquéritos públicos e escândalos mediáticos. Há evidência que as pressões externas, como acreditação ou certificação, melhoram os processos de trabalho da organização, promovem a mudança e o aperfeiçoamento dos profissionais, tornando-os mais coesos, desenvolvendo o espírito de equipa e o sentido de pertença. Porém, é pouco claro a sua influência nos resultados dos cuidados de saúde, por isso, é vantajoso que os hospitais que pretendem melhorar os seus processos de trabalho, não vejam essa ferramenta de forma isolada. Por outro lado, há que refletir que para além da segurança do doente, a avaliação externa deve incluir a segurança dos profissionais, edifícios, manutenção, aprovisionamento, serviços hoteleiros e ambiente. É de considerar ainda que a informação deve respeitar quem gera a avaliação, o que inclui, critérios e normas utilizados, frequência, a quem são reportados os resultados, e os custos (Groene, Kringos, & Suñol, 2014).

2 – Melhorar a agenda de qualidade.

A falta de envolvimento da liderança afeta gravemente os cuidados de saúde o que concorre para falhas na qualidade. Uma liderança eficaz assume as métricas da

qualidade, influencia uma cultura não punitiva, uma gestão de recursos adequada, monitoriza proactivamente os indicadores de qualidade, a segurança, e a intervenção precoce. O projeto DUQuE recomenda que a administração e a gestão têm de estar despertas e preocupadas com os desafios que se colocam à melhoria da qualidade, e que esta tem de estar no topo das suas agendas (Groene, Kringos, & Suñol, 2014).

3 – Fazer convergir sistemas externos de responsabilidade com a melhoria interna.

Os sistemas de qualidade podem ser implementados e desenvolvidos por qualquer hospital, desde que estes estejam preparados para maximizar o seu impacto e minimizar a burocracia/documentação que retira tempo aos cuidados ao doente. A qualidade nos serviços intervém diretamente em resultados de qualidade e gera valor, por isso, os sistemas de gestão de qualidade nos hospitais deverão estar concebidos para apoiar os serviços na prestação de cuidados de qualidade e não serem um fim em si próprios. Segundo os autores (Groene, Kringos, & Suñol, 2014), a gestão da qualidade na organização pode ser pensada nos seguintes aspetos:

- a) Os sistemas de gestão da qualidade devem estabelecer prioridades (órgãos de apoio técnico como a Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar), definir procedimentos (como a disseminação de conhecimento e atualização de orientações para a prática), recolher dados, implementar sistemas de monitorização da qualidade.
- b) A implementação de políticas exige monitorização contínua em toda a organização de documentos, relatórios, ficheiros, registos de conformidade com as normas de procedimentos e atividades, e observação direta.
- c) A gestão de qualidade no hospital não pode ser apenas um exercício burocrático. Estratégias e ações de melhoramento clínico devem tornar-se evidentes e ter avaliação periódica, por exemplo, medidas de controlo de infeção, prevenção de quedas, cirurgia segura.

Para os autores, o trabalho dos sistemas de gestão de qualidade na organização deve refletir resultados que são importantes para o doente, a família e a comunidade (Groene, Kringos, & Suñol, 2014).

4 – Assegurar competências, clarificar responsabilidades e o trabalho em equipa nos serviços.

Para uma qualidade de cuidados efetiva há que ter profissionais motivados e bem treinados. Novos recursos humanos devem ser retidos, ver desenvolvidas as suas competências e ser preparados para um conjunto claro de responsabilidades. São pontos de reflexão, o recrutamento, a educação continuada dos profissionais e o desenvolvimento da mesma no âmbito do grupo, a organização de cuidados com responsabilidades bem definidas e o trabalho de equipa. A qualidade depende da cadeia de cuidado e do trabalho de equipa entre profissionais, e requer atitude e competências específicas (Groene, Kringos, & Suñol, 2014).

5 – Organizar o percurso de cuidados com base na evidência para a qualidade e na segurança para o doente.

O percurso de cuidados do doente deve ser descrito na evidência de qualidade e segurança para garantir a melhor experiência possível. Num hospital orientado para o percurso do doente existe uma padronização dos processos de cuidados, colaboração entre os profissionais, variabilidade reduzida, menores custos e melhores resultados clínicos. Os autores sublinham que a prática baseada na evidência é mais do que seguir linhas orientadoras profissionais, é saber como melhor organizar os cuidados ao doente, tendo por base a definição dos papéis profissionais, a organização física dos serviços e as estratégias que asseguram a segurança do doente. Estas devem estar onde está o doente e são um componente essencial da organização no seu compromisso com a prestação de cuidados (Groene, Kringos, & Suñol, 2014).

6 – Assumir sistemas de informação orientados para o percurso de cuidados do doente.

Os sistemas de informação nos hospitais e a sua aplicabilidade às decisões clínicas, diagnóstico, registos de saúde, lembretes para prevenção e gestão do processo clínico, prescrição e administração de medicação, têm um papel preponderante para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Mais de trezentos estudos e ensaios demonstraram a forte evidência do seu papel no planeamento, implementação e controlo dos cuidados, na integração cuidadosa de informação do percurso do doente, dentro e fora do hospital (Groene, Kringos, & Suñol, 2014).

7 – Auditoria e *feedback*.

A auditoria e o *feedback* são estratégias chave para a melhoria da qualidade, que podem ser aplicadas individualmente ou de forma multifacetada. O relatório destaca que os profissionais melhoram a sua *performance* quando recebem informação de que existiram deficiências e lacunas nos cuidados prestados. Segundo o DUQuE, mais de

cem estudos experimentais e quási-experimentais, referem que esta estratégia apresenta variabilidade em função do formato, da fonte e da frequência do *feedback*, das orientações de melhoria, da linha de base da *performance*, do comportamento alvo e das medidas que fazem a diferença para os doentes. As auditorias e a monitorização sistemática de serviços e profissionais, devem envolver-se nos mecanismos de gestão de qualidade, e ter a participação de todos os profissionais recetores do *feedback* da sua *performance* (Groene, Kringos, & Suñol, 2014).

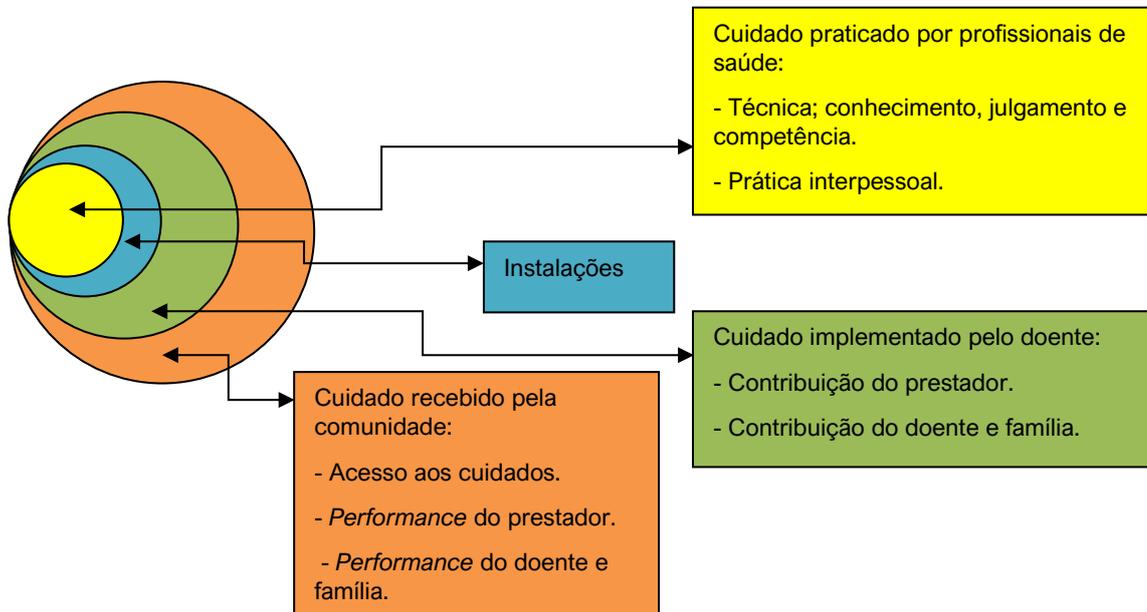
Estas recomendações transparecem a preocupação que deve existir nos serviços de saúde com a qualidade e a segurança do doente. Neste campo, os sistemas de gestão de qualidade são indispensáveis para a homogénea e sistemática aplicação de ações de melhoria de qualidade nos hospitais e entre os profissionais (Groene, Botje, Suñol, Lopez, & Wagner, 2013). Encontramos aqui a cadeia estrutura-processo-resultado, desenvolvida por Avedis Donabedian, que constitui uma ligação empírica na abordagem à melhoria da qualidade nos cuidados de saúde (Groene, Botje, Suñol, Lopez, & Wagner, 2013), mencionada nos eixos estratégicos de Qualidade em Saúde constantes do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Saúde, 2011).

1.1.2 – O Modelo Avedis Donabedian

Segundo o Plano Nacional de Saúde, a qualidade dos cuidados tem determinantes de natureza ambiental, política, social, tecnológica, ou mesmo da natureza que exprime a procura de cuidados. Tendo várias dimensões como o acesso ou a efetividade, também há que considerar as perspetivas de doentes e profissionais (Saúde, 2011). Tendo por base a cadeia estrutura-processo-resultado desenvolvida por Avedis Donabedian, a qualidade depende de: 1) recursos materiais, humanos e físicos da organização; 2) qualidade dos cuidados prestados, “adequação e validade da informação produzida, integração e continuidade de cuidados” (Saúde, 2011, p. 3); e 3) processo de reintegração do doente na comunidade, gestão das situações de saúde-doença, educação e níveis de satisfação (Saúde, 2011).

Na sua abordagem à qualidade Avedis Donabedian considerou que várias formulações são legítimas e possíveis para a definir, dependendo do ponto do sistema de saúde em que estamos situados e da natureza e extensão das nossas responsabilidades (Donabedian, 1988).

Figura 2 – Níveis de avaliação de qualidade. Adaptado de Avedis Donabedian (Donabedian, 1988).



A figura 2 representa os diferentes da avaliação de qualidade, partindo da abordagem de Avedis Donabedian, e remete para um conjunto de aspetos observáveis:

- A *performance* de médicos e demais profissionais de saúde, que implica duas dimensões, técnica e interpessoal. A *performance técnica* resulta do conhecimento e capacidade de julgamento, que permite a estratégia de cuidados adequada, e na competência para implementar essa estratégia. A *performance interpessoal* medeia a comunicação e a troca de informação com o doente, e gera a sua motivação e colaboração para o processo de cuidados. As duas dimensões são complexas e interdependentes no processo de cuidados e, em conjunto, norteiam as melhores práticas profissionais para atingir a efetividade (Donabedian, 1988).
- As instalações, que constituem atributos desejáveis do cenário de cuidados (Donabedian, 1988).
- O doente, cujo desempenho que é influenciado pelos cuidados de que foi alvo e, com a família, transporta consigo certo grau de responsabilidade no processo de implementação do cuidado (Donabedian, 1988).

- A comunidade como um todo, que depende do maior ou menor grau de acesso aos cuidados, recebe maior ou menor qualidade de cuidados, e que também sofre a influência de fatores que não são controlados pelos profissionais (Donabedian, 1988).

Assim, para Donabedian, a definição de qualidade depende de vários elementos que se agregam em círculos, desde a *performance* dos profissionais, passando pelos cenários em que ocorre o cuidado e os seus recetores: o doente, a família e a comunidade (Donabedian, 1988). O conceito de qualidade em saúde também se torna mais limitado ou mais amplo, dependendo de como o definimos, da nossa responsabilidade para com ele, enfim, de diferentes critérios de valor aplicados a situações, propriedades, ingredientes ou dimensões de um processo de cuidados (Donabedian, 2005) (Donabedian, 1988). A seleção das dimensões e/ou critérios para definir a qualidade influencia a abordagem e os métodos que vão ser utilizados, e estabelece-se na reflexão de valores e metas no sistema de saúde e na sociedade alargada do qual faz parte (Donabedian, 2005). Nesta avaliação Avedis Donabedian (Donabedian, 2005) considera três abordagens para avaliação da qualidade, que correspondem a três categorias: *estrutura, processo e resultado*.

O *resultado* diz respeito aos efeitos do cuidado no estado de saúde de doentes e populações, reabilitação, recuperação e sobrevivência. A literacia e a modificação dos hábitos dos doentes incluem-se numa definição alargada de saúde, assim como, o seu grau de satisfação com o cuidado (Donabedian, 1988). O *resultado* é habitualmente descrito como indicador de qualidade relevante, muito embora seja apontada a sua limitação como medida de qualidade. Isto porque, como salienta Donabedian (Donabedian, 2005), o *resultado* reflete o poder científico da medicina num conjunto dado de condições, e o grau em que foi aplicado nas instâncias em estudo. Porém, quando a sobrevivência é o critério de sucesso numa situação que não sendo fatal é capaz de produzir um estado de saúde menos bom ou incapacitante, o objetivo pode ser separar ambos e o *resultado* pode ser irrelevante. Fatores como o tempo que decorre para realização dos cuidados, a escassez de meios tecnológicos e o estado de satisfação do doente, face à situação percebida e aos seus efeitos presentes e futuros, também devem ser tomados em conta para validação do *resultado* como medida de qualidade (Donabedian, 2005).

O *processo* indica o que foi efetivamente feito na prestação e receção do cuidado. Inclui as atividades do doente na procura e realização do cuidado, assim como as ações dos profissionais durante o diagnóstico, na prescrição e implementação do tratamento (Donabedian, 1988). O *processo* baseia-se no pressuposto que determina se aquilo que é concebido como “bom” cuidado foi efetivamente realizado (Donabedian, 2005). A apreciação do processo de cuidados é feita com base na informação disponível sobre a história clínica, o diagnóstico e a terapêutica, a competência técnica no desempenho dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica (incluindo cirurgia), as ações de prevenção, coordenação e continuidade do cuidado. O *processo* requer particular atenção aos valores e modelos que são usados na sua avaliação. A qualidade estimada que se obtém nesta categoria é menos estável e menos final do que aquela que deriva da medida de resultados, no entanto é mais relevante para saber se os cuidados foram apropriadamente praticados (Donabedian, 2005).

A *estrutura* determina os cenários em que o processo de cuidados ocorre e com os instrumentos de que é produto (Donabedian, 2005). Inclui processos administrativos, financeiros e de gestão, e programas institucionais que apoiam e orientam a prestação de cuidados. A estrutura observa também a adequação de instalações e equipamentos, o número e as qualificações dos profissionais e a sua organização. O pressuposto é que cenários e instrumentos adequados são favoráveis ao bom cuidado (Donabedian, 2005; Donabedian, 1988).

Uma boa *estrutura* aumenta a probabilidade de um bom *processo*, e um bom *processo* gera a possibilidade de um bom *resultado*. No entanto, para uma avaliação da qualidade deve existir um conhecimento prévio daquilo que une as três abordagens (Donabedian, 1988). As características estruturais lidam com informação fundamental, acessível e concreta, e devem ser uma preocupação maior na conceção do sistema (Donabedian, 1988). O conhecimento sobre a sua relação com o *processo* e com o *resultado* permite inferir que as condições podem ser desfavoráveis ou propícias ao bom cuidado (Donabedian, 1988). Donabedian salienta que é possível, ainda que complexa, uma relação entre a qualidade do cuidado prestado, o treino e as qualificações dos profissionais, as instalações favoráveis à prática, a disponibilidade de equipamentos e um sistema de informação institucional (Donabedian, 2005).

Aspetos interpessoais do *processo* e a sua relação com o *resultado* não estão suficientemente claros no trabalho de Donabedian, que considera poder ser decorrente

do estudo incompleto desta questão pelas ciências comportamentais, ou da estreiteza de perspectivas daqueles que avaliam a qualidade (Donabedian, 1988). Num outro ângulo, o autor considera que as ciências da saúde já demonstraram que existe pertinência no papel da *performance* técnica dos profissionais, e que uma boa estratégia de cuidado produz melhores resultados em determinadas categorias de doentes o que, independentemente do custo, constitui qualidade de cuidados (Donabedian, 1988). No entanto, na cadeia estrutura-processo-resultado existem muitos fatores envolvidos (institucionais e profissionais) e muitas interações entre eles, que influenciam a qualidade de cuidado nos hospitais e dificultam a compreensão perfeita das relações dessa cadeia (Donabedian, 2005)

Segundo Donabedian nem todos os elementos dos cuidados são fáceis de definir e medir quando se pretende avaliar a qualidade (Donabedian, 1988). As fontes e os métodos para obter essa informação passam pela abordagem escolhida, e são sobretudo os registos clínicos (evidência de cuidados), observação direta (execução dos procedimentos), e o estudo dos comportamentos e opiniões dos profissionais (competência profissional – abordagem sociométrica, e efetividade da organização – abordagem ao autoconceito) (Donabedian, 2005). Medir a qualidade depende do desenvolvimento de *padrões empíricos* e *padrões normativos*.

Os *padrões empíricos* são modelos da prática atual, comparam cuidados em um ou mais cenários, ou recorrem à média e a intervalos estatísticos obtidos em cenários distintos. Apoiam-se em um nível de cuidado dado como atingível, por isso, incluem graus aceitáveis de credibilidade. No entanto, é importante que a utilização deste tipo de padrão tenha em conta a similaridade do fenómeno clínico face aos cenários a estudar (Donabedian, 2005). Exemplo de um *padrão empírico* ocorre num estudo de Furstenberg *et al* em 1953, que usou padrões de prescrição médica em clínicas e hospitais de ambulatório para criar julgamentos na prática privada (Donabedian, 2005).

Os *padrões normativos* emanam de fontes legitimadas (livros, revistas científicas, painéis profissionais e de peritos, investigadores apoiados por profissionais qualificados) que estabelecem padrões de conhecimento e prática no sistema de cuidados dominante. Os *padrões normativos* podem ter objetivos muito elevados (o “melhor” cuidado), ou mais modestos (o cuidado “aceitável” ou “adequado”). Tendo em conta a sua fonte de legitimação, a sua validação depende de graus de consenso a respeito de experiência e valores de uma profissão ou, pelo menos, de uma liderança.

Neste campo, Donabedian sublinha a riqueza de perspectivas sobre qualidade que podem emanar das fontes de legitimação, capaz de gerarem alguma ambiguidade, ou pela controvérsia suscitada quando padrões de um determinado campo de prática são desenvolvidos por outro grupo que não aquele a que pertencem (Donabedian, 2005).

Não sendo um conceito simples, a efetividade do cuidado apresenta-se como um processo sequencial de introdução, implementação e desenvolvimento de medidas que se refletem nas perspectivas e desempenho global das organizações face à qualidade na saúde presente e futura (Donabedian, 2005; Donabedian, 1996). Aos diferentes níveis de uma organização de saúde existem forças distintas que influenciam a garantia de qualidade, os seus contornos e efetividade da sua implementação. A efetividade do cuidado, capaz de produzir bem-estar e satisfação percebidos para os indivíduos e as comunidades é o elemento de validação da qualidade. A validade de qualquer fenómeno como indicador de qualidade depende da relação entre esse fenómeno e a concretização desse bem-estar e dessa satisfação (Donabedian, 2005). No entanto, como refere o autor, a conformidade das práticas de cuidados com padrões legitimamente aceites representa uma espécie de validade condicional que tem relevância na avaliação das instâncias de saúde.

Donabedian considera que o estudo da qualidade deve ser aprofundado quer do ponto de vista concetual, quer do ponto de vista empírico. Dimensões como a eficiência devem ser melhor compreendidas, distinguindo a eficiência lógica (gestão da informação para a tomada de decisão) e a eficiência económica (relação entre *input's* e *output's*, resultado e custo) (Donabedian, 2005). Por outro lado, empiricamente é preciso olhar para as dimensões e valores de cuidado que prevalecem face à população relevante. Como é que os médicos definem a qualidade? Como é que esta definição tem uma relação com a sua prática clínica? Como se realiza a interação entre doente e profissionais? Como é que os segundos funcionam no processo de prestação de cuidados? Este tipo de questões permite aprofundar o conceito, para melhor abordar a consistência dos objetivos ao longo do processo, e a distinguir dimensões específicas da qualidade face a propósitos concretos (Donabedian, 2005).

O maior rigor no estudo e na garantia de qualidade incide na informação sobre *performances* e valores, parte da análise destas situações, distingue *estrutura-processo-resultado*, orientando para a modificação de comportamentos, quer através de ações formativas e motivacionais, quer através de ajustes no desenho do sistema

(Donabedian, 2005; Donabedian, 1996). Assim, novas metodologias para o estudo da qualidade são importantes a fim de que mais dimensões possam ser analisadas, possa ser percebida a homogeneidade e heterogeneidade da *performance* na prática clínica, a integração de diferentes tipos de conhecimento e competências, e como os mecanismos organizacionais podem influenciar e direcionar o trabalho em geral e as práticas profissionais em particular (Donabedian, 2005).

2 – CUIDADOS DE SAÚDE EM CONTEXTO DE BLOCO OPERATÓRIO

O ambiente presente em torno das organizações caracteriza-se “pela concorrência global e intensa, por mudanças contínuas e intempestivas, ciclos de vida mais curtos dos produtos e serviços, aumento do valor da informação e dos conhecimentos dos consumidores, etc.” (Geada, Cruz, & Silva, 2012, p. 19). A economia atual determina novas variáveis, novas fronteiras organizacionais, novas parcerias, novas competências, novos conhecimentos e novos conceitos de trabalho (Geada, Cruz, & Silva, 2012). Ou seja, modelos de governação rigorosos e eficientes, uma gestão favorável às partes interessadas, uma clara definição dos seus atores e das suas responsabilidades, compreensão de metas e objetivos (Marques, 2011).

Na saúde este modelo implica o envolvimento ativo de governantes, gestores, profissionais, financiadores, doentes, famílias e comunidade. Determina melhores práticas para maior eficiência, contínua melhoria dos cuidados prestados e garantia de altos padrões de qualidade, competência, responsabilidade e transparência (Marques, 2011). Para Marques, a governação clínica “engloba a formação, a efetividade clínica, a auditoria, a inovação e desenvolvimento, a transparência/prestação de contas e a gestão do risco” (Marques, 2011, p. 29). Numa perspetiva da garantia de qualidade, os serviços de saúde devem incorporar “a **qualidade assistencial como a prioridade** das suas agendas, anteriormente dominadas por questões económicas” (Marques, 2011, p. 29; negrito no original). Esta prioridade fundamenta-se “numa **cultura** de liderança, cooperação, aprendizagem e motivação, na **gestão dos processos**, na **gestão do risco** e na transparência e responsabilidade social, com o **envolvimento de todos**” (Marques, 2011, p. 29).

A governação clínica ao focar a pessoa e as intervenções na sua saúde, por um lado e, por outro, os processos de prestação de cuidados, exige atores, preparados para “a concepção, fundamentação, diagnóstico e tomada de decisão, para a escolha dos processos, definição, intervenção e avaliação dos resultados, utilização e produção do saber” (Marçal & *al*, 2011, p. 21). Perspetivam-se a adequação prática e científica de processos de desenvolvimento específicos, “a «clara compreensão das políticas e dos mecanismos envolvidos na organização dos serviços e cuidados de saúde», bem como a existência de «práticas de investigação capazes de gerarem e consolidarem os indicadores de evidência clínica» (Marçal & *al*, 2011, p. 21).

No presente a prática de cuidados é “extraordinariamente complexa e mesmo, ao nível local, dependente de sistemas de grande complexidade técnica e funcional” (França, 2006, p. 333). Assim, instrumentos como a acreditação, apresentam-se da maior importância para uma boa governação dos serviços e a garantia da qualidade nos cuidados de saúde prestados. De salientar o programa da *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), que propõe processos para avaliar, assegurar e melhorar a qualidade da prestação de cuidados, segundo padrões e métodos aprofundados e criados por fontes legitimadas, e “com recurso às competências de pares externos organizados em equipas de auditores” (França, 2006, p. 333).

Este amplo quadro de desenvolvimento e exigência da melhoria das práticas clínicas, e de um melhor ajuste custo-benefício das intervenções em saúde, supõe que as interpretações e abordagens às instituições de saúde, e aos seus departamentos, sejam analisadas, e estudadas as melhores alternativas face à sua complexidade (Barros, 2006). Assim, nas circunstâncias atuais, é do maior valor conhecer como departamentos hospitalares, particularmente especializados e tecnológicos, poderão perseguir um caminho de boa governação, melhorar o desempenho, afirmar a qualidade da sua prestação e garantir os resultados esperados para o doente.

Em 2011 foi criado pelo Despacho número 10601 o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTBO), cujo Relatório Final “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança” definia a necessidade de algumas iniciativas, nomeadamente, hospitais mais eficientes (Despacho, 4321/2013). Foi a partir deste fundamento que o Ministério da Saúde decidiu pela primeira vez realizar um “estudo dedicado a avaliar a situação dos Blocos Operatórios” (GTBO, 2015, p. 17). A 15 de Março de 2013 o Despacho número 4321 formalizava o grupo de trabalho para proceder à avaliação a nível nacional dos blocos operatórios no continente. Entre os aspetos que fundamentam o estudo deste grupo de trabalho, sublinham-se um compromisso com a melhoria da eficiência dos serviços ao nível da capacidade instalada, dos recursos, do direito à proteção da saúde, do desempenho e de uma gestão mais rigorosa nos hospitais (GTBO, 2015). Paralelamente, estimaram-se fundamentais uma ação sobre a despesa e o desperdício, assim como, a “promoção da qualidade e da melhoria de eficiência na organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde a par com um exigente controlo de qualidade” (GTBO, 2015, p. 17).

Pondo em evidência os blocos operatórios, as suas assimetrias na otimização e na identificação das suas redundâncias, este grupo emite um conjunto de recomendações

ao nível da organização profissional, dos sistemas de informação, dos processos de trabalho, dos circuitos e das intervenções perioperatórias. Um consenso de melhoria sugere a concetualização do bloco operatório moderno, a análise dos modelos de governação, o seu ajuste face às complexidades existentes, melhores cuidados, e maiores níveis de satisfação para profissionais, utilizadores e doentes (GTBO, 2015).

2.1– COMPLEXIDADE SISTÉMICA NO BLOCO OPERATÓRIO

O bloco operatório é um serviço hospitalar com elementos físicos e estruturais próprios, multidisciplinar e tecnológico, que presta cuidados de saúde especializados ao doente cirúrgico. Ainda que com atribuições específicas não deve ser percebido de forma isolada, porque “está inserido num conjunto mais amplo de serviços que prestam cuidados de saúde aos doentes (Bilbao & Fragata, 2006, p. 282). Como unidade “complexa e completa, com atividade altamente especializada [traduz-se num] centro de custos com um uso intensivo de recursos humanos, materiais, tecnológicos, económicos e, sobretudo, de tempo “(Bilbao & Fragata, 2006, p. 280). Otimizar o bloco operatório, e melhorar os seus cuidados ao doente cirúrgico, insere-se num processo integrado que “para lá de depender do seu contexto específico e da organização em que se insere, está intimamente relacionado com outros Serviços” (Bilbao & Fragata, 2006, p. 282). Esta melhoria processual do bloco operatório destaca a qualidade e a eficiência, na sua relação com os serviços cirúrgicos, o planeamento e a gestão, a *performance* de cuidados e os recursos materiais. Os gestores de bloco operatório devem ter uma visão clara da sua “estrutura complexa, dinâmica e em constante mutação” (Bilbao & Fragata, 2006, p. 283), e estar bem preparados para desenvolver um modelo de gestão a partir de uma perspetiva integrada deste serviço na instituição e no sistema de saúde. Como bases para esse trabalho consideram-se planeamento e gestão funcional, diagnóstico e análise de indicadores de desempenho, e sistemas de informação para a gestão integral do processo cirúrgico (Bilbao & Fragata, 2006).

Os recursos e a especificidade tecnológica que caracterizam a atividade cirúrgica são um elevado encargo nas instituições hospitalares, muito dependente da dinâmica do bloco operatório (GTBO, 2015). Por isso, a existência de normas que regulem esta unidade, a sua estrutura, competências e abrangência, assim como um organismo de gestão bem definido, apoiado por um plano funcional, são indispensáveis para a

eficiência, a eficácia e a garantia dos melhores níveis de qualidade assistencial cirúrgica (Bilbao & Fragata, 2006; GTBO, 2015).

A natureza sistémica do bloco operatório marca os seus processos de trabalho, o planeamento das suas atividades, o diagnóstico e a análise de deficiências e potencialidades (Bilbao & Fragata, 2006). Aqui cada ação é complexa, circular e recursiva, cada aspeto está interligado, e os vários elementos que coabitam o percurso do doente cirúrgico são numerosos e difíceis de isolar. Como serviço complexo numa organização complexa, o bloco operatório exige uma conceção própria, para que da mesma forma possam concebidas as ações de melhoria (Bertrand & Guillemet, 1994; Bilbao & Fragata, 2006). Isto é, há que pensar a organização total, a abertura face aos utilizadores e aos serviços de apoio, o fluxo multidisciplinar, a diferenciação tecnológica, a organização funcional e a gestão dos seus recursos. Esta evolução em rede deve integrar os sistemas de comunicação e informação (internos e externos), a qualidade das tarefas assistenciais e dos seus instrumentos, a satisfação e a motivação dos profissionais, e maior bem-estar para o doente cirúrgico (Bertrand & Guillemet, 1994; Fragata, 2006).

A estrutura de um sistema assenta nas relações entre as suas singularidades, e na clareza esperada quanto aos seus processos e resultados (Bertrand & Guillemet, 1994). Relativamente ao bloco operatório há que pensar e agir sobre a totalidade dos seus fenómenos, combiná-los e fazê-los crescer para realizar a mudança. É um processo de coevolução, no qual os diferentes elementos mutuamente se relacionam e influenciam, neste caso, para evoluírem cumulativamente na *performance*, na gestão de competências, na liderança e na organização de atividades, isto é, na boa governação (Alarcão, 2000; Fragata 1, 2006). A boa governação concebe a evolução e a mudança com efetividade, recorre à boa decisão e à boa execução técnica para a garantia de qualidade dos padrões assistenciais, assegura a sustentabilidade do serviço, e a transparência com os valores de excelência da organização (Bertrand & Guillemet, 1994; Fragata 1, 2006).

2.2 – PERFORMANCE NO BLOCO OPERATÓRIO

A organização do serviço, os recursos, o sistema de inteligência e a gestão do risco, constituem a espinha dorsal do moderno bloco operatório, e são essenciais para garantir a integração e implementação de padrões de boa governação. Os elementos que

coabitam no bloco operatório devem ser identificados e analisados separadamente, face à dinâmica das suas interações e à sua influência no desempenho. Interessa conhecer como são utilizados os recursos e como se decidem os cuidados a serem prestados, e analisar as situações alcançadas. Ou seja, é importante “definir a melhor prática contra a qual o desempenho possa ser aferido, o que obriga a um conhecimento do processo pelo qual os recursos usados são transformados em resultados” (Barros, 2006, p. 265).

A eficiência no bloco operatório pode ser abordada de forma complexa, comparando padrões económicos de referência das suas intervenções - as melhores práticas profissionais e a melhor relação custo-benefício. Isto descreve “linhas e orientação para a prática clínica e aferição da prática seguida em cada caso contra esse quadro de referência” (Barros, 2006, p. 274). No entanto, os procedimentos clínicos são vastos, e são numerosas as ações de apoio à atividade cirúrgica. Por outro lado, comparar os resultados das melhores práticas de produção pode inferir da efetividade de cuidados mais favoráveis para os doentes, e no desempenho global do hospital, mas não reflete a complexidade deste tipo de serviço (Barros, 2006).

Melhor *performance* no bloco operatório é determinada pelos seus objetivos, e o seu desempenho define-se nos seus resultados de efetividade, a partir da “descrição detalhada do[s] processo[s] através do[s] qua[is] os recursos são consumidos” (Barros, 2006, p. 266). Enquadram-se nestes objetivos, otimizar os processos de trabalho (potencialização da sua estrutura física, humana e material), diminuir o desperdício, gerir de forma positiva a atividade cirúrgica (diminuir o cancelamento cirúrgico e melhorar o agendamento/planeamento cirúrgico), desenvolver equipas efetivas, e observar as melhores práticas de qualidade e segurança para os doentes (Barros, 2006). Trata-se de alcançar a regularidade efetiva dos resultados, segundo um processo eficiente de conhecimento, decisão e utilização de recursos.

2.2.1 – A Eficiência e a Qualidade na *Suite* Operatória

Tendo em conta o seu peso ao nível da despesa e ao nível da receita num hospital, a governação clínica do bloco operatório determina modelos de rentabilidade e garantia de qualidade. Fatores como a incerteza do agendamento cirúrgico, a exigência de partilha de recursos (sobretudo, materiais), a gestão de circuitos e de atividades variáveis (muito dependente da organização institucional), determinam que a avaliação da *performance* no bloco operatório obedeça a um padrão de condições não replicáveis.

Desta forma, face ao modelo de governação da instituição, encontramos serviços com objetivos distintos, em que aspetos como o custo-benefício, a produtividade, ou a satisfação do doente podem ser percebidos de ângulos diferentes (Barros, 2006).

