

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. O PARADOXO DA SUSTENTABILIDADE.

Paulo José Sintra de Jesus Silva

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Dr. José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues

Professor associado convidado do Departamento de Contabilidade, do ISCTE-IUL

Coorientadora:

Dra. Maria Lopes André Borges Bernardes

Diretora Clínica do Hospital de Santarém, E.P.E.

Lisboa, Outubro de 2015

Resumo

Tendo como fundo a capacidade do Sistema Nacional de Saúde português se tornar economicamente viável, ou seja, gerar recursos suficientes para pagar as despesas e custos que acumula, mantendo os seus padrões de qualidade e equidade, o autor tentou contrariar a opinião generalizada da incapacidade de sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde propondo uma alternativa.

De todas as opções de gestão de serviços de saúde hospitalares destaca-se uma tanto pelas suas qualidades como pela incapacidade de se afirmar, que são os Centros de Responsabilidade Integrados nascidos há 25 anos e que, apesar do aparente apoio pelos sucessivos governos com consecutiva legislação, esta forma de gestão tende a não vingar. Esta tese pretende identificar as principais causas para que tal aconteça e de que forma pode ser ultrapassado. Por outro lado, a par da defesa da aplicação dos Centros de Responsabilidade Integrados com uma forte componente de *Lean* na gestão dos serviços de saúde hospitalar, o autor identifica formas complementares de orçamentar os hospitais públicos através dos tratamentos transfronteiriços. Para que tal seja viável, os hospitais públicos têm que adquirir competências na procura e conquista da sua clientela, criando aquilo que é básico em qualquer negócio, o desenvolvimento de uma marca forte, através de ações de *branding*, projetando a capacidade operacional, de inovação e tecnológica existentes, para depois então, mantendo a qualidade, equidade e universalidade típicas do serviço público, poder concorrer com as restantes instituições, públicas ou privadas, numa indústria cada vez mais competitiva e desequilibrada.

Palavras-chave: Centros de Responsabilidade Integrada; Gestão *Lean*; Tratamento transfronteiriço; *Branding* hospitalar

I 100 e I190 do *Journal of Economic Literature Classification System*

Abstract

Considering the capacity of the Portuguese National Health System be economically viable, meaning generate enough to pay the expenses and costs that accumulate while maintaining their quality and equity standards, the author tried to demonstrate the widely held view of the failure of the Portuguese National Health System being sustainable proposing an alternative.

Of all hospital healthcare management options one stands out both for its qualities as the inability to assert itself, that are the Integrated Responsibility Centers born 25 years ago and, despite apparent support by successive governments with consecutive new laws, this form of management tends to be not succeed. This thesis aims to identify the main causes why this to happen and how it can be overcome.

On the other hand, along with the strong conviction of implementation of Integrated Responsibility Centers with a strong Lean component in the management of hospital health care, the author seeks additional ways to budget for public hospitals through the cross-border treatment, either in its public form or private (medical tourism).

For this to be feasible, public hospitals have to acquire the power to search and conquer of its customers, creating what is basic in any business, the development of a strong brand through branding activities, showing the operational capacity, existing innovation and technology, and then, while maintaining the quality, equity and universality, typical of public service, be able to compete with other institutions, public or private, in an increasingly competitive and unbalanced industry.

Keywords: Integrated Responsibility Centers; Lean management; Cross-border treatment; hospital branding.

I 100 and I190 of the *Journal of Economic Literature Classification System*

Agradecimentos

À curiosidade, mãe de todo o progresso científico.

À dúvida, madrastra odiada mas que me permite crescer de forma sustentada e cuidadosa.

A todos os que me aturam com especial destaque para a Ana e meus três filhos, Gonçalo, Rodrigo e Maria.

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Agradecimentos	iii
Índice	iv
Índice de figuras	v
Índice de tabelas	v
Acrónimos e abreviaturas	vi
Introdução	1
PARTE I - REVISÃO DA LITERATURA	5
CRI e LEAN como opções gestonárias nos hospitais públicos.....	5
Marca e Informação. Armas essenciais na valorização do hospital público.....	13
Tratamento transfronteiriço e turismo médico. Opções para o futuro?	15
PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA	19
Método	20
Definição conceptual e operacional	20
População e amostra	29
Instrumento de recolha de dados	30
Técnicas estatísticas de análise de dados	31
Cronograma	32
Resultados e discussão	33
Conclusão	44
Bibliografia.....	45
Anexo 1 – Projecto “Hospital de Santarém. Juntos, fazemos melhor.”	50
Anexo 2 - Questionário	63
Anexo 3 – Folha de registo de circuito de doentes em sala operatória	64
Anexo 4 – Folha de registo de dados do doente	66

Índice de figuras

Figura 1 - Prevalência de infecções adquiridas nos cuidados de saúde de países desenvolvidos	17
Figura 2 - Prevalência infecções adquiridas nos cuidados de saúde em países em vias de desenvolvimento.	17
Figura 3 - Adaptado da teoria da dinâmica do conhecimento de Nonaka e Takeuchi	28

Índice de tabelas

Tabela 1 - Unidades de saúde portuguesas com acreditação em 2015.....	14
Tabela 2 - Classificação Clavien-Dindo.	21
Tabela 3 - Sistema de classificação ASA	24
Tabela 4 - Parâmetros de cálculo do P-POSSUM.....	25
Tabela 5 - Profilaxia do TEV em doente cirúrgico não ortopédico	26
Tabela 6 - Critérios de qualidade SINAS para a Cirurgia Geral.....	27
Tabela 7 - Patologia tratada	30
Tabela 8 - Atividades desenvolvidas pelo projeto SKILLS.....	31
Tabela 9 - Cronograma do estudo.....	32
Tabela 10 - Tempos nulos como indicador de qualidade de colheita de dados	33
Tabela 11 – Tempos CP (Des Pad = Desvio Padrão)	34
Tabela 12 – Tempos CA (Des Pad = Desvio Padrão).....	34
Tabela 13 – Tempos CAS (Des Pad = desvio padrão); Coe Dis (Coeficiente de dispersão)	34
Tabela 14 - Coeficientes de dispersão	35
Tabela 15 – Cancelamentos de cirurgia e respetivas razões	35
Tabela 16 – Taxa de ocupação de bloco operatório.....	35
Tabela 17 - Índice de sobrecarga	35
Tabela 18 - Matriz de correlação entre variáveis da CP	36
Tabela 19 - Matriz de correlação entre variáveis da CA.....	36
Tabela 20 - Matriz de correlações da CAS	36
Tabela 21 - Análise bivariada	38
Tabela 22 - Tempo de início da primeira cirurgia	40
Tabela 23 - Resultados dos inquéritos SKILLS (n=210).....	43