Esta distinção fundamenta as metodologias de análise da *performance* nos blocos operatórios. Frequentemente, utilizam-se critérios alinhados com o indicador de produção cirúrgica, como o cancelamento cirúrgico, a ocupação de salas, o tempo de espera dos cirurgiões e tempo de espera dos doentes. Essencialmente, concebem-se duas métricas: *centrada no hospital* ou *centrada no doente*. A métrica *centrada no hospital* incide na produtividade, a métrica *centrada no doente* parte da experiência cirúrgica do doente, foca-se na sua satisfação percebida e na segurança (Tabela 1) (Oh, Phua, Tong, & Lim, 2011).

Tabela 1 – Métricas de análise da *performance* no bloco operatório (BO) (Oh, Phua, Tong, & Lim, 2011)

Centrada no hospital	Tempo de utilização	Tempo consumido no BO ¹ , para o total de tempo disponível.
	Produção cirúrgica	Número de casos cirúrgicos por unidade de tempo disponível/dia.
	Tempo de espera do cirurgião	Tempo de espera para início das cirurgias agendadas.
	Horas extra	Custos adicionais com o desempenho após a hora padrão das cirurgias no BO (8-12 horas por dia).
	Margem de contribuição	Calculada em termos de rentabilidade/unidade de tempo, face à receita por caso cirúrgico, exceto todo o trabalho variável com os custos de aprovisionamento.
	Tempo de sala disponível	Tempo de saída do último doente do dia no BO
Centrada no doente	Tempo de espera do doente	Tempo consumido pelo doente face ao agendamento cirúrgico (programado ou de urgência).
	Cancelamento cirúrgico	Cirurgia agendada cancelada por razões de natureza não clínica (salas indisponíveis, falta de recursos humanos e materiais).

Um modelo de gestão eficiente combina ambas as métricas, garantindo a eficiência da *performance* e a qualidade dos cuidados ao doente (Oh, Phua, Tong, & Lim, 2011). Uma

¹ Existem duas conceções no que diz respeito ao tempo consumido pelos doentes: 1) intervalo compreendido entre o momento em que o doente é conduzido para o BO até ao momento em que sai, e 2) intervalo compreendido entre o momento da incisão à pele e completo encerramento da ferida operatória.

métrica cujos indicadores e critérios assentam na utilização² do serviço é redutora e pouco fiável. Se o critério de alta utilização for próximo ou igual a um, os profissionais podem gerir os seus tempos operatórios de acordo com o ritmo mais favorável para alcançar o indicador. Por outro lado, exceder este parâmetro não reflete um bom desempenho por parte dos gestores do serviço, porque favorece cirurgias mais longas e diminui o tempo total atribuído aos procedimentos cirúrgicos. Isto é, descrever a *performance* apenas com base neste indicador pode asfixiar a produtividade, porque são beneficiados os profissionais mais lentos e os casos cirúrgicos mais demorados. Paralelamente, a qualidade do serviço é lesada, porque falha a avaliação da experiência cirúrgica do doente, a reputação do hospital é atingida e isso tem um impacto na procura dos serviços (Oh, Phua, Tong, & Lim, 2011).

Estas perspetivas advertem também para o risco da segurança e dos resultados para o doente ficarem reféns da eficiência, e de esta tendência dever ser contrariada (Macario, 2006). Isto é, além da preocupação com os elementos da gestão, a análise da *performance* no bloco operatório deve focar a experiência do doente, nomeadamente, a sua satisfação (Oh, Phua, Tong, & Lim, 2011). Neste âmbito, alguns aspetos que influenciam a opinião do doente podem ser melhorados, como o cancelamento cirúrgico. Este tem um impacto negativo na satisfação do doente, porque atrasar ou cancelar uma cirurgia prevista pode ser uma preocupação acrescida para o doente com a sua saúde e a sua segurança, pelo que implica não receber o tratamento previsto no tempo estabelecido (Oh, Phua, Tong, & Lim, 2011).

Uma melhoria neste aspeto pode ser conseguida pelo incremento dos sistemas informáticos nos hospitais, tornando-os adequados ao suporte e processamento da vasta informação produzida no bloco operatório. Esta informação e o seu controle sustentam a qualidade e a eficiência do desempenho neste serviço, podendo alinhar um sistema simples de pontuação da *performance* com base nos dados recolhidos num conjunto de métricas (Macario, 2006). Assim, numa escala de 0-16, os blocos operatórios com graves problemas de gestão podem apresentar entre 0-5 pontos, enquanto bons modelos de gestão podem situar este serviço entre os 13-16 pontos (Macario, 2006).

² O indicador de utilização é o rácio de tempo consumido pelo doente no BO para o tempo atribuído ao procedimento cirúrgico envolvido. (Oh, Phua, Tong, & Lim, 2011)

Tabela 2- Sistema simples de pontuação da *performance* no bloco operatório (Macario, 2006).

Métrica	Pontuação		
	0	1	2
Custos excedentes com pessoal/sala	>10%	5-10%	<5%
Atraso no início das intervenções (casos programados/dia/sala)	>60'	45-60'	<45'
Taxa de cancelamento/sala	>10%	5-10%	<5%
Atraso na admissão na UCPA (% de dias de trabalho com pelo menos um atraso)	>20%	10-20%	<10%
Margem de contribuição (média) h/sala	<\$1000	\$1000-\$2000	>\$2000
Tempo de <i>turnover</i> (tempos de limpeza e preparação para todos casos/sala)	>40'	25-40'	<25'
Desvio na duração estimada do caso (p/8h de tempo/sala)	>15'	5-15'	<5'
<i>Turnover</i> prolongado (% <i>turnover</i> >60') ³	>25%	10-25%	<10%

Questões fundamentais como o cancelamento cirúrgico, os atrasos na admissão à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) e o desvio na duração estimada para a duração dos casos cirúrgicos, devem ser rigorosamente observados por parte do gestor no bloco operatório, que também deve estar atento ao que acontece em termos de gestão do tempo e organização do trabalho. O histórico deste acompanhamento pode melhorar os processos internos do bloco operatório, e tornar mais eficiente a *suite* operatória e o desempenho de todos os profissionais. Mais uma vez, é importante sublinhar que o esforço pela eficiência deve acompanhar um mesmo empenho por melhor qualidade, e que ambas requerem o envolvimento coletivo e a percepção comum das dinâmicas que determinam as prioridades no bloco operatório (Macario, 2006; Oh, Phua, Tong, & Lim, 2011).

2.2.2 – Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório

A visão humanista da enfermagem não se dissipa no ambiente tecnológico do bloco operatório. Os cuidados perioperatórios de enfermagem regulam-se por “uma filosofia

³ Esta métrica foi escolhida subjetivamente pelo autor com base em literatura relevante (Macario, 2006).

que abraça o individualismo, o holismo, a autonomia, a defesa e o fortalecimento como aspectos importantes dos cuidados do doente” (Graham, 2003, pp. 417-418). Entre os aspectos a serem valorizados pelo enfermeiro no bloco operatório, estão o conhecimento adequado da natureza e raio das suas ações e competências, a identificação atempada das necessidades do doente e do procedimento a que vai ser submetido, a gestão integral de todas as situações de risco que ameacem o procedimento cirúrgico. e o registo criterioso de toda a informação. (Graham, 2003). Por isso, instrumentos para a gestão da prática perioperatória e a garantia da qualidade em todas as ações de planeamento, execução, manutenção, proteção do ambiente cirúrgico e segurança do doente são fundamentais. Os indicadores de qualidade constituem um exemplo que congrega valor na gestão das melhores práticas clínicas em enfermagem. No campo da qualidade, a enfermagem perioperatória apresenta três preocupações fundamentais: a eficiência, a segurança do doente e a gestão de eventos de crise (Wu, *et al.*, 2017).

A eficiência assenta em dois fenómenos orientados para a produtividade cirúrgica, o início da primeira intervenção cirúrgica e o tempo de *turnover*, cujos atrasos levam a percebidas situações de risco, sobretudo, pela influência negativa na equipa cirúrgica e no ato cirúrgico. O enfermeiro de bloco operatório deve empenhar-se para que os tempos previstos sejam cumpridos, quer no que diz respeito a um melhor planeamento do trabalho, quer ao cumprimento dos tempos pelos atores da equipa cirúrgica. (Wu, *et al.*, 2017). O tempo de *turnover* está ligado às atividades necessárias para atingir condições favoráveis para que o procedimento cirúrgico ocorra. Para o enfermeiro é o tempo que decorre entre a saída de um doente e a entrada do doente seguinte e “inclui o tempo de limpeza e preparação da sala de operações” (Jericó, Perroca, & Penha, 2011, p. 3). Para os anestesiólogistas o tempo de *turnover* medeia “desde que o paciente é encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica até o procedimento de indução do paciente seguinte e, finalmente, para os cirurgiões, o tempo decorrido desde o fechamento da ferida cirúrgica até à incisão do novo paciente” (Jericó, Perroca, & Penha, 2011, p. 3). É de salientar que estes critérios podem ser influenciados pelo conhecimento e a experiência dos profissionais, os recursos acessíveis à equipa, a correta concepção das práticas e conceitos clínicos. De facto, a eficiência percebe-se como um resultado coletivo, que emerge da responsabilidade e empenho de cada profissional num processo comum (Wu, *et al.*, 2017).

A segurança na saúde tem múltiplos e contínuos cambiantes, sendo uma referência dinâmica de apoio e proteção gerada no ambiente de cuidados, com impacto no doente. No bloco operatório os enfermeiros têm “responsabilidade na procura da qualidade dos cuidados que prestam” (Reis & Silva, 2014, p. 195). As complicações geradas pela falta de segurança no bloco operatório “tornaram-se numa das principais causas de morte e deficiência em todo o mundo” (Reis & Silva, 2014, p. 198). Infeções do local cirúrgico, procedimentos no lado errado do corpo, sequelas por posicionamento cirúrgico inadequado e erros com medicação, são situações que prolongam a hospitalização do doente, são risco grave para a sua saúde, e geram mais despesa (Bohomo & Tartal, 2013). O projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, e a Lista de Verificação Cirúrgica, veiculada em 2009 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), evidenciam a importância da segurança cirúrgica do doente. Este projeto, obrigatório para todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde, nasce da necessidade de melhorar a segurança do doente face a um volume cada vez maior de cirurgias, da perceção de melhores resultados de saúde e menor desperdício de recursos (Saúde D.-G. , 2013). O projeto Cirurgia Segura exige a dinamização e desenvolvimento do trabalho em equipa, preocupa-se com a comunicação interpessoal (Saúde D.-G. , 2013), sugerindo que a antecipação de eventos críticos nos tempos operatórios têm uma intervenção positiva na prevenção de complicações (Wu, *et al.*, 2017).

A não confirmação da identificação do doente, as falhas na informação relativas ao episódio cirúrgico, a não confirmação de materiais e equipamentos necessários ao procedimento, dinâmicas negativas na equipa multidisciplinar, e falhas na comunicação, são algumas das causas de eventos adversos (Bohomo & Tartal, 2013). Circunstâncias inesperadas, e a fronteira que separa os procedimentos e os profissionais, opõem-se à avaliação desses eventos, daí que um melhor envolvimento de toda a equipa nos diferentes tempos cirúrgicos (antes da indução anestésica, antes da incisão à pele e antes do doente sair da sala) garantem melhor prognóstico para o doente (Saúde D.-G., 2013; Wu, *et al.*, 2017). Isto significa que a prevenção do erro e os resultados favoráveis de um procedimento cirúrgico, dependem de todo um trabalho de equipa num processo de cuidados individualizado ao doente, na qual os enfermeiros se empenham em colaborar (Bohomo & Tartal, 2013; Wu *et al.*, 2017).

A gestão dos eventos de crise é um indicador importante para a enfermagem, uma vez que o sucesso em momentos de grande complexidade recai na resposta do enfermeiro às situações do doente (Wu, *et al.*, 2017). A gestão de eventos de crise incide sobre a

exigência de níveis de competência dos profissionais, criados pela formação e pelo treino (eventualmente programas de simulação), que os habilitam para uma resposta efetiva face às circunstâncias que colocam em causa o suporte avançado de vida ao doente. Listas de verificação (carro de emergência, carro de via aérea) e protocolos de atuação (hipertermia maligna, paragem cardiorespiratória por toxicidade dos anestésicos locais), são formas de resposta a este indicador, focado na capacidade do enfermeiro saber responder a uma situação grave para o doente. No bloco operatório todos os profissionais devem estar qualificados e treinados para responder em momentos de crise, sendo que esta preparação deve repetir-se sempre de acordo com as normas mais recentes (Wu, *et al.*, 2017).

2.3 – EQUIPAS DE TRABALHO NO BLOCO OPERATÓRIO

A *performance* no bloco operatório liga diferentes grupos de profissionais que, formando um todo organizado, desenvolvem um processo de cuidados cirúrgicos ao doente. Anestesiologistas, assistentes operacionais, cirurgiões e enfermeiros coexistem na equipa cirúrgica. As normas e atribuições de cada grupo interferem no seu envolvimento e interação enquanto profissionais, nos seus bloqueios e conflitos, na regulação e integração dos indivíduos, e nas expectativas do grupo a que pertencem (Carvalho, Bernardo, Sousa, & Negas, 2014). Formalmente estruturada, a equipa cirúrgica evolui segundo “objetivos e funções específicas, com todo um processo de planeamento de trabalho, divisão de tarefas e tomada de decisões com vista à resolução dos problemas” (Carvalho, Bernardo, Sousa, & Negas, 2014, p. 187). Trata-se de uma ação coordenada e agregada em torno do processo de cuidados ao doente cirúrgico. A *performance* perioperatória exige equipas cirúrgicas competentes, percepção das dificuldades, sentido de “esforço coletivo, (...) objetivos comuns e responsabilidade partilhada pelos resultados” (Carvalho, Bernardo, Sousa, & Negas, 2014, p. 187).

Sendo as equipas o maior benefício do bloco operatório há que sublinhar o papel do fator humano e a dimensão do seu trabalho, nomeadamente, como mais-valia fundamental na reversão do erro (Fragata a), 2006). O conhecimento, a experiência, e a segurança para tomar decisões e resolver problemas são aspetos de reconhecido valor na constituição de equipas. Por isso, a organização e o serviço devem estar atentos aos processos educativos e formativos de indivíduos e equipas, à organização do seu trabalho e à estrutura que caracteriza as suas relações interpessoais (Fragata

a), 2006). O bom desempenho da componente humana regula-se na correta gestão do conhecimento e da técnica dos indivíduos, e na competência para comunicar e decidir das equipas. Pelo contrário, a falta de saber do profissional aliado a ações inadequadas, facilmente se ajusta ao erro, por isso, a aprendizagem, e o melhoramento contínuo de normas e procedimentos instituídos devem informar a gestão do bloco operatório (Helmreich, 2000; Fragata b), 2006).

O bom desempenho nasce da perspetiva bem organizada sobre a instituição, e não de forma abstrata, pois apenas “pela adequada aplicação prática de princípios gerais [se podem] atingir objetivos propostos, utilizando para tal as pessoas “(Fragata a), 2006, p. 140). Por isso, as mudanças na cultura organizacional e profissional, a liderança, a implementação de normas que suprimam a dúvida e a variabilidade, a organização do trabalho, a não punição face ao erro (exceto o que resulta de infração com dolo aos procedimentos de segurança padronizados), devem ser geridos a par de treinos formais às equipas (Helmreich, 2000). No bloco operatório o treino em equipa “não só contribui para a eficiência global, como garantirá ainda os mais altos padrões de segurança” (Fragata, 2006, p. 141). O *feedback* e o reforço positivo de competências interpessoais e técnicas, também surgem como complemento do compromisso entre profissionais e organização, intervêm no desempenho individual, na motivação de ser parte da equipa e, principalmente, na segurança do doente cirúrgico e na qualidade dos cuidados no bloco operatório (Helmreich, 2000).

2.3.1 – A Multidisciplinaridade no Bloco Operatório

Relativamente aos aspetos funcionais das equipas no bloco operatório, as necessidades assistenciais ao doente cirúrgico determinam que estas sejam multidisciplinares e interdisciplinares (Carvalho, Bernardo, Sousa, & Negas, 2014). Segundo Hogstone & Marjoram (2007) A prática multidisciplinar assenta num trabalho de equipa, que é um processo colaborativo entre grupos de indivíduos, com diferente formação, que partilham objetivos comuns (Ndoro, 2014). A interdisciplinaridade surge da coexistência de competências, da adaptação de papéis dos indivíduos para poderem interagir e cumprir as ações do processo assistencial cirúrgico (Carvalho, Bernardo, Sousa, & Negas, 2014; Ndoro, 2014).

A multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade positiva são essenciais para melhorar a efetividade dos cuidados, nomeadamente, quanto à segurança do doente (Bitter, Veer-

Berkx, Gooszen, & Amelsvoort, 2016). A colaboração numa equipa multidisciplinar pode ser analisada em variáveis relacionadas com a sua dinâmica, a abertura, o *feedback* e a coesão, ou a sua estrutura interna, metas comuns, a aprendizagem e o controle. A operacionalização destas variáveis na equipa multidisciplinar no bloco operatório determina a alta *performance*, a que se aplicam elevados graus de responsabilidade e a percepção exata do papel do outro. (Bitter, Veer-Berkx, Gooszen, & Amelsvoort, 2016). Uma organização atenta à alta *performance* de equipas multidisciplinares é uma organização que zela por tudo aquilo que pode interferir nos processos de informação, na análise de processos, atitudes e comportamentos, na segurança e na qualidade. E, também, é uma organização interessada nas oportunidades que estes aspetos transportam do ponto de vista de alcançar a excelência.

Pela forte especialização dos grupos profissionais no bloco operatório, os aspetos menos desejáveis do seu trabalho em equipa podem manifestar-se em instabilidade e erros, donde a importância de todos os profissionais da equipa estarem congruentes no valor do seu papel ao nível do planeamento, da organização, da utilização dos recursos e dos resultados para o doente. A relação que deve unir os profissionais supõe respeito e confiança, a valorização da diferença, a resolução de conflitos, o encorajamento do debate, a ausência de agendas pessoais, a capacidade de pedir ou providenciar clarificação (Bitter, Veer-Berkx, Gooszen, & Amelsvoort, 2016).

A propósito da colaboração entre elementos de equipas no bloco operatório, aponta-se que em 50% do tempo, três a quatro elementos de uma equipa salientam um desejo de mudar a sua estrutura (Paige, *et al.*, 2009). Comportamentos perturbadores, referidos como uma ocorrência vulgar no ambiente de trabalho, podem ser uma das razões. Comentários negativos acerca dos colegas, perturbações durante a conversação, impaciência, relutância em seguir práticas de segurança e em trabalhar em colaboração, são comportamentos desviantes que também se podem encontrar no trabalho em equipa no bloco operatório (Makary, *et al.*, 2006). O que distingue a perspetiva dos profissionais sobre a colaboração nas equipas e, por consequência, afeta a sua comunicação, pode ser apoiado pelo estatuto e a autonomia desses profissionais, a conceção que cada um tem de responsabilidade e de trabalho em equipa, e as raízes sócio-culturais relacionadas com a sua formação. No entanto, numa perspetiva mais racional ou num modelo mais holístico, quando se persegue a qualidade de cuidados e a segurança do doente, os profissionais estão obrigados a considerarem a

representatividade das suas competências na equipa multidisciplinar, e a necessidade de estas serem geridas em proveito do doente (Makary, *et al.*, 2006; Paige, *et al.*, 2009).

Aspetos como a cultura de saúde da organização, o clima económico, fracas lideranças, a reorganização dos serviços e a interdependência com outros serviços, têm um impacto na comunicação entre os profissionais (Joint Commission, 2008). A promoção de melhor trabalho de equipa tornou-se uma importante meta no trabalho da *The Joint Commission*, chamando a atenção para o potencial de erro que encerram os comportamentos intimidatórios. A influência negativa na satisfação do doente, o incremento nos custos e o crescimento do absentismo dos profissionais, exigem maior atenção dos serviços para comportamentos não profissionais, o egocentrismo, a imaturidade e a insegurança, pelo grau de risco que eles transportam para o cenário de cuidados (Joint Commission, 2008). Assim, segundo *The Joint Commission*, a educação e o treino dos profissionais das equipas, que saliente o código de conduta da instituição e regras básicas de civilidade, devem representar uma preocupação por parte das instituições. Paralelamente, a monitorização do desvio dos valores organizacionais, junto de diferentes atores (profissionais, parceiros, doentes), a valorização do bom ambiente em equipas de trabalho e a penalização do inverso, devem também fazer parte das preocupações da organização (Commission, 2008).

2.3.2 – A Prática de Comunicação na Equipa Multidisciplinar

Práticas de comunicação interprofissional funcionais são facilitadoras da *performance* das equipas. As habituais abordagens à comunicação não se reproduzem facilmente no bloco operatório, porque se trata de equipas de grande dimensão, multidisciplinares, com uma organização espacial complexa e baixa previsibilidade de conteúdos comunicacionais. Para alcançar parâmetros funcionais de comunicação, há que considerar que as falhas comunicacionais no bloco operatório se incluem em padrões de *ocasião*, *conteúdo*, *propósito* e *audiência* (Lingard, Regehr, Espin, & White, 2006). A *ocasião* é a oportunidade (tempo-espço) em que uma questão/observação é realizada (se depois de iniciada a intervenção cirúrgica, o cirurgião perguntar ao anestesologista se foi administrado o antibiótico, a questão é tardia porque este procedimento deveria estar realizado antes do início da incisão). O *conteúdo* baseia-se na qualidade das trocas comunicacionais (o relato tardio por um dos elementos da equipa de uma patologia associada no doente). O *propósito* é a situação repetida e urgente de troca

com um elemento da equipa (a necessidade maior ou menor de resolver um problema). A *audiência* replica a penalização do processo comunicacional pela ausência de um elemento chave (o anestesiológico e o enfermeiro decidem sobre o posicionamento do doente sem a presença do cirurgião, e a chegada deste determina modificações tendo em conta o procedimento a ser realizado).

Dada a influência de uma boa comunicação na *performance* cirúrgica, a atenção às competências comunicacionais dentro da equipa é recomendada, para permitir que as interações dos indivíduos se constituam como o melhor modelo de segurança para o doente (Lingard, Regehr, Espin, & White, 2006). Esta questão é decisiva a longo prazo, pela representatividade do bloco operatório na aprendizagem e formação dos profissionais. A formação de novas identidades profissionais constitui-se num processo em que se percebe, e tacitamente se categoriza, sobre os atores com os quais se está em contato. Progressivamente, iniciados e estagiários adquirem um conhecimento implícito e poderoso dos papéis profissionais, das relações entre eles, das suas competências comunicacionais, e do peso de cada um na *performance* e no cenário de cuidados (Lingard, Reznick, DeVito, & Espin, 2002). O que se escolhe ouvir é influenciado pela natureza dinâmica da equipa onde se está integrado, e a comunicação entre os indivíduos tem diferentes motivações: preocupações individuais com o doente, organização do trabalho, valores pessoais e profissionais, acessibilidade de recursos e perspetiva de mundo. As interpretações conflituosas e diversas têm implicações na operacionalização de conceitos, nomeadamente, o conceito de “equipa”, em termos de construção do “outro”, e a subsequente formação de uma identidade profissional (Lingard, Reznick, DeVito, & Espin, 2002). Assim, no bloco operatório o treino regular não deve estar circunscrito à perícia técnica e os aspetos focados chamam a atenção para a importância da preparação dos profissionais em áreas como a comunicação, fundamental para um conjunto de competências que regulam as boas práticas.

2.3.3 – A Competência Coletiva

A competência coletiva de uma equipa atinge-se na medida em que cada elemento e o todo geram a sua própria efetividade e sustentabilidade. A competência coletiva não foca o indivíduo, antes tem em atenção as relações entre as partes numa equipa, isto é, o que os elementos da equipa nela colocam: pressupostos, conhecimento, restrições e divergências ao nível das expectativas e da *performance* (Lingard, 2012). Numa equipa

a competência recai sobre a capacidade de o profissional compreender, enriquecer e complementar o conhecimento dos outros profissionais, e não apenas se esse profissional tem conhecimento numa área de competência específica (*Anaesthetics*, 2017). Adaptar o pensamento ao momento atual supõe perguntar como comunica determinada equipa, como essa comunicação influencia o processo assistencial, e como a formação de profissionais e estudantes pode melhorar a sua comunicação e os cuidados a serem prestados. O conceito de competência coletiva vincula o profissional a mais do que o conhecimento científico conferido pelo seu título, prepara-o para participar em situações reais, numa rede de pessoas e artefactos que num tempo-espaço se envolvem em múltiplas relações (Lingard, 2012).

A competência coletiva envolve três aspetos básicos, a simplicidade, a complexidade e a estratégia. O primeiro aspeto passa por melhorar os sistemas de informação e a sua *interface* com os utilizadores. O segundo aspeto foca a confiança entre os profissionais, para uma presença mais afirmativa nas situações de cuidados, e sugere uma alteração estrutural nos modelos de formação clínica, que torne os indivíduos coletivamente competentes. Por último, é preciso olhar para o sistema de saúde, encontrar os pontos em que a falha na competência coletiva teve piores consequências, e construir iniciativas para a apoiar (Lingard, 2012).

A competência de uma *performance* é influenciada pelas limitações e propósito das situações com que se interage em determinada circunstância. No bloco operatório para o gesto mais simples “o número de actores e de passos é enorme, a oportunidade de falhas será também enorme” (Fragata a), 2006, p. 157). Ao se analisarem os erros no bloco operatório, percebe-se que a raiz do problema é sobretudo uma falha na comunicação e não tanto a técnica ou o conhecimento (Fragata a), 2006). Muito embora a competência individual seja incontornável ela é insuficiente para responder integralmente às exigências de qualidade e segurança dos processos assistenciais. Há a necessidade de melhor preparar os profissionais em termos de comunicação e efetiva partilha de informação, relacionada com o doente e com os serviços. A adaptação ao conceito de competência coletiva é motivada pela atenção crescente das organizações e da sociedade aos cuidados de saúde como um sistema complexo, e pela preocupação com a qualidade da *performance* desse sistema, em aspetos particularmente sensíveis como o trabalho em equipa e a segurança do doente (Fragata, 2006; Lingard, 2012). Existe por isso a exigência de recompor os conceitos segundo os quais se percebe o

trabalho dos profissionais, e fazer emergir um modelo coletivo que sublinhe as suas potencialidades no âmbito da qualidade dos cuidados.

Parte II

Metodologias

Esta parte do estudo respeita aos aspetos que conduziram à ideia e elaboração do trabalho.

As metodologias utilizadas e as opções que as suscitaram, tiveram como objetivo apresentar o interesse e grandeza sugeridos pela temática, e compreender a dimensão do debate. Concorrem para estes objetivos as escolhas relativamente aos participantes, ao seu contexto funcional, à recolha de dados e análise dos mesmos.

1 – METODOLOGIA

O atual paradigma na saúde não hesita relativamente às exigências que se impõem no âmbito da qualidade, e cada vez mais estamos na posse de instrumentos que podem ajudar gestores e profissionais a tornar este valor concretizável. Neste sentido a Direção-Geral de Saúde adverte para um conjunto de prioridades: a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão a normas de orientação clínica, o reforço da segurança dos doentes, a monitorização permanente da qualidade e segurança, o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e a informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Saúde D.-G. d., 2016).

No delineamento do atual trabalho decidimos analisar com cuidado o tema da *qualidade em saúde* naquilo que diz respeito a uma unidade específica da instituição hospitalar – o *bloco operatório*. Assumimos como relevante explorar alguns dos aspetos essenciais e distintivos do seu ambiente de trabalho e das pessoas, para uma melhor compreensão deste serviço (Oliveira & Ferreira, 2014). O nosso objetivo é *construir um inventário de indicadores de qualidade no bloco operatório*

Este capítulo vai permitir conhecer as linhas orientadoras para desenvolvimento do estudo, que pretendemos se torne um instrumento que contribua positivamente para a prática de cuidados no bloco operatório, salvaguardando as suas várias dimensões.

1.1 – MÉTODO DE PESQUISA

A procura de respostas e caminhos para uma maior compreensão do mundo tem acompanhado o longo percurso da existência humana. Como resultado desta incessante necessidade resposta, a investigação tornar-se-ia uma procura científica. A investigação científica “é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação, e que contribui para explicar e compreender os fenómenos...” (Coutinho, 2018, p. 7). Na saúde a investigação científica ajuda-nos a pensar sobre os problemas e questões com que nos confrontamos na prática, permite-nos discutir sobre eles, delinear mudanças e resolver problemas. Na saúde, o trabalho científico e o desenvolvimento do conhecimento procuram, sobretudo,

melhorar as condições de prática para os profissionais, fundamentar os processos assistenciais aos doentes e proporcionar-lhes maior satisfação.

Para garantir a validade do processo científico alguns princípios e métodos exigem ser dominados, observados e aplicados (Oliveira & Ferreira, 2014). Na diversidade de problemáticas que encontramos na área da saúde, o estudo de caso “é um dos referenciais metodológicos com maiores potencialidades...” (Coutinho, 2018, p. 334). O estudo de caso “visa preservar e compreender o caso *no seu todo* e na *sua unicidade*” (Coutinho, 2018, p. 335). Com o recurso a uma diversidade de fontes o estudo de caso segundo Creswell (1998) e Yin (1994), citados por Coutinho (2018), investiga o *como* e o *porquê* dos fenómenos, onde eles acontecem. Ainda segundo Yin (1994), citado por Coutinho (2018), “o estudo de caso pode ser conduzido por um dos três propósitos básicos: explorar, descrever ou ainda explicar” (Coutinho, 2018, p. 337). No entanto, outros autores citados por Coutinho (2018), Guba e Lincoln (1994), Ponte (1994), Merriam (1998) e Gomez *et al.* (1996), consideram que o estudo de caso pode ter várias funções, entre as quais a descrição de situações, o conhecimento do fenómeno e a exploração do mesmo (Coutinho, 2018).

A versatilidade do estudo de caso revelou-se como preferencial para desenvolver este estudo. e ajudar-nos a descrever os indicadores de qualidade no bloco operatório de forma “sistémica ampla e integrada” (Coutinho, 2018, p. 335). Face ao exposto, o nosso trabalho configura uma função exploratória e descritiva, porque pretende compreender uma temática pouco estudada (a qualidade no bloco operatório) e descrever os seus domínios e indicadores. Tendo em atenção o recomendado por Yin (2003), citado por Oliveira & Ferreira (2014), a elaboração do trabalho configurou uma primeira parte em que abordámos alguma literatura destacada, partindo da temática e do objetivo do estudo, e que permitiu assegurar o correto desenvolvimento da investigação e da colheita de dados (Oliveira & Ferreira, 2014).

1.1.1 – Seleção do Caso

A seleção do caso, o Bloco Operatório Central (BOC) do polo Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), refere-se com dois aspetos: ser o nosso local de trabalho e ter-nos sido transmitido pela chefia um sentimento de adesão e de necessidade de criação de indicadores de qualidade. Os HUC são um hospital central e universitário da região centro do país, orientado para a

“prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação” (CHUC, Centro Hospitalar, 2016), sendo uma referência nacional e internacional em áreas consideradas como pontos de excelência. As áreas de influência dos HUC correspondem à ação e capacidade das várias unidades que o integram, as suas redes de diferenciação e de referenciação em algumas especialidades (Saúde M. d., 2016). Entre os objetivos estratégicos do CHUC citamos dois (Saúde M. d., 2016):

- Diagnosticar, tratar e reabilitar os doentes, em tempo clinicamente adequado, com elevados critérios de qualidade e humanidade dos serviços prestados;
- Desenvolver programas de melhoria de eficiência, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro.

Entre os Órgãos de Apoio Técnico, esta instituição tem uma Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, multidisciplinar, cujas competências são promover e desenvolver uma cultura de qualidade e segurança, e aplicar de forma generalizada sistemas de gestão de qualidade. Para além do apoio que presta ao Conselho de Administração, tem a seu cargo a elaboração do plano de qualidade e de segurança da instituição, e a avaliação contínua da qualidade, “analisando, nomeadamente, os relatórios provenientes do gabinete do utente, da gestão do risco ou de outras áreas consideradas pertinentes e propor medidas corretivas” (CHUC, 2016).

O polo HUC possui vários blocos operatórios periféricos integrados nos departamentos da sua estrutura organizacional. O Bloco Operatório Central (BOC), faz parte do Agrupamento de Unidades Partilhadas. Na sua gestão tem um Coordenador (Anestesiologista), um Administrador e um Enfermeiro Chefe. O agrupamento funcional é uma metodologia organizativa cuja coordenação se baseia “num critério de homogeneidade clínica, no caso específico, na atividade cirúrgica em bloco operatório” (CHUC, 2016). O BOC possui catorze salas operatórias, doze no piso 01 (agendamento programado e urgente), e duas no piso -1 (agendamento urgente). Segundo um mapa de distribuição de salas, anualmente revisto por um grupo de utilizadores e aprovado pela coordenação do serviço, as doze salas de cirurgia programada respondem a várias especialidades: Cirurgia Geral, Urologia, Ginecologia, Neurocirurgia, Cirurgia Vasculuar, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Maxilo-Facial.

1.1.2 - Procedimentos

O desenho da pesquisa parte “dos elementos, conceitos e análises desenvolvidos na revisão bibliográfica e expressam o entendimento prévio do pesquisador sobre o assunto” (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 99). No caso presente, para salvaguardar a solidez da investigação, procurámos que os resultados alcançados fossem representativos face ao objetivo traçado, que permitissem o desenvolvimento futuro, e que os conceitos representados na revisão bibliográfica estivessem evidenciados. Os procedimentos delineados para esta fase da pesquisa focam-se na seleção da amostra, nas técnicas de recolha de dados e na recolha de dados.