Acrónimos e abreviaturas

ACSA	A gencia de C alidad S anitaria de A ndalucía
ACSS	A dministração C entral de S istemas de S aúde
AIT	A cidente I squémico T ransitório
ASA	A merican S ociety of A nesthesiologists
BCE	B anco C entral E uropeu
CA	C irurgia A dicional
CAD	C oronary A rtery D isease
CAS	C irurgia A dicional aos S ábados
CE	C omissão E uropeia
CI	C uidados I ntermédios
CHNK	C omparative H ealth K nowledge S ystem
CP	C irurgia P rogramada
CPI	C ompressão P neumática I ntermitente
CRI	C entro de R esponsabilidade I ntegrados
DL	D ecreto- L ei
DM	D iabetes M ellitus
DPOC	D oença P ulmonar O bstrutiva C rónica
ECDPC	E uropean C entre for D isease P revention and C ontrol
EAM	E nfarte A gudo do M iocárdio
ECG	E lectro C ardio G rama
FC	F requência C ardíaca

FMI	Fundo Monetário Internacional
GCS	Glasgow Coma Score
HBPM	Heparina de Baixo Peso Molecular
HTA	HiperTensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
ISC	Índice de SobreCarga
JCI	Joint Commission International
KPI	Key Performance Indicator
MC	Margem de Contribuição
MCEG	Meias de Compressão Elástica Graduadas
MPEF	Memorando de Políticas Económicas e Financeiras
MS	Ministério da Saúde
NOC	Normas de Orientação Clínica
NPM	New Public Management
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PCA	Post-Conceptual Age
PIB	Produto Interno Bruto
P-POSSUM	Portsmouth Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity
RN	Recém Nascido
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SPSS	Statistical P ackage for the S ocial S ciences
TA	Tensão A rterial
TEV	Trombo E mbolismo V enoso
TRMG	Tempos de R esposta M áxima G arantidos
UCI	Unidade de C uidados I ntensivos

Introdução

Não acreditando na fatalidade comumente arremessada ao povo português de que pouco mais há a fazer do que nos deixarmos levar pela maré, propomos nesta tese defender uma forma opcional de gestão eficiente nos hospitais públicos portugueses (gestão por objetivos à semelhança dos CRI tendo como base fundamental a filosofia de gestão LEAN) e a complementaridade orçamental apoiada na rentabilização das estruturas existentes através da abertura dos hospitais públicos aos doentes não SNS recorrendo a mecanismos de angariação de clientes como o turismo médico e "Out-of-Country Care".

Desejamos, por isso, responder às questões: qual a melhor alternativa à atual postura gestonária dos serviços hospitalares públicos portugueses, por forma a torná-los mais eficientes; possibilidade do turismo médico e "Out-of-Country Care" constituir um complemento financeiro aos hospitais públicos portugueses, abrindo os mesmos, ainda que de forma parcial e controlada, ao mercado da saúde, nunca ultrapassando as premissas de equidade e universalidade de serviço público; e, a importância do *branding* hospitalar nesta dinâmica, passando não só pelo desenvolvimento de marca *per si* mas alicerçada em mais e melhor informação disponível.

Apesar de defendidas como medidas essenciais à sustentabilidade, as políticas aplicadas ao sector da saúde com o Memorando de Políticas Económicas e Financeiras pelo FMI, Comissão Europeia e o BCE, vulgo *Troika*, desde Maio de 2011, em pouco contribuíram para a sustentabilidade a médio ou longo prazo do nosso sistema de saúde, constituindo, por isso, um verdadeiro paradoxo. Neste caso, um paradoxo falsídico, pois nem o resultado será a sustentabilidade do sistema de saúde português, mas tão-somente o seu empobrecimento (Tiago Correia, 2015), nem são reais as tentativas, quase diárias, de o vender como tal, principalmente em ano de eleições. A sustentabilidade do SNS é primordial na sobrevivência com qualidade dum dos bens essenciais da sociedade moderna – a saúde.

O problema está identificado. O envelhecimento da população; o aumento da procura de cuidados de saúde, diretamente influenciado pelo aumento do rendimento da população, pela maior sensibilidade diagnóstica, maior disponibilidade de tratamentos cada vez mais diferenciados e caros, a indução de procura pela oferta (com o crescimento significativo dos seguros de saúde); ou a inovação tecnológica aplicada, por vezes, de forma pouco sensata, são alguns dos fatores que perigam a sustentabilidade do sistema. O mais difícil está em encontrar soluções que o otimizem, sem comprometerem a equidade, a qualidade e a capacidade do mesmo garantir cuidados de saúde universais.

Os hospitais públicos estão reféns de práticas ultrapassadas, tanto na forma como se organizam, como na forma como se financiam. A organização pública tipicamente caracterizada por uma hierarquização rígida e com polarização marcada de poderes tem grande dificuldade em se adaptar, a vários níveis, sendo a mudança, ainda que para melhor, sempre penosa ou mesmo a evitar. Tanto em termos clínicos, com temas essenciais como a qualidade dos serviços e segurança do doente a arrastarem-se durante décadas até à sua implementação efetiva, até áreas mais abrangentes de cariz cultural e organizacional. A evolução tem sido suave e, muitas vezes, meramente experimental, de efeitos sombrios e de difícil quantificação ou controlo. Não por falta de métrica ou capacidade para o fazer, mas por alteração sazonal das tendências políticas, esforço contrário de alguns grupos económicos, classes profissionais e respetivos representantes ou, em assuntos pontuais, todos juntos.

Realizamos intensa pesquisa bibliográfica nas 3 áreas que constituem a tese, de forma a validar a sua atualidade e pertinência, enquadrando a mesma.

Opções de gestão num hospital público, focando no conceito de CRI e gestão LEAN, como alternativas funcionais e eficientes quando aplicadas de forma separada mas, com um potencial superior se aplicadas de forma integrada.

Financiamento suplementar do orçamento hospitalar através da abertura das unidades (as que cumprem os TRM e com capacidade não esgotada) aos tratamentos de doentes não SNS, seja tratamentos transfronteiriços enquadrados por acordos entre os países membros da União Europeia, seja com recurso ao turismo médico nas diferentes áreas clínicas.

Toda a dinâmica de exposição dos hospitais públicos portugueses e respetivas marcas sempre foi exígua e, várias vezes, conduzida pelas razões erradas, desembocando frequentemente no desprestígio dos seus profissionais, instituições e do próprio SNS. Apesar de alguns bons exemplos isolados (p.e. Centro Hospitalar de Coimbra) não há uma aposta generalizada de projeção alicerçada em informação fidedigna e pormenorizada da qualidade dos nossos serviços. Na nossa opinião, para se posicionarem no mercado da saúde, nacional ou internacional, à semelhança de outros países, alguns com menores recursos (quer em quantidade quer em qualidade), os hospitais públicos portugueses deverão desenvolver a sua marca, projetando as áreas em que se destacam.

À semelhança de outros projetos, também esta tese se projetou na realidade do nosso hospital (Hospital de Santarém, E.P.E.), típico hospital público, com todas as virtudes e deficiências conhecidas.

Alicerçado nos objetivos enumerados, planeou, realizou, verificou e corrigiu dois projetos cuja filosofia de base é a mesma defendida nesta tese.

O projeto **“Juntos, fazemos melhor”** pretende demonstrar que recorrendo a uma liderança focada num projeto integrado na dinâmica do Serviço de Cirurgia Geral, embora independente na sua gestão e orçamentação, apoiada em princípios de gestão LEAN é possível obter mais eficiência na utilização das parcas instalações e recursos humanos disponíveis. Apesar de ter um recuo pequeno (4 meses) são apresentados os resultados preliminares.

O projeto **“*Branding* e Comunicação dum hospital público. Missão impossível?”** (Sintra, 2014) desenvolvido como trabalho da disciplina “Comunicação em Saúde” do ano escolar deste Mestrado, permitiu aplicar e desenvolver uma marca (“*SKILLS*”) na vertente da formação associada ao nosso hospital, projetando a atividade desenvolvida no último ano.

A terceira vertente relacionada com turismo médico e "Out-of-Country Care" como complemento orçamental é de difícil aplicação face às restrições legais na administração hospitalar.

Esta tese foi desenvolvida em duas partes essenciais:

- A Parte I que se centra na revisão teórica dos 3 assuntos base e que permite assegurar o enquadramento teórico;
- A Parte II que corresponde à componente empírica estando dividida em quatro capítulos. O capítulo 1 expõe o método utilizado, o capítulo 2 apresenta os resultados obtidos, o capítulo 3 analisa esses resultados e o capítulo 4 enquadra os resultados obtidos, as principais conclusões da pesquisa bibliográfica, procurando dar as respostas às perguntas iniciais e indicando possíveis linhas de investigação futura.

Envolvido no mundo clínico, enquanto cirurgião dum hospital público, na gestão, enquanto Diretor Clínico Adjunto, Diretor de Departamento Cirúrgico e com a responsabilidade de alguns projetos privados, cedo sentimos a necessidade de procurar entender e influenciar, propondo soluções, uma das quais explanada nesta tese. Tal como na poesia de Jorge de Sena, cabe-nos, “mais que compreender o mundo, transformá-lo”, sendo um desperdício de recursos estarmos permanentemente focados no problema em vez de na solução.

PARTE I - REVISÃO DA LITERATURA

CRI e LEAN como opções gestonárias nos hospitais públicos.

A capacidade de organizar os serviços de saúde tem uma longa história no nosso país, nem sempre com a evolução célere desejada mas, mesmo assim, com resultados impressionantes. Os cuidados de saúde estiveram durante muito tempo dependentes das instituições privadas cabendo ao Estado a assistência aos pobres. Mesmo depois da publicação a 24 de Dezembro de 1901 e da tentativa de organização dos serviços de saúde pelo Dr. Ricardo Jorge com o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, no início do século XX (Alves, 2008), só após a segunda Grande Guerra assistimos ao aparecimento de uma estrutura organizada, inicialmente em volta de áreas mais preocupantes, como a tuberculose e a saúde materna e, mais tarde, com a construção e organização de uma rede hospitalar.

Na prática, é a Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963 (Nacional I. , Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963, 1963), que ao reconhecer o “superior interesse nacional” e a complexidade dos serviços de saúde lança as bases das políticas de cuidados de saúde em Portugal, permitindo uma real evolução destes. A partir daí somaram-se vários contributos. Desde a regulação das carreiras da saúde até à criação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais pelos DL n.º 48357 e 48358, de 27 de Abril de 1968 (Nacional I. , Diário do Governo, 1968) (Nacional I. , Diário do Governo, 1968) até ao DL n.º 413/71, de 27 de Setembro (Nacional I. , 1971), em que se estabelece a organização do Ministério da Saúde e Assistência e se estabelecem princípios básicos, como seja o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, contributos estes que culminariam, na aprovação da nova Constituição, em 1976 (Nacional I. , Diário da República, 1976), no artigo 64.º (em que se reconhece que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde de forma gratuita e o dever de a defender e promover) e mais tarde na Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro (Nacional I. , Diário da República, 1979), ou seja, na concepção do SNS.

Se, aquando do nascimento do SNS, em 1979, a despesa em saúde representava 3,0% do PIB português (Pordata, 2014), ou seja, aproximadamente metade da média dos países da OCDE, no final da primeira década deste século (30 anos depois) ultrapassava os 10% assim como a média dos países da OCDE, se bem que os gastos absolutos *per capita* se mantenham abaixo da média da OCDE e com decréscimo mais acentuado (OCDE, 2013). Resumindo, o esforço com o sector da saúde é cada vez maior, agravado pela recente crise económico-financeira.

As políticas económicas do MS nos últimos anos tiveram como objetivo melhorar a performance do SNS, aumentando a produtividade, aumentando a eficiência e diminuindo os gastos com recursos. Começou por combater o fenómeno de “captura do estado” por parte de alguns grupos profissionais e empresariais (indústria farmacêutica, médicos, enfermeiros e respetivas ordens profissionais), tomou medidas de gestão da rede de recursos disponíveis, tendo sempre por fundo os objetivos de cariz financeiro no curto prazo (défice do MS passou de 3,1 mME em 2011 para previstos 600 milhões de euros em 2014). No entanto, a equação “performance” dum serviço de saúde inclui outros parâmetros de avaliação (Tchouaket & Lamarche, 2012). A componente de serviços que vão desde o volume de serviços produzidos, *output* hospitalar, adequação do serviço produzido em termos de qualidade técnica, até à percepção dos doentes da qualidade dos cuidados prestados. E a componente resultados de saúde que inclui indicadores de saúde (longevidade, anos com saúde, etc.), fatores de risco (consumo de álcool, obesidade, consumo de tabaco), equidade e satisfação dos utentes com os cuidados de saúde.

Ou seja, os objetivos de performance do SNS e respetivos serviços que o constituem, têm que ser alargados para além dos de natureza económico-financeira para naturezas não financeiras, tanto ou mais importantes que os primeiros, dado as particularidades do sector em causa. E, essa cultura, tem que se refletir na forma como gerimos esses mesmos serviços tornando-se na sua forma de estar e evoluir. O mesmo será dizer que, restringir tudo à performance financeira não só é demasiado redutor face às atuais necessidades, como pode perigar toda a estrutura presente e futura.

O SNS tem vindo a evoluir ao longo destas quase 4 décadas. Com a autonomia administrativa e financeira, concedida pelo DL n.º 357/82, de 6 de Setembro (Nacional I. , Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de Setembro, 1982) e mais tarde a criação do Ministério da Saúde com o DL n.º 344-A/83, de 25 de Julho, que aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional (Nacional I. , Decreto-Lei n.º 344-A/83 Diário da República nº: 169/83 Série I 1º

Suplemento, 1983), assistimos à estruturação consistente e orientada para a importância social que o sector da saúde assumia de forma crescente. Posteriormente, o DL n.º 19/88, de 21 de Janeiro (Nacional I. , Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, 1988), aprova a lei de gestão hospitalar e na 2.ª Revisão Constitucional (Nacional I. , LEI CONSTITUCIONAL n.º 1/89 , 1989), a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º é alvo de alteração, passando o SNS a ser “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. A preocupação com a equidade é crescente mas revela essencialmente uma preocupação tendencial com o financiamento.