1.1.2.1 – Seleção da Amostra

Nos estudos de caso “a escolha da amostra adquire um sentido muito particular e é sempre intencional, procurando variações máximas em detrimento da uniformidade” (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 100). Poderá dizer-se que este procedimento é o centro metodológico do estudo de caso, porque ele permite-nos compreender o caso que se está a estudar.

A seleção da amostra para o nosso estudo partiu do conhecimento prévio de um conjunto de sujeitos considerados como especialistas face ao tema, e pela sua proximidade com o BOC. De forma intencional constituiu-se um painel multidisciplinar de peritos cujas qualificações, experiência e responsabilidades os torna efetivos conhecedores da matéria nas respetivas áreas, o que é relevante e facilitador no contexto em análise. O fato de selecionarmos dois participantes (1 enfermeiro chefe e 1 administrador hospitalar) externos ao BOC deveu-se à circunstância de no passado recente terem participado dos órgãos de gestão deste serviço, do valor inquestionável das suas perspetivas e, simultaneamente, de validar uma maior heterogeneidade ao grupo (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Esta metodologia oferecia vantagens para o objetivo do estudo e a sua compreensão, circunstâncias em que estes profissionais estariam especificamente empenhados. Por outro lado, há que notar que entre si estes atores formulam atenções diferentes sobre o serviço, as suas carências e potencialidades, o que se revela significativo para a descrição dos indicadores mais sensíveis no âmbito da qualidade, e para maior evidência e grandeza dos resultados obtidos. (Oliveira & Ferreira, 2014). Fundamentado

pelo processo de recolha de dados, de que falaremos a seguir, esta amostragem revelou-se dinâmica e sequencial, porque a evolução do estudo determinou que a amostra inicial fosse alterada e aumentada a fim de aprofundar e definir os resultados (Coutinho, 2018).

1.1.2.2 – Técnicas de Recolha de Dados

O estudo decorreu em duas fases. Na 1ª fase (momentos 1 e 2) começámos por desenvolver uma técnica baseada nos Grupos Delphi, e na 2ª fase (dinâmica de grupo) recorreremos à técnica do Grupo Focal. Trata-se de duas técnicas tradicionais “de coleta de dados de especialistas em determinado assunto para o levantamento de informação em pesquisa de campo, mas que se diferenciam pelo fato de [uma] contar com as respostas individuais dos participantes” (Munaretto, Corrêa, & Cunha, 2013, p. 11), e a outra considerar a interação social dos mesmos (Munaretto, Corrêa, & Cunha, 2013). Assim, partindo de um painel reduzido de especialistas que colaboraram anonimamente no primeiro momento de entrevista, procurámos conhecer as suas percepções sobre a qualidade no bloco operatório. A manutenção do anonimato num grupo de especialistas multidisciplinares apresenta vantagens para recolher dados mais abrangentes e fundamentais, estando salvaguardados os desconfortos e as sensibilidades inerentes às diferenças de opinião entre os participantes (Stitt-Gohdes & Crews, 2004). No segundo momento de entrevista, mantendo o princípio de anonimato, fez-se o alargamento a outros peritos e aumentou-se a heterogeneidade do grupo, o que operou uma melhor compreensão sobre a representatividade dos indicadores descritos a partir da primeira entrevista.

Embora a manutenção do anonimato dos participantes seja um elemento importante para explorar ideias e sugestões de forma mais facilitadora e menos enviesada, a grandeza da informação gerada sugeria um novo caminho tendo em conta o tempo disponível para o estudo, o tamanho do painel de peritos e o tempo de resposta consumido nas entrevistas. Exigia-se que uma nova fase fosse mais célere e que permitisse uma reflexão conjunta, a análise de pontos de convergência e divergência, e a possibilidade de um consenso ou de um resultado mais real e praticável. Assim, na 2ª fase, a técnica do Grupo Focal privilegiou a interação social entre os peritos, para que os indicadores até aí descritos fossem aperfeiçoados e se tornassem mais coerentes com a realidade do serviço (Munaretto, Corrêa, & Cunha, 2013).

O Grupo Focal permite que num modelo de dinâmica grupal, partindo de um conjunto de tópicos e com recurso a um moderador, se gere uma visão mais profunda e clara relativamente a determinado assunto, através da recolha das “opiniões, pensamentos e experiência “ (Munaretto, Corrêa, & Cunha, 2013, p. 16) de cada um dos participantes. Assim, mais do que encontrar uma perspetiva individual sobre o assunto proposto pelo estudo, a introdução da discussão no grupo permitiu desenvolver e perceber as ideias coletivas e recuperar aspetos (neste caso, relativos à qualidade no bloco operatório), os quais não estavam suficientemente claros e definidos (Munaretto, Corrêa, & Cunha, 2013). Os benefícios desta dinâmica foram fundamentais para uma descrição mais coerente e madura dos indicadores e, mais do que refletir um consenso, revelou uma vontade do conjunto dos participantes para melhorar e mudar a qualidade no bloco operatório.

1.1.2.3 – Recolha de Dados

As abordagens à colheita de dados podem variar, assim como a utilização do material reunido para realizar um estudo. O estudo de caso pode incluir várias técnicas de recolha de dados, cuja principal vantagem é em garantir maior consistência na informação obtida (Coutinho, 2018). Como evidenciámos anteriormente, este estudo decorreu em 2 fases, sendo que a primeira incluiu 2 momentos e a segunda 4 momentos. Na 1ª fase, o primeiro momento teve por objetivo gerar dados novos, a partir da opinião do conjunto inicial de 7 participantes, e agrupá-los de forma coerente; o segundo momento ampliou-se aos 17 intervenientes, no sentido de aperfeiçoar os dados iniciais. Os 4 momentos da 2ª fase permitiram analisar redundâncias e gerar consenso no grupo de especialistas.

Tabela 3 – Sujeitos da amostra intencional, áreas de referência e de ação, 1ª Fase.

Área de referência	de	Área de ação	Amostra intencional	Participação	
				1º momento	2º momento
<i>Administração hospitalar</i>		Administrador das Unidades Partilhadas Blocos Operatórios (UPBO)	2	0	2
<i>Anestesiologia</i>		Diretor de Serviço	1	1	0
		Anestesiologistas	3	1	3
<i>Cirurgia</i>		Diretor de Serviço	1	0	1
		Diretor de Unidade de Gestão intermédia (UGI)	1	0	1
		Cirurgiões	3	2	3
<i>Enfermagem</i>		Enfermeiros Chefes	2	1	2
		Enfermeiros	4	2	3

O recurso à entrevista como instrumento de colheita de dados apresenta vantagens quando “o pesquisador não tem um conjunto de questões que devem ser feitas em uma ordem específica e formuladas de determinada maneira” (Polit, Beck, & Hungler, 2004, p. 251). À partida solicitámos aos primeiros 7 participantes que de forma espontânea, e de acordo com a natureza e a amplitude das suas competências, formulassem as suas perspetivas relativamente à qualidade no bloco operatório com vista à criação de indicadores de qualidade. Num pequeno texto introdutório chamámos a atenção para o papel do bloco operatório no âmbito dos cuidados de saúde, algumas das suas fragilidades e a exigência para alcançar cada vez melhores resultados para o doente. Esta entrevista foi encaminhada por *e-mail* aos 7 profissionais: dois anestesiolistas, dois cirurgiões e três enfermeiros. Entre estes profissionais, dois estão ligados aos órgãos de gestão do BOC. Esta primeira ação desenvolveu-se entre final do mês de julho e início do mês de setembro 2017.

Num segundo momento, face aos dados obtidos, construiu-se na entrevista semiestruturada, com um conjunto de tópicos apresentados aos participantes, deu a oportunidade de livremente definirem a representatividade dos mesmos. Esta entrevista resultou da análise e operacionalização dos dados obtidos no primeiro momento de consulta. Para este processo recorreremos à técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é definida como “conjunto de técnicas de análise de comunicações” (Bardin, 1995, p. 31; *itálico no original*). A análise de conteúdo tem uma aplicação bastante vasta “podendo ser bastante diferentes os procedimentos de análise” (Bardin,

1995, p. 31). Neste caso, a sua aplicação procurou evidenciar o que os especialistas selecionados percebem como significativo em termos de qualidade no bloco operatório, e como esta pode ser descrita em termos de métrica para posterior avaliação e monitorização. Assim, realizámos a análise categorial dos textos obtidos no primeiro momento de entrevistas. As categorias funcionam como uma “espécie de gavetas ou rúbricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas, da mensagem” (Bardin, 1995, p. 37). As categorias estavam previamente definidas com base no Modelo de Avedis Donabedian, *estrutura-processo-resultado*. Tecnicamente, partimos dos textos e recolhemos os elementos capazes de criar sentido dentro de cada categoria e, assim gerar alguma ordem na indiferenciação inicialmente surgida (Bardin, 1995).

Este trabalho deu origem a um conjunto de indicadores que foram inseridos em domínios categorizados em *estrutura-processo-resultado* (Tabela 4). Simultaneamente, foram incluídos outros indicadores obedecendo ao mesmo modelo de categorização, com base na literatura referenciada na fase concetual deste estudo. No segundo momento a entrevista solicitava ainda que de forma não estruturada os respondentes manifestassem observações relevantes para o estudo até um máximo de 3.

Tabela 4 - Categorias da cadeia estrutura-processo-resultado e respetivos domínios de indicadores propostos, 2º momento de entrevista, 1ª Fase. .

Categoria	Domínios			
<i>Estrutura</i>	Gestão de recursos humanos	Gestão de recursos materiais	Gestão e Organização Interna do Serviço	
<i>Processo</i>	Cultura de Segurança	Desenvolvimento de Competências e Motivação Profissional	Humanização dos Cuidados Perioperatórios	Planeamento e Gestão do Tempo no Bloco Operatório
<i>Resultado</i>	Cultura de Segurança	Desenvolvimento de Competências e Motivação Profissional	Planeamento e Gestão do Tempo no Bloco Operatório	

A cada domínio correspondiam vários indicadores, para os quais se pedia uma resposta face à sua representatividade. Dos 17 participantes 15 responderam ao 2º momento de entrevista, que decorreu entre o início de novembro 2017 e meados de janeiro de 2018. Esta fase de colheita de achados foi longa, pela dificuldade de conseguir respostas e, porque face a uma mudança na estrutura de gestão do serviço, o estudo deveria ter em conta essa nova realidade. Este procedimento ofereceu-nos os indicadores mais representativos para a amostra e, ainda, permitiu-nos compilar as observações

relevantes solicitadas aos respondentes. Além de alguns comentários pertinentes, estas respostas facilitaram um olhar sobre os indicadores obtidos, relativamente à sua estruturação no âmbito geral, ao seu valor no contexto do estudo, ao risco de serem redundantes, e a eventuais pontos convergentes e divergentes.

No entanto, a abundância excessiva de indicadores justificava completamente o recurso a uma técnica de Grupo Focal (GF) para uma busca de sentido e de consenso face ao objetivo inicial. De fato, não obstante a importância de alguns indicadores havia que reconhecer a sua eventual redundância e imensurabilidade, para fins da sua utilização futura. A 2ª fase, e a primeira reunião do Grupo Focal ocorreu no dia 17 de janeiro, foram convidados 16 entrevistados⁴ por *e-mail* a fim de estarem presentes nesta primeira sessão. Destes, compareceram sete: seis enfermeiros, entre os quais dois enfermeiros chefes, e um anestesiológico. Além da mestrandia encontrava-se também nesta reunião, o orientador deste estudo. A segunda reunião ocorreu no dia 22 de janeiro, e mais uma vez foram convidados por *e-mail* os 16 participantes. O último participante foi convidado pessoalmente para estar presente. Dos agora 17 participantes estiveram presentes quatro: um enfermeiro chefe, dois enfermeiros e um administrador hospitalar. O convite para as duas últimas reuniões também foi realizado por *e-mail*; na terceira reunião estiveram presentes uma enfermeira chefe, quatro enfermeiras e um administrador hospitalar; na quarta reunião compareceram uma enfermeira chefe, uma enfermeira e um administrador hospitalar.

Tabela 5 – Sujeitos da amostra intencional, áreas de referência e de ação, 2ª Fase.

Área de referência	Área de ação	Amostra intencional	Participação reunião				por
			GF1	GF2	GF3	GF4	
<i>Administração hospitalar</i>	Administrador das UPBO	2	0	1	1	1	
<i>Anestesiologia</i>	Diretor de Serviço	1	0	0	0	0	
	Anestesiologistas	3	1	0	0	0	
<i>Cirurgia</i>	Diretor de Serviço	1	0	0	0	0	
	Diretor de UGI	1	0	0	0	0	
	Cirurgiões	3	0	0	0	0	
<i>Enfermagem</i>	Enfermeiros Chefes	2	2	1	1	1	
	Enfermeiros	4	4	2	4	1	

⁴ O segundo momento de entrevista apenas foi aplicado ao 17º participante no dia 18 de janeiro.

Em cada reunião foram feitas anotações dos aspetos mais relevantes discutidos. Tecnicamente procurou-se que a informação obtida nestas reuniões tivesse a consistência suficiente para alcançar um desejado consenso, credível e capaz de constituir um modelo de qualidade aplicável. Embora o número de participantes nestas reuniões possa ser questionável, nomeadamente, a aderência de alguns dos grupos profissionais, os presentes mantiveram-se empenhados em discutir matérias relacionadas com a melhoria generalizada do bloco operatório. Paralelamente, recorreremos a alguma literatura pontual para aprofundar a discussão, rever alguma da terminologia utilizada pelos participantes e/ou melhorar a composição de alguns indicadores. O recurso a informantes exteriores ao estudo foi realizado para clarificar alguns dos tópicos debatidos. É importante mencionar a nossa ligação pessoal e profissional ao bloco operatório, sendo que sempre procurámos que esse aspeto não interferisse nas discussões, mas antes funcionasse como um instrumento para a qualidade do consenso alcançado (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Parte III

Conceção de Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório

Esta parte desenvolve os resultados obtidos na 1ª fase, baseada na técnica dos Grupos Delphi, assim como as conclusões da 2ª fase, apoiadas na dinâmica de grupo das reuniões do Grupo Focal.

1 – FASE I – 1º MOMENTO: A RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM A QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO

A primeira fase incluiu a primeira entrevista não estruturada, que apresentava o tema do estudo aos participantes, e solicitava que estes, de acordo com a natureza e abrangência da sua ação profissional, dessem a conhecer os aspetos essenciais para a definição de indicadores de qualidade no BOC. Neste grupo foram incluídos 7 profissionais (já mencionados na Parte II), tendo sido garantido o seu anonimato. Todo este processo foi realizado por correio eletrónico. Apresentamos de seguida os aspetos marcantes recolhidos nesses depoimentos, por grupo profissional, os quais nos permitiram deduzir as perspetivas dos entrevistados relativamente à qualidade no BOC e à conceção de indicadores. Como nota é de salientar que nos excertos narrativos apresentados os nomes dos profissionais não correspondem à realidade.

1.1 – OS ENFERMEIROS

Entre as perspetivas obtidas junto dos enfermeiros que participaram nesta entrevista, foi avançado que os indicadores de qualidade no bloco operatório são linhas orientadoras que permitem avaliar a inevitabilidade dos cuidados, assim como a sua eficácia.

São marcadores para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatorios, evidenciando o contributo do exercício profissional dos enfermeiros, com impacto nos cuidados de saúde da população e nos ganhos em saúde.
(Angélica, enfermeira)

Não obstante, a melhoria da qualidade em saúde só se consegue pela responsabilidade profissional, a competência técnica, a motivação e a formação contínua. Estas são essenciais para a tomada de decisão, que deve estar apoiada por boas condições de trabalho dos profissionais, forte liderança, bom clima comunicacional, transparência e um efetivo trabalho de equipa. Neste contexto, a satisfação profissional é um dos domínios que se pode medir através de indicadores como:

... horas de trabalho adequadas [para os profissionais]; condições de trabalho (recursos materiais e ambientais), equidade na distribuição dos turnos, atribuição

de incentivos às equipas, tempo para formação contínua e instalações adequadas para momentos de refeição/descanso. (Cássia, enfermeira)

Além da satisfação profissional, a organização do serviço também é entendida como um domínio de qualidade essencial e bastante abrangente. Destaca-se o valor de um Regulamento de Serviço como instrumento capaz de explicar e regular a extensão e limites das funções e responsabilidades nas equipas, e de ajudar a garantir a

...alocação de materiais e equipamentos [aos] utilizadores [e registo em caso de mobilidade], a disponibilização (...) dos custos dos dispositivos médicos e sensibilização para evitar desperdício, a definição adequada de circuitos no BO (...), e sistemas de informação com registo on-line acessível... (Cássia, enfermeira)

Melhor organização do serviço, parece ser um determinante fundamental da qualidade no BOC, porque gera rigor e incide na efetividade do planeamento das atividades, nomeadamente, o planeamento cirúrgico, a utilização dos recursos existentes face à capacidade instalada,

... o registo do tempo médio de procedimentos, equipas, (...) preparação da sala de operações, [e] registo de atividades no sistema [com] instrumentos facilitadores para estes registos. (Cássia, enfermeira)

Sublinha-se que os cuidados de enfermagem no serviço devem obedecer a modelos e protocolos que, com o apoio da equipa, serão geridos pelo responsável de cada área, que sistematicamente (e sempre que necessário) deverá proceder à sua discussão e atualização. Defende-se que deve sempre prevalecer o trabalho em equipa, por isso, há que introduzir metodologias facilitadoras face à prevenção de complicações, à comunicação interna com os serviços de internamento, e ao planeamento atempado das necessidades de cirurgiões e anestesiólogos, relativamente a materiais e ao processo de cuidados ao doente.

Uma outra dimensão essencial à qualidade no BOC, que foi abordada pelos enfermeiros, é a gestão do risco. A gestão do risco zela por vários aspetos fundamentais no domínio da segurança do doente, nomeadamente, ações de prevenção a vários níveis (infecção, queimaduras, quedas, erros de medicação), mas também

... os cuidados com os posicionamentos, (...) a comunicação aberta sobre os erros, identificação com segurança de todas as amostras biológicas, contagem de todos os instrumentos ou compressas antes do encerramento da ferida cirúrgica... (Angélica, enfermeira)

Trata-se de uma longa lista de itens, onde também são referenciados a Visita Pré-Operatória, a Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica, a notificação do erro e uma comunicação eficaz entre todos os intervenientes do percurso cirúrgico do doente, incluindo a transmissão de informação nas passagens de turno. Segundo os enfermeiros é importante a existência de uma equipa de gestão de risco

... e contínua monitorização com metodologias de prevenção do erro com vista a técnicas seguras que proporcionem um ambiente saudável de trabalho. (Cássia, enfermeira)

A gestão do risco distingue ainda a Formação em Serviço, com conteúdos orientados para a enfermagem perioperatória, as boas práticas e as práticas recomendadas. De acordo com os enfermeiros, a Formação em Serviço deve ser um processo sistematizado, agendado, obrigatório, contínuo e deve

...enquadrar um espaço de reflexão sobre temas pertinentes do serviço, situações ocorridas que sejam alvo de partilha com a equipa. (Cássia, enfermeira)

A insuficiente formação e preparação dos enfermeiros no BOC é um aspeto destacado, estimando-se que é potenciador do desperdício e que apresenta efeitos negativos na utilização adequada de recursos, revelando

... falta de conhecimento ou desleixo, e é um indicador de falta de qualidade. (Lucas, enfermeiro)

Neste sentido, aponta-se que a preparação dos diferentes profissionais deve também criar um conhecimento face à correta utilização e rentabilização dos recursos, mesmo para a sua própria proteção.

Além da importância merecida na gestão do risco, e no alcançar de maior segurança para os doentes, os enfermeiros também consideram que os indicadores podem ser fundamentais para alcançar resultados. Não sendo mais do que métricas, e não constituindo em si um instrumento de trabalho, eles

... aproximam-nos da realidade, [e] tem de ser lidos nos contextos que se pretendem, e nos quais estão inseridos. (Lucas, enfermeiro)

Alguns podem mesmo ser transversais a diferentes serviços (por exemplo: o absentismo, as úlceras de pressão, ou os incidentes adversos), no entanto, ao abordarmos indicadores de *estrutura-processo-resultado* temos de ser coerentes com a forma como pensamos a qualidade e, nesta sequência,

... os indicadores de qualidade no bloco operatório contemplam a organização ou instituição com o seu ambiente físico e os seus recursos humanos e materiais que influenciam ativamente o processo de prestação de cuidados, com impacto nos resultados e satisfação dos doentes. (Angélica, enfermeira)

Assim, ao aplicarmos a qualidade à *estrutura* temos que contar com os recursos humanos, as horas em débito aos profissionais, a dotação de enfermeiros por sala, por turnos, e a aspetos como a amamentação.

... regras que tem de ser observadas quando se elabora um horário, tendo em conta a finalidade do mesmo, para saber se está em equilíbrio em termos daquilo que se pretende, e daquilo que têm de ser os seus objetivos. (Lucas, enfermeiro)

Outro indicador importante na categoria *estrutura* tem que ver com protocolos e a sua adequação à realidade do serviço, quer no que diz respeito ao seu número como à sua credibilidade. Paralelamente, há que ter a noção do volume de casos do serviço e das dificuldades que constantemente são sentidas ao nível dos recursos materiais, nomeadamente, dos equipamentos.

Mas os protocolos são também focados como indispensáveis para o *processo*, assim como, a dotação de enfermeiros por sala, porque têm uma relação direta com a forma como se trabalha, com o trabalho em equipa, com a articulação com outros serviços, e com o fato de que,

... a atividade de enfermagem não se centra só em torno daquilo que é a atividade médica e do doente... está muito além e não coincide. (Lucas, enfermeiro)

Para os enfermeiros o *resultado* em bloco operatório situa-se em como se quer atingir a qualidade, por exemplo, o conhecimento dos doentes programados, o cancelamento cirúrgico, a taxa de infeção ou o prolongamento não programado de salas.

1.2 – OS ANESTESIOLOGISTAS E OS CIRURGIÕES

As perceções dos profissionais destes dois grupos foram expostas em poucas palavras que, no entanto, apresentaram pertinência a vários níveis. A segurança é um dos domínios de qualidade salientados, que aponta para um conjunto de indicadores:

Controlo das infeções per-operatórias, (...) “cirurgia segura”, protocolos de antibioterapia, profilaxia nati-trombótica (...), [e também] conhecimento por todos os profissionais do doente que está a ser tratado. (Tomás, cirurgião)

Existência de Checklist e sua validação consoante especialidade, (...) [e] briefing e debriefing das cirurgias. (Narciso, cirurgião)

No domínio da segurança uma taxa de incidentes e acidentes com doentes, profissionais e equipamentos é um indicador referido, assim como, a manutenção da normotermia em todos os doentes que saem do bloco. Além disso, destaca-se o valor de uma equipa bem qualificada no apoio ao circuito do doente no bloco operatório, desde que entra até que sai. Outros aspetos definidos neste domínio são

... [a] não (...) possibilidade de troca de camas, [a higienização das] camas do transfer, [e a] não possibilidade de trocas de fármacos administrados. (Íris, anestesiolegista)

Observa-se também uma preocupação comum com o desempenho e o planeamento. É sublinhada a necessidade de maior eficácia nas fases de troca de doentes, sobretudo, porque favorecem atrasos entre cirurgias, maiores tempos operatório e, mesmo, cancelamento cirúrgico. No caso do planeamento cirúrgico considera-se que existem indicadores relevantes para um melhor aproveitamento do bloco operatório e menores taxas de cancelamento cirúrgico:

... tempo médio por procedimento cirúrgico, tempo médio por equipa cirúrgica para o mesmo procedimento; taxa de ocupação de sala; taxa de cancelamento cirúrgico; tempo médio entre a saída do doente da sala e a entrada do doente seguinte. (Rute, anestesiolegista)

Porém, outros indicadores voltados para o *processo* são também observados, nomeadamente, no domínio da humanização dos cuidados per-operatórios, no relacionamento interprofissional e na multidisciplinaridade das equipas, que se devem manifestar por:

... exigência, rigor, ambiente calmo e afável, responsabilidade. (Tomás, cirurgião)

É ainda mencionada a satisfação profissional, sugerindo-se a existência de um questionário a ser aplicado aos profissionais.

2 – FASE I – 2º MOMENTO: A QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO

Da leitura dos dados do primeiro momento de entrevista, analisámos o seu conteúdo tendo como critério o modelo *estrutura-processo-resultado*, e o conceito de cada categoria segundo Avedis Donabedian. Este procedimento permitiu organizar os diferentes elementos por domínios, conceber indicadores e construir grelhas de análise para cada categoria. Estas grelhas apresentavam ainda outros indicadores, baseados na literatura referenciada na fase concetual do estudo, que se inseriram nas mesmas categorias e domínios. Este trabalho consolidou o 2º momento de entrevista, a qual solicitava a expressão dos 17 participantes quanto à representatividade (Sim ou Não) dos indicadores de qualidade apresentados. No final deste segundo guião pedia-se, ainda, que revelassem até um máximo de 3 observações relevantes.

Tabela 6 – Grelha de análise para a categoria Estrutura, domínios e indicadores seleccionados, 2º momento de entrevista, 1ª Fase.

Domínio	Indicador
Gestão de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none">– Descrição de tarefas por competências– Dotação de pessoal por competências– Implementação de avaliação de desempenho, modelo de avaliação de competências (responsabilidade, ética e competência profissional)
Gestão de Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none">– Definição circuitos – assepsia progressiva– Implementação/gestão de aplicações e infraestruturas de sistemas de informação– Planeamento acesso/fluxo de equipamentos/materiais pelos utilizadores– Plano de triagem de resíduos
Gestão e Organização Interna do Serviço	<ul style="list-style-type: none">– Definição de tempos padrão de <i>turnover</i>– Descrição de normas e práticas multidisciplinares– Existência e implementação de Regulamento Interno– Gestão sistematizada do agendamento de cirurgias

No âmbito da *estrutura*, os indicadores que recolheram consenso de representatividade para a qualidade no bloco operatório foram os seguintes:

1. Descrição de tarefas por competências.
2. Dotação de pessoal por competências.
3. Definição de circuitos – assepsia progressiva.
4. Planeamento acesso/fluxo de equipamentos/materiais pelos utilizadores.
5. Plano de triagem de resíduos.

6. Gestão sistematizada do agendamento cirúrgico.

Foi sugerida uma alteração relativamente ao indicador “Definição de circuitos”, que

... estaria melhor na organização interna do serviço e não nos recursos materiais, na medida em que abrange também os recursos humanos. (Angélica, enfermeira)

O indicador “Implementação de avaliação de desempenho...”, recolheu interesse entre os enfermeiros, como fonte de estímulo para os profissionais.

Avaliação de desempenho: a não divulgação em tempo útil não gera motivação nem melhoramento... (Amarílis, enfermeira)

Avaliar é importante para produzir estímulo ao desempenho. Responsabilidade, ética e competência profissional têm de estar presentes porque existem conteúdos relevantes nesta matéria, e os cuidados são de tal forma individualizados que o enfermeiro tem de ter um conhecimento completo do doente, mais do que na técnica e enfatizar a pessoa. (Lucas, enfermeiro)

Os indicadores “Descrição de tarefas por competências” e “Dotação de pessoal por competências”, respetivamente, foram percebidos como estruturantes e facilitadores da reflexão nas ações realizadas, enquanto o indicador “Planeamento acesso/fluxo...” foi percebido como importante para uma melhor adequação das tarefas a desenvolver.

Outros respondentes avançaram com observações e sugestões não abordadas nas grelhas, as quais considerámos terem uma relação com a categoria *estrutura*. Estas citações estavam voltadas para as condições físicas do serviço, e para alguns dos seus recursos de apoio diretamente relacionados com a segurança.

Os vestiários: os profissionais têm de ter um vestiário e os não utilizadores outro. Ficam roupas usadas sobre os cacifos. Poucas WC's, falta de água disponível para os profissionais (...) falta de roupa suficiente para troca por situações de ir ao WC... falta de sabão e toalhetes, [e] local apropriado para reuniões, e para pequenas refeições. (Íris, anestesiológista)

Existência de cofre no serviço... [condições] do transporte intra-hospitalar dos fármacos especiais... Centralização do frio. (Açucena, anestesiológista)

Tabela 7 – Grelha de análise para a categoria Processo, domínios e indicadores selecionados, 2º momento de entrevista, 1ª Fase.

Domínio	Indicador
Cultura de Segurança	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de segurança/saúde no trabalho. - Ações de termorregulação por doente. - Disponibilidade de equipamentos/materiais cirúrgicos. - Identificação de medicamentos na mesa de anestesia. - Implementação do Programa Cirurgia Segura - Profilaxia nati-trombótica - Realização de <i>briefing</i> e <i>debriefing</i> das cirurgias. - Tratamento da dor por intervenção cirúrgica. - Utilização da plataforma NOTIFICA. - Verificação de história de alergia. - Verificação de antibioterapia 60'antes da intervenção. - Constrangimento do circuito do doente no bloco operatório (obstrução, atraso, espera). - Úlcera de pressão do doente durante a cirurgia. - Confirmação do doente cirúrgico. - Confirmação do nome da cirurgia. - Diagnóstico de risco de infeção da ferida cirúrgica e prevenção. - Extubação não planeada. - Identificação de medicamentos na mesa cirúrgica. - Infeção nosocomial durante o período cirúrgico. - Reação à transfusão durante o período cirúrgico. - Resultado do indicador de esterilização. - Retenção de objeto cirúrgico estranho. - Resposta em situação de crise. - Stock de artigos cirúrgicos disponíveis. - Verificação de amostras cirúrgicas. - Verificação da marca de localização da cirurgia. - Verificação pós-operatória da operacionalidade dos equipamentos
Desenvolvimento de Competências e Motivação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Existência e implementação de plano anual de atividades formativas contínuas e integradas no serviço. - Integração e aplicação da prática baseada na evidência no âmbito da prestação dos cuidados segundo os mais altos padrões de cuidados.
Humanização dos Cuidados Perioperatórios	<ul style="list-style-type: none"> - Existência e implementação da Visita Pré-Operatória - Existência e implementação de plano individualizado de acolhimento ao doente.
Planeamento e Gestão do tempo no Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Hora padrão da 1ª operação do dia. - Tempo cirúrgico esperado. - Ocupação de sala. - Tempo padrão por equipa cirúrgica para o mesmo procedimento. - Tempo padrão por procedimento cirúrgico. - Tempo <i>turnover</i> de cada cirurgia. - Constrangimento na admissão na UCPA - Definição e descrição dos tempos não operatórios. - Padronização do processo de agendamento cirúrgico. - Resolução de cancelamento cirúrgico. - Tempo operatório padrão. - Tempo padrão entre entrada do doente na sala e início da operação. - Tempo padrão entre fim da cirurgia e saída do doente na sala.

Na categoria *processo* verificou-se consenso nos seguintes indicadores:

1. Ações de segurança/saúde no trabalho.
2. Disponibilidade de equipamentos /materiais cirúrgicos.
3. Identificação de medicamentos na mesa de anestesia.
4. Implementação do Programa Cirurgia Segura.
5. Utilização da plataforma NOTIFICA.
6. Verificação de história de alergia.
7. Verificação de antibioterapia 60' antes da incisão.
8. Constrangimento do circuito do doente no BO (obstrução, atraso, espera).
9. Hora padrão da 1ª operação do dia.
10. Tempo cirúrgico esperado.
11. Tempo *turnover* de cada cirurgia.
12. Constrangimento na admissão na UCPA
13. Tempo padrão entre entrada do doente na sala cirúrgica e início da operação.
14. Tempo padrão entre fim da cirurgia e saída do doente da sala

Os participantes salientaram o valor dos indicadores, nomeadamente, no domínio da Cultura de Segurança, sublinhando que a maioria dos itens se encontram implícitos no Programa Cirurgia Segura:

... desde o consentimento informado assinado, o acolhimento do doente (...), definição das funções de todos os elementos e suas competências (...), confirmação de todos os dados inerentes ao doente, rotulagem correta de frascos para histopatologia, todos os equipamentos em adequada funcionalidade.
(Angélica, enfermeira)

No caso da Cirurgia Segura as observações denotam divergência relativamente à forma como foi concebida, ou como é aplicada.

A Cirurgia Segura tem muitas redundâncias, e (...) as pessoas não acreditam. (...) [para ser] aceite tem de ser relevante e não redundante. O que existe confunde, tira credibilidade, empenho [e a] implementação diminui. (Samuel, cirurgião)

Porém aspetos ligados à segurança do doente, são referenciados, ao mesmo tempo que se “sente” existir preocupação e interesse em desenvolver estratégias capazes de gerar maior efetividade.

Política de utilização de fármacos especiais: quem, como quando. (Açucena, anesthesiologista).

Padronização de comportamentos com efetividade relativos com os processos de esterilização. (Íris, anestesiológica)

... deveria haver um registo dos dispositivos médicos utilizados, pinças de corte/hemóstase, ou materiais de sutura mecânica – marca, referência, lote (informatizado ou no processo do doente). (Rodrigo, cirurgião)

Relativamente aos domínios Desenvolvimento de Competências e Motivação Profissional, e Humanização dos Cuidados Perioperatórios registamos mais uma vez a opinião quanto à formação ou, pelo menos, a uma atualização periódica do saber, e as perspetivas sobre a implementação de processos com vista à melhoria assistencial no bloco operatório.