Com o aumento descontrolado da despesa, torna-se necessário adotar medidas cada vez mais restritivas. Surge a figura de “taxas moderadoras” como forma de racionalizar o uso dos recursos disponíveis, melhorar a seleção do serviço a utilizar como forma de sensibilização dos utentes para os elevados custos dos cuidados de saúde, inicialmente previstas no DL n.º 57/86, de 20 de Março (Nacional I. , Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de Março , 1986) e na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Nacional I. , Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, 1990), só em 1992 se estabelece o regime de taxas moderadoras com o DL n.º 54/92, de 11 de Abril (Nacional I. , Decreto-Lei n.º 54/92 de 11 de Abril, 1992) e só passados 17 anos após a primeira referência, através do DL n.º 173/2003, de 1 de Agosto (Nacional I. , Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, 2003), surgem as taxas moderadoras, as quais, ao longo dos últimos 10 anos sofreram ajustes de forma a responderem à necessidade impreterível de equidade no SNS.

Por outro lado, na tentativa de inovar e aumentar a eficiência do sistema surgem outras medidas, com resultados duvidosos ou não demonstrados, como por exemplo:

- A tentativa de trazer a gestão privada ao sector público com a experiência do Hospital Amadora-Sintra em 1996, alargada depois às outras parcerias público-privadas, entretanto já terminada;
- A introdução dessas técnicas de gestão privada num hospital de gestão pública, com o Hospital da Feira e o Hospital do Barlavento Algarvio a servirem de exemplo;
- O regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral, DL n.º 117/98, de 5 de Maio (Nacional I. , Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, 1998);
- Os modelos de gestão de tipo empresarial (EPE), Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Nacional I. , Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, 2002);

E outras, que apesar de terem demonstrado, nos pouquíssimos exemplos existentes, a sua mais-valia, teimam em não vingar.

Refiro-me, em particular, aos CRI criados pelo DL n.º 374/99, de 18 de Setembro (Nacional I. , Decreto-Lei n.º 374/99 de 18 de Setembro, 1999), embora previstos desde 1988 no artigo 9.º do decreto-lei 19/88 (Nacional I. , Diário da República, 1988), os quais configuram entidades com alguma autonomia de gestão intermédia. Com esta postura consegue-se dois grandes objetivos. A organização com autonomia e não por serviços clínicos excessivamente hierarquizados, podendo os CRI reunir vários Serviços Clínicos ou mesmo coincidir com um Departamento. Uma gestão mais ativa ao nível das unidades com maior responsabilização dos profissionais e práticas empresariais como a gestão por objetivos ou a meritocracia, promovendo o alinhamento estratégico de todos os colaboradores com os objetivos da instituição que integram.

A descentralização da capacidade de decisão nos CRI, responsabilizando os seus gestores pela concretização de determinados objetivos, “promove o alinhamento, clarifica responsabilidades, define e descentraliza objetivos, delega poder sobre os recursos e concede autonomia aos gestores, promove o empreendedorismo dentro da organização e orienta os gestores para os fatores geradores de valor” (Rodrigues, 2009) promovendo os sistemas de avaliação de performance e, por isso, a meritocracia.

Entre os diferentes tipos de CRI descritos, o que mais se adequa à prática dos Serviços de Saúde públicos será o Centro de Resultados, em que o gestor tem um conjunto de recursos materiais e humanos para administrar, tem a capacidade de gerar valor de forma eficiente através da venda de serviços quer externamente quer internamente a outros CRI, de forma a atingir objetivos tanto financeiros como, não menos importantes, não financeiros, nomeadamente de qualidade, equidade e universalidade dos serviços prestados.

Os CRI de Resultados são avaliados pela sua MC, ou seja, pela diferença entre os rendimentos gerados e pelos gastos diretos e controláveis pelo gestor do CRI, assim como pelo cumprimento dos objetivos não financeiros contratados com a administração do hospital, resumidos em KPI discutidos, aceites e conhecidos por toda a estrutura. Esta dualidade de critérios de avaliação, integrados num sistema único de medição da performance, permite manter os gestores e restantes colaboradores alinhados com os objetivos da instituição.

A melhor forma de um CRI reforçar a performance dos seus colaboradores mantendo o alinhamento com a missão, valores e objetivos do hospital, passa pela criação dum sistema de prémios e incentivos baseados nos resultados financeiros e não financeiros alcançados, com métricas financeiras e não financeiras, de que são excelentes exemplos o *balanced scorecard*, os *tableaux de bord* ou o *performance prism*, conhecidos *à priori* e cumpridos escrupulosamente. De modo a não restringir os objetivos aos limites temporais do exercício em causa, correndo o risco de os “departamentalizar”, mas tendo sempre o cuidado de considerar a repercussão em exercícios posteriores, os prémios deverão ser escalonados no tempo e no tipo devendo, para o efeito, ser celebrados contratos de gestão com um limite temporal não inferior a três anos, devendo uma percentagem do seu pagamento ser diferida de forma a contemplar a variação da performance no período posterior, de modo a motivar à melhoria contínua. Permitindo que uma parte do prémio seja pago em bens que beneficiem individualmente o colaborador e outra, para além do colaborador, também a entidade como é o caso da repercussão na qualidade dos serviços prestados, de que é o melhor exemplo a formação, de acordo com o núcleo de interesse da atividade principal do CRI.

Para que tal seja possível várias barreiras terão de ser superadas, nomeadamente as barreiras administrativas levantadas pelo MS, justificadas pelo descalabro acumulado nas nossas contas públicas (onde o MS é recordista entre os ministérios), permitindo às Administrações hospitalares maior liberdade de gestão, com maior responsabilização, principalmente dos recursos disponíveis e a adquirir, assim como, da exposição dos seus serviços ao mercado. No entanto, a pedra de toque está na capacidade de adaptação de estruturas anquilosadas, paquidérmicas e culturalmente viciadas como grande parte das estruturas hospitalares públicas do nosso SNS. A ineficiência da gestão pública remete o Estado para um papel de regulador, organizador e comprador de serviços públicos. Este posicionamento permite que as bases da NPM impregnem as práticas de gestão das unidades públicas promovendo cuidados de saúde de qualidade a preços cada vez mais competitivos, ou seja, maior eficiência. Esta postura exige *à priori* melhor registo e contabilização, promovendo um maior, melhor e desejado controlo da gestão dos nossos serviços públicos.

A cultura de uma organização é a principal causa de resistência à mudança. De acordo com esta máxima de Edgar Schein (Schein, 2004), a única forma de promovermos a mudança num ambiente como os cuidados de saúde será através da promoção de uma cultura organizacional diferente. A cultura duma organização mantém os seus elementos unidos em volta duma

missão através dos seus valores, os quais, para serem eficientes, terão que ser compreendidos, partilhados e objetivados nos seus líderes.