Existência/implementação de plano anual de atividades formativas contínuas e integradas no serviço – Não, porque metade é em excesso: fundamental é iniciar e relembrar periodicamente. (Samuel, cirurgião)

A Visita Pré-Operatória tem o objetivo de retirar a carga emocional negativa (ou parte dela) que o doente trás para o BO: o desconhecido, os medos e aspetos relacionados com o imaginário, (...) [mas] para que o profissional (...) conheça o doente são precisos recursos... (Lucas, enfermeiro)

*Considerando que **sempre** deve ser aplicada a prática baseada na evidência no âmbito da prestação de cuidados (...), [e que] o acolhimento [deve ser] no sentido de acolher individualizadamente o doente. (Samuel, cirurgião)*

No domínio do Planeamento e Gestão do Tempo no Bloco Operatório as observações voltam-se, sobretudo, para as atividades cirúrgicas, e oferecem algumas sugestões no alinhamento dos indicadores:

O “Constrangimento do circuito do doente no BO ...” tem consequências para o doente com impacto na cultura de segurança, mas (...) ficaria melhor integrado (...) no indicador “Planeamento e Gestão do tempo no Bloco Operatório”. (Angélica, enfermeira)

O tempo padrão de saída de sala requer uma média pela complexidade dos doentes. (Amarílis, enfermeira)

Tempo de espera do cirurgião deve ser encarado numa perspetiva da equipa. (Jacinto, anestesiológica)

... se há um tempo de espera por cirurgião também deve haver um tempo de espera por anestesista. (Rodrigo, cirurgião)

Tabela 8 – Grelha de análise para a categoria Resultado, domínios e indicadores selecionados, 2º momento de entrevista, 1ª Fase.

Domínio	Indicador
Cultura de Segurança	<ul style="list-style-type: none"> – Erros de medicação. – Incidentes/acidentes com doentes, profissionais e equipamentos. – Lesões pós-operatórias pelo posicionamento. – Queimaduras entre doentes cirúrgicos. – Úlceras de pressão pós-operatórias – Infeção do local cirúrgico – Quedas em doentes cirúrgicos. – Picadas de agulhas nos profissionais. – Satisfação do doente. – Tempo de espera do doente.
Desenvolvimento de Competências e Motivação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> – Satisfação profissional. – Absentismo dos profissionais.
Planeamento e Gestão do Tempo no Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> – Tempo de <i>turnover</i> por cirurgia. – Prolongamento cirúrgico não programado. – Cancelamento cirúrgico. – Horas extra por desvio do tempo operatório padrão. – Movimento operatório urgente (horas extraprogramação). – Produção cirúrgica (casos cirúrgicos por tempo disponível). – Atraso do tempo de início da operação. – Não ocupação de sala. – Tempo de espera do cirurgião. – Tempo total de utilização vs. tempo total previsto no agendamento cirúrgico. – Tempo de sala disponível (saída do último doente). – Utilização em tempo do BO (total de todas as ações cirúrgicas por especialidade)

No segundo momento de entrevista, para a categoria *resultado*, apurámos consenso nos seguintes indicadores:

1. Erros de medicação.
2. Incidentes/acidentes: doentes, profissionais e equipamentos.
3. Lesões pós-operatórias pelo posicionamento.
4. Queimaduras entre doentes cirúrgicos.
5. Úlceras de pressão pós-operatórias.
6. Infeção do local cirúrgico.
7. Quedas em doentes cirúrgicos.
8. Picadas de agulhas nos profissionais.
9. Tempo *turnover* por cirurgia.

10. Prolongamento cirúrgico não programado
11. Cancelamento cirúrgico.
12. Horas extra relacionadas com desvio do tempo operatório padrão.
13. Atraso do tempo de início da operação.
14. Não ocupação de sala.
15. Tempo total de utilização vs. tempo total previsto no agendamento cirúrgico.
16. Tempo de sala disponível (saída do último doente).
17. Utilização em tempo do BO (total de todas as ações cirúrgicas por especialidade).

Os entrevistados comentaram os aspetos relacionados com o movimento operatório e os atrasos entre doentes:

... parece haver uma contradição resultante (...) da atividade operatória urgente pela sua natureza não ser programável, e conseqüentemente, não são quantificáveis as horas extraprogramação. (António, administrador hospitalar)

... atrasos, também requerem uma média, porque os cuidados a todos os doentes não são iguais e podem condicionar atrasos. (Amarílis, enfermeira)

Sugeriu-se que o indicador “Não ocupação de sala” pode refletir-se do indicador de processo “Ocupação de sala”, porque à partida este tempo é sempre maior do que o primeiro, sendo também

... este indicador o mais razoável para determinar o grau de ocupação em comparação com os “ratios” padronizados. (António, administrador hospitalar).

Ainda neste domínio se apresentou outro ângulo de entendimento para os tempos operatórios, concretamente, o “Tempo *turnover* por cirurgia”, o “Prolongamento cirúrgico não programado” e o “Cancelamento cirúrgico”, os quais

... deveriam ter peso na dotação de pessoal, porque também tem que ver com trabalho não médico. (Lucas, enfermeiro)

A “Satisfação do doente” surge como indicador pertinente, mas que

... tem de ser avaliada dentro de um tempo oportuno. (Lucas, enfermeiro).

Entre alguns dos contributos dos participantes para uma melhoria na sistematização dos indicadores representados, registaram-se as apreciações quanto ao indicador “Visita Pré-Operatória”, que deveria ser percebido num contexto diferente, e da ausência de um indicador que espelhasse o trabalho dos enfermeiros no BOC:

(...) o tempo de preparação dos materiais cirúrgicos (...) não está refletido nos indicadores apresentados... algum do trabalho dito invisível dos enfermeiros se

mantém assim, nomeadamente, na organização logística de salas operatórias e agilização de processos... (Jade, enfermeira).

Os entrevistados salientaram a importância global dos indicadores que lhes foram apresentados para a atividade no bloco operatório, no entanto, consideraram que

...têm de ser o máximo maleáveis face às situações a medir, e de fácil utilização, ou acabam por desmarcar resultados de outros, porque estão enviesados. Tem de ser congruentes na sua dimensão. (Lucas, enfermeiro)

... só é possível [com] um sistema de informação de fácil utilização, que integre registos clínicos relativos à anestesia, enfermagem e cirurgia, bem como a utilização real da cirurgia segura e um sistema com registos de horas por início de algumas atividades... (Dália, enfermeira)

Há necessidade de “precisar” a caracterização de alguns indicadores... e eliminar alguns que podem ser redundantes com a implementação da cirurgia segura. (Mateus, administrador hospitalar)

Face a estas informações procedemos à construção de novas grelhas que apresentavam os indicadores cuja representatividade foi consensual entre os entrevistados. Essas grelhas deram início à 2ª e última fase do trabalho prático: as reuniões de grupo focal.

3 – FASE II – REUNIÕES DO GRUPO FOCAL

As reuniões do grupo focal constituíram uma metodologia que realçava a possibilidade de obter um consenso entre o grupo de peritos, e dar maior coerência e sentido aos indicadores construídos anteriormente. A Fase II revelou a qualidade-sensível de cada indicador, a redundância e a eventual inaptidão para avaliar e monitorizar um conjunto de dimensões (IOÉ, 2010). No fim, a dinâmica do grupo focal permitiu elaborar um número mais bem definido de indicadores voltados para a qualidade dos cuidados.

Os procedimentos de pesquisa nesta fase foram o contato direto com os peritos nas reuniões do grupo focal, a elaboração de relatórios com base nos registos realizados nas reuniões e o contínuo recurso à revisão bibliográfica. Este último procedimento foi particularmente importante para ajudar na reorganização e reajuste de alguns indicadores, para clarificar dúvidas e validar evidências que surgiam no grupo focal. A literatura apresenta-se sempre como um instrumento capaz de “evitar duplicações e certos erros, e representa uma fonte indispensável de informações podendo até orientar as indagações” (Marconi & Lakatos, 1999, p. 27).

Nas reuniões do grupo focal procurou-se que a discussão estivesse voltada para as grelhas dos indicadores, estabelecendo-se assim o sentido para a presença do grupo (Polit, Beck, & Hungler, 2004; Trad, 2009). Os participantes destas reuniões tinham integrado um e/ou dois momentos da Fase I, estavam informados relativamente à temática e possuíam um conhecimento próximo “com o assunto a ser discutido e (...) dos fatores que afeta[vam] os dados mais pertinentes” (Trad, 2009, p. 783).

Enquanto moderadores deste grupo é de sublinhar o nosso conhecimento prévio sobre a matéria em discussão, ampliada pela literatura como já referimos atrás. É importante assegurar que cada sessão não ultrapassou as 2 horas, que houve liberdade para a expressão de opiniões pelo grupo, e que em cada reunião a atenção se voltou para os tópicos de interesse entre os participantes.

3. 1 – REUNIÃO DE PERITOS I

A Reunião de Peritos 1 realizou-se no dia 17 de janeiro, cerca das 14:30h, na Sala 21 do Centro de Congressos do CHUC, polo HUC. Os entrevistados foram contatados por *e-mail* a fim de estarem presentes nesta primeira sessão, num total de 16 profissionais (administradores hospitalares, enfermeiros chefes, enfermeiros, anesthesiologistas e cirurgiões). Destes, compareceram 7: seis enfermeiros, entre os quais dois enfermeiros chefes, e um anesthesiologista. Para além da mestranda, que funcionou como moderadora da discussão, a presença do seu orientador teve como objetivo uma ação de apoio. A reunião começou com a apresentação dos resultados finais obtidos no 2º momento de entrevista (Tabelas 9, 10 e 11), circunstância que introduziu e manteve a dinâmica entre os presentes.

Tabela 9 – Grelha de representatividade consensual para indicadores da categoria Estrutura e domínios selecionados, 2ª Fase.

Domínio	Indicador
Gestão de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none">– Descrição de tarefas por competências.– Dotação de pessoal por competências.
Gestão de Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none">– Definição de circuitos.– Planeamento do acesso e fluxo dos equipamentos pelos utilizadores.– Plano de triagem de resíduos.
Gestão e Organização Interna do Serviço	<ul style="list-style-type: none">– Gestão sistematizada do agendamento de cirurgias.

Tabela 10 – Grelha de representatividade consensual para indicadores da categoria Processo e domínios selecionados, 2ª Fase.

Domínio	Indicador
Cultura de Segurança	<ul style="list-style-type: none">– Ações de segurança/saúde no trabalho.– Disponibilidade de equipamentos/materiais cirúrgicos– Identificação de medicamentos na mesa de anestesia.– Implementação de Cirurgia Segura.– Utilização da plataforma NOTIFICA– Verificação de história de alergia.– Verificação de antibioterapia 60' antes da incisão.– Constrangimento do circuito do doente (obstrução, atraso, espera)
Planeamento e Gestão do tempo no Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none">– Hora padrão da 1ª operação do dia.– Tempo cirúrgico esperado– Tempo <i>turnover</i> de cada cirurgia.– Constrangimento na admissão na UCPA– Tempo padrão entre entrada do doente na sala cirúrgica e início da cirurgia.– Tempo padrão entre fim da cirurgia e saída do doente da sala cirúrgica

Tabela 11 – Grelha de representatividade consensual para indicadores da categoria Resultado e domínios selecionados, 2ª Fase.

Domínio	Indicador
Cultura de Segurança	<ul style="list-style-type: none"> – Erros de medicação. – Incidentes/acidentes: doentes, profissionais e equipamentos. – Lesões pós-operatórias pelo posicionamento. – Queimaduras entre doentes cirúrgicos. – Úlceras de pressão pós-operatórias. – Infecção do local cirúrgico. – Quedas em doentes cirúrgicos. – Picadas de agulhas nos profissionais.
Planeamento e Gestão do tempo no Bloco Operatório	<ul style="list-style-type: none"> – Média de tempo de turnover por cirurgia. – Prolongamento cirúrgico não programado – Cancelamento cirúrgico. – Horas extra relacionadas com desvio de tempo operatório padrão. – Atraso do tempo de início da cirurgia. – Não ocupação de sala. – Tempo total de utilização vs. tempo total previsto no agendamento cirúrgico – Tempo de sala disponível (saída do último doente) – Utilização em tempo do BO (total de todas as ações cirúrgicas por especialidade)

Na discussão os presentes começaram por considerar que trabalhar numa base de indicadores no bloco operatório implica ter disponível um sistema de informação. Por outro lado, face à diversidade de indicadores apresentados, foi do consenso geral que grande parte deles está presente no Programa Cirurgia Segura. A própria Cirurgia Segura inclui um conjunto de indicadores de *processo* e *resultado* que poderiam ser trabalhados no atual momento. Salientou-se que o Programa Cirurgia Segura exige um acompanhamento no BOC: quem faz, como se mede o que se faz e como não fazer em diferido. Prevaleram dúvidas com o Consentimento Informado, e de esta norma estar salvaguardada em todos os doentes no BOC.

O grupo expressou a dificuldade de avaliar alguns indicadores. Foi o caso da “Satisfação do doente”, que os peritos sondaram entre si quanto ao momento certo para ser realizada. Neste contexto, consideraram que perante indicadores difíceis de aferir o mais sensato é não serem introduzidos.

Indicadores de *processo* como “Existência/implementação de Visita Pré-Operatória” e “Existência/implementação de plano individualizado de acolhimento ao doente”, foram vistos como importantes do ponto de vista da segurança, porque o doente está preocupado com as suas circunstâncias de vida face ao procedimento a que vai ser sujeito. Na perspetiva do grupo a “Visita Pré-Operatória” deve ser pensada a par das

suas limitações: os doentes que entram no próprio dia e a falta de recursos nas equipas de enfermagem. Uma forma de colmatar algumas dificuldades poderia ser a presença de um enfermeiro na consulta de anestesia, o que é desfavorável à implementação da Visita Pré-Operatória (VPO). Referiu-se a importância de conhecer se existe uma diferença entre os doentes que já conhecem o bloco operatório e aqueles em que esta é uma primeira experiência, porque estados como a ansiedade e o medo podem ser percebidos de maneira distinta nos dois casos. Partindo da experiência dos peritos neste campo, considerou-se que em si mesma a VPO tem um impacto positivo na experiência cirúrgica, porque gera maior tranquilidade para o doente conhecer antecipadamente o enfermeiro que o vai receber. Segundo o grupo, os indicadores de qualidade possibilitam que se proponham ações para melhorar os cuidados, e a VPO merece ser pensada com vista à sua implementação.

Enquanto aprofundavam a discussão, os participantes olhavam os múltiplos indicadores e expressavam que a sua complexidade se refletia na sua consistência, porque estão em causa profissionais que fazem cirurgia urgente e programada, o que provoca uma espécie de contaminação que intervém na resposta aos indicadores. De fato, o BOC é um serviço com uma atividade muito complexa, cujas equipas apresentam diferentes motivações e resistências, e sem uma fronteira entre cirurgia urgente e programada.

Os participantes consideraram estranho não ter havido completa adesão ao indicador “Retenção de objeto cirúrgico estranho”, no entanto, esta questão não foi debatida.

Na abordagem à “Produtividade cirúrgica” os presentes sugeriram que se podem utilizar critérios como o indicador “Ocupação de sala” e um outro indicador que não fez parte das grelhas, a “Efetividade cirúrgica”. No entanto, consideraram que a produtividade tem de ser concebida em várias dimensões, e que pensar nela no momento atual gera alguma complexidade desnecessária no âmbito do estudo.

Foi referido que na Cirurgia de Ambulatório já foram definidos a nível nacional os parâmetros relativamente à dotação de profissionais. Na Cirurgia Programada parte-se dos 2-3 enfermeiros/sala, reduzindo a dotação do serviço às salas. Os presentes sugeriram um indicador voltado para o “Número adequado de enfermeiros por sala”, no entanto, partilharam a opinião de que não existe gestão de pessoas em Portugal, não há indicadores e os que existem são pouco fiáveis. Muito embora, foi referido que no BOC tem existido um esforço para “arrumar a casa” com a entrada de mais recursos, mais equipamentos, e maior funcionalidade na sua articulação.

Os participantes consideraram que o aumento da eficiência do BOC pode estar relacionado com o número de salas disponíveis e com a presença de algumas especialidades. Quando se quer produzir mais têm de existir outros processos, e a qualidade tem de ser conseguida tomando decisões, disseram. Os decisores, nomeadamente, o Conselho de Administração, não conhecem a realidade do BOC e não tem a noção da importância e da complexidade de materiais que nele existem. Por isso, na opinião do grupo, o modelo deste serviço deveria ser revisto e tipificado, nomeadamente, no que diz respeito ao funcionamento urgente. Acrescentaram que a programação urgente não tem normas de funcionamento, qualquer um tem legitimidade para decidir se é no piso 01 ou no piso -1. A rentabilidade que é exigida pelo sistema não tem normas de atuação, nem um registo informático adequado, e o recente alargamento do período de funcionamento oficial do bloco da urgência não procurou investigar a adequada utilização dos tempos operatórios que existem. Neste quadro assistiu-se à contratação de enfermeiros, mas não contrataram assistentes operacionais, o que não faz sentido para a gestão do serviço. No domínio da Gestão dos Recursos Humanos, os presentes consideraram que a dotação de pessoal no BOC deve conjugar as dotações seguras e as dotações por competências.

No domínio da Gestão dos Recursos Materiais, os participantes veem necessidade de maior atenção à gestão de materiais e equipamentos, algo que não acontece a nível estratégico. Esta questão está relacionada com o agendamento cirúrgico que, se fosse feito atempadamente, disseram, permitiria planear com maior segurança e prevenir certas limitações. Mas o agendamento é feito no dia anterior, o que é muito curto para planear e gerir. Os utilizadores fazem um planeamento que é enviado ao serviço, mas que muitas vezes é alterado no próprio dia, pelo utilizador, em função dos seus recursos. Avançou-se no grupo a possibilidade de equipar as salas com alguns recursos específicos e serem os utilizadores a circularem, de acordo com os agendamentos. Segundo a chefia do serviço, estão a ser avaliados os recursos existentes para que, nomeadamente, as torres de laparoscopia possam ser rentabilizadas, mas não se preveem alterações na tipologia de programação dos doentes.

Na perspetiva destes especialistas, uma nova estratégia de gestão do agendamento cirúrgico está longe de se realizar. Quando foi a fusão, com a entrada de novos utilizadores, o problema agravou-se. Também as novas técnicas na neurocirurgia, por exemplo, contribuiriam para que os problemas se agudizassem. Os doentes são marcados, mas no dia tudo se altera e, por vezes, os recursos são precisos nas duas

salas disponibilizadas a essa especialidade. Há sempre que estar a consultar o plano. Por outro lado, a urgência de neurocirurgia pode prevalecer face à cirurgia programada de neurocirurgia, pela patologia do doente, que é um fator discriminatório. É muito complicada a gestão das salas e dos tempos cirúrgicos e, de acordo com o grupo, deveria haver uma estratégia do BOC nesta área, porque atualmente são só os serviços que definem o quê, e onde é operado o *meu doente*. Abertamente, os participantes afirmaram que o BOC é uma fusão de serviços hospitalares, onde quem decide são os utilizadores, e que isto é um princípio que deve ser modificado.

Há que perguntar: Qual é o negócio do bloco operatório? Qual a missão e a visão do bloco operatório? Quem dita a capacidade de alocar as salas? São aspetos importantes para gerir os diferentes recursos. Segundo os presentes, no início do ano foram redistribuídas as salas em função dos cirurgiões, não em função dos enfermeiros e anestesiológicos. Mais uma vez foi questionado: porque mobilizar equipamentos e não mobilizar as equipas que carecem do equipamento? No entanto, alguns equipamentos pertencem aos serviços (o que vem pelas entidades para determinados utilizadores).

No final da reunião abordou-se a questão de ser ou não adequada a preparação dos instrumentais cirúrgicos pelos enfermeiros do BOC. As opiniões foram de que, à semelhança do que acontece noutros blocos operatórios, eles podem ser preparados por pessoas qualificadas em serviços nucleares como o Serviço de Esterilização. Mas quem está ao nível estratégico encontra nesse serviço essencial o contrário: recursos humanos pouco qualificados e com competências individuais que deixaram de existir.

Ainda no domínio da Gestão e Organização Interna do Bloco Operatório, o grupo sugeriu um Manual de Acolhimento no serviço, que deve contemplar um Plano de Integração.

3.2 – REUNIÃO DE PERITOS II

A Reunião de Peritos 2 realizou-se no dia 22 de janeiro, cerca das 14:30h, na Sala 21 do Centro de Congressos do CHUC, polo HUC. O pedido para estarem presentes foi enviado por *e-mail* a 16 participantes: administradores hospitalares, enfermeiros, anestesiológicos e cirurgiões. O 17º entrevistado, pelos motivos já mencionados, foi introduzido no grupo posteriormente e, por isso, foi convidado pessoalmente para estar presente nesta reunião. Compareceram quatro elementos da amostra: uma enfermeira chefe, duas enfermeiras e um administrador hospitalar. Inicialmente questionou-se o

baixo número de presenças, e a relevância de se avançar com a sessão. No entanto, a discussão fluiu espontaneamente e algumas questões foram desenvolvidas.

O indicador “Implementação de avaliação de desempenho...” não se configurou como representativo, porque não se aplica a todos os grupos profissionais, mas o “Regulamento Interno” deveria existir. Algumas questões se colocaram: será importante existirem doze *decks* telemóveis, um segundo elevador, um *transfer* de entrada e outro de saída? Uma zona de controlo que faça a *interface* entre os diferentes serviços?

Mais uma vez se abordou a “Cirurgia Segura”, desta vez relativamente à métrica. O grupo considerou que não se consegue avaliar através da média, mas talvez por valores médios padrão/por procedimento.

Também novamente se olhou para a produtividade. Produtividade, valor por tempo padrão, ou tempo planeado *versus* tempo padronizado. Na cirurgia geral assiste-se a um planeamento cirúrgico que é superior ao tempo disponível. Estas discrepâncias constantes exigem que se reflita melhor no processo de agendamento cirúrgico. Alguns indicadores merecem especial consenso entre os elementos do grupo:

- Hora padrão da primeira operação do dia,
- Hora de entrada na sala,
- Hora de início de anestesia,
- Hora de início da limpeza (remoção dos lixos e instrumentais, e tempo de limpeza; 2'-3' depois da cirurgia terminar e só após o doente sair da sala),
- Cancelamento cirúrgico,
- Taxa de ocupação de sala por tempo disponível,
- Tempo padrão de *turnover* cirúrgico.

“Constrangimento no circuito do doente...” não pareceu ser um indicador consensual para a categoria *processo*, antes a definição de tempos padrão, nomeadamente, um tempo padrão entre a alta do doente da sala e a disponibilidade do recobro para o receber, e tempos entre a chegada do doente ao *transfer* e a sua entrada na sala. Foi consensual no grupo a necessidade de um registo descritivo de todas as intervenções logísticas que intervêm no tempo da sala e fizeram-se algumas tentativas:

- Chegada do doente ao bloco operatório,
- Entrada do doente na sala,
- Início da intervenção do anestesiológista (momento da prescrição dos atos),
- Anestesia – doente disponível para a preparação para o ato cirúrgico,

- Início da intervenção do cirurgião (posicionamento e preparação para cirurgia),
- Fim da intervenção do cirurgião (doente disponível para a reversão anestésica),
- Fim da intervenção do anestesiológico na sala – alta do doente,
- Saída do doente da sala
- Saída do doente do bloco operatório (recobro ou internamento).

Quanto aos Assistentes Operacionais, face às atividades planeadas no serviço, deverão estar integrados no processo funcional e na sua organização. Uma desvantagem é que atualmente são os Assistentes Operacionais que fazem o transporte dos instrumentais contaminados à Subcentral de Esterilização, porque não há recursos suficientes para a zona suja do BOC. Há que rever como são os tempos de pausa destes profissionais, que devem ser geridos de acordo com a equipa e com o programa da sala.

Segundo os participantes, era importante uma dinâmica de gestão que possibilitasse saber o que se passa nas salas, por exemplo, a forma como evolui o programa previsto. Um recurso importante era os responsáveis do BOC terem um *layout* das salas para saber o estado de uma sala, se está livre, e o que se passa com o doente. O programa cirúrgico confere um tempo médio entre o fim de uma cirurgia e o início de outra. Avançaram os presentes que existem suportes de informação laterais que não são privilegiados e que não valorizamos. Partindo deste aspeto, mencionaram-se várias ineficiências relacionadas com a operacionalidade dos sistemas informáticos, e o papel importante e real que o registo em suporte papel ainda oferece para a análise dos dados pelo secretariado clínico do serviço. É o caso da monitorização dos cancelamentos cirúrgicos e dos momentos do percurso do doente no BOC. Um indicador a pensar pode ser o tempo padrão por procedimento em cirurgia programada e cirurgia adicional.

Os presentes foram de opinião que os transferes de entrada e saída dos doentes do BOC nem sempre respondem eficientemente às exigências e levam a atrasos. Segundo o grupo, no período em que decorre a cirurgia adicional os transferes estão mais livres do que no afluxo matinal. Os tempos mortos não existem, não pelo aligeirar de procedimentos, mas porque há melhores condições. No final os presentes consideraram que existem algumas variáveis exteriores ao serviço que intervêm em alguns atrasos, por exemplo, a distância dos serviços cirúrgicos até ao BOC, ou se a decisão para avançar com a cirurgia depende de resultados de exames anátomo-patológicos.

3.3 – REUNIÃO DE PERITOS III

A Reunião de Peritos III realizou-se no dia 29 de janeiro, cerca das 14:30h, no Auditório Principal do Centro de Congressos do CHUC, polo HUC. Novamente, o convite foi enviado por *e-mail* e dirigido aos 17 elementos da amostra. Estiveram presentes seis: uma enfermeira chefe, duas enfermeiras e um administrador hospitalar.

Foi apresentada a grelha revista dos indicadores, resultante do debate realizado nas reuniões anteriores, dos registos mais relevantes e do suporte concetual. Sem perder o foco nas referências iniciais, procurou-se valorizar o leque de indicadores existentes mediante a apreciação sistemática e atenta dos contributos recebidos e a sua incorporação no estudo (Trad, 2009). Estavam criados 50 indicadores, em 9 domínios das categorias *estrutura-processo-resultado*. Alguns indicadores apresentavam subindicadores a fim de construir uma informação mais específica.

<i>Tabela 12 – Grelha revista de domínios e indicadores, categoria estrutura, 2ª Fase.</i>	
Domínio	Indicador e subindicador
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none">– Dotação de pessoal.– Manual de acolhimento:<ul style="list-style-type: none">○ Manual de funções e responsabilidades.○ Plano de integração– Plano de formação.
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none">– Gestão de fármacos informatizada.– Gestão de <i>stocks</i> informatizada (material de uso clínico).– Plano de gestão de materiais/equipamentos pelos utilizadores.– Plano de triagem de resíduos.
Gestão e Organização Interna do Serviço	<ul style="list-style-type: none">– Acesso à plataforma NOTIFICA.– Agendamento informatizado.– Gestão do risco:<ul style="list-style-type: none">○ Definição de circuitos.○ Visita pré-operatória.○ Plano de ações de segurança e saúde no trabalho– Processo clínico informatizado.– Regulamento interno.– Sistema de comunicação interna. informatizado com serviços.

As alterações realizadas nesta grelha resultaram dos registos das duas primeiras sessões do grupo focal e do cruzamento desses dados com as fontes bibliográficas. Novos indicadores foram inseridos, assim como alguns subindicadores, que tornaram o conteúdo da categoria *estrutura* mais concisa. O indicador “Acesso à plataforma

NOTIFICA” passou a incorporar esta categoria pela evidência de ser um sistema de notificação *on-line* disponibilizado pela Direção-Geral da Saúde⁵.

Tendo em atenção alguns dos indicadores anteriormente apresentados, que podem ter um papel estrutural em termos de segurança do doente, foi criado o indicador “Gestão de risco”, cujos subindicadores constituem meios que remetem para a gestão do serviço e a organização de um sistema de segurança.

<i>Tabela 13 – Grelha revista de domínios e indicadores, categoria processo, 2ª Fase.</i>	
Domínio	Indicador e subindicador
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> – Ações de segurança e saúde no trabalho – Utilização de Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica com falhas registadas. – Não conformidade da utilização da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (auditoria externa). – Utilização da plataforma NOTIFICA. – Utilização do processo clínico informatizado. – Processo clínico informatizado com falhas. – Não utilização do processo clínico informatizado.
Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> – Hora padrão da 1ª cirurgia do dia. – Hora padrão de fim da cirurgia. programada do dia. – Percurso do doente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Entrada do doente no transfer. ○ Chegada do doente à sala. ○ Início da intervenção do anestesiológista. ○ Doente disponível para a preparação do ato cirúrgico. ○ Início da intervenção do cirurgião. ○ Fim da intervenção do cirurgião. ○ Fim da intervenção do anestesiológista na sala. ○ Saída do doente da sala. ○ Saída do doente no transfer. – Atividade não clínica. – Ocupação do bloco operatório: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirurgia adicional. ○ Cirurgia programada. ○ Cirurgia de urgência. – Ocupação de sala por tempo disponível/dia. – Tempo-padrão por equipa cirúrgica para o mesmo procedimento. – Tempo-padrão por procedimento cirúrgico. – Reaproveitamento de sala livre – Tempos não produtivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desvios do tempo-padrão de <i>turnover</i>. ○ Constrangimentos no circuito do doente
Aprendizagem-Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> – Desenvolvimento pessoal: <ul style="list-style-type: none"> ○ Implementação do plano de formação. ○ Outras ações de aprendizagem

⁵ <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>.

Na categoria *processo* o domínio “Segurança” insere o cumprimento das ações relacionadas com a segurança clínica do doente e determinantes das boas práticas clínicas. A Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica é um desses instrumentos, cuja correta utilização permite descrever os indicadores antes presentes no domínio Cultura de Segurança, exceto, “Constrangimentos no circuito do doente...” que passa a integrar os “Tempos não produtivos” do domínio Desempenho. O anterior domínio Planeamento e Gestão do Tempo no Bloco Operatório designou-se Desempenho, porque os indicadores voltam-se para a eficiência, a eficácia, e “a produtividade em termos de utilização de recursos” (Carvalho, Bernardo, Sousa, & Negas, 2014, p. 37). Os subindicadores assumem critérios que concebem o indicador como guia orientador para a qualidade. O domínio Aprendizagem-Crescimento, antes Desenvolvimento de Competências e Motivação Profissional, é informado pelo “Desenvolvimento pessoal”, que resulta do investimento na formação e valorização dos profissionais.

<i>Tabela 14 – Grelha revista de domínios e indicadores, categoria resultado, 2ª Fase.</i>	
Domínio	Indicador e subindicador
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> – Satisfação do doente. – Eventos adversos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erros de medicação. ○ Lesões pós-operatórias por posicionamento. ○ Queimaduras. ○ Úlceras de pressão. ○ Quedas. ○ Retenção de objeto estranho. ○ Local cirúrgico errado. ○ Procedimento errado. ○ Doente errado. ○ Morte intraoperatória em doentes classificados ASA I. – Eventos adversos perioperatorios com profissionais e equipamentos. – Infeção do local cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Por especialidade cirúrgica. ○ Por cirurgia padrão. ○ Índice de predição de risco de infeção <i>National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS)</i> – Mortalidade perioperatória: – Mortalidade intraoperatória <ul style="list-style-type: none"> ○ Mortalidade por procedimento até 24h ○ Mortalidade por procedimento após 24h ○ Mortalidade após 24 horas – Retorno à sala até 24 horas
Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> – Cancelamento cirúrgico – Ocorrências e reclamações – Produtividade cirúrgica – Tempo total de utilização do bloco operatório
Aprendizagem-Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> – Satisfação profissional – Absentismo profissional

As alterações da categoria *resultado* são uma consequência natural e lógica das categorias anteriores, informadas pela sensibilidade do grupo quanto aos seus domínios, do preconizado pelo Programa Cirurgia Segura, e do cruzamento destes dados com o conceito de Avedis Donabedian para esta dimensão.

Face à explicação das alterações realizadas aos domínios e respetivos indicadores, e sua apresentação, o grupo avançou com as suas perspetivas. A atenção recaiu sobre o sistema de informação existente na instituição, que se percebe como um sistema não facilitador, porque abre múltiplas aplicações que desmotivam os profissionais de fazer registos. No entanto, os especialistas concordaram que o sistema de informação é um instrumento importante já que pode deter dados fundamentais sobre os doentes e protege os profissionais. Sugeriu-se que talvez uma *Internet* das Coisas (IoT) pudesse ser facilitadora no registo de dados no bloco operatório, onde grande parte dos registos é feita em papel. Segundo o administrador do BOC, o “Processo clínico informatizado” é algo que está em desenvolvimento, numa plataforma de interoperabilidade SONHO V2 – SClínico, e em que se insere toda a comunicação interna com os serviços e a uniformização do registo clínico eletrónico do doente. Este futuro formato de registo tem de ser utilizado em todos os doentes, por isso, foi consensual que não faz muito sentido existir um indicador de utilização do registo, embora se possa justificar um indicador voltado para as não conformidades do registo. Na opinião dos presentes esta aplicação do processo do doente deveria evitar o erro e o mau preenchimento.

Ao abordar a disponibilidade de equipamentos no serviço, o grupo lembrou os equipamentos que pertencem aos serviços utilizadores, mas que estão parqueados no BOC. Foi consensual que estes equipamentos devem ser “nacionalizados”, geridos pelo bloco operatório, e que o domínio exercido pelos utilizadores deve ser abolido. No fundo, é o bloco operatório que assegura a gestão dos processos de assistência técnica que ocorrem com todos os equipamentos que estão no seu espaço físico. Assim, por exemplo, todo o equipamento de anestesia que está no BOC, necessariamente, é do serviço. No entanto, são necessárias normas para instituir uma certa hierarquização na gestão de materiais e equipamentos, que podem constar do Regulamento Interno.

Analizou-se também a “Gestão do Risco” (clínico e não clínico), relativamente a estar inserido na Gestão e Organização Interna do serviço. O risco clínico está voltado para a segurança do doente, e o não clínico para os circuitos. Poderá o risco não clínico estar ligado a uma norma mais abrangente no âmbito da instituição? E a triagem de resíduos? Se existe um plano institucional nesta área ele deveria ser cumprido pelo serviço.

No indicador “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” (Cirurgia Segura) surgiu a dúvida se as “falhas” são listas mal preenchidas ou falhas na validação de alguns itens (por exemplo, um doente com o consentimento informado não assinado). Os presentes asseguraram que na Cirurgia Segura os níveis de registo apenas se podem completar mediante o preenchimento do anterior, e quiseram saber como se faz o acesso às listas preenchidas. As enfermeiras assinalaram a falta de envolvimento entre os elementos da equipa cirúrgica no cumprimento da Cirurgia Segura, e no que respeita à marcação do local cirúrgico denunciaram insegurança na validação do item, porque existem dúvidas quanto às afirmações dos cirurgiões.

Em termos de “Ocupação do bloco operatório” o grupo foi de opinião que a cirurgia adicional não é relevante porque não é uma cirurgia agendável. Conhecer os tempos de pausa entre os momentos cirúrgicos faz sentido para os presentes, tal como determinar o nível de cumprimento dos protocolos de higienização das salas, das superfícies operatórias, das infraestruturas e dos equipamentos. Foi consensual a importância de uma *Checklist* para tudo isto, assim como avaliar os desvios nos protocolos e normas técnico-terapêuticas destinadas à atividade profissional. A monitorização dos tempos de trabalho regular nas salas, os tempos não produtivos e de preparação de uma sala operatória, são outros elementos que, segundo o grupo, deveriam ser apreciados.

Surgiram muitas dúvidas em como e quando avaliar os níveis de “Satisfação do doente”. O grupo pediu alguma informação complementar sobre estudos à satisfação do doente em bloco operatório. Os “Eventos Adversos” notificados foram percebidos como um indicador importante, assim como os “Eventos adversos no bloco operatório”, não no perioperatório. No entanto, o grupo concordou que o indicador deve ser descrito como “Acidentes com os profissionais”, colocando-se de parte a questão dos equipamentos. A “Infeção do local cirúrgico” tem de ser definida segundo o que já está padronizado. Ponderou-se o indicador “Reclamações dos serviços utilizadores” em vez de “Ocorrências e reclamações”, dado que existe um espaço para este registo no documento de requisição cirúrgica vigente.

3.4 – REUNIÃO DE PERITOS IV

A Reunião de Peritos 4 decorreu a 2 de fevereiro, cerca das 11 horas, na Sala 21 do Centro de Congressos do CHUC, polo HUC. Compareceram uma enfermeira chefe, uma

enfermeira e um administrador hospitalar. Após a revisão dos dados recolhidos na sessão anterior ficámos com 35 indicadores que apresentámos aos presentes.

Tabela 15 – Grelha Estrutura, domínios, indicadores e subindicadores, última reunião, 2ª Fase.

Domínio	Indicador e subindicador
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> – Dotação de pessoal de acordo com os objetivos do serviço. – Modelo de dotação profissional.
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> – Requisitos técnicos mínimos em bloco operatório. – Armazém avançado. – Parque de equipamentos. – Sala operatória padronizada.
Gestão e Organização Interna do Serviço	<ul style="list-style-type: none"> – Plano de gestão da qualidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso à plataforma NOTIFICA. ○ Agendamento cirúrgico informatizado. ○ Manual de acolhimento: manual de competências e responsabilidades, plano de integração; recomendações de boas práticas. ○ Plano de formação. ○ Plano para a sustentabilidade. ○ Sistema informatizado para a gestão do doente. – Regulamento interno

Verificaram-se várias alterações na grelha da categoria *estrutura*. O domínio Recursos Humanos apresenta 2 indicadores, norteados por legislação vigente. Assim, “Dotação de pessoal de acordo...” fundamenta-se na Portaria 290/2012, 24 de setembro: Capítulo IV - Recursos Humanos, artigo 11º - Pessoal. Este artigo estabelece que os serviços “devem dispor de pessoal técnico necessário ao desempenho das funções dos serviços para que estão licenciadas, (...) devem assegurar, no funcionamento dos seus serviços, a presença física e permanente de pessoal de enfermagem” (Portaria, 290/2012, p. 5352). O outro indicador que garantiu consenso foi “Modelo de Dotação Profissional” com base no Regulamento 533/2014 – Norma de cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. De acordo com esta norma a “dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde (...)” (Enfermeiros, 2014, p. 30247). Segundo o que consta no preâmbulo:

o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a

desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar. (Enfermeiros, 2014, p. 30247).

Tendo em conta as metodologias de cálculo apresentadas neste Regulamento, e os contextos da prestação de cuidados de enfermagem para o bloco operatório, estimam-se 3 profissionais em cada sala operatória: Enfermeiro Circulante, Enfermeiro Instrumentista e Enfermeiro de Apoio à Anestesia. Acrescenta a norma que durante o “horário de funcionamento [há] que considerar o tempo previsto para as atividades perioperatórias “ (Enfermeiros, 2014, p. 30249).

No domínio Recursos Materiais também se aplicou o determinado pela Portaria 290/2012, 24 de setembro para o indicador “Requisitos técnicos mínimos...”. No capítulo V do documento apresentam-se os Requisitos Técnicos, cujo no artigo 16º nos remete para as especificações técnicas dos espaços das instituições com internamento, e às necessidades mínimas de equipamentos de apoio aos cuidados. A este propósito salientamos dois anexos previstos pelo referido artigo: o Anexo V designa as áreas definidas para o bloco operatório, as suas funções e as suas características físicas; o Anexo XVII que diz respeito ao equipamento médico e equipamento geral e que, relativamente ao bloco operatório, apresenta o parque de equipamentos da área cirúrgica, nomeadamente, a sala de indução e a sala de operações. Muito embora os diferentes capítulos da Portaria “se destinem ao licenciamento de unidades privadas utilizaram-se como referência nas instituições públicas, por não existir outro normativo legal com esta finalidade e por se considerar que os critérios deveriam ser semelhantes entre setor público e privado” (GTBO, 2015, p. 27).

Paralelamente, encontramos também outra referência emitida pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) (Saúde A. C., 2011), que foca as recomendações técnicas para bloco operatório, nomeadamente, a divisão das suas áreas que se considera ser “aquela que deve servir como orientação técnica para o setor público” (GTBO, 2015, pp. 27-28). Antecipadamente um bloco operatório deve respeitar estas recomendações sobre a sua estrutura física, no que diz respeito às suas áreas (área livre, área semirestrita e área restrita), aos seus circuitos, aos aspetos arquitetónicos e ao parque de equipamentos. Há que sublinhar que na sua génese o bloco operatório está obrigado a assegurar os diferentes fluxos, internos e externos, “de doentes, pessoal e materiais nas diferentes áreas definidas, promovendo o controlo de infeção e a higiene ambiental” (GTBO, 2015, p. 28). Este planeamento e organização permitem que o bloco operatório garanta fluxos regulares sustentáveis nas suas áreas.

As recomendações emitidas pela ACSS abordam a organização e descrição criteriosa do bloco operatório no que diz respeito às suas áreas e compartimentos, instalações e equipamentos técnicos, arquitetura e elementos construtivos (Saúde A. C., 2011). Relativamente ao modelo de bloco operatório a ACSS considera que este deve ser consistente com “as circunstâncias do seu funcionamento, em termos da sua ligação aos restantes serviços do hospital, de disciplina e formação dos utilizadores” (Saúde A. C., 2011, p. 33). Por outro lado, sublinha que as não conformidades e falhas de qualquer um dos elementos pode ser um risco para a segurança e o funcionamento do serviço. Assim, é essencial a preocupação com a dimensão do serviço, a manutenção dos equipamentos, a disciplina na utilização dos recursos e no cumprimento dos circuitos.

Esta estrutura como linha orientadora dos Recursos Materiais do BOC, na opinião generalizada no grupo, inclui três indicadores “Armazém Avançado” (consumo clínico e consumo farmacêutico), “Parque de Equipamentos de Apoio” (cálculo de suporte à anestesia, cirurgia e imagem) e “Sala Operatória Padronizada” (modelo ou padrão).

Partindo das matérias defendidas pelo grupo no domínio Gestão e Organização Interna, a proposta do indicador “Plano de Gestão da Qualidade” inclui vários subindicadores, critérios de qualidade no BOC, pertinentes quanto ao seu conteúdo e ao domínio da sua localização. O segundo indicador orienta-se para a regulação das matérias de gestão e planeamento, facilitadoras no funcionamento do serviço, o “Regulamento Interno”. Entre outras o Regulamento deverá definir a dotação de Assistentes Operacionais tendo em conta as salas de operações e/ou outras funções designadas (GTBO, 2015).

Segundo o grupo de peritos, o bloco operatório pode pensar-se como uma espécie de empresa, múltiplas áreas de gestão, múltiplos recursos, humanos e materiais. Indiscutivelmente surge como quase impossível para um enfermeiro chefe conseguir desenvolver sozinho toda essa gestão. O BOC carece de serviços de apoio, no processamento dos instrumentais cirúrgicos e na reposição de armazéns, como a farmácia ou o aprovisionamento, por isso, há que ter profissionais que assumem a responsabilidade dessas áreas. Assim, a dotação de recursos humanos no serviço deve ter em conta o que está regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros, mas também as peculiaridades do serviço, e a complexidade das várias áreas de resposta.

Outra questão prendeu-se com a designação “Manual de Acolhimento”, que tendo em conta os diversos itens nele contido deve denominar-se *Manual do Serviço*. Foi clarificado que o “Sistema Informatizado de Gestão de Doentes” permite integrar o

agendamento cirúrgico, por isso, este indicador fica incluso nesse instrumento. Foram informados os entrevistados que o anterior indicador “Plano de Triagem de Resíduos” foi incluído como instrumento do novo indicador “Plano para a Sustentabilidade”, porque o BOC exige que se olhe em equilíbrio para comportamentos orientados para a produção cirúrgica, mas também valorizando aspetos como o desperdício e a ecologia do ambiente de cuidados. Por isso, a adequada gestão de lixos e resíduos no BOC é fundamental para maior sustentabilidade ambiental, económica e institucional. Esta ideia foi consensual entre os presentes.

Tabela 16 – Grelha Processo, domínios, indicadores e subindicadores, última reunião, 2ª Fase.

Domínio	Indicador e subindicador
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> – Utilização da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica. – Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica com falhas registadas. – Utilização da plataforma NOTIFICA. – Utilização do Sistema Informatizado de Gestão de Doentes. – Não conformidades no Sistema Informatizado de Gestão de Doentes. – Utilização de protocolos de prevenção de infeção
Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> – Hora padrão da 1ª intervenção cirúrgica programada. – Hora padrão de fim de intervenção cirúrgica programada. – Percurso do doente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Admissão do doente no transfer. ○ Chegada do doente à sala. ○ Início da anestesia. ○ Indução da anestesia. ○ Disponível para cirurgia. ○ Início da cirurgia. ○ Fim da cirurgia. ○ Fim da anestesia. ○ Saída do doente da sala. ○ Saída do doente no transfer. – Ocupação do bloco operatório: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirurgia programada. ○ Cirurgia de urgência. – Tempo-padrão de <i>turnover</i> cirúrgico – Tempo-padrão por procedimento cirúrgico – Atividade não clínica – Tempos não produtivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desvio do tempo-padrão de <i>turnover</i> cirúrgico. ○ Constrangimentos no circuito do doente.
Aprendizagem-Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> – Desenvolvimento pessoal: <ul style="list-style-type: none"> ○ Implementação do Plano de Formação ○ Ações de formação não planeadas que o profissional realizou

Na discussão sobre a categoria *processo* clarificou-se que o acesso às Listas de Verificação da Segurança Cirúrgica é possível através da Direção do Serviço de Anestesiologia, porque foi este que assumiu a implementação do programa. Também é possível o acesso aos registos da plataforma NOTIFICA, por um dos responsáveis do

Gabinete da Qualidade. Para os peritos não faz sentido o indicador "Utilização do sistema informatizado de gestão de doentes", porque este sistema é transversal a todos os doentes da instituição. Poderá pensar-se como *Não conformidades no sistema informatizado de gestão de doentes*, porque os registos devem ser feitos em tempo real e não em tempo diferido, exceto situações de emergência, adequadamente justificadas.

O indicador "Cumprimento de protocolos estabelecidos" resultou das abordagens da última sessão e destina-se a avaliar o cumprimento de procedimentos normalizados no serviço para a prevenção da infeção (a higienização de superfícies, limpeza e manutenção periódica de equipamentos), o circuito de utilização de instrumentais, equipamentos, medicamentos e dispositivos médicos e técnicos. O grupo considerou que devem existir vários protocolos no BOC, que salvaguardem a boa utilização do espaço da sala de operações, o correto fardamento dos profissionais, a limpeza de superfícies e equipamentos, e a saída destes para fora do serviço. Este tipo de situações deve ter uma normalização interna e um registo da sua observância.

Quanto ao Desempenho, os peritos defenderam que existe pouco rigor no registo de horas pelos cirurgiões, e no preenchimento de alguns campos da gestão de doentes, no entanto, os enfermeiros têm acesso a esse registo. Acrescentaram que o enfermeiro só admite o doente na sala quando estão assegurados todos os recursos necessários à intervenção. Em termos de tempos padrão deve existir ponderação de valores, relativamente aos procedimentos, aos doentes, e à classificação do seu estado físico segundo a escala da *American Society Anesthesiologists* (ASA). Também é preciso determinar valores médios capazes de lidarem com algumas tendências cirúrgicas extremistas (aumentar ou reduzir a duração da cirurgia). O tempo da indução anestésica pode constituir uma fonte de informação para saber o tempo que o doente esteve sob anestesia e sob o efeito de medicação.

Sobre as atividades não clínicas, estas não são contabilizadas, são uma espécie de trabalho invisível que consome tempo. Existe pouca reflexão desses tempos, e quando os cirurgiões fazem o agendamento cirúrgico e marcam as horas das cirurgias não tem em conta os momentos de *turnover*. Mais uma vez se sublinhou a importância de um *layout* informático da informação em tempo real no bloco operatório em cada sala, para se acompanhar o evoluir das atividades não cirúrgicas e assegurar melhor desempenho na gestão do serviço. Os presentes constatam que é frequente a sobreposição de atividades clínicas e não clínicas na mesma sala: um enfermeiro vai admitir o doente ao

transfer, enquanto os colegas preparam os recursos para a intervenção. Globalmente os indicadores de Desempenho, e Aprendizagem-Crescimento reuniram consenso.

Tabela 17 – Grelha Resultado, domínios, indicadores e subindicadores, última reunião, 2ª Fase.

Domínio	Indicador e subindicador
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos adversos notificados: <ul style="list-style-type: none"> o Erros de medicação. o Lesão pós-operatória por posicionamento. o Morte intraoperatória em doentes ASA I. o Doente errado. o Lado errado. o Procedimento errado. o Queda. o Queimadura. o Retenção de objeto estranho. o Úlcera de pressão. - Acidentes com profissionais. - Infeção do local cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> o Cirurgia padrão. o Especialidade cirúrgica. o Índice de risco NNIS - Mortalidade no dia da cirurgia. - Mortalidade pós-operatória até ao 30º dia
Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de satisfação do doente. - Cancelamento cirúrgico. - Reclamações dos utilizadores. - Retorno não planeado à sala de cirurgia até 24h. - Produtividade cirúrgica. - Utilização do bloco operatório: <ul style="list-style-type: none"> o Ocupação do bloco operatório o Ocupação da sala por tempo disponível o Horas extra relacionadas com o agendamento cirúrgico
Aprendizagem-Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação profissional - Absentismo profissional

Nos indicadores da categoria *resultado* foi consensual que em “Eventos adversos notificados”, no subindicador “Lesão pós-operatória por posicionamento” deveria ser retirada a palavra “pós-operatória” e ficar apenas “Lesão por posicionamento”. Isto porque, a lesão pode ser detetada ainda com o doente no bloco operatório. Também se considerou importante repor o indicador “Aplicação de ações de segurança e saúde no trabalho” na categoria *processo*. De fato, este indicador revelou aceitação inequívoca por parte de todos os participantes na segunda entrevista.

O indicador “Produtividade Cirúrgica” recolheu unanimidade quanto à sua importância. Porém, o grupo considerou mais uma vez que exige relacionar cautelosamente diferentes valores e variáveis, segundo o número de casos, e a maior ou menor

produtividade dos “artistas”. Possivelmente este indicador exigirá também vários subindicadores.

No final desta sessão, e indo ao encontro do pedido na anterior, foi dada informação sobre a “Satisfação do doente”. Esclarecemos os presentes que existem estudos nesta área e, nomeadamente, referimos dois artigos que abordaram a satisfação do doente no bloco operatório: *Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care* (Lyu, Wick, Housman, Freischlag, & Makary, 2013) e *Patient’s satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire* (Calgouw, Beuzekom, & Boer, 2008).

4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise e discussão dos resultados obtidos, os quais tivemos oportunidade de evidenciar nos capítulos anteriores. Para isso, consideramos importante fazer recair a nossa atenção no objetivo inicial, o qual recordamos aqui – *construir um inventário de indicadores de qualidade no bloco operatório*.

Esta descrição é possível partindo dos achados obtidos nas entrevistas (Grupos Delphi) e na dinâmica de grupo (Grupos Focais), abordagens que se destacaram na fase prática do estudo. Por outro lado, a abordagem conceitual e o apoio a outras fontes bibliográficas de referência constituem um apoio inevitável a que recorreremos para esta análise. Com estes recursos desejamos constituir uma última grelha de indicadores capaz de sugerir uma atenção particular para o valor da qualidade no contexto dos cuidados no bloco operatório.

4.1 – CONCEÇÃO DE INDICADORES: METODOLOGIA DE DELPHI

A qualidade no bloco operatório tem diferentes dimensões de valor para enfermeiros, anestesiológicos e cirurgiões, o que pode estar relacionado com o grau de proximidade de cada um. Efetivamente existe um diferente grau de contiguidade entre estes profissionais e o bloco operatório, que pode ser apresentado segundo a nomenclatura comum: residentes e utilizadores. Apenas os enfermeiros são residentes do bloco operatório, porque este é o serviço onde exercem as suas funções. Por isso, estes profissionais estão mais próximos e sensíveis a matérias relacionadas com a estrutura e processos internos do serviço, as quais são menos evidentes e menos importantes para anestesiológicos e cirurgiões, que são utilizadores.

Como regista Donabedian, o cenário de cuidados e os meios para a execução e produção desses cuidados assumem-se como promotores da boa qualidade assistencial (Donabedian A. , 2005). No momento presente os enfermeiros mostram-se preocupados com quase todas as matérias que dizem respeito à estrutura do bloco operatório. Normas e orientações internas para a utilização sustentável dos recursos, a gestão do conhecimento dos profissionais, a gestão da informação e a gestão do risco são aparentes indicadores de qualidade para os enfermeiros que, segundo estes, não estão bem acautelados no serviço.

Mas também no campo estrutural, os recursos humanos devem ser pensados, por exemplo, a dotação correta de enfermeiros e os aspetos formais das suas competências. A ética, a responsabilidade profissional, a capacidade de liderança, a interdisciplinaridade e as condições de trabalho estão subjacentes ao conceito de qualidade no bloco operatório, e deverão ser asseguradas na estrutura do serviço. De fato, como foi focado antes, o ambiente sistémico do bloco operatório exige, simultaneamente, flexibilidade, regulação e liderança por forma a assegurar uma boa dinâmica multidisciplinar e elevados níveis de qualidade dos cuidados.

A este respeito, considerar-se-á que a *performance* das equipas no bloco operatório exige atributos essenciais para a sua efetividade, os quais são um compromisso com a qualidade: liderança, cultura de valores, normas, desenvolvimento dos profissionais, solidariedade, responsabilidade, limites claros entre os profissionais e transparência (Fragata a), 2006). Estes aspetos estruturais tem um impacto na satisfação profissional, que também se encontra abalada no momento presente. Baixos níveis de satisfação nos profissionais no bloco operatório podem ser consequência de baixa qualidade do trabalho de equipa, de fracas relações interpessoais, de incertezas futuras quanto à carreira, da perspetiva limitada de prestígio, da liderança, do envelhecimento, das horas de trabalho e do cansaço (Björn, Josephson, Wadensten, & Rissén, 2015).

Os profissionais apercebem-se das más práticas de circulação de pessoas e materiais, das inconformidades ou ausência de registos, da não utilização do sistema de notificação, da implementação variável de protocolos e programas de segurança do doente. Consideram que no seu conjunto estes desvios determinam cuidados menos seguros, incentivam a negligência e denotam falta de qualidade. Estas fragilidades estruturais são um impedimento para a segurança cirúrgica. Esta exige um trajeto fixado pela gestão de eventos negativos, (nomeadamente, a notificação do erro e acidentes, sua quantificação e análise, e elaboração de protocolos de crise), e por uma cultura de falibilidade, que nega "a infalibilidade que só promove a ligeireza de actuações e impede a análise séria dos erros, como mecanismo fundamental de aprendizagem de segurança" (Fragata a), 2006, p. 145). Deduz-se que quando "os resultados, num bloco operatório ou num serviço cirúrgico, ficam aquém do desejado ou do esperado, a *performance* dir-se-á sub-ótima e será, então, útil avaliar as razões profundas para esse desvio" (Fragata a), 2006, p. 146).

A gestão e organização interna do serviço é determinante para este tipo de avaliação e para a implementação da qualidade na prática assistencial. Estas práticas assistenciais

são percebidas também por anesthesiologistas e cirurgiões, sobretudo enquanto diretamente relacionados com a implementação de protocolos de segurança. Progressivamente, a segurança do doente tem-se revelado um pilar estrutural da qualidade em saúde. Numerosas mudanças têm sido verificadas ao nível da dotação de recursos humanos, das condições de trabalho, do treino e ações de simulação aos profissionais, e da introdução de *briefings* e *Checklists*. A evidência destas intervenções como promotoras de segurança para o doente teve um custo, e elas são eficazes para melhorar os processos de cuidados e os resultados para o doente. Mas é um fato que estas ações têm tido um movimento lento, o erro continua a existir e, na atualidade, nem todos os indicadores de segurança estão assegurados. Assim, as preocupações dos profissionais coincidem com a ideia de que apesar do esforço em implementar a segurança os resultados não são impressionantes (Sevdalis, Hull, & Birnbach, 2012).

Os processos de *performance* cirúrgica são focados por anesthesiologistas e cirurgiões, que olham para indicadores voltados para a eficiência, e para o cancelamento cirúrgico que podemos descrever como um indicador de resultado. Cada vez mais a tendência é serviços de saúde com uma gestão eficaz dos recursos, facilitadores de processos assistenciais que melhor se aproximem das necessidades dos doentes. Melhorar os cuidados exige a monitorização contínua da sua efetividade e instrumentos sensíveis a mudanças na *performance* e aos efeitos por elas produzidos. Várias matérias podem intervir na efetividade de um bloco operatório, desde os custos com o pessoal até aos *turnovers* prolongados. Conhecer a eficiência de uma *suite* no bloco operatório requer analisar dados existentes no serviço e nos sistemas de informação, e fazer um apuramento do seu desempenho (Macario, 2006).

Os atrasos iniciais podem traduzir-se num atraso contínuo da atividade durante todo o período de disponibilidade da *suite*, e contribuem para o desperdício, por isso gerir capazmente os tempos das salas é revelador de eficiência (GTBO, 2015). O gestor tem um importante papel na coordenação dos tempos no bloco operatório, desde a chegada do doente até aos atrasos entre as cirurgias agendadas. É importante que saiba como proceder à redistribuição de casos por outras salas (quando um caso está atrasado), e como dar sequência à lista de casos de um cirurgião na mesma sala e no mesmo dia, acompanhando o caso mais previsível para o menos previsível, que será provavelmente o mais longo. Terá ainda de estar consciente de que as salas com longas horas de trabalho são sensíveis a maiores atrasos pela incerteza sobre os tempos de início. Nisto tudo há ainda que ponderar os desvios na duração dos casos durante o tempo

disponível. Isto pode acontecer porque o cirurgião reduz o tempo das cirurgias para encaixar todos os seus casos, pela combinação entre procedimentos e cirurgias, e por fatores clínicos relacionados com o doente (Macario, 2006). No entanto, a efetividade da *suite* cirúrgica também depende do tempo de *turnover* e do cancelamento cirúrgico. Os tempos de *turnover* podem ser diferentes de acordo com os casos, dado que se relacionam com um conjunto de atividades que visam disponibilizar os meios e as condições para a ocorrência do ato cirúrgico. Este período, muitas vezes percebido como condicionador da atividade cirúrgica, exige por isso ser monitorizado como indicador a fim de se perceber como podem ser melhorados os processos de trabalho entre todos os elementos da equipa cirúrgica: anestesiológico, cirurgião, enfermeiro e assistente operacional (Jericó, Perroca, & Penha, 2011). O cancelamento cirúrgico identifica-se com os resultados do bloco operatório. Podendo ser variável a sua causa, esta refere-se quase sempre com uma falha não relacionada com o doente: recursos materiais, recursos humanos, unidade de cuidados pós anestésicos. Como tal tem uma relação com a segurança do doente e a sua satisfação, por isso, os seus níveis devem sempre ser apreciados quanto à sua grandeza, e as suas causas ser corrigidas.

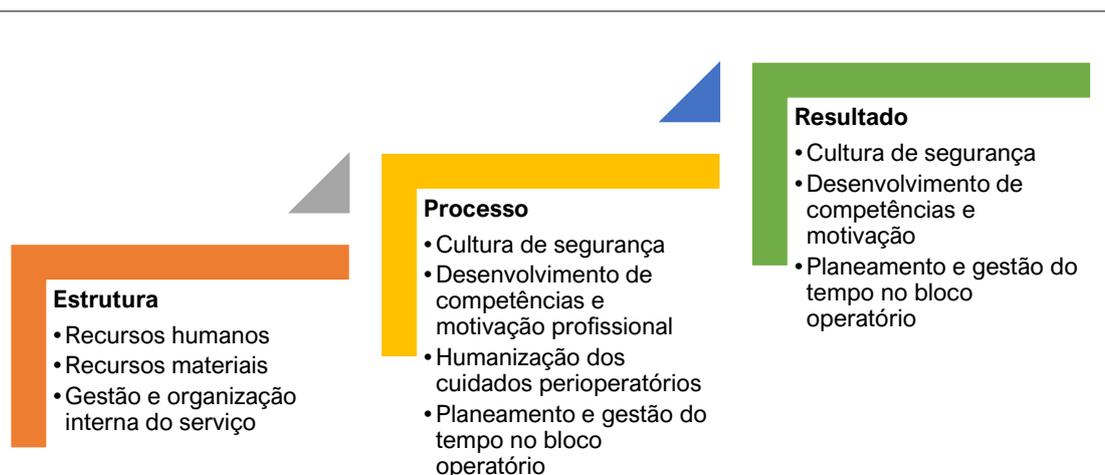
4.1.1 – Domínios de Qualidade no Bloco Operatório

Embora por vezes complexas e emaranhadas, as matérias anteriores permitem-nos estabelecer domínios de qualidade na cadeia *estrutura-processo-resultado* do bloco operatório, e explorar a base para um modelo de indicadores de qualidade. Esses domínios são as áreas que nos podem ajudar a avaliar a qualidade, através da monitorização dos elementos neles incluídos, que são os indicadores que nos interessam descrever futuramente.

Partindo do conteúdo das preocupações e conceções dos profissionais, e revendo-os à luz da bibliografia, é possível traçar uma definição de bloco operatório: pessoas, tecnologia, organização, segurança, competência, motivação, humanização e eficiência. Paralelamente, existem duas áreas que sugerem maior importância para os profissionais que participaram neste estudo: a estrutura de gestão do serviço e a segurança. No fundo pretende-se que os processos de cuidados no bloco operatório sucedam com base numa eficaz governação clínica. Pela inerente complexidade de um bloco operatório e dos seus processos assistenciais não é fácil melhorar a produtividade e, simultaneamente, garantir altos níveis de qualidade nos cuidados (Oh, Phua, Tong,

& Lim, 2011). Portanto há que saber olhar de forma individual para cada um dos domínios que se impõem à qualidade no bloco operatório e à carga que cada um deles representa em termos da efetividade de cuidados. Revisitemos os domínios iniciais, que foram o ponto de partida para a descrição dos indicadores e registemos o que de mais fundamental os caracteriza.

Figura 3 – Domínios de qualidade identificados no bloco operatório segundo a cadeia estrutura-processo-resultado



Na primeira parte deste estudo abordámos alguns dos aspetos se colocam aos **Recursos Humanos**, nomeadamente às relações das equipas multidisciplinares, e à complexidade da sua dinâmica. É importante que exista uma gestão de pessoas capaz de orientar atitudes, comportamentos, competências e responsabilidades. A dotação dos profissionais no bloco operatório deve atender às competências e qualificações necessárias, tendo em conta as características das funções dos profissionais, nomeadamente, no que diz respeito aos enfermeiros. A este propósito é de focar que os enfermeiros não são apenas solicitados durante o ato cirúrgico. As três áreas de enfermagem tradicionalmente identificadas com o bloco operatório (apoio anestesia, circulação e instrumentação) encerram conhecimento específico, ações de cuidado junto ao doente que requerem treino, e um vasto leque de procedimentos e de responsabilidades indispensáveis ao ato anestésico e ao ato cirúrgico. Uma boa prática perioperatória depende da ação destes profissionais como promotores da segurança para o doente e como importantes comunicadores na equipa multidisciplinar (Blomberg, Bisholt, Nilsson, & Lindwall, 2015). Assegurar a continuidade dos cuidados ao doente cirúrgico e manter-se atento fazem parte de um conjunto de competências que devem estar bem definidas entre os profissionais, e devem ser alvo de intensa preparação e

aprendizagem porque lhe conferem a capacidade para conhecer o doente, e serem responsáveis por ele, de zelar pelo seu corpo e pela sua dignidade (Blomberg, Bisholt, Nilsson, & Lindwall, 2015).

No bloco operatório os **Recursos Materiais** tornam os cuidados possíveis. Nestes incluem-se equipamentos, material clínico e medicamentos. A falta de organização destes recursos, as falhas na função logística e limitações de acessibilidade pelos utilizadores, determinam que enfermeiros e assistentes operacionais precisem sair mais vezes da sala, e consomem tempo precioso em busca dos recursos necessários para preparar a *suite* operatória. Os medicamentos, materiais e equipamentos devem estar organizados em condições adequadas e nos níveis corretos, no local para eles destinado, de acordo com as exigências cirúrgicas e anestésicas. Por outro lado, face a baixos recursos devem ser definidos os princípios da sua utilização, de acordo com o agendamento cirúrgico e com um plano individualizado de cuidados ao doente. Neste complexo domínio, salientam-se a importância da standardização do circuito do medicamento, o seu armazenamento e distribuição, o investimento em métodos de esterilização mais simplificados e o desenvolvimento da gestão logística, nomeadamente, a gestão de *stocks* para a prestação de cuidados perioperatórios (Canada, 2009; Sohrakoff, et al., 2014; Carvalho & Ramos, 2013).

A **Gestão e Organização Interna do Serviço** no BOC exige instrumentos que definam princípios de funcionamento do serviço. Este domínio centra a sua atenção sobre como o desempenho pode ser melhor implementado e se podem atingir maiores níveis de qualidade nos processos assistenciais. Esses instrumentos estão sobretudo voltados para um “como se faz” com vista a valores que se querem atingir. São determinantes a liderança, as estratégias e as normas internas ao nível das pessoas, e o desenvolvimento de meios e de planos, alguns voltados para elementos físicos e estruturais do serviço, por exemplo, os circuitos, os resíduos e o suporte informático. Pode-se pensar que a gestão e organização interna de um serviço informa as relações entre as suas forças, para apoiar a melhoria dos seus processos e alcançar melhores resultados. Neste caso, ao nível da segurança do doente, do ambiente, do desempenho e da satisfação das pessoas (profissionais, utilizadores, doentes e comunidade) (Geada, Cruz, & Silva, 2012).