Embora presente nas linhas gerais do Relatório da Primavera do OPSS de 2004, “a refundação cultural como meio onde se há-de processar a mudança”, após 10 anos, ainda não se faz sentir com a intensidade desejada, mantendo uma cultura organizacional em grande parte orientada para o prestador (Saúde, 2004).

Uma das verdades económicas elementares tem uma atualidade gritante nos nossos serviços de saúde públicos quando afirmam que “sem meritocracia não há competência, sem competência não há produtividade, sem produtividade não há crescimento nem qualquer hipótese de resgatar sustentadamente qualquer tipo de endividamento” (Carvalho, 2013). Se associarmos a este princípio a proposta de melhoria do governo português, quando explicita os eixos da reforma na saúde no guião da reforma do estado (Portugal, 2014) podemos concluir que muito ainda está por fazer, sendo os obstáculos à sua realização enormes mas não intransponíveis.

Todos os grupos profissionais se movem com o intuito de manter o *status quo*, postura facilitada por décadas de burocracia profissional, com todas as características próprias, como a elaboração de padrões de trabalho por associações profissionais autogeridas, exteriores à organização, a influência dos elementos do centro operacional sobre as decisões administrativas que os afetam, a baixa influência da estratégia institucional sobre o trabalho individual resultante da autonomia fruto da grande diferenciação profissional. Autonomia que “não só permite que certos profissionais ignorem as necessidades reais dos seus clientes, mas encoraja também muitos deles a ignorarem as necessidades da organização” (Mintzberg, 2010), levando naturalmente a grande resistência à mudança. Se, por um lado, Mintzberg defende que “sempre que existem resistências a tais mudanças, é preferível para a sociedade apelar para o sentido de responsabilidade dos profissionais no que diz respeito ao serviço prestado ao público” (Mintzberg, 2010), Bujak afirma que esta postura dos profissionais é a razão porque em tempos de transformação é impossível liderar por consenso (Bujak, 2005) sendo necessário uma liderança transformacional, forte, presente e nem sempre agradável, permanentemente orientada para os objetivos da organização, secundarizando os objetivos grupais ou individuais.

É neste contexto e neste momento que, de acordo com o autor, se torna essencial trazer uma postura gestionária mais presente e próxima da estrutura operacional, com linhas de

orientação que passam por “combate ao desperdício nos tratamentos prestados à população” (Barros, 2013), quer através de processos de melhoria interna, como é a gestão *Lean*, quer por processos de melhoria externa, ora assentes no *benchmarking* de processos com sucesso demonstrado noutras instituições congéneres, ora assentes em processos de controlo eficiente como por exemplo a prescrição electrónica ou as NOC.

As instituições públicas de cuidados de saúde estão crescentemente pressionadas a aperfeiçoar a qualidade dos seus serviços conseguindo a melhoria da satisfação dos utentes, através de parâmetros como tempos de internamento reduzidos ou diminuição de readmissões precoces, mas com recursos cada vez mais escassos e controlados. A crescente regulamentação dos serviços de saúde torna o espaço de manobra cada vez mais reduzido, agravado pelo aumento da concorrência (de forma indireta e menos presente no sector público) e maior exposição das instituições (muitas vezes patrocinada por órgãos de comunicação social pouco esclarecidos). Os povos dos países desenvolvidos são cada vez menos tolerantes a retrocessos na qualidade dos cuidados de saúde e cada vez mais ávidos, quer pela maior longevidade, quer pela melhor informação sobre técnicas e tratamentos disponíveis.

O objectivo final é a satisfação do utente, a qual passa por disponibilizar o que o utente precisa, adaptado ao utente em causa (sem erros ou defeitos), no momento certo (sem atrasos), com um mínimo de desperdício (permitindo um preço correto) e com garantia de segurança para os utentes e profissionais envolvidos no processo.

Uma das formas conhecidas para solucionar este aparente conflito é o recurso à filosofia de gestão *Lean*, a qual, através da otimização de processos de trabalho, consegue somar valor para os utentes reduzindo as atividades inúteis (ROCK, 2014).

Apesar do aparente sucesso da adaptação da filosofia de gestão *Lean*, com origem na indústria automóvel dos anos 50 do século passado e popularizada nos anos 80, aos cuidados de saúde, existem alguns obstáculos a transpor e premissas a ter em consideração. O principal obstáculo a evitar é a transposição dos princípios Lean de outras realidades económicas para a indústria da saúde, pois esta apresenta características únicas, não sendo compatível com os princípios de produção em massa típicos de outros sectores. Igualmente importante é envolver todos os colaboradores ao longo da cadeia de decisão, focando a atenção no utente, com processos simples e orientados para objetivos claros, de acordo com a missão e valores da instituição.

Para promover a mudança tem que haver investimento. Grande parte deste financiamento destina-se à formação dos colaboradores envolvidos, promovendo o treino nas diferentes ferramentas disponíveis, desde o mapeamento de processos, as tabelas Kaizen, ao mapeamento do fluxo de valor.

Por outro lado, torna-se elementar a “identificação da melhor combinação de recursos” (Barros, 2013) dando uso à “margem de substituição” existentes entre as diferentes profissões, com maior acompanhamento dos doentes pelos enfermeiros, de que é um bom exemplo a iniciativa “enfermeiro de família” ou a existência de assistentes médicos para apoio à burocracia que envolve de forma asfixiante a profissão médica (experiência testada e implementada com sucesso desde há 3 anos, nos EUA), libertando mais tempo de médico para as questões que só esse pode tratar. Tudo isto contribuindo para a melhoria eficiente do serviço prestado (Dorgan, 2010). Mas, para levar a estrutura profissional a abraçar linhas alternativas de atuação é necessário uma estrutura mais empresarial, em que a procura de eficiência se torne vital à sobrevivência da organização, com um planeamento operacional e não tanto por hierarquização tradicional, com objetivos estratégicos explícitos e reconhecimento, positivo ou negativo, com as respetivas consequências. Ou seja, face à legislação existente, os CRI para serem efetivos não poderão ficar confinados a um ou dois exemplos isolados pelo país, mas, isso sim, passarem da exceção à regra, adaptando-se às necessidades presentes e futuros dos cuidados de saúde e mantendo a capacidade de constante melhoria.

Marca e Informação. Armas essenciais na valorização do hospital público.

Por definição, *branding* consiste na criação de um nome, símbolo ou *design* que identifica e diferencia um produto ou serviço dos outros (Williams, 2014). Resume a nossa promessa ao cliente, caracterizando o que somos, o que queremos ser e o que os clientes percebem que somos.