Mais do que um domínio de qualidade no bloco operatório, a **Cultura de Segurança** é qualidade. Em Portugal existem um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e um Plano Nacional para a Segurança do Doente. No último incluem-se todas as normas e

orientações para a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. No entanto, verifica-se uma grande preocupação dos profissionais com os aspetos da segurança do doente, o erro, os protocolos e as *Checklists*. Tal como na comunidade aeronáutica, no bloco operatório o erro existe em permanência e, tal como os pilotos, também os profissionais no bloco operatório “cometem erros, e reconhecem que os cometem quando as suas ações se desviam do que é a sua intenção, ou quando a sua intenção não é a apropriada para a situação” (Santos, 2006, pp. 224-225). O erro não determina a grandiosidade das suas consequências, e a possibilidade de errar acompanha a nossa vida e o nosso desempenho, por isso, há que desenvolver “as [nossas] margens de actuação, aumentar os níveis de atenção e concentração e melhora[r] a monitorização da[s] situaç[ões]” (Santos, 2006, p. 225). No bloco operatório, a monitorização do erro passa pelo acompanhamento rigoroso de todo o processo assistencial ao doente cirúrgico, das ações dos profissionais e dos resultados atingidos. Ferramentas já existentes e comprovadamente eficazes como as *Checklists*, os *briefings*, e a estandardização de processos e procedimentos são métodos essenciais de reduzir a possibilidade do erro e prevenir o ambiente de contingência que acompanha a atividade diária no bloco operatório. Como tal, resta apontar para a eficácia da sua implementação que tem que ver com um esforço da gestão em desenvolver melhores processos de trabalho em equipa (Donaldson, 2011).

O Desenvolvimento de Competências e Motivação Profissional, são informados pelo conhecimento, que também colabora com os profissionais na capacidade de tomada de decisão e de gerir a mudança. Promotora do conhecimento, a formação e o desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde surge como essencial para o nascimento de ideias, consolidação de boas práticas e maior efetividade dos processos assistenciais. A formação dos profissionais no bloco operatório encontra atualmente algumas barreiras face às exigências de maior produtividade e à menor flexibilidade nas condições de trabalho, conducentes a uma natural desmotivação generalizada. Motivação profissional e formação profissional são dois fenómenos interligados que caminham a par e coincidem para um vértice: segurança do doente. Estando motivados e sendo incentivados os profissionais envolvem-se em “dar o seu melhor para que as metas e objetivos da organização sejam atingidas” (Carvalho, Bernardo, Sousa, & Negas, 2014, p. 178). Também se percebe que a formação e o treino regular dos profissionais no bloco operatório (anestesiologistas, enfermeiros, assistentes operacionais e cirurgiões) reforçam as suas ferramentas essenciais para uma maior efetividade dos processos cirúrgicos, nomeadamente, do trabalho de equipa.

Sublinha-se o valor deste domínio no ambiente tendencialmente incerto que é o bloco operatório, pelo que tem associado ao ato cirúrgico, à comunicação entre os elementos da equipa e à constante evolução tecnológica. Pobres programas de formação determinam baixos níveis de conhecimento, menor competência, fraca cultura de aprendizagem e de motivação para a valorização profissional, e são um custo quando penalizam a segurança do doente e a qualidade dos cuidados.

No campo da **Humanização de Cuidados Perioperatórios**, a Visita Pré-Operatória surge como uma atividade que, em essência, permite a proximidade com o doente e dar forma a um processo relacional que é importante para um consciente planeamento do cuidado ao doente cirúrgico. A VPO deve ser vista como uma ação “integrada numa atuação multidisciplinar, com o objetivo de melhor satisfazer as necessidades dos doentes e tendo como meta a humanização dos cuidados no bloco operatório” (Jesus & Abreu, 2014, p. 39). Entre outros aspetos, a VPO ajuda a preparar o doente para o encontro com o ambiente do bloco operatório, permite obter informações que colaboram com o enfermeiro e a equipa para a segurança do doente, minoram a sua angústia e ansiedade, e proporcionam-lhe informação e maior bem-estar (Jesus & Abreu, 2014). Por outro lado, este ato de cuidar também pode ser encarado como processo de acolhimento individualizado ao doente (Jesus & Abreu, 2014). E aqui é importante reforçar que os fundamentos do cuidar não devem desaparecer ou ser secundarizados face à tecnologia e à pressão de fazer circular doentes. Cada doente merece ser encarado com a nobreza que transporta cada ser humano, que completamente se “despe” e se expõe perante pessoas que até àquele momento desconhecia, e em cujas mãos deposita o valor e o significado imensuráveis do seu corpo.

O Planeamento e Gestão do Tempo no Bloco Operatório concebe o desempenho no bloco operatório. O planeamento das atividades do serviço serve para estabelecer objetivos e prioridades relativamente às necessidades do doente, às circunstâncias relacionadas com o ato cirúrgico e com a equipa cirúrgica, e aos resultados esperados (Ferrito, 2014). As atividades no bloco operatório abarcam todas as ações relacionadas com os recursos essenciais à abordagem ao doente e à boa manutenção do espaço cirúrgico. A construção deste complexo processo salvaguarda a eficiência e a qualidade. Dependendo do sentido da segunda, a utilização dos recursos tem de estar orientada para o melhor resultado desejado e para uma efetividade crescente das práticas de cuidados no serviço. Assim, preferencialmente, o planeamento e a gestão do tempo no bloco operatório voltam-se preferencialmente para o desempenho da

equipa, salvaguardando o fato de que as mesmas condições de funcionamento não são repetíveis para todos os casos (Barros, 2006). Assim, linhas de orientação voltadas para o circuito do doente no bloco operatório são importantes para “saber definir a melhor prática contra a qual o desempenho possa ser aferido, o que “obriga” a um conhecimento do processo pelo qual os recursos usados são transformados em resultados” (Barros, 2006, p. 265). Determinar o tempo alocado ao circuito do doente é uma fonte de informação essencial para perceber a efetividade dos processos assistenciais, determinar o desempenho das equipas, e compreender até que ponto os recursos foram adequadamente geridos. Tendo em conta o *case mix* do bloco operatório “os recursos usados podem produzir consequências muito diferentes consoante as características do doente” (Barros, 2006, p. 267). O importante é perceber os resultados mais favoráveis face a casos semelhantes, por isso, indicadores voltados para o planeamento das atividades no bloco operatório e o percurso do doente, são facilitadores de processos assistenciais mais efetivos e orientados para a qualidade.

4.2 - CONCEÇÃO DE INDICADORES: METODOLOGIA DO GRUPO FOCAL

Consideramos que na circunstância atual a descrição de qualquer indicador de qualidade no bloco operatório deve basear-se no seu papel como instrumento para avaliação da sua estratégia ao nível dos recursos, do desempenho, dos processos assistenciais e dos resultados. Embora a sua aplicação dependa de métricas a serem definidas futuramente importa, contudo, que este estudo seja claro no sentido de que essas métricas possam ser escolhidas, e que permitam “avaliar e validar a estratégia e indicar novos rumos estratégicos” (Geada, Cruz, & Silva, 2012, p. 40). Assim, aplica-se a todas as categorias a eventualidade de alguns domínios e indicadores terem sofrido ajustes na sua posição, na sua taxonomia e na sua relevância.

O grupo focal permitiu avaliar o interesse dos domínios de qualidade definidos, bem como o seu conteúdo. A apresentação de resultados evidenciou a sucessiva apreciação dos peritos nesta área ao longo das sessões, e a simultânea alteração ao conteúdo e taxonomia de domínios e de indicadores. Neste momento é relevante apresentar a situação final das grelhas de *estrutura-processo-resultado*, e descrever corretamente cada indicador por domínio na sua forma definitiva, em cada categoria.

4.2.1 – Estrutura – O Lugar Onde O Cuidado Ocorre

Os indicadores são um aspecto do vasto trabalho que é preciso para melhorar um serviço. O indicador “não mede diretamente a qualidade de um serviço, mas a sua análise permite uma comparação entre um fato real e a meta que se quer atingir, ou até possibilitar a criação de parâmetros, sejam eles internos ou externos, numa organização de saúde” (Vieira & Kurcgant, 2010, p. 12). No caso da categoria *estrutura*, aplicando-a ao bloco operatório, ela diz respeito ao cenário em que os cuidados cirúrgicos ocorrem e, por isso, com todos os meios que intervêm na sua produção (Donabedian A. , 2005). Há que não confundir aquilo que identifica, apoia e reproduz a melhoria dos cuidados com aquilo que é essencial neste tipo de serviço: recursos e gestão. Consideramos que os indicadores encontrados para avaliar a qualidade dos aspectos estruturais do bloco operatório são relevantes, no entanto, partindo do material obtido nas duas fases do estudo, admitimos que alguns indicadores podem ter ficado em segundo plano pela discussão gerada em torno de outros. Por outro lado, achamos que também existem alguns indicadores que podem fazer mais sentido incluir-se numa categoria diferente.

Assim, relativamente a esta categoria, dir-se-á que a *estrutura* no BOC deve ter salvaguardada uma boa política e um bom modelo de gestão. Um modelo de gestão perdurável para o bloco operatório “torna necessário uma visão integrada de todo o sistema e a introdução de novas ferramentas de gestão que permitam a adaptação dos recursos às necessidades do cidadão” (Bilbao & Fragata, 2006, p. 283). Neste âmbito, o Regulamento do Bloco Operatório é essencial para “os princípios de gestão e funcionamento e a estrutura organizativa do Bloco Operatório” (Bilbao & Fragata, 2006, p. 287). A gestão apresenta particular importância para a qualidade no bloco operatório, ao acompanhar os desvios nos recursos existentes, ao agir com criatividade para os tornar favoráveis aos processos assistenciais e à melhoria dos resultados. No entanto, estes aspectos que não podem estar sujeitos a um indicador. De fato, esta é antes uma circunstância determinante para uma estratégia de aplicação de indicadores, e para uma firme perspectiva voltada para o BOC, os profissionais, a organização, o doente e a comunidade. Essa é a fórmula de base para os dois domínios essenciais de qualidade a serem avaliados: recursos humanos e recursos materiais.

A conceção dos indicadores de **recursos humanos** deve ser suportada por:

- 1) Modelo padronizado de dotação de pessoal.
- 2) Manual de funções, competências e responsabilidades.

- 3) Manual do serviço.
- 4) Absentismo.
- 5) Motivação profissional.
- 6) Formação profissional.
- 7) Plano de saúde ocupacional.

O domínio **recursos materiais** considera a vertente física e estrutural do bloco operatório. Neles inscrevem-se os seguintes indicadores:

- 1) Circuitos de doentes, pessoas e materiais.
- 2) Resíduos hospitalares.
- 3) Padronização e sinalização de espaços.
- 4) Parque de equipamentos segundo capacidade e exigências assistenciais.
- 5) Condições ambientais.
- 6) Informatização e logística de *stocks*.
- 7) Sistema informatizado de gestão de doentes.

Na sequência do inicialmente focado, foi retirado o domínio Gestão e Organização Interna do Serviço, tendo em conta que esta é assumida por um sistema de gestão rigorosamente designado e responsável. Entre o conjunto de indicadores que estavam incluídos em “Plano de Gestão de Qualidade”, alguns estão contidos no domínio dos **recursos materiais**.

O Plano de Sustentabilidade foi substituído por indicadores específicos: “Circuitos de doentes, pessoas e materiais” e “Resíduos Hospitalares”. Este último indicador supõe uma atenção relativamente ao desperdício. Foram libertados pela sua redundância os subindicadores Acesso à Plataforma Notifica (este acesso existe e é permanente, só precisa ser utilizado), Agendamento Cirúrgico Informatizado (porque deverá ser assegurado pelo Sistema Informatizado de Gestão de Doentes), Manual do Serviço e Plano de Formação. O “Manual do Serviço” passou a integrar o domínio dos **recursos humanos**, dado que se trata de uma importante ferramenta de trabalho a ser continuamente consultada pelos profissionais. O “Regulamento Interno” foi retirado porque ele constitui um princípio de funcionamento de um bloco operatório. Por isso, deve ser assumido como estando na base da estratégia de gestão do serviço, na utilização de recursos e eficácia dos seus processos com vista à qualidade e sustentabilidade. Salvaguardam-se a “Definição de Funções e Competências” e o (Plano de) “Formação Profissional” que foram inseridos no domínio dos **recursos humanos**. Também foi inscrito neste domínio o “Plano de saúde ocupacional” que

transita da categoria processo, domínio Segurança, e substitui o indicador “Ações de segurança e saúde no trabalho”.

Tabela 18 – Categoria Estrutura, indicadores para domínio Recursos Humanos

Indicador	Conteúdo/Significado
Modelo padronizado de dotação de pessoal.	Portaria 290/2012, 24 de setembro: Capítulo IV – Recursos Humanos, artigo 10º e artigo 11ª. ⁶ Regulamento 533/2014 – Norma e cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, bloco operatório ⁷ .
Manual de funções, competências e responsabilidades (skill mix), segundo exigências assistenciais do serviço.	Identificação de funções, competências e responsabilidades dos enfermeiros de bloco operatório Identificação de funções e responsabilidades dos enfermeiros com funções em áreas de apoio à gestão do serviço. Identificação de funções, competências e responsabilidades dos assistentes operacionais.
Manual do serviço	Acessibilidade e consulta a normas, orientações e protocolos no serviço.
Absentismo	Ausências registadas pelos profissionais
Motivação profissional	Incentivos; Mecanismos compensatórios; Reconhecimento.
Formação profissional.	Implementação anual de plano de formação, incluindo treinos de simulação a todos os profissionais.
Plano de saúde ocupacional.	Acessibilidade a recursos no âmbito da saúde ocupacional e da prevenção de acidente no local de trabalho, a todos os profissionais

De realçar neste domínio dois indicadores: “Absentismo” e “Motivação profissional”. Como dissemos os recursos humanos são basilares para o crescimento de uma organização. O absentismo é um fenómeno com impacto nas equipas e nos serviços, que implica custos, intervém no planeamento e nos níveis de desempenho. Monitorizar os níveis de absentismo no bloco operatório permite acompanhar os seus impactos na estrutura de recursos humanos existente, definir fragilidades e desequilíbrios, e planear ajustes (Dias, Varela, & Costa, 2013). Este indicador pode ainda ajudar a conhecer os níveis de exposição ao trabalho e o desgaste dos profissionais. Esse desgaste manifesta-se ao nível físico e psicológico, e está por vezes na origem de “acidentes de trabalho e afastamentos por meio de licenças médicas” (Carvalho, Rocha, Barlem, Dias,

⁶ (Portaria,290/ 2012).

⁷ (Enfermeiros, 2014).

& Schallenberger, 2017, p. 2). A “Motivação profissional” é uma circunstância essencial para bons processos de cuidados, porque “faz as pessoas moverem-se, ou agirem de determinada forma ou numa determinada direção” (Carvalho, Bernardo, Sousa, & Negas, 2014, p. 178). Sendo de dois tipos, interna e externa, devem existir planos que garantam a motivação dos profissionais no bloco operatório, a recompensa, o reconhecimento e o incentivo pelo seu trabalho.

Tabela 19 – Categoria Estrutura, indicadores para domínio Recursos Materiais

Indicador	Conteúdo/Significado
Circuitos de doentes, pessoas e materiais	Definição e sinalização de todos os trajetos de acesso e circulação de doentes, pessoas e materiais. Protocolo para a indumentação, acesso e circulação de pessoas no bloco operatório. Protocolo para a circulação de materiais sujos, limpos e esterilizados, dentro do bloco, para fora do serviço e recebidos no serviço.
Resíduos hospitalares.	Codificação por grupos e triagem dos lixos e resíduos. Normas visíveis de classificação e manejo dos lixos e resíduos pelos profissionais. Espaços de armazenagem de lixos e resíduos fora das zonas de refeição, armazenamento de roupas, materiais e medicamentos.
Padronização e sinalização de espaços.	Padronização da suite operatória salvaguardando os aspetos relacionados com a variabilidade de espaços. Sinalização aérea e delimitação no solo de todos os equipamentos existentes na área semirestrita do serviço (carros de emergência, refrigeradores, <i>trolleys</i> , etc.)
Parque de equipamentos segundo capacidade e exigências assistenciais.	Número de equipamentos essencial ao regular funcionamento do serviço (anestesia, cirurgia e imagem) – Portaria 290/2012, 24 de setembro; capítulo V. Requisitos técnicos, artigo 16 ^º . Cumprimento das dotações de equipamentos suplementares tendo em conta a capacidade instalada do serviço. Calendarização de manutenções preventivas dos equipamentos.
Condições ambientais	Protocolos de cumprimento dos padrões de qualidade do ar. Protocolos quanto ao número de pessoas dentro da sala de cirurgia.
Informatização e logística de <i>stocks</i> .	Gestão económica de <i>stocks</i> (consumo clínico e medicamentos) Inventariação e controlo regular de materiais existentes.
Sistema informatizado de gestão de doentes.	Implementação plena de sistema de informação hospitalar centrado no doente, para uniformização das ações e processos assistenciais, normalização da informação e partilha pela equipa multidisciplinar.

⁸ (Portaria, 290/2012)

Nos **recursos materiais**, salienta-se o valor de um sistema de informação para “ajudar a diminuir a incerteza, [e] não eliminando a totalidade do risco cirúrgico (...) [dota] os profissionais de melhores e mais poderosas ferramentas que facilitam a tomada de decisão” (Bilbao & Fragata, 2006, p. 291). Estes sistemas são fundamentais para toda a dinâmica de articulação com serviços de apoio, diagnóstico e utilizadores, a gestão interna do serviço e o planeamento da atividade cirúrgica.

A opinião dos participantes recomenda a avaliação da articulação do BOC com o Serviço de Esterilização. Uma das observações foi o tempo consumido pelos profissionais com o processamento dos materiais, nomeadamente, a sua preparação com vista à continuidade de cuidados. Por outro lado, não existe um controle rigoroso por parte de alguns profissionais em assegurar a efetiva continuidade destes processos, havendo muito instrumental perdido. Assim, a centralização dos instrumentais e materiais pelo serviço de esterilização, “com normativas técnicas específicas e independentes” (Viegas & Névoa, 2014), deve ser uma melhoria a ponderar em conjunto pelos responsáveis da gestão do BOC e o Serviço de Esterilização.

4.2.2 – Processo – As Condições do Cuidado

Os processos assistenciais no bloco operatório têm duas grandes dimensões de qualidade: a **Segurança** e o **Desempenho**. Trata-se sobretudo de rastrear esses cuidados, para assegurar que as boas práticas foram apropriadas, responderam com efetividade às necessidades do doente e da equipa cirúrgica, e contribuíram eficazmente para os resultados. Por essas razões, as condições de cuidados requerem muita atenção e abertura por parte de toda a equipa, e os processos nelas incluídas devem realizar-se com a maior transparência. A elaboração dos indicadores pretendeu fornecer informação para a efetividade dos processos assistenciais, analisar desvios a serem intervencionados, outros campos a monitorizar, e favorecer a gestão das fontes de informação disponíveis BOC.

O domínio **segurança** salienta o cumprimento de todas as ações identificáveis com a segurança clínica do doente, determinantes das boas práticas processuais:

- 1) Utilização da Cirurgia Segura.
- 2) Cirurgia Segura com falhas registadas.
- 3) Não conformidade da utilização da Cirurgia Segura
- 4) Vigilância das condições de termorregulação do doente.

- 5) Utilização da plataforma Notifica.
- 6) Inconformidades no sistema informatizado de gestão de doentes.
- 7) Utilização de protocolos de prevenção de infeção.

O domínio **desempenho** é informado pela eficácia e eficiência, o seu sentido é criar maior efetividade na utilização de recursos, e eliminar atividades que não geram valor:

- 1) Hora padrão da 1ª cirurgia programada/dia.
- 2) Hora padrão do fim da última cirurgia programada/dia.
- 3) Agendamento cirúrgico
- 4) Utilização do bloco operatório
- 5) Tempo de *turnover* cirúrgico.
- 6) Constrangimentos no circuito do doente.

Os indicadores de **segurança** no bloco operatório merecem que destaquemos alguns aspetos. Esta é uma área que por si só merece ser desenvolvida dado o número de fatores que podem intervir na qualidade dos cuidados prestados. O projeto Cirurgia Segura, Salva Vidas é o resultado de um esforço coordenado a nível internacional que visa “acautelar a segurança cirúrgica” (Saúde D.-G. , 2013). A utilização deste programa é uma determinação obrigatória “em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica” (Saúde D.-G. , 2013). Esta norma da Direção-Geral da Saúde é acompanhada de todos os elementos facilitadores ao seu preenchimento, monitorização e avaliação. De fato, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica responde a um conjunto de aspetos em três momentos: antes da indução (*Sign in*), antes da incisão na pele (*Time out*) e antes do doente sair da sala de operações (*Sign out*). Esta *Checklist* da segurança cirúrgica, observa o consentimento informado, a identidade do doente, do local e procedimento a que vai ser sujeito, a verificação da medicação, alergias do doente, via aérea difícil, a profilaxia antibiótica e tromboembólica, a antecipação de eventos críticos, a rotulagem de produtos biológicos e a contagem de dispositivos, entre outros. Além disso, tem dois aspetos importantes: 1) a sua utilização supõe um trabalho transparente e empenhado de todos os elementos da equipa: enfermeiro, anestesiológista e cirurgião; e 2) de acordo com a norma a “lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados” (Saúde D.-G. , 2013).

Com algum paralelismo abordemos o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. A norma parte da garantia de existência em todas as Unidades do Sistema

de Saúde de “uma estrutura responsável pela gestão e análise de segurança do doente” (Saúde D.-G. , 2014). Entre outros elementos esta estrutura detém os meios pelos quais os incidentes são reportados e validados, é feita a identificação dos agentes que para eles concorreram, estabelecidas medidas corretivas, e um plano de ação preventivo ou corretivo. A plataforma NOTIFICA é um sistema “não punitivo, mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro” (Saúde D.-G. , 2014), fundamenta-se numa cultura de segurança que é uma exigência para todos os profissionais e que se impõe a todas as instituições de saúde.

Tabela 20 – Categoria Processo, indicadores para domínio Segurança.

Indicador	Conteúdo/Significado
Utilização da Cirurgia Segura	Norma n. º2 de 2013 do projeto Cirurgia Segura, Salva Vidas – Registo da utilização da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica e do APGAR Cirúrgico nos sistemas de informação institucionais para ele definidos ⁹
Cirurgia Segura com falhas registadas	Registos efetuados com falhas mencionadas. ¹⁰
Não conformidade da utilização da Cirurgia Segura	Não conformidades verificadas por observação do procedimento em cumprimento de auditoria interna. ¹¹
Vigilância das condições de termorregulação do doente.	Registo das medidas que asseguram a manutenção da normoterapia no percurso do doente no bloco operatório.
Utilização e gestão da plataforma Notifica	Norma n. º 015 de 2014, no âmbito do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA – notificação de incidentes e eventos adversos, ocorridos no bloco operatório e procedimentos subsequentes previstos: análise, ação e divulgação de informação. ¹²
Não conformidades registadas sistema informatizado de gestão de doentes	Não conformidades registadas relacionadas com falhas na informação clínica do doente e na sistematização processual dos cuidados e das boas práticas.
Utilização de protocolos de prevenção de infeção	Registo de utilização de todos os protocolos internos relacionados com prevenção de infeção: higienização de superfícies e equipamentos, saída e entrada de equipamentos e materiais.

⁹ (Saúde D.-G. , Cirurgia Segura, Salva Vidas, 2013).

¹⁰ (Saúde D.-G. , Cirurgia Segura, Salva Vidas, 2013).

¹¹ (Saúde D.-G. , Cirurgia Segura, Salva Vidas, 2013).

¹² (Saúde D.-G. , 2014)

No âmbito da segurança evidenciamos o indicador “Vigilância das condições de termorregulação do doente”. Esta questão a partir de certa altura foi menos sensível na discussão. Contudo a hipotermia, pelos efeitos prejudiciais ao nível sistémico do doente, e pelos riscos associados à infeção do local cirúrgico, exige cuidados específicos e medidas preventivas de termorregulação. Neste sentido, há que evidenciar a necessidade de monitorizar a regulação térmica do doente e torná-la uma boa prática perioperatória, percebida pelas instituições.

Tabela 21 – Categoria Processo, indicadores para domínio Desempenho.

<i>Indicador</i>	<i>Conteúdo/Significado</i>
Hora padrão da 1ª cirurgia programada/dia	Hora de referência para o início diário da atividade cirúrgica
Hora padrão do fim da última cirurgia/dia	Hora de referência para o fim da atividade cirúrgica
Agendamento cirúrgico ¹³	Define o tempo de utilização total do bloco operatório por: <ul style="list-style-type: none"> – Plano cirúrgico: cirurgias programadas por tempo disponível. – Movimento cirúrgico programado concretizado – Horas extra relacionadas com o plano cirúrgico – Movimento cirúrgico urgente.
Utilização do bloco operatório ¹⁴	Define o tempo utilizado nas etapas dos processos assistenciais no bloco operatório, para todos os tipos de agendamento, por sala, por especialidade e totais: <ul style="list-style-type: none"> – Admissão do doente no transfer e chegada do doente à sala – Início da anestesia e início da cirurgia. – Fim da cirurgia e fim da anestesia. – Fim da anestesia (alta do doente) – Saída do doente da sala e saída do doente no transfer – Tempo de <i>turnover</i>
Tempo de <i>turnover</i> cirúrgico	Define o tempo padrão de intervalo entre cirurgias para higienização e preparação da sala de cirurgia.
Constrangimentos no percurso do doente ¹⁵	Todas e quaisquer perturbações ocorridas nas etapas dos processos assistenciais, para todos os tipos de agendamento, por especialidade e totais.

Sem perder o seu desenho inicial, os indicadores de **desempenho** sofreram alguma alteração no seu aspeto final. Isto baseou-se no valor de trabalho já desenvolvido nesta área, por nós referenciado, que consideramos ser comparável com as posições do grupo. Assim, o indicador “Agendamento cirúrgico” constitui uma terminologia preferível

¹³ (Bilbao & Fragata, 2006).

¹⁴ (Bilbao & Fragata, 2006).

¹⁵ (Bilbao & Fragata, 2006)

para indicadores anteriormente dispersos e que estão inseridos neste conceito, como “Ocupação do bloco operatório”. O indicador “Utilização do bloco operatório” surge na literatura como um indicador de planeamento e execução (Bilbao & Fragata, 2006), e permite um enfoque maior na evolução do processo assistencial no serviço do que o anterior “Percurso do doente”.

É importante uma menção à “Hora padrão da 1ª cirurgia programada/dia” que influencia os resultados diários do bloco operatório. Em termos de rentabilidade é importante que não existam atrasos em iniciar as atividades e que os “Tempos de *turnover cirúrgico*” sejam eficientes. O bom desempenho destes elementos, contudo, está dependente do conhecimento e especialização da equipa cirúrgica, da disponibilidade dos equipamentos e materiais exigidos, da boa conclusão de todas as alíneas processuais da documentação do doente, e de uma consistente articulação entre todos os serviços e departamentos (Bauer, Greer, Wyst, & Kamelle, 2016)

Os “Tempos não produtivos” e a “Atividade não clínica” foram retirados porque há complexidade na determinação de alguns tempos, muito embora eles sejam fundamentais para determinar o tempo de utilização *real* no Bloco operatório. Avaliar “os tempos reais de utilização do Bloco Operatório e as suas disfuncionalidades, é fundamental para gerir de forma eficiente as salas de operações e aumentar a sua rentabilidade” (Bilbao & Fragata, 2006, p. 290). Há, por isso, que decidir como estudar esses tempos e quais os instrumentos necessários que nos podem colocar perante o tempo *real* no bloco operatório. E, também, como esses tempos interferem no ambiente de trabalho, como se identificam com aquilo que são as competências e a atribuição de tarefas aos profissionais, e na efetividade dos cuidados.

O “Tempo padrão por procedimento cirúrgico” foi também retirado porque por si só não é representativo de uma avaliação do desempenho, dado que “existe muita variabilidade em função da complexidade de cada tipo de intervenção e da equipa de profissionais” (Bilbao & Fragata, 2006, p. 290). É certo que é importante existir um tempo padrão para os procedimentos cirúrgicos, mas este requer uma análise quanto aos seus contornos e conteúdos. Consideramos que isso exige que outros atores da equipa cirúrgica analisem abertamente o modelo ou modelos que devem suportar essa análise e as dimensões a serem avaliadas.

4.2.3 – Resultado – A Qualidade do Cuidado

O Lugar Onde o Cuidado Ocorre e As Condições de Cuidado determinam a sua Qualidade. Este é o *resultado* do cuidado recebido. A qualidade depende da sustentabilidade das estratégias assistenciais implementadas, que devem ter como referência as boas práticas de cuidado.

Seguindo de perto o modelo de Avedis Donabedian e os elementos que definem a qualidade, e face às sugestões até agora propostas para a conceção de indicadores de qualidade no BOC, os domínios a ter em conta são **segurança**, **desempenho** e **aprendizagem-crescimento**.

No domínio da **segurança**, os indicadores apresentados são:

- 1) Índice APGAR cirúrgico.
- 2) Retorno não planeado à sala de cirurgia até 24h.
- 3) Complicações cirúrgicas por eventos adversos
- 4) Incidentes com profissionais.
- 5) Infeção do local cirúrgico.
- 6) Mortalidade no dia da cirurgia
- 7) Mortalidade pós-operatória até ao 30º dia.

O domínio do **desempenho** propõe os indicadores seguintes:

- 1) Cancelamento cirúrgico.
- 2) Satisfação do doente
- 3) Satisfação dos serviços utilizadores

E, finalmente, o domínio **aprendizagem-crescimento** concebe como indicadores:

- 1) Atividade formativa.
- 2) Satisfação profissional

Tabela 22 – Categoria Resultado, indicadores para domínio Segurança.

<i>Indicador</i>	<i>Conteúdo/Significado</i>
Índice APGAR cirúrgico (IAC)	Cálculo do IAC no final de cada cirurgia a partir da perda de sangue estimada, da menor pressão arterial média e do menor ritmo cardíaco registados nos dados anestésicos durante a cirurgia.
Retorno não planeado à sala de cirurgia até 24h	Doentes sujeitos a nova intervenção cirúrgica nas 24h seguintes ao ato cirúrgico agendado.
Complicações cirúrgicas por eventos adversos	Resultantes de erros e acidentes como local cirúrgico errado, procedimento errado, doente errado, retenção de objeto estranho, morte intraoperatória em doentes ASA I, erro de medicação, queda, lesão por posicionamento, queimadura e úlcera de pressão.
Infeção do local cirúrgico (ILC)	Infeção do local cirúrgico para cirurgias tipificadas, por estado físico ASA, por nível de contaminação do local cirúrgico e por especialidade.
Mortalidade no dia da cirurgia	Mortalidade de doentes per e pós-operatória por quaisquer causas nas 24h após o início da cirurgia.
Mortalidade pós-operatória até ao 30º dia	Mortalidade de doentes por quaisquer causas que se seguiram ao ato cirúrgico até ao 30º dia.
Incidentes e acidentes com profissionais	Eventos adversos notificados que envolveram o profissional e dispositivos médicos corto-perfurantes que são equipamentos de trabalho. ¹⁶

Os indicadores da **segurança** estão entre os preconizados no projeto Cirurgia Segura, Salva Vidas, que consensualmente se consideraram essenciais para uma descrição de qualidade na categoria *resultado*. Por isso mesmo, algumas designações são próximas do documento da Direção-Geral da Saúde. (Saúde D.-G. , 2013). Saliem-se dois aspetos, relativamente ao APGAR cirúrgico e à ILC. Os dados que podem ser recolhidos pelo cálculo do Índice APGAR através do registo de pontos em cada categoria permitem “observar a probabilidade de ocorrência de complicações major no pós-operatório” (Peri-operatório, 2010). Esta avaliação intraoperatória permite “classificar os doentes à saída da sala de operações, com maior ou menor risco de desenvolver complicações nos trinta dias subsequentes à intervenção cirúrgica, fornecendo à equipa cirúrgica um *feedback* imediato sobre a condição física do doente” (Peri-operatório, 2010). A Infeção do Local Cirúrgico (ILC) tem selecionado um padrão cirúrgico de procedimentos em várias especialidades, e a possibilidade de incluir outras “em função da relevância dos

¹⁶ Partindo da legislação em vigor (Decreto lei, 121/2013).

fatores ponderados pelos clínicos. – Ex. volume cirúrgico, risco, suspeita de taxa elevada de infeções, etc.” (Saúde D.-G. , 2013, p. Anexo III).

O indicador “Incidentes e acidentes com profissionais” também se identifica com a taxonomia do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – Notifica, e na legislação vigente (Decreto-lei n. °121, 2013). É de notar que o sentido principal de indicadores de segurança é sobretudo evitar falhas que podem decorrer de condições estruturais ou da fase de planeamento e execução dos cuidados. Neste sentido, podemos pensar que qualquer contexto constitui uma condição para o erro: a organização, a ação individual, e o vasto leque inter-relacional entre os diferentes atores e equipas (Fragata b), 2006). Perante tais evidências é recomendável que os diferentes atores nos cenários de cuidados desenvolvam a abertura e a transparência. Que as suas ações sejam obviamente informadas e monitorizadas, e que nos vários grupos profissionais, nos iniciados e nos estudantes, sejam assegurados os níveis de conhecimento e informação corretos para um desempenho responsável.

Tabela 23 – Categoria Resultado, indicadores para domínio Desempenho.

<i>Indicador</i>	<i>Conteúdo/Significado</i>
Cancelamento cirúrgico	Situação de cancelamento cirúrgico posterior à confirmação escrita da data da cirurgia recebida pelo doente, por causas clínicas, não clínicas ou relacionadas com o doente. Cirurgias canceladas por especialidade, e totais.
Satisfação do doente	Opinião do doente sobre a sua experiência cirúrgica
Satisfação dos serviços utilizadores	Ocorrências registadas pelos serviços utilizadores do bloco operatório no âmbito do ato anestésico e do ato cirúrgico.

O “Cancelamento cirúrgico” é um indicador chave do **desempenho**. Por si só pode oferecer informações, relativas ao cumprimento do plano cirúrgico e a questões que se colocam ao processo de agendamento (Bilbao & Fragata, 2006). Estas questões podem estar relacionadas com aspetos como, por exemplo, a sobreposição de casos e a escassez de recursos, e os motivos que mais intervêm na não realização de cirurgias. Se for plenamente explorado podemos compreender que tem uma relação significativa com a segurança do doente e para a sua satisfação, sobretudo, se não for garantido o reagendamento no prazo útil recomendado pelo seu estado clínico.

Avaliar a “Satisfação do doente” não é uma ação simples e os questionários podem não aprofundar aspetos essenciais como a competência profissional, a informação recebida e a relação estabelecida com os profissionais (Calgouw, Beuzekom, & Boer, 2008). Ware J. E., *et al* (1978) e Pascoe G. C. (1983), citados por Lyu, Wick, Housman, Freischlag, & Makary (2013), consideraram a satisfação do doente uma medida subjetiva de um recetáculo de cuidados que foca os contextos, os processos e os resultados relacionados com a prática assistencial recebida (Lyu, Wick, Housman, Freischlag, & Makary, 2013). A satisfação do doente fornece informação sobre o ambiente de cuidados percebido pelo doente, nomeadamente, o clima entre os elementos da equipa e a comunicação, o que ele também relaciona com a sua segurança. (Lyu, Wick, Housman, Freischlag, & Makary, 2013). De fato, a satisfação do doente no bloco operatório identifica-se com aspetos relacionados com as respostas às suas perspetivas face à experiência perioperatória: a ansiedade, o desconforto, o medo, a dor, o desconhecimento e a sua vulnerabilidade. A efetiva resposta a estas dimensões resulta do grau de informação alcançada pelo doente acerca do bloco operatório e da sua cirurgia (Calgouw, Beuzekom, & Boer, 2008). Por isso, Heidegger T., *et al.* (2002), citados por Calgouw, Beuzekom, & Boer (2008), consideraram que o estudo da satisfação do doente deve reconhecer o valor da informação recebida, o envolvimento na tomada de decisão, a relação com os profissionais, a confiança e o respeito (Calgouw, Beuzekom, & Boer, 2008). Sendo difícil para o doente julgar a qualidade técnica dos cuidados, o mais fundamental parece ser o que diz respeito à interação estabelecida com os profissionais, e como estes agem nos momentos em que aquele sente maior dificuldade. O equilíbrio entre este tipo de apoio e o resultado do tratamento durante a sua permanência no serviço, são os determinantes para o doente descrever a qualidade dos cuidados recebidos (Calgouw, Beuzekom, & Boer, 2008).

No domínio do **desempenho** foi excluído o indicador “Produtividade cirúrgica”, dado que se refere com variáveis que não são aqui contempladas. Trata-se das relacionadas com o tempo padrão dos procedimentos cirúrgicos que, como justificámos anteriormente, não constituem indicadores válidos tendo em conta o seu fator de incerteza, devendo ser analisados com especial profundidade.

Tabela 24 – Categoria Resultado, indicadores para domínio Aprendizagem-Crescimento.

<i>Indicador</i>	<i>Conteúdo/Significado</i>
Atividade formativa	Horas de formação calendarizadas concretizadas. Unidades formativas desenvolvidas
Satisfação profissional	Opinião dos profissionais sobre os seus ambientes de prática.

A **aprendizagem-crescimento** nos serviços, e nas instituições de que fazem parte, é mais do que um desígnio, tem que ver com metas e com qualidade. A formação dos bens mais essenciais de um bloco operatório, as pessoas, é determinante para a segurança das suas ações e dos procedimentos, para a melhoria dos processos assistenciais e dos resultados pretendidos. É de salientar que esta formação se deve focar em várias áreas, nas que estão voltadas para a prática perioperatória, sem descurar ações que respondam aos objetivos estratégicos para a saúde, a cultura de segurança no cenário de cuidados, nomeadamente, a segurança cirúrgica, a segurança com o medicamento, a prática de notificação de eventos adversos, e a prevenção de infeções. Devem existir ações para os profissionais melhor gerirem os seus processos interrelacionais, a sua comunicação, a sua identidade profissional e a sua civilidade, o que eventualmente requer uma forte cultura organizacional. Ou seja, consideramos que a “Atividade formativa” tem de ir além do disposto no Código do Trabalho¹⁷ (Gonçalves & Alves, 2016), e que a qualidade das suas matérias deve ser aferida no sentido de oferecer bases sustentáveis para bons planos de execução e implementação dos processos assistenciais, modificação dos comportamentos, melhor saúde e melhores objetivos com ela relacionados (Donabedian A. , 1996).

A “Satisfação profissional” obtém-se pelo reconhecimento, pela capacidade de progredir na carreira e se diferenciar, pelo envolvimento com matérias importantes para a mudança e melhoria dos serviços, pela estima com que é reconhecido o seu papel na equipa, por ter possibilidade de aperfeiçoar o seu desempenho e, também, por algum incentivo material. Todos estes aspetos, e eventualmente outros, contribuem para a moral e a motivação dos profissionais, e são importantes para o bloco operatório, sobretudo, no que diz respeito ao seu pessoal residente. Em termos de espaço físico este é um serviço que se encontra menos próximo com os outros serviços, é dominado

¹⁷ Artigo 131º do Código do Trabalho e Capítulo IV do seu Regulamento.

por circunstâncias ambientais menos favoráveis, como as baixas temperaturas, algum desequilíbrio entre a luz natural e a luz artificial, e os seus profissionais são sujeitos a uma contínua e responsável solicitação. Estes e outros fatores tem um impacto no ambiente da prática de cuidados, e são influenciadores dos resultados dos processos assistenciais ao doente cirúrgico (Amaral & Ferreira, 2014). A gestão organizacional de um hospital deve incentivar a flexibilidade nos modelos de tomada de decisão, a autonomia profissional e a qualificação, estando orientada para que os profissionais “exerçam a sua profissão ao mais alto nível da prática clínica, trabalhando efetivamente numa equipa interdisciplinar” (Amaral & Ferreira, 2014, p. 68). O desenvolvimento integral das suas competências, a possibilidade de se sentir completamente incluído no seu ambiente de trabalho e de ter possibilidade de ampliar o seu conhecimento, permite maior satisfação que é mais do que apenas gostar do que se faz, é também gostar do local onde se trabalha e estar disponível para o ajudar a melhorar.

5 – CONCLUSÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

Assistimos a um debate crescente na sociedade em torno de vários fenómenos que são caros às pessoas. A saúde é um desses fenómenos e, perante ela, e com algum constrangimento, vimos que esse debate nem sempre é agradável sobretudo quando se observa a qualidade. No entanto, a qualidade na saúde tem uma estratégia nacional, que determina algumas obrigações para o sistema nacional de saúde. Estas obrigações incluem melhor qualidade clínica e organizacional, aumento do vínculo a normas de orientação clínica, fortalecimento das ações para a segurança dos doentes, controlo permanente da qualidade, apoio à acreditação e certificação dos serviços, promoção de uma cultura de transparência e de informação junto do doente e da comunidade.

Diremos que está aqui tudo o que é preciso para melhorar a qualidade na saúde. No entanto, sabemos que a realidade tem outros contornos, e é aqui que reside um dos problemas mais importantes. Todos estamos de acordo e falamos que precisamos de mais qualidade, temos normas e orientações para dar resposta a essa exigência, mas não o conseguimos fazer. De fato, a maioria das vezes ficamos remetidos para uma espécie de dever de não admitir o fracasso. O que é a Qualidade? Talvez este seja o melhor princípio, começar por definir o que é a Qualidade, apreciá-la e melhorar a sua condição.

Começámos este estudo por recordar brevemente o percurso de mudança dos hospitais e dos cuidados de saúde. Abordámos a força da sua presença na vida das populações, e como estas populações tem dado um sentido na busca pela qualidade dos cuidados que universalmente lhe estão atribuídos. Constatámos que a qualidade em saúde tem envolvido bastantes estudos, mas que a sua conceção inclui polémicas e dúvidas, relativamente ao seu impacto nos cuidados, aos instrumentos de que carece, na integração desses instrumentos em cenários diferentes, e nas variáveis que intervêm na sua implementação.

Estando dependente de várias ações para a sua melhoria chegámos ao modelo de Avedis Donabedian, para quem a qualidade em saúde se baseia em sete pilares (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), mas que considera estar o seu conceito dependente de um conjunto de fatores: o desempenho dos profissionais, a participação do doente, as instituições de saúde, a

definição de saúde, a responsabilidade em saúde, o grau de eficácia que se procura e quem define essa eficácia – o indivíduo ou a sociedade. Verificámos que esta definição sempre inacabada pode, contudo, ser refletida e abordada, o que o autor desenvolveu segundo três categorias: estrutura, processo e resultado. Assim, a qualidade dos serviços de saúde pode refletir-se dos cenários e instrumentos que concorrem para as práticas assistenciais, de todas as atividades que intervieram no cuidado (incluindo a procura), e dos efeitos determinados por esse cuidado. Este apresenta-se como um método capaz de aprofundar a qualidade, quer do ponto de vista concetual como empírico, e, assim, analisar e determinar as suas dimensões, trabalhar as suas virtualidades, insuficiências e omissões.

O tema da qualidade reveste-se de especial importância para os cuidados de saúde em contexto de bloco operatório. Os blocos operatórios são sistemas complexos, caracterizados por uma interação constante e uma influência recíproca entre os vários elementos que os compõem, sobretudo, humanos, mas também tecnológicos. Pela sua componente assistencial, o bloco operatório deverá assegurar a qualidade dos cuidados que presta ao doente e à comunidade, e afirmá-la nos seus modelos de gestão, de liderança, de aprendizagem, de responsabilidade e de segurança, pelo envolvimento de todos, residentes, utilizadores, atores dos órgãos sociais e de apoio técnico. Constituindo-se como um dos principais centros de custo e de receita de um hospital exige-se que a sua gestão seja determinada e determinante no alcance de altos padrões de qualidade no domínio das suas práticas assistenciais.

Neste campo, destacamos dois aspetos a *performance* e as equipas de trabalho. A *performance* do bloco operatório é dependente dos objetivos do serviço, e constrói-se na efetividade dos resultados atingidos. São determinantes, para além de um bom plano funcional, a otimização dos processos de trabalho e a garantia da sustentabilidade do serviço, evitando o desperdício, monitorizando a atividade real, e assumindo processos assistenciais orientados para a melhoria da qualidade. Por seu lado, as equipas de trabalho, como bem potencial mais relevante num bloco operatório, merecem atenção pela sua ação performativa. O seu desempenho deve estar bem organizado, no que diz respeito às normas institucionais, do serviço, aos valores éticos de cuidados ao doente e respeito pela sua dignidade. A multidisciplinaridade é uma característica destacável nas equipas no bloco operatório, por isso, algumas variáveis complexas se constituem no ambiente cirúrgico, sobretudo, na comunicação entre os diferentes profissionais e nos seus objetivos individuais e coletivos relacionados com o doente. Por tal, estas

equipas devem ser muito bem preparadas, e continuamente treinadas, a fim de saberem como estar organizadas em torno do doente, de o saberem defender e proporcionar a mais excelente experiência cirúrgica possível. Para estes profissionais, de diferentes grupos, algumas competências como o respeito, a confiança, a transparência, a responsabilidade e a humildade devem saber-se. São estas, em conjunto com uma boa prática comunicacional, e uma boa técnica, que acentuam a capacidade de definir uma equipa no bloco operatório como competente. A competência coletiva numa equipa nasce quando as competências de cada profissional se tornam efetivas e sustentáveis com as competências dos outros indivíduos e, como um todo, se aglutinam para defender a qualidade do processo assistencial.

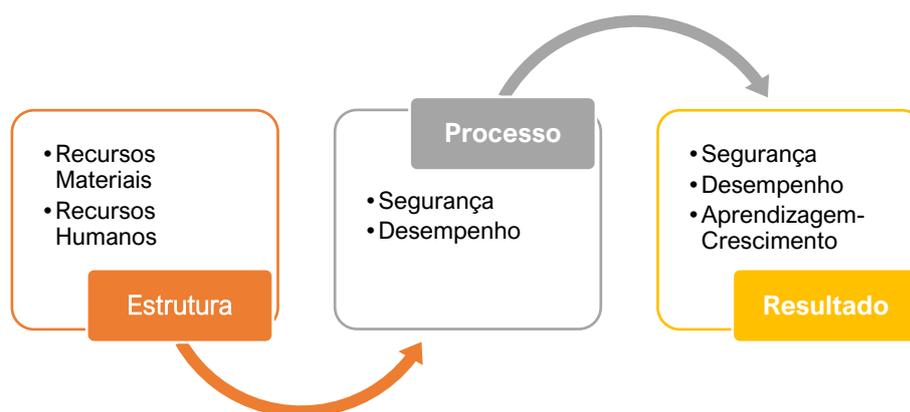
Entre muitas perspetivas possíveis sobre a qualidade e o bloco operatório estas foram as escolhidas. Elas permitem olhar para algumas estratégias de melhoria de cuidados e refletir sobre um ambiente tão específico como o bloco operatório, sobre os seus processos de trabalho e os agentes humanos desses processos, os quais constituem o motor para a garantia de melhor qualidade.

O estudo abordou a qualidade no bloco operatório, partindo de determinações como as que se podem consultar no sítio da Direção-Geral da Saúde, e procurou *construir um inventário de indicadores da qualidade no bloco operatório*. Este trabalho, realizado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no polo Hospitais da Universidade de Coimbra, no Bloco Operatório Central, recorreu a profissionais com uma diferente relação de proximidade com o bloco operatório (enfermeiros, cirurgiões, anestesistas e administradores hospitalares), e colocou-nos face às suas perspetivas sobre a qualidade e indicadores possíveis de a monitorizar. Partindo da junção de duas metodologias (Grupos Delphi e Grupos Focais), procurámos conhecer a qualidade no bloco operatório e como pode ser melhorada, pela busca de ideias e pela análise franca e conjunta de situações. Assim dir-se-á que este foi mais um trabalho de partilha e de busca pela qualidade no bloco operatório do que um alcançar de consenso. Porque no campo da qualidade o que mais importa não é estarmos todos de acordo, ou criar mais normas, ou mais decretos, é, antes, reconhecer que a não-qualidade existe e que este fato tem de ser contrariado.

Perante a inicial miscelânea de dados, conseguimos elaborar um conjunto de indicadores por domínios de qualidade para o bloco operatório. Foi um trabalho interessante que puxou pela nossa imaginação e aprofundou a nossa aprendizagem. São domínios da qualidade no bloco operatório, os recursos humanos, os recursos

materiais, a segurança, o desempenho, e a aprendizagem-crescimento. Inserimos estes domínios na cadeia estrutura-processo-resultado de Avedis Donabedian, o que permitiu a seguinte interpretação:

Figura 4 – Domínios da qualidade no bloco operatório.



Podíamos ter selecionado outros domínios, no entanto, estes identificaram-se de forma mais persistente com a opinião dos nossos entrevistados, e reúnem semelhanças com muita da literatura consultada, entre outra que o poderia ter sido. Sendo a transparência um elemento fulcral da qualidade, e fazendo a nós próprios essa mesma exigência para com este trabalho, há que salientar duas matérias que sugerem atenção, que foram à altura abordadas ou mencionadas, mas que ficaram menos visíveis ou ausentes dos indicadores correspondentes a estes domínios: a Segurança do Medicamento e a Humanização em Bloco Operatório. Muito sucintamente, vamos falar da sua importância no bloco operatório e desejar que sejam melhor apreciadas futuramente.

1 – Segurança do Medicamento no Bloco Operatório. No bloco operatório existe um elevado número de medicamentos, alguns que requerem alertas especiais, outros que são utilizados no campo cirúrgico. Tendo em conta as metodologias de acesso, prescrição e distribuição de medicamentos no bloco operatório, uma *Checklist* que influencie um correto circuito do medicamento, a sua utilização e administração segura ao doente deve ser um instrumento a ser desenvolvido em colaboração com o Serviço Farmacêutico. Esta *Checklist* deve envolver todos os profissionais do processo assistencial, deve garantir acesso e monitorização de informações sobre o doente, o pedido, a identificação, apresentação e nomenclatura do medicamento, assim como, as

condições estandardizadas de armazenamento e distribuição, os fatores ambientais relacionados com a sua preparação e o registo. Para além disso, a medicação e os seus componentes de risco devem comparecer dos processos formativos e informativos regulares dos profissionais.

2 – Humanização dos Cuidados. Este foi um indicador que ficou em segundo plano nos resultados finais. Abordámos a sua importância e não devemos esquecê-la porque os processos assistenciais lidam com pessoas que são, sentem e fazem parte deste mundo. Todos os profissionais têm o dever de respeitar, proteger, diminuir o medo e a angústia do doente. Estas são competências obrigatórias de todos os que lidam com a saúde do outro, mas por serem tão pessoais apenas podemos aferi-las através de instrumentos como os inquéritos à satisfação do doente, e recorrer às suas sugestões para identificar as falhas ocorridas. Algumas ações podem tornar mais humano o desempenho dos profissionais, a já referenciada Visita Pré-Operatória e o Acolhimento. A Visita Pré-Operatória só poderá ser implementada se estiver contemplada no plano estratégico do serviço desenvolvido pela gestão do bloco operatório. Cabe a este órgão, mediante a partilha de informação, determinar ações que possam melhorar o desempenho e acrescentar qualidade aos processos assistenciais. O Acolhimento é uma atividade que ao nível dos cuidados de enfermagem deve ser pensada e desenvolvida. Não chega apresentar-se ao doente, dizer que está frio, trata-lo pelo nome de forma automática. Há que gerir alguns aspetos e dar-lhes sequência da forma mais natural possível, garantindo o maior bem-estar. Isso significa desenvolver o diálogo, dar espaço ao doente, zelar cuidadosamente pela sua privacidade, aproximar-se dele, tentar conhecê-lo e efetivamente, “estar COM” ele nos momentos breves que antecipam a cirurgia. Eventualmente, com base no que muita literatura nos oferece, poderá fazer sentido criar um protocolo para o Acolhimento do Doente no Bloco Operatório, ou implementá-lo se já existir.

Achamos que os indicadores concebidos traduzem sensibilidade no âmbito da qualidade, e apontam para um consenso na opinião dos que colaboraram connosco, que tem que ver com a sua mensurabilidade. Como tal estamos certos que é possível no futuro representar o bloco operatório como um espaço de cuidados onde a qualidade é uma condição praticável. No entanto, para além dos indicadores que este estudo revela, é razoável afirmar que as opiniões deixadas pelos entrevistados apontam para falhas graves em toda a extensão da cadeia *estrutura-processo-resultado*. Simultaneamente, orientam para um complexo de trabalho a ser melhorado no âmbito

da gestão, organização do serviço e na segurança do doente. Este trabalho passa, sobretudo, por ir mais além no conceito de bloco operatório, que é mais do que um serviço que apenas existe em função da sua atividade cirúrgica. Há que pensá-lo como sistema complexo, considerável consumidor de recursos, com uma componente humana muito elevada, especializado e multidisciplinar, com custos de operacionalidade globais muito pesados. Assim, avaliar a qualidade neste campo exige um trabalho fundamental e bem organizado ao nível de todos os órgãos envolvidos na gestão. Orientado para a monitorização das pessoas, dos seus processos e condições de trabalho, da identificação, distribuição e operacionalização dos recursos materiais, do planeamento e execução das atividades. Esta gestão exige também a existência em pleno de um sistema de informação facilitador, credível voltado para a função e missão do bloco operatório na instituição hospitalar, capaz de acompanhar na íntegra todo o percurso do doente cirúrgico e de permitir uma *interface* contínua com os serviços com os quais se articula. Por outro lado, esta filosofia de boa governação norteia uma consistente responsabilidade profissional e a qualidade dos processos assistenciais ao doente onde a segurança se inclui. Há que cultivar nos profissionais uma consciente responsabilização sobre as situações com as quais estão confrontados e que tem que ver com a segurança. Porém, não sendo estes profissionais um recurso tecnológico, há que prepará-los e motivá-los, pela educação e pelo treino regulares, pelo incentivo, pelo reconhecimento, pelo desenvolvimento da autoestima, para que se tornem mais proativos e envolvidos na equipa. Este trabalho de equipa junta as competências responsabilidades e valores individuais, que permitem assegurar em continuidade todo o processo assistencial ao doente e garantir a sua efetiva segurança, pela aplicação de normas, protocolos e a correta execução das boas práticas.

Enquanto acentuámos algumas das vertentes da qualidade no bloco operatório, e concebemos os indicadores que parecem adequados às circunstâncias e necessidades do serviço, também procurámos produzir informação pertinente. Estimamos que fizemos sobressair os aspetos mais recorrentes entre os nossos entrevistados, no entanto, admitimos que algumas matérias ficaram penalizadas, tendo em conta a dimensão do estudo e as opções metodológicas. Entre as limitações está a incompleta abordagem concetual ao bloco operatório, onde muitas outras matérias teriam todo o interesse. Destacamos algumas sobretudo voltadas para a gestão do risco, como a prevenção da infeção e as práticas de cuidados, no que respeita às metodologias de transmissão de informação entre profissionais durante o percurso do doente e a transição de cuidado (*handoff*). Outra limitação que sentimos neste estudo, talvez a mais

relevante, teve que ver com a amostra e a sua representatividade. Efetivamente foi difícil que todos os grupos profissionais participassem com o empenho necessário, referimo-nos em primeiro lugar aos anestesiológicos e cirurgiões. À exceção de um anestesiológico que participou na primeira reunião, nenhum outro elemento desses dois grupos participantes na amostra esteve presente nas sessões do grupo focal. Também temos de admitir que o esforço por parte da chefia e da coordenação do serviço ficou aquém do esperado. No entanto, queremos sublinhar a perseverança de todos os que se disponibilizaram a acompanhar este estudo até ao fim, o que nos fez assumir que existe ainda mais trabalho para que esta estrutura inicial se possa tornar futuramente um instrumento viável no processo de monitorização da qualidade no bloco operatório. Assim, temos os indicadores descritos, temos conteúdos e significados, precisamos de aferir como os calcular, como e quem os deve coletar, como se deve processar esse *feedback* ao serviço e aos profissionais. Será outro trabalho, em que novamente precisaremos daqueles que decidiram e que estão motivados para melhorar a qualidade no bloco operatório. A par, vamos ter de motivar outros, e fazê-los refletir no compromisso dos profissionais da saúde com a qualidade, que deve ser assumida por inteiro, contrariando a indiferença, as barreiras, a insegurança e as convenções dos diferentes poderes profissionais.

Todos somos responsáveis pela qualidade clínica dos cuidados que prestamos e pelo ambiente em que eles se enquadram, e sabemos que melhorar é possível. Pensamos que ficou claro que quase todas as bases para a melhoria da qualidade estão definidas. Repetimos uma vez mais que existem leis governamentais, normas nacionais, europeias e internacionais, planos estratégicos, múltiplas e dispersas fontes sobre os problemas que se colocam à *performance* no bloco operatório, às relações entre os profissionais, à competência coletiva, à segurança do doente e à gestão do risco. Há, portanto, muita forma de caminharmos, só precisamos de melhorar o ritmo e a qualidade do passo...

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Amaral, A. F., & Ferreira, P. L. (2014). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 66-74.
- Anaesthetics, A. a. (Realizador). (2017). *Professor Lorelei Lingard talks to Dr. Scott Ma* [Filme].
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. P. (2006). Análise da eficiência em cirurgia. Em J. Fragata, *Risco clínico. Complexidade e performance* (pp. 259-275). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Bauer, C. M., Greer, D. M., Wyst, K. B., & Kamelle, S. A. (2016). First-case operating room delays: Patterns across urban hospitals within a single health care system. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 3, 125-155. doi:10.17294/2330-0698.1265.
- Bertrand, Y., & Guillemet, P. (1994). *Organizações: uma abordagem sistémica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do bloco operatório. Em J. Fragata, *Risco clínico. Complexidade e performance* (pp. 277-296). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Bitter, J., Veer-Berkx, E. V., Gooszen, H. G., & Amelsvoort, P. V. (2016). Multidisciplinary teamwork is an important issue to healthcare professionals. Em E. V. Veer-Berkx, *Benchmarking operating room performance in Dutch University Media Center* (pp. 167-185). Ridderkerk, the Netherlands: Ridderprint BV.
- Björn, C., Josephson, M., Wadensten, B., & Rissén, D. (2015). Proeminent attractive qualities of nurses' work in operating room departments: a questionnaire study. *Work* 52, 877-889.
- Blomberg, A.-C., Bisholt, B., Nilsson, J., & Lindwall, L. (junho de 2015). Making de invisible visible - operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 361-368.
- Bohomo, E., & Tartal, J. d. (2013). *Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals*. Obtido em 18 de Outubro de 2017, de Acta Paulista de Enfermagem: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000400012&script=sci_arttext&tlng=en

- Calgouw, M. A., Beuzekom, M. v., & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, 637-644.
- Canada, I. f. (2009). Operating room medication safety checklist. Version 2. *ISMP Canada*. Toronto e Montréal, Ontario/ Québec, Canada: ISMP Canada.
- Carvalho, D. P., Rocha, L. P., Barlem, J. G., Dias, J. S., & Schallenberger, C. D. (2017). Cargas de trabalho e a saúde no trabalhador de enfermagem. Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 01-11.
- Carvalho, J. C., & Ramos, T. (2013). *Logística na saúde*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Carvalho, L. C., Bernardo, M. d., Sousa, I. D., & Negas, M. C. (2014). *Gestão das organizações. Uma abordagem integrada e prospetiva*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- CHUC, E. (2016). *Centro Hospitalar*. Obtido em 6 de janeiro de 2018, de Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE: <http://www.chuc.min-saude.pt>
- CHUC, E. (s/d). *Centro Hospitalar*. Obtido em 6 de janeiro de 2018, de Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE: <http://www.chuc.min-saude.pt>
- Coulter, A., & Fitzpatrick, R. (2003). The patient's perspective regarding appropriate health care. Em G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimshaw, *Social studies in health & medicine* (pp. 454-464). London: Sage Publications Ltd.
- Coutinho, C. P. (2018). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas. Teoria e prática. (2ª edição). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Decreto lei, n. 121/2013 de 22 de agosto de 2013. *Diário da República*. 161, Série I, (pp. 5052-5055) Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho, n. 4321/2013 de 25 de março de 2013 *Diário da República* n. 59, parte C, Série II, (pp. 10426-10427). Ministério da Saúde. Lisboa.
- Dias, A. L., Varela, M., & Costa, J. L. (2013). *Excelência organizacional*. Bnomics.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1743-1748.
- Donabedian, A. (1996). The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Healthcare*, 401-407.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 691-729.
- Donabedian, F. A. (2016). *Avedis Donabedian*. Obtido de Instituto Universitario Avedis Donabedian: www.fadq.org

- Donaldson, L. (27 de setembro de 2011). *Toward safer care: Reporting systems, checklists and process standardization*. Obtido de Journal of Canadian Dental Association (J Can Dent Assoc): www.jcda.ca/article/b123
- Enfermeiros, O. d. (2 de dezembro de 2014). *Regulamento 533/2014 - Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Obtido de Diário da República, 2ª série - N.º 233: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. Em A. Duarte, & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 3-18). Lisboa: Lidel - edições técnicas lda.
- Fragata a), J. (2006). Determinantes da performance. Em J. Fragata, *Risco clínico. Complexidade e performance* (pp. 117-164). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Fragata b), J. (2006). O erro como antítese da performance. Em J. Fragata, *Risco clínico. Complexidade e performance* (pp. 181-216). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Fragata, J. (2006). Conceito de qualidade em saúde. Em J. Fragata, *Risco clínico. Complexidade e performance* (pp. 25-37). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- França, M. (2006). A acreditação em saúde. Em J. Fragata, *Risco clínico. Complexidade e performance* (pp. 333-343). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Geadá, F., Cruz, L., & Silva, T. (2012). *Value balanced scorecard. Ferramenta para atingir a excelência*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Gonçalves, F., & Alves, M. J. (2016). *Código do trabalho*. Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Graham, D. (2003). Perspectivas dos cuidados intra-operatórios. Em K. Manley, & L. Bellman, *Enfermagem cirúrgica. Prática avançada* (pp. 417-430). Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.
- Granshaw, L. (2003). The rise of the modern hospital in Britain. Em A. Wear, *Medicine in society. Historical essays* (pp. 197-218). Cambridge: Cambridge University Press.
- Groene, O., Botje, D., Suñol, R., Lopez, M. A., & Wagner, C. (2013). A systematic review of instruments that assess the implementation of hospitals quality management systems. *International Journal for Quality in Healthcare*, 525-541.
- Groene, O., Klazinga, N., Wagner, C., Arah, O. A., Thompson, A., Bruneau, C., & Suñol, R. (2010). *Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project*. Obtido em 11 de julho de 2017, de BMC Health Services Research: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-281>

- Groene, O., Kringos, D., & Suñol, R. (2014). *Seven ways to improve quality and safety in hospitals. An evidence-based guide*. Obtido em 12 de Dezembro de 17, de DUQuE - Deepening our understanding of quality improvement in Europe: www.duque.eu
- GTBO, G. d. (2015). *Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios*. Governo de Portugal, Ministério da Saúde. Lisboa.
- Helmreich, R. L. (2000). On error management: lessons from aviation. *British Medical Journal*, 781-785.
- IOÉ, C. (2010). ¿Para qué sirve el grupo de discusión? Una revisión crítica del uso de técnicas grupales en los estudios sobre migración. *EMPIRIA, Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 73-99.
- Jericó, M. d., Perroca, M. G., & Penha, V. C. (setembro-outubro de 2011). *Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de*. Obtido em 17 de novembro de 2017, de Revista Latino-Americana de Enfermagem: www.eerp.usp.br/rlae
- Jesus, J., & Abreu, V. (2014). Humanização em bloco operatório. Em A. Duarte, & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 39-46). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Joint Commission, T. (julho 2008).. *Sentinel event alert. Behaviors that undermine a culture of safety- Issue 40*. The Joint Commission. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF
- Jr., A. d., Leão, L. E., Novais, M. A., & Zucchi, P. (2015). Avaliação dos indicadores de qualidade de tempo operatório e não operatório de um hospital universitário público. *Einstein*, 594-599.
- Lewis, J. (2003). Providers, 'consumers', the state and health-care services in twentieth-century Britain. Em A. Wear, *Medicine in Society. Historical Essays* (pp. 317-345). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lindemann, M. (2002). *Medicina e sociedade no início da Europa moderna. Novas abordagens da história europeia* (1ª edição ed.). (C. V. Reis, Trad.) Sintra: Editora Replicação, Lda.
- Lingard, L. (2012). Rethinking competence in the context of teamwork. Em B. D. Hodges, & L. Lingard, *The question of competence* (pp. 42-69). New York: Cornell University.
- Lingard, L., Regehr, G., Espin, S., & White, S. (2006). A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Quality & Safety in Health Care*, 422-426.

- Lingard, L., Reznick, R., DeVito, I., & Espin, S. (2002). Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the 'other' in the operating room. *Medical Education*, 728-734.
- Lyu, H., Wick, E. C., Housman, M., Freischlag, J. A., & Makary, M. A. (2013). Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. *Journal of American Medical Association*, 362-367.
- Macario, A. (agosto de 2006). *Are your hospital operating rooms "efficient?"*. A scoring system with eight performance indicators. Obtido em 2 de novembro de 2017, de Anesthesiology - The Journal of the American Society of Anesthesiology, Inc: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/jasa/931071/>
- Makary, M. A., Sexton, B., Freishlag, J., Holzmuller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., & Provonost, P. J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal American College of Surgeons*, 746-752.
- Marçal, T., & al, e. (2011). Governação clínica vista «à lupa». *Revista da Ordem dos Enfermeiros. III Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem* (pp. 20-26). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (1999). *Técnicas de pesquisa*. S. Paulo: Editora Atlas.
- Marques, A. (2011). GOBP - estratégia profissional para optimização da governação clínica. *Revista da Ordem dos Enfermeiros: III Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem* (pp. 28-30). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Marques, A. (2014). *Marketing relacional. Como transformar a fidelização de clientes numa vantagem competitiva*. (2ª edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Munaretto, L. F., Corrêa, H. L., & Cunha, J. A. (2013). Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria*, 9-24.
- Ndoro, S. (2014). Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. *British Journal of Nursing*, 724-727.
- Oh, H. C., Phua, T. B., Tong, S. C., & Lim, J. F. (2011). Assessing the performance of operating rooms: what to measure and why? *Proceedings of Singapore Healthcare*, pp. 106-109.
- Oliveira, E. R., Ferreira, P. (2014). Métodos de investigação. Da interrogação à descoberta científica. Porto: Vida Económica.