Um modelo de *branding* de serviços tem duas grandes componentes. A percepção da marca pelos consumidores e o significado que estes dão à marca. A percepção da marca é influenciada pela projeção que a organização faz dessa mesma marca e pela campanha de comunicação levada a cabo. O significado da marca para o consumidor, para lá das duas influências já apontadas, é inspirado essencialmente pela experiência que o consumidor tem da organização. Apesar de tanto a percepção da marca como o significado da marca para o consumidor influenciarem a *Brand Equity* (valor adicional que se atribui a algum produto ou serviço, responsável pela forma como o consumidor pensa, sente e age em relação à marca) é o significado da marca que define essa escolha (Berry, Cultivating Service Brand Equity, 2000). Ou seja, na indústria dos cuidados de saúde, a qualidade do serviço é premente pois a melhor publicidade é o significado da marca para o consumidor, fruto da experiência própria ou alheia (Berry, Building a strong services brand: Lessons from Mayo Clinic, 2007), ou seja, cenário em que os próprios consumidores tornam-se *marketers* da instituição.

Esse reconhecimento passa pela maior disponibilidade de informação sobre a qualidade daquilo que fazemos, com mais e melhor informação e pela aposta na construção e fortalecimento das marcas através dum *branding* hospitalar organizado, agressivo e direcionado, visando a melhoria da reputação de serviços e respetivas organizações junto do público pretendido. Fazendo uso dos bons exemplos existentes no sector privado, como é o caso do Grupo Luz e no sector público, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, o mestrando defende a disseminação dessa atitude por hospitais de pequena e média dimensão com as consequências a nível local, regional e nacional sobre o estímulo para a melhoria de eficiência e a sustentabilidade do próprio Serviço Nacional de Saúde.

O mercado dos cuidados de saúde defende a centralidade no utente, o qual espera um serviço de grande qualidade a um preço razoável (cada vez mais o tendencialmente gratuito irá tornar-se tendencialmente não gratuito). O futuro mercado de saúde será caracterizado por mais competição, menores margens, consumidores mais diversos, melhor informados e mais

exigentes, sobretudo de *accountability*. Outrora a tendência era assumir que os serviços de saúde estavam automaticamente vendidos. Nos últimos anos, com o advento das Parcerias Público Privadas (PPP) e posteriormente os hospitais privados de grande porte, assistimos ao desenvolvimento de uma cultura de marketing cada vez mais agressiva e nem sempre honesta (Sreenivas, 2013).

A aposta na demonstração da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal tem o seu grande impulso com a fundação do Instituto da Qualidade em Saúde em 1999. Daqui nasce o Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, fruto de um acordo entre o Ministério da Saúde Português e o *Caspe Healthcare Knowledge Systems*, antigo *Health Quality Service*. Em 2009 surge a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que prevê a aplicação dum programa nacional de acreditação em saúde (DGS, 2009). Várias unidades de cuidados de saúde adotaram diferentes modelos de acreditação, como o modelo da JCI ou a metodologia do *King's Fund* (CHKS) tendo o MS, em 2009, adoptado o modelo da ACSA, como padrão oficial de acreditação em saúde contando com 82 unidades reconhecidas (Tabela 1) num total de 191 creditações. Apesar da crise financeira que atravessa, a qualidade dos seus serviços de saúde, em Portugal, manteve-se em rota ascendente sendo considerado “*a well-developed quality infrastructure, with the health data system and use of clinical guidelines standing out as areas of excellence*” (OCDE, 2015), destacando-se entre os países membros da OCDE, pela qualidade dos seus cuidados de saúde, capacidade de monitorização da qualidade e permanente melhoria.

Modelo de certificação	Número de hospitais
JCI (JCI, 2015)	19
CHKS (CHKS, 2015)	12
ACSA (ACSA, 2015)	82
ISO (IPAC, 2015)	78

Tabela 1 - Unidades de saúde portuguesas com acreditação em 2015

Tratamento transfronteiriço e turismo médico. Opções para o futuro?

Para lá da organização em si mesma, para que esta funcione é necessário financiá-la. A relação do privado com o público tem-se caracterizado por uma simbiose em que aquele cooperou com este mas apenas nas áreas lucrativas da saúde, sendo exemplo a parcela de “60% dos exames realizados, no âmbito das análises clínicas e da imagiologia, ultrapassando os 90% na hemodiálise” (Campos, 2014) no sector convencionado, ou o modelo das parcerias público-privadas, para o qual foi determinante a experiencia inaugural com o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul. Não pretendemos analisar a relação entre os hospitais públicos e as organizações privadas, nem sequer a forte dependência destas em relação ao financiador publico, senão na perspetiva de uma maior capacidade por parte do sector publico reclamar parte de mercados lucrativos na saúde com especial destaque para o turismo da saúde e os cuidados de saúde transfronteiriços. Apesar dos múltiplos exemplos mundiais de sucesso do turismo médico, muitas vezes usado como alavanca para ultrapassar crises económicas e financeiras, nos países da OCDE ainda subsistem dúvidas sobre o seu real impacto nos serviços nacionais de saúde (Lunt, Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review, 2011). Ainda assim, assiste-se a um crescimento significativo de internacionalização de algumas unidades, com especial destaque para unidades privadas, assim como unidades públicas de referência em determinadas áreas muito especializadas do saber médico, com capacidade instalada, sem listas de espera e com reconhecimento nacional e internacional.

Para que esta forma de financiamento das instituições públicas, a qual pode representar num futuro próximo 5 a 10% do orçamento, seja uma realidade, é indispensável o esforço do Estado em motivar e apoiar o Turismo Médico como um sério parceiro de outras formas de turismo tradicionalmente reconhecidas no nosso país, fomentar as sinergias entre as diferentes estruturas, a criação factual de uma rede hospitalar com diferenciação crescente e, mais que tudo, a aposta no reconhecimento nacional e internacional da nossa medicina.

Tanto o turismo médico como os tratamentos transfronteiriços, ao abrigo da Diretiva 2011/24/UE, constituem uma real, embora pouco explorada, possibilidade de aumento da eficiência dos recursos existentes. Esta ação pode passar pela prestação de serviços como exames complementares de diagnóstico de imagem, de anatomia patológica ou patologia clínica,

pela participação em ensaios clínicos, de que é um bom exemplo o Instituto Português de Oncologia do Porto, técnicas endoscópicas de diagnóstico e tratamento, ou na disponibilização de tratamentos mais diferenciados, como cirurgia cardíaca ou ortopédica, onde tem alguns dos melhores centros europeus.

A acreditação é um passo essencial mas não suficiente, por si só, para garantir a imagem de qualidade do sector. O turismo médico e os tratamentos transfronteiriços trouxeram novos riscos aos cuidados de saúde. A começar pela distância entre o país de origem e o de tratamento, nem sempre ultrapassável pelo recurso às novas tecnologias, como a telemedicina. Se em procedimentos mais complexos como uma valvuloplastia cardíaca ou transplante renal os cuidados com a preparação do doente são mais alargados dado o risco associado, em tratamentos mais simples essa preparação é minorada. A preparação do doente pode ir da simples realização de exames complementares básicos, a preparações mais complexas e demoradas que podem levar vários dias ou mesmo semanas, sem as quais o risco anestésico e cirúrgico aumenta substancialmente, perigando o sucesso do tratamento ou mesmo a vida do doente.