- Paige, J. T., Kozmenko, V., Yang, T., Gururaja, R. P., Hilton, C. W., Cohn Jr, I., & Chauvin, S. W. (2009). High-fidelity, simulation-based, interdisciplinary operating room team training at the point of care. *Surgery*, 138-146.
- Peri-operatório, E. d. (2 de julho de 2010). *O APGAR cirúrgico*. Obtido de Enfermagem Peri-Operatória: <http://enfblocooperatorio.blogspot.pt/2010/07/o-apgar-cirurgico.html>
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Portaria n. °290/2012 de 24 setembro. Diário da República 1ª Série, n. °185 (pp. 5350-5376). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Qualidade, A. P. (2015). *Norma portuguesa. Sistemas de gestão da qualidade. Requisitos. (ISO 9001:2015). 5ª Edição*. Caparica: Instituto Português da Qualidade.
- Reis, A. P., & Silva, A. (2014). Gestão do risco. Em A. Duarte, & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 195-205). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, lda.
- Santos, S. (2006). Cultura de segurança - O exemplo da aeronáutica. Em J. Fragata, *Risco clínico. Complexidade e performance* (pp. 219-241). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Saúde, A. C. (05 de 2011). *Recomendações técnicas para bloco operatório*. Obtido de ACSS Unidade Operacional - Normalização de instalações e equipamentos: <http://www2.acss.min-saude.pt/>
- Saúde, D. G. (18 de Março de 2011). *Plano nacional da saúde. Estratégias para a saúde. III.3) Eixos estratégicos - qualidade em saúde (versão discussão)*. Obtido em 12 de Dezembro de 2017, de Plano Nacional de Saúde - Direção Geral da Saúde: pns.dgs.pt
- Saúde, D.-G. (12 de fevereiro de 2013). *Cirurgia segura, salva vidas*. Obtido em 3 de janeiro de 2018, de Direção-Geral da Saúde: www.dgs.pt
- Saúde, D.-G. (25 de setembro de 2014). *Sistema nacional de notificação de incidentes - NOTIFICA*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: www.dgs.pt
- Saúde, D.-G. d. (2016). *Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020*. Obtido em 1 de fevereiro de 2018, de Direção-Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt>
- Saúde, M. d. (10 de Agosto de 2016). *Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*. Obtido em 2018 de Janeiro de 2018, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt>
- Sevdalis, N., Hull, L., & Birnbach, D. J. (2012). Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. *British Journal of Anaesthesia*, i3-i16.

- Silva, M. G. (2013). Introdução. Em G. M. Silva, *Gestão da qualidade em cuidados de saúde*. Lisboa: Monitor- Projectos e Edições, Lda.
- Sohrakov, K., Wetlake, C., Key, E., Barth, E., Antognini, J., & Johnson, V. (2014). Optimizing the OR: a bottom-up approach. *Hospital Topics*, 21-27.
- Stitt-Gohdes, W. L., & Crews, T. B. (2004). The Delphi technique: A research strategy for career and technical education. *Journal of Career and Technical Education*, 55-66.
- Suñol, R., & Groene, O. (5 de Setembro de 2014). *Final report summary - DUQUE (Deepening our understanding of quality improvement in Europe)*. Obtido em 12 de Novembro de 2017, de European Commission. Cordis - Community Research and Development Information Service: http://cordis.europa.eu/result/rcn/147598_en.html
- Suñol, R., Vallejo, P., Thompson, A., Lombarts, M. J., Shaw, C. D., & Klazinga, N. (2009). Impact of quality strategies on hospitals outputs. *BMJ Journals*, i62-i68.
- Trad, L. A. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, 777-796.
- United Nations. (1948). *Declaração universal dos direitos do homem*. Obtido em junho de 2017, de Office of the High Commissioner Human Rights United Nations Human Rights: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf
- Viegas, C., & Névoa, I. (2014). Recursos materiais. Em A. Duarte, & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 19-27). Lisboa: Lidel - edições técnicas lda.
- Vieira, A. P., & Kurcgant, p. (2010). Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 11-15.
- Whiteford, L. M., & Nixon, L. L. (2003). Comparative health systems: emerging convergences and globalization. Em G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimshaw, *Social studies in health & medicine* (pp. 440-453). Londres: Sage Publications Ltd.
- Wu, Q., Huang, L.-H., Xing, M.-Y., Feng, Z.-X., Shao, L.-W., Zhang, M.-Y., & Shao, R.-Y. (Janeiro de 2017). Establishing nursing-sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China. *Australian Critical Care - Official Journal of the Australian College of Critical Care Nurses*, 44-52. Obtido em Outubro de 2017, de [http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(16\)30008-X/fulltext](http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(16)30008-X/fulltext)

Anexos

ANEXO I

Pedido de Autorização para realização do estudo e respectivo despacho.

Está por conta
opção um documento com
tanto voluntários e profissionais
de saúde. Nessa época a
autorização superior.
Sara de
21/7/2018

António
 Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra
Presidente do Conselho de Administração
C.M.C. EP
21/7/2018

Ex.mo Senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

Professor Doutor Fernando Regateiro

Coimbra 19 de Julho 2017

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação para Dissertação.

Eu, Ana Cristina Colaço e Castro, aluna a21537006 do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Gestão de Unidades de Cuidados 2016-2017, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira no Bloco Operatório Central (BOC) do Pólo HUC, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, venho solicitar a colaboração deste Serviço para a realização do trabalho de investigação a realizar no âmbito da Unidade Curricular - Dissertação. Este trabalho tem a orientação do Sr. Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, professor e investigador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

No âmbito de um projeto de valorização do conhecimento e melhoria dos processos de trabalho apresentado ao Sr. Enf.º Chefe do Bloco Operatório Central, foi-nos revelada a importância de descrição de indicadores para o Bloco Operatório para uma maior efetividade dos cuidados prestados. Considerámos ser este um desafio bastante apelativo e perfeitamente integrado nos objetivos de realização de uma dissertação no âmbito da Gestão de cuidados. Face à aprovação desta ideia pelo Senhor Enfermeiro Chefe, colocámo-la à análise do nosso orientador que partilhou o mesmo parecer. Desta forma surge ser da maior pertinência o desenvolvimento deste estudo, nesta instituição que também é a minha há mais de 31 anos, durante os quais conheci um único serviço: o Bloco Operatório Central.

Assim o tema da investigação é a qualidade no Bloco Operatório, e o objetivo descrever os indicadores para avaliação da qualidade dos cuidados perioperatórios, segundo o modelo Estrutura, Processo, Resultado de Avedis Donabedian, com ênfase em Estrutura e Processo. A metodologia de Grupos Delphi, recorre a entrevista não estruturada e análise qualitativa de achados entre profissionais representativos, residentes e utilizadores do Bloco Operatório, seleccionados pela sua competência,

21/7/2018 - Ana Cristina Colaço e Castro
21/7/2018 - Sara de
21/7/2018 - Sara de

cris



trabalho que desempenham, disponibilidade e conhecimento do serviço – grupo de peritos. Progressivamente pretende-se obter consenso entre os peritos a fim de gerar uma descrição de indicadores de qualidade para o Bloco Operatório. A colaboração solicitada tem que ver com a recolha de informação para concretização dos objetivos do estudo, garantindo-se o anonimato dos participantes, e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Dado que a qualidade dos cuidados, a par da segurança, são pressupostos de boa governação em saúde, consideramos que a descrição de indicadores para um serviço tão complexo como o Bloco Operatório é de maior relevância para a efetividade dos cuidados perioperatórios. Por outro lado, a descrição de indicadores numa forma integrativa, com diferentes profissionais que neles participam, podem gerar os melhores resultados ao nível da equidade e universalidade dos cuidados perioperatórios, da qualidade percebida na prestação de cuidados, na satisfação para o doente e comunidade, e para a motivação e a satisfação dos profissionais.

De forma a clarificar o interesse deste trabalho anexo os pareceres do Senhor Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório Central, Sr. Enf.º Jorge Tavares, e da Senhora Coordenadora do Bloco Operatório Central, Sr.ª Dra. Lubélia Pegado. Cientes do valor prospetivo deste estudo para o Bloco Operatório, e os cuidados perioperatórios, aguardamos o melhor parecer de V. Ex.ª a este pedido.

Antecipadamente grata, apresento os meus melhores cumprimentos.

A orientanda

(Ana Cristina Colaço e Castro)

O orientador

(António Fernando Salgueiro Amaral)

Contato: 966 621569
aco_castro@esefp.ucp.pt

Alf. 107/2017



Ex.ma Senhora Coordenadora do Bloco Operatório Central, HUC, CHUC

Dra. Lubélia Pegado

Coimbra 19 de Julho 2017

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação para Dissertação.

Eu, Ana Cristina Colaço e Castro, aluna a21537006 do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Gestão de Unidades de Cuidados 2016-2017, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira no Bloco Operatório Central (BOC) do Pólo HUC, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, venho solicitar a colaboração deste Serviço para a realização do trabalho de investigação a realizar no âmbito da Unidade Curricular - Dissertação. Este trabalho tem a orientação do Sr. Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, professor e investigador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O tema da investigação é a qualidade no Bloco Operatório, e o objetivo descrever os indicadores para avaliação da qualidade dos cuidados perioperatórios, segundo o modelo Estrutura, Processo, Resultado de Avedis Donabedian, com ênfase em Estrutura e Processo. A metodologia, do Grupos Delphi, recorre a entrevista não estruturada e análise qualitativa de achados entre os profissionais residentes e utilizadores do Bloco Operatório. As colaborações que solicitamos têm que ver com a recolha de informação para concretização dos objetivos do estudo, garantindo-se o anonimato dos participantes, e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Dado o valor de que este estudo se reveste para o Bloco Operatório Central, e os cuidados perioperatórios, aguardamos o melhor parecer de V. Ex.ª a este pedido.

Antecipadamente grata, apresento os meus melhores cumprimentos.

A orientanda

(Ana Cristina Colaço e Castro)

temei com o montó
sem no do o opên.
Autoriza - 20.
Pegado
6155



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Ex.mo Senhor Enf.º Chefe do Bloco Operatório Central, HUC, CHUC

Enf.º Jorge Tavares

Coimbra 19 de Julho 2017

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação para Dissertação.

Eu, Ana Cristina Colaço e Castro, aluna a21537006 do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Gestão de Unidades de Cuidados 2016-2017, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira no Bloco Operatório Central (BOC) do Pólo HUC, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, venho solicitar a colaboração deste Serviço para a realização do trabalho de investigação a realizar no âmbito da Unidade Curricular - Dissertação. Este trabalho tem a orientação do Sr. Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, professor e investigador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O tema da investigação é a qualidade no Bloco Operatório, e o objetivo descrever os indicadores para avaliação da qualidade dos cuidados perioperatórios, segundo o modelo Estrutura, Processo, Resultado de Avedis Donabedian, com ênfase em Estrutura e Processo. A metodologia, de Grupos Delphi, recorre a entrevista não estruturada e análise qualitativa de achados entre os profissionais residentes e utilizadores do Bloco Operatório. As colaborações que solicitamos têm que ver com a recolha de informação para concretização dos objetivos do estudo, garantindo-se o anonimato dos participantes, e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Tendo recebido de V. Ex.ª o estímulo positivo para este estudo, dado o seu valor para o Bloco Operatório Central, aguardamos o vosso melhor parecer a este pedido.

Antecipadamente grata, apresento os meus melhores cumprimentos.

Trabalho entregue e
Anexo a seguir e impresso
tanto para o Serviço
19/07/17

A orientanda

Ana Cristina Colaço e Castro

(Ana Cristina Colaço e Castro)

Cláudia
21/07/17

ANEXO II

Entrevista não estruturada 1ª fase, 1º Momento



Ex.mo Senhor

Ex.ma Senhora

Eu, Ana Cristina Colaço e Castro, aluna a21537006 do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Gestão de Unidades de Cuidados 2016-2017, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira no Bloco Operatório Central (BOC) do Pólo HUC, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, venho solicitar a colaboração de V. Ex.^a para a realização do trabalho de investigação a realizar no âmbito da Unidade Curricular - Dissertação. Este trabalho tem a orientação do Sr. Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, professor e investigador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O tema da investigação é a qualidade no Bloco Operatório, e tem por objetivo construir um inventário de indicadores da qualidade dos cuidados perioperatórios. Pretende-se, progressivamente obter um consenso entre os utilizadores do BO sobre quais os indicadores de qualidade no Bloco Operatório. Assim, venho mui respeitosamente solicitar-lhe que de uma forma espontânea escreva uma lista das matérias ou processos mais relevantes para a avaliação da qualidade do BO. A colaboração solicitada tem que ver com a recolha de informação para concretização dos objetivos do estudo, garantindo-se o anonimato dos participantes, e a confidencialidade dos dados recolhidos.

TEMA

Atualmente o Bloco Operatório está preparado para proporcionar cuidados perioperatórios durante o procedimento cirúrgico, ao nível de diferentes especialidades, diferentes doentes e diferentes tipos de agendamento cirúrgico. É consensual que no âmbito dos cuidados perioperatórios, o Bloco Operatório prevê melhorar cada vez mais os cuidados prestados, investindo na segurança e na qualidade, tendo por meta resultados cada vez mais favoráveis para o doente e a comunidade, a motivação positiva dos profissionais e a excelência da instituição.

No sentido de obtermos uma primeira lista de indicadores para melhoria da qualidade no Bloco Operatório, solicitamos que, tendo em conta a natureza e abrangência da sua atividade, apresente as formulações que considera necessárias para classificar e definir indicadores de qualidade no Bloco Operatório.

Antecipadamente grata pelo valor da sua colaboração neste trabalho, apresento as minhas cordiais saudações

Ana Cristina Colaço e Castro

ANEXO III

Entrevista não estruturada 1ª fase, 2º Momento



escola superior de
enfermagem
de coimbra

Ex.mo Senhor

Ex.ma Senhora

Eu, Ana Cristina Colaço e Castro, aluna a21537006 do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Gestão de Unidades de Cuidados 2016-2017, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira no Bloco Operatório Central (BOC) do Pólo HUC, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, venho solicitar a colaboração de V. Ex.^a para a realização do trabalho de investigação a realizar no âmbito da Unidade Curricular - Dissertação. Este trabalho tem a orientação do Sr. Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, professor e investigador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O tema da investigação é a qualidade no Bloco Operatório, e tem por objetivo construir um inventário de indicadores da qualidade dos cuidados perioperatórios. Pretende-se, progressivamente obter um consenso entre os utilizadores do BO sobre quais os indicadores de qualidade no Bloco Operatório. Assim, venho mui respeitosamente solicitar-lhe que de uma forma espontânea escreva uma lista das matérias ou processos mais relevantes para a avaliação da qualidade do BO. A colaboração solicitada tem que ver com a recolha de informação para concretização dos objetivos do estudo, garantindo-se o anonimato dos participantes, e a confidencialidade dos dados recolhidos.

TEMA

Atualmente o Bloco Operatório está preparado para proporcionar cuidados perioperatórios durante o procedimento cirúrgico, ao nível de diferentes especialidades, diferentes doentes e diferentes tipos de agendamento cirúrgico. É consensual que no âmbito dos cuidados perioperatórios, o Bloco Operatório prevê melhorar cada vez mais

os cuidados prestados, investindo na segurança e na qualidade, tendo por meta resultados cada vez mais favoráveis para o doente e a comunidade, a motivação positiva dos profissionais e a excelência da instituição.

A

Tendo em conta as formulações apresentadas pelos participantes numa primeira fase de entrevistas, no sentido de aprofundar a opinião do grupo no âmbito da qualidade em Bloco Operatório, e de criar um consenso nesta área, solicitamos novas respostas para troca de informações e opiniões, tendo em conta as 3 grelhas abaixo: Estrutura, Processo, Resultado. Estas grelhas foram construídas 1) com base na literatura, e 2) a partir das perspetivas e argumentos do grupo face à questão de partida: “Tendo em conta a natureza e abrangência da sua atividade, apresente as formulações que considera necessárias para classificar e definir indicadores de qualidade no Bloco Operatório.”

INDICADORES DE QUALIDADE BLOCO OPERATÓRIO – ESTRUTURA

Tipo de indicador	Gestão de Recursos Humanos	
Indicador	Representatividade	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Descrição de tarefas por competências		
Dotação de pessoal por competências		
Implementação de avaliação de desempenho, modelo de avaliação de competências (responsabilidade, ética e competência profissional)		

Tipo de indicador	Gestão de Recursos Materiais	
Indicador	Representatividade	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Definição circuitos – assepsia progressiva		
Implementação/gestão de aplicações e infraestruturas de sistemas de informação		
Planeamento acesso/fluxo de equipamentos/materiais pelos utilizadores		
Plano de triagem de resíduos		

Tipo de indicador	Gestão e Organização Interna do Serviço	
Indicador	Representatividade	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Definição de tempos padrão de <i>Turnover</i>		
Descrição de normas e práticas multidisciplinares		
Existência/implementação de Regulamento Interno		
Gestão sistematizada do agendamento de cirurgias		

INDICADORES DE QUALIDADE BLOCO OPERATÓRIO – PROCESSO

Tipo de indicador	Cultura de Segurança	
Indicador	Representatividade	
	Sim	Não
Ações de segurança/saúde no trabalho		
Ações de termorregulação por doente		
Disponibilidade de equipamento/materiais cirúrgicos		
Identificação de medicamentos na mesa de anestesia		
Implementação do Programa Cirurgia Segura		
Profilaxia nati-trombótica		
Realização de <i>briefing</i> e <i>debriefing</i> das cirurgias		
Tratamento da dor p/ intervenção cirúrgica		
Utilização da plataforma NOTIFICA		
Verificação de história de alergia		
Verificação de antibioterapia 60 minutos antes da incisão		
Constrangimento do circuito do doente no bloco operatório (obstrução, atraso, espera)		
Ulcera de pressão do paciente durante a cirurgia		
Confirmação do doente cirúrgico		
Confirmação do nome da cirurgia		
Diagnóstico de risco de infeção da ferida cirúrgica e prevenção		
Extubação não planeada		
Identificação de medicamentos na mesa cirúrgica		
Infeção nosocomial durante o período cirúrgico		
Reação à transfusão durante o período cirúrgico		
Resultado do indicador de esterilização		
Retenção de objeto cirúrgico estranho		
Resposta em situação de crise		
<i>Stock</i> de artigos cirúrgicos disponíveis		
Verificação de amostras cirúrgicas		
Verificação da marca de localização da cirurgia		
Verificação pós-operatória da operacionalidade de equipamentos		

Tipo de indicador	Desenvolvimento de Competências/Motivação Profissional	
Indicador	Representatividade	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Existência/implementação de plano anual de atividades formativas contínuas e integradas no serviço.		
Integração e aplicação da prática baseada na evidência no âmbito da prestação dos cuidados segundo os mais altos padrões de cuidados		

Tipo de indicador	Humanização dos Cuidados Perioperatórios	
Indicador	Representatividade	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
1 – Existência/implementação de Visita Pré-operatória		
2 – Existência/implementação de plano individualizado de acolhimento ao doente.		

Tipo de indicador	Planeamento e Gestão do Tempo no Bloco Operatório	
Indicador	Representatividade	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Hora padrão da primeira operação do dia		
Tempo cirúrgico esperado		
Ocupação sala		
Tempo padrão por equipa cirúrgica para o mesmo procedimento		
Tempo padrão por procedimento cirúrgico		
Tempo <i>Turnover</i> de cada cirurgia		
Constrangimento na admissão na UCPA		
Definição e descrição dos tempos não operatórios		
Padronização do processo de agendamento cirúrgico		
Resolução de cancelamento cirúrgico		
Tempo operatório padrão		
Tempo padrão entre a entrada do doente na sala e início da operação		
Tempo padrão entre fim da cirurgia e saída do doente da sala		

INDICADORES DE QUALIDADE BLOCO OPERATÓRIO – RESULTADO

Tipo de indicador	Cultura de Segurança	
Indicador	Representatividade	
	Sim	Não
Erros de medicação		
Incidentes/acidentes: doentes, profissionais e equipamentos		
Lesões pós-operatórias pelo posicionamento		
Queimaduras entre doentes cirúrgicos		
Úlceras de pressão pós-operatórias		
Infeção do local cirúrgico		
Quedas em doentes cirúrgicos		
Picadas de agulhas nos profissionais		
Satisfação do doente		
Tempo de espera do doente		

Tipo de indicador	Desenvolvimento de Competências/Motivação profissional	
Indicador	Representatividade	
	Sim	Não
Satisfação profissional		
Absentismo dos profissionais		

(Continua página seguinte)

Tipo de indicador	Planeamento e Gestão do Tempo no Bloco Operatório	
Indicador	Representatividade	
	Sim	Não
Tempo de turnover por cirurgia		
Prolongamento cirúrgico não programado		
Cancelamento cirúrgico		
Horas extra por desvio de tempo operatório padrão		
Movimento operatório urgente (horas extraprogramação)		
Produção cirúrgica (casos cirúrgicos por tempo disponível)		
Atraso do tempo de início da operação		
Não ocupação de sala		
Tempo de espera do doente		
Tempo total de utilização vs. tempo total previsto no agendamento cirúrgico		
Tempo de sala disponível (saída do último doente)		
Utilização em tempo do BO (total de todas as ações cirúrgicas por especialidade)		

B

Apresente quaisquer observações que considere relevantes até um máximo de 3:

1 –

2 –

3 –

Antecipadamente grata pelo valor da sua colaboração neste trabalho, apresento as minhas cordiais saudações

Ana Cristina Colaço e Castro

ANEXO IV

Norma n. ° 2 2013 – Cirurgia Segura, Salva Vidas

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Publicado no
Diário da República
de 26 de
Junho de 2013, no
n.º 125, em vigor
desde 2013.06.26
até 2013.06.26

113 anos



NÚMERO: 02/2013
DATA: 12/02/2013
ATUALIZAÇÃO: 25/06/2013

ASSUNTO:	Cirurgia Segura, Salva Vidas
PALAVRAS-CHAVE:	Cirurgia, Segurança do Doente, Segurança Cirúrgica, "Checklist"
PARA:	Todos os Blocos Operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dgs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), emite, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

I – NORMA

1. A implementação do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas" de acordo com o manual "*Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009*" publicado no sítio desta Direção-Geral é obrigatório em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica.
2. Em todas as cirurgias deve proceder-se ao registo da utilização da "Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica" e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais, que tenham interface com a Plataforma de Dados da Saúde (PDS) ou diretamente na própria PDS.
3. Todas as organizações hospitalares devem, no final de cada semestre, enviar ao Departamento da Qualidade na Saúde, a monitorização do nível de implementação do projeto, de acordo com formulário, disponível no sítio desta Direção-Geral.
4. A presente Norma revoga a Circular Normativa n.º N.º. 16/DQS/DQCO, de 22/06/2010.

II – CRITÉRIOS

- A. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e o Índice de Apgar Cirúrgico (ANEXOS I e II), bem como o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS e as Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, disponibilizados no sítio da DGS (www.dgs.pt), fazem parte integrante desta Norma, e devem ser considerados como referenciais para a implementação do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas".
- B. A implementação do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas" deve ter em conta o desenvolvimento de estratégias de dinamização e melhoria do trabalho em equipa, com uma ênfase primordial na comunicação interprofissional, das equipas cirúrgicas.

- C. Todas as organizações hospitalares, através da sua estrutura de garantia e monitorização da Qualidade, devem garantir a adequada implementação do projeto de acordo com a Orientação n.º 030/2011 de 31/08/2011, bem como a realização de auditorias internas de acompanhamento e avaliação.

III - AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas dos hospitais.
- C. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada centralmente através dos seguintes indicadores de processo e resultado:
- i. Indicadores de Processo:
 - i) Taxa de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
 - ii) Taxa de Listas com falhas registadas.
 - iii) Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
 - ii. Indicadores de Resultado:
 - i) Índice de Apgar Cirúrgico.
 - ii) Taxa de retorno não planeado à sala de operações no período de 24h.
 - iii) Taxa de mortalidade no dia da cirurgia (intra-operatória e pós-operatória até às 24h).
 - iv) Taxa de mortalidade pós-operatória hospitalar.
 - v) Taxa de mortalidade no dia da cirurgia por procedimento.
 - vi) Taxa de mortalidade intra-hospitalar pós cirúrgica por procedimento.
 - vii) Taxa de infeção do local cirúrgico (por especialidade cirúrgica, por cirurgia padrão, mais prevalente ou outra considerada adequada, nível de conspurcação do local cirúrgico e estado físico ASA, índice risco NNIS) – de acordo com o definido em colaboração com o Programa Nacional Controlo de Infeção (anexo III).
 - viii) Taxa de complicações cirúrgicas tipo “never event” / eventos inadmissíveis: local cirúrgico errado, procedimento errado, doente errado, retenção de objetos estranhos no local cirúrgico, morte intra-operatória em doente ASA 1.
- D. O indicador de processo iii – Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – deve ser recolhido, através de auditoria interna, e enviado pelas organizações hospitalares ao Departamento da Qualidade na Saúde, como previsto no ponto 3, do capítulo “I – Norma”.

- E. Os indicadores de resultado vii e viii acima referidos - a taxa de infeção do local cirúrgico e a taxa de complicações cirúrgicas tipo "never event"/eventos inadmissíveis - devem ser recolhidos e enviados pelas organizações hospitalares ao Departamento da Qualidade na Saúde, tal como previsto no ponto 3. do capítulo "I - Norma". Para a obtenção do indicador vii, está disponível a aplicação de vigilância epidemiológica HELICS Cirurgia, no sítio da internet do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (<http://www.insa-rios.net/>).
- F. A Administração Central do Sistema de Saúde, no âmbito das suas competências, acompanhará o cumprimento da presente norma nomeadamente em matéria de gestão e financiamento das unidades hospitalares.

IV - FUNDAMENTAÇÃO

O crescente volume anual de cirurgias fez emergir a necessidade de se acautelar a segurança cirúrgica. Constatou-se, pela experiência de outros projetos relacionados com a sobrevivência materna e neonatal, que a implementação de estratégias simples de monitorização de indicadores chave melhorava significativamente os resultados finais de saúde com a consequente redução de desperdício de recursos.

São premissas fundamentais do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas" que:

1. A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, sendo simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos.
2. O quadro de procedimentos estabelecido para os cuidados seguros perioperatórios em hospitais, envolve uma sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados: avaliação pré-operatória de doentes, preparação da intervenção cirúrgica e planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados.
3. O Índice de Apgar Cirúrgico calculado após o 3.^o momento previsto na Lista de Verificação, a ser assegurado pelo equippe cirúrgica, permite dar *feedback* imediato e objetivo aos prestadores de cuidados sobre a condição do doente nesse exato momento, em termos de risco de complicações pós-operatórias imediatas, podendo conduzir a uma melhor gestão de meios para os fins previstos, dando ainda informação sobre mortalidade esperada até ao 30.^o dia de pós-operatório.
4. O estímulo à melhor prática clínica, pela implementação operacional de estratégias de gestão de risco, deve ser incentivado, como forma de melhorar a qualidade global dos cuidados de saúde e reduzir desperdícios no sistema, causados por eventos adversos evitáveis.
5. A adesão, bloco a bloco, permite a cada profissional, equipa, serviço, instituição e serviços centrais do Ministério da Saúde, a obtenção de estatísticas cirúrgicas, as quais se revestem de uma importância fundamental para a melhoria das práticas cirúrgicas e para a segurança do doente.

V - APOIO CIENTÍFICO

A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pela Administração Central do Sistema de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Agres T. Wrong-Site Blocks Vex OR Safety Efforts. *Anesthesiology News* 2011 [acedido a 11 de maio]; disponível em http://www.anesthesiologynews.com/PrintArticle.aspx?A_Id=16794&D_Id=1&D=C
- Burke S, Wilson-Donnelly K, et al. How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation and military communities. *BMJ Qual Saf* 2004 [acedido a 13 de outubro]; Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765796/>
- Catchpole KR, Dale TJ, Trevor JF. A Multicenter Trial of Aviation-Style Training for Surgical Teams. *Journal of Patient Safety* 2010; 6(3):180-186.
- Cohen FL, Mendelsohn D, e Bernstein M. Wrong-site craniotomy: analysis of 35 cases and systems for prevention. *J Neurosurg* 2010; 113: 461-473.
- Davenport et al. Safety Factors and Risk-Adjusted Surgical Outcomes. *J Am Coll Surg* 2007; 205 (6): 778-784.
- Doucette J. View from the cockpit: What the airline industry can teach us about patient safety. *Nursing* 2006; 36 (11): 50-53.
- Fourcade A, Blache J-L, Grenier C, et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf* 2011. [acedido a 2 de dezembro]; disponível em <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/3/191.full>.
- Guerlain et al. Intraoperative Assessment Tools. *J Am Coll Surg*. 2005 Jan; 200 (1).
- Haynes et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf* 2012 [acedido a 24 de maio]; Disponível em <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/102.abstract>.
- Julia Neily; Peter D. Mills; Yinong Young-Xu; et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA* 2010; 304(15):1693-1700.
- Kassin et al. Postoperative Readmission Risk Factors. *J Am Coll Surg* 2012; 215 (3): 322-330.
- Klei et al. Effects of the Introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on In-Hospital Mortality. *Annals of Surgery* 2012; 255: 44-49.
- McCulloch P, Rathbone J e Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. *Brit Journal Surgery* 2011; 98: 469-479.

- Michaels et al. Achieving the National Quality Forum's "Never Events". Prevention of Wrong Site, Wrong Procedure, and Wrong Patient Operations. *Annals Surgery* 2007 Apr; 245 (4).
- Ohlsson H e Winso O. Assessment of the Surgical Apgar Score in a Swedish setting. *Acta Anaesthesiol Scand* 2011; 55: 524–529.
- Ohlsson H, Winso O. The Surgical Apgar Score. *Acta Anaesthesiol Scand* 2011; 55: 524–529.
- R. Flin et al. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia* 2003; 58: 233–242.
- Shabnam U, Sevdalis N, Healey AN et al.. Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS): Refinement and Application in Urological Surgery. *World J Surg* 2007; 31: 1373–1381.
- Thorn CC et al.. Utility of the Surgical Apgar Score in a District General Hospital. *World J Surg* 2012; 36: 1066–1073.
- VitalSmarts, The Association of periOperative Registered Nurses e The American Association of Critical-Care Nurses. The Silent Treatment. Why Safety Tools and Checklists Aren't Enough to Save Lives. VitalSmarts, AORN and AACN 2011. [acedido a 23 de novembro de 2011]; disponível em <http://www.silenttreatmentstudy.com/>
- Vries, et al. A Surgical Safety System and Patient Outcomes. *N Engl J Med* 2010. [acedido a 20 de novembro]; disponível em <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0911535>
- Vries, et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med* 2010; 363:1928-37.
- Weiser TG, Haynes AB, Lashoher A et al.. Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *Int J QHC* 2010; 22 (5).
- Whyte S. et al.. Uptake of a team briefing in the operating theatre: A Burkean dramatic analysis. *Social Science & Medicine* 2009; 69: 1757–1766.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXO II

O ÍNDICE DE APGAR CIRÚRGICO

Cálculo do "Índice de Apgar cirúrgico", com avaliações intra-operatórias de perda de sangue estimada, da menor frequência cardíaca e da menor tensão arterial média. A pontuação é a soma dos pontos em cada categoria.

	0 pontos*	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Estimativa de perda de sangue (mL) a	> 1000	601-1000	101-600	≤100	
Menor tensão arterial média (mm Hg) b,c	< 40	40-54	55-69	≥70	
Menor frequência cardíaca (batimentos por minuto) b,d	> 85*	76-85	66-75	56-65	≤55*

*A ocorrência de bradiarritmias patológicas, incluindo paragem sinusal, bloqueio ou dissociação auriculoventricular, ritmos juncionais ou ventriculares e a assistolia também dá 0 pontos para a menor frequência cardíaca

^a A perda de sangue estimada a utilizar no cálculo deve ser o valor inscrito no registo oficial da operação. Geralmente, é calculada pelo anestesista e confirmada pelo cirurgião. Embora este método possa parecer impreciso, as estimativas de perda de sangue demonstraram ser exatas em termos de magnitude.

^b A frequência cardíaca e a tensão arterial devem ser obtidas a partir do registo dos parâmetros vitais, como os valores registados desde o momento da incisão até ao momento do encerramento da ferida.

^c A tensão arterial média deve ser usada para calcular a pontuação da pressão arterial. Quando as tensões sistólica e diastólica são registadas sem a tensão arterial média, a menor tensão arterial média deve ser calculada selecionando os valores mais baixos de tensão diastólica e utilizando a fórmula: tensão arterial média = tensão arterial diastólica + (tensão sistólica – tensão diastólica) / 3.

^d Em casos de ocorrência de assistolia ou bloqueio cardíaco completo, a pontuação para a frequência cardíaca deve ser 0.

ANEXO III

Indicadores de resultado ILC

Taxa de infeção do local cirúrgico em cirurgia padrão selecionada:

Cirurgia geral (Colon e colecistectomia, hérnia parede abdominal);

Ortopedia (prótese de anca e joelho);

Ginecologia – (histerectomia);

Obstetrícia (Cesarianas);

Neurocirurgia (Laminectomia);

Urologia (Prostatectomias);

Oftalmologia (Cataratas);

Cir. Vascular (By-pass periférico);

Cir. Cardio Torácica (Revascularização do miocárdio, com incisões no peito e na área dadora).

+ 2 à escolha dos serviços / especialidades cirúrgicas em função da relevância dos fatores ponderados pelos clínicos. – Ex. volume cirúrgico, risco, suspeita de taxa elevada de infeções, etc.

Nos procedimentos com colocação de material de implante a monitorização terá que ser mantida até aos 12 meses após a intervenção. Em todos os outros a monitorização será efetuada até aos 30 dias.

Os dados serão estratificados por risco de acordo com o índice NNIS de infeção do local cirúrgico (0 a 3).