Por outro lado, a calamidade da infecção associada a cuidados de saúde tem aqui repercussões alargadas. Dado a prevalência de infecção associada a cuidados de saúde nos países desenvolvidos variar entre 3,6% e 12% (

Figura 1) existindo na Europa, por ano, 4.100.000 doentes com infecções adquiridas em unidades de cuidados de saúde, as quais resultam, de forma direta na morte de 37 000 doentes, e de forma indireta noutras 110 000 mortes (ECDPC, 2015). Tendo em atenção que nos países em vias de desenvolvimento (responsáveis por grande parte do fluxo deste tipo de turismo) apenas 15,5% têm registo atualizado e disponível sobre infecção adquirida nos cuidados de saúde com prevalências entre os 5,4% e os 19,1% (Figura 2). Podemos concluir facilmente o risco associado se não houver controlo apertado deste movimento de doentes, podendo resultar num saldo financeiro negativo.

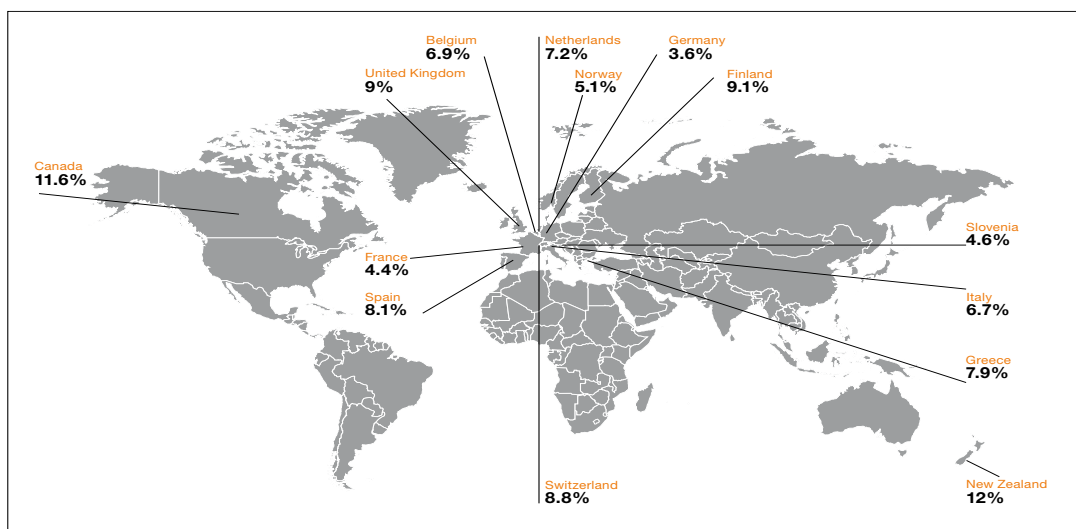


Figura 1 - Prevalência de infecções adquiridas nos cuidados de saúde de países desenvolvidos

(**incidência) (WHO, 2011).

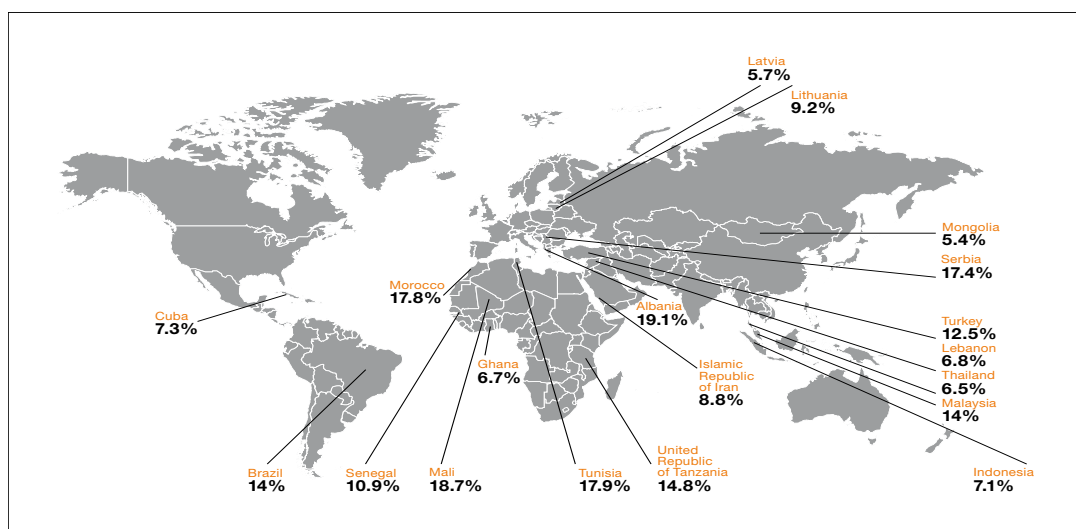


Figura 2 - Prevalência infecções adquiridas nos cuidados de saúde em países em vias de desenvolvimento.

(WHO, 2011).

Qualquer procedimento médico tem implícito determinado risco. Seja uma técnica endoscópica com risco de perfuração de víscera oca, seja uma cirurgia com risco de incapacidade permanente ou mesmo morte, todos os procedimentos têm risco associado o qual deve ser explicado e assumido aquando do consentimento informado.

Mas, como fazer em caso de complicação? Voltar ao país de origem onde, em última instância o Serviço de Saúde assume as despesas ou voltar à unidade onde foi realizado o procedimento? Ambas as opções encerram dificuldades acrescidas pelo fato de se tratar dum doente tratado além fronteiras. Se no segundo caso, há um aumento substancial da despesa para o doente, nem sempre suportável, na primeira opção, esse ónus fica no serviço de saúde do país de origem. Em países desenvolvidos e com sistemas de saúde patrocinados por impostos, o tratamento da complicação é acessível e seguro (Cortez, 2012). No entanto, nem sempre o país de origem tem um sistema de saúde tecnologicamente desenvolvido e grátis.

A OCDE tem desenvolvido um esforço enorme para melhorar a qualidade de colheita de dados sobre turismo médico publicando em 2011 as orientações “*Improving Estimates of Exports and Imports of Health Services and Goods Under the SHA Framework*”, tanto por erros de conceito, quer por deficiente registo destes doentes, tanto nos países de origem como de destino, quer por recurso a fontes especulativas, os resultados estão longe do ideal (OCDE, 2011).

Um mercado que poderá incluir nos próximos anos mais de 750 milhões de clientes, com valores de volume de negócios a atingir as várias dezenas de milhares de milhões de euros, leva às mais variadas estratégias, tanto por prestadores individuais como instituições, usando a sensibilidade do produto e a ignorância do cliente para induzir a escolha apelando a sentimentos como a esperança e desvalorizando o risco, (Elyria Kemp, 2015), o que torna este segmento da industria dos cuidados de saúde de risco acrescido.

PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA

Qualquer projeto deve ter uma componente empírica na qual possa apoiar as suas conclusões confirmando as premissas iniciais ou refutando-as. Nesta tese, dado as respostas que procuramos, o facto de apenas termos um CRI em funcionamento em Portugal, dificulta a nossa análise. Procuramos por isso, duma forma parcelar, demonstrar que os princípios podem ser aplicados com sucesso em diferentes cenários. Neste caso, as premissas dos CRI e *Lean management* num bloco operatório (projeto **“Hospital de Santarém. Juntos, fazemos melhor”**) assim como uma avaliação preliminar do projeto **“Branding e Comunicação dum hospital público. Missão impossível?”**, procurando demonstrar a validade duma ação de comunicação como esta.

O projeto **“Hospital de Santarém. Juntos, fazemos melhor”** (apoiado numa lógica de CRI por resultados e aplicando alguns dos princípios da gestão *Lean*, formou uma equipa de profissionais focados e ambiciosos, cujas capacidades, fruto de várias contingências nacionais e específicas da instituição em causa, não são, no seu ambiente profissional habitual, exploradas e reconhecidas. Apoiado numa liderança focada num projeto integrado na dinâmica do Serviço de Cirurgia Geral, embora independente na sua gestão e orçamentação, é possível obter maior eficiência na utilização dos recursos. Também à semelhança dum CRI, este projeto tem um Coordenador responsável pela sua execução e demonstração de resultados.

O projeto **“Branding e Comunicação dum hospital público. Missão impossível?”** (Sintra, 2014) desenvolvido como trabalho da disciplina “Comunicação em Saúde” do ano escolar deste Mestrado, tem uma contabilização de difícil execução, fruto da complexidade e subjetividade das mais-valias envolvidas, sendo realizada avaliação do grau de satisfação dos participantes nas atividades desenvolvidas, como imagem da sua qualidade, e proposto abordagem futura como complemento mais pormenorizado.

Método

Este capítulo apresenta o método utilizado nesta investigação no que respeita à caracterização do estudo, identificação da população, método de amostragem utilizado, instrumentos de recolha, bem como as técnicas estatísticas utilizadas na análise dos dados.

Esta tese, face aos seus objetivos, terá uma abordagem metodológica intermédia (Edmondson, 2007), tentando demonstrar as possíveis relações entre constructos estabelecidos e outros recentes, através duma abordagem quantitativa e qualitativa. Quantitativa, através da análise estatística do projeto “Hospital de Santarém. Juntos, fazemos melhor.”. Qualitativa, na análise documental do uso de abordagens gestionárias por objetivos, como centro de responsabilidade integrado na estrutura do hospital, na aplicação do turismo médico como opção de financiamento e da importância que o *branding* hospitalar tem nessa dinâmica, em grande parte já desenvolvido na revisão da literatura e adiante discutida.

A investigação quanto ao seu objetivo tem um cariz essencialmente avaliativa, tentando perceber a aplicabilidade dum método de gestão alternativo e duma forma de financiamento complementar. Quanto ao método, será descritivo, tentando perceber como pode a capacidade gestionária atual dos serviços de saúde hospitalares evoluir (Reto, 1999).

Definição conceptual e operacional

Das questões a que esta tese procurou responder todas são passíveis de métrica. No entanto, nem todas são de aplicação no tempo previsto para a realização deste mestrado.

A resposta à questão de qual a melhor alternativa à atual postura gestionária dos serviços hospitalares públicos portugueses, por forma a torná-los mais eficientes, resultará da pesquisa bibliográfica realizada, das convicções do autor e de ilações retiradas do estudo quantitativo realizado no âmbito do projeto **“Hospital de Santarém. Juntos, fazemos melhor”**.

A resposta à questão de qual a importância do *branding* hospitalar na dinâmica da instituição, apoia-se na pesquisa bibliográfica realizada, nas convicções do autor e no resultado da aplicação do questionário no âmbito do projeto **“Branding e Comunicação dum hospital público. Missão impossível?”**. Já a questão sobre a possibilidade do turismo médico e "Out-

of-Country Care" constituir um complemento financeiro aos hospitais públicos portugueses será discutida tendo como alicerces a pesquisa bibliográfica realizada e as deduções do autor.

O projeto “**Hospital de Santarém. Juntos, fazemos melhor**” apesar de ter sido iniciado em Abril de 2012 (com recuo de 4 meses) estando em plena execução (previsivelmente até final do ano de 2015) não foi possível coletar os dados totais, ficando a análise limitada ao mês de Maio e por isso limitada nas suas conclusões.

A avaliação da atividade cirúrgica reveste-se de duas componentes. Qualidade e quantidade, tentando que nenhuma delas prejudique ou se sobreponha à outra. Na análise da qualidade são aferidas as complicações (morbilidade) e mortalidade de acordo com a classificação de Clavien-Dindo (Tabela 2). Existem outros indicadores, de índole técnica cirúrgica, cuja abordagem, neste contexto, é despropositada.

Grau	Definição
Grau I:	Qualquer desvio ao percurso pós operatório esperado sem a necessidade de recurso a intervenção farmacológica, cirúrgica, endoscópica ou imagiológica. Os regimes terapêuticos permitidos são: anti-eméticos, anti-piréticos, analgésicos, diuréticos e electrólitos e fisioterapia. Este grau também inclui a abertura de feridas operatórias infectadas no leito do doente.
Grau II:	Sempre que seja necessário recorrer a fármacos para lá dos expostos no Grau I. A terapia transfusional e a alimentação parentérica também está incluída.
Grau III:	Com intervenção cirúrgica, endoscópica ou imagiológica.
Grau III-a:	Sem anestesia geral
Grau III-b:	Com anestesia geral
Grau IV:	Complicações com risco de vida (incluindo complicações do SNC‡ com necessidade de tratamento numa UCI ou CI)
Grau IV-a:	Disfunção dum único órgão (incluindo a diálise)
Grau IV-b:	Disfunção multi-orgânica
Grau V:	Morte do doente
Sufixo 'd':	Se o doente sofre de complicação aquando da alta o sufixo “d” (de deficiência) á adicionado ao Grau de complicação. Esta classificação indica a necessidade de vigilância próxima

Tabela 2 - Classificação Clavien-Dindo.

‡ hemorragia cerebral, acidente vascular cerebral isquémico, hemorragia sub-aracnoideia, excluindo os acidentes vasculares transitórios. (Dindo D., Demartines N., Clavien P.A., 2004)

Na análise quantitativa são contabilizados a performance no bloco operatório através dos tempos operatórios que ilustram os resultados da articulação entre profissionais e da liderança dos mesmos em ambiente de bloco operatório, assim como a performance total, onde também são tidos em conta indicadores hospitalares.

Os tempos indicadores da performance em bloco operatório analisados são:

- Entrada do doente no bloco operatório (I)
- Entrada do doente na sala (II);
- Início da anestesia (III);
- Início da cirurgia (IV);
- Fim da cirurgia (V);
- Fim da anestesia (VI);
- Sala pronta para próxima cirurgia (VII).

Os quais resultam nas variáveis:

- Tempo de chegada ao bloco ($i = VII' - I$)¹;
- Tempo de permanência na sala de pré-anestesia ($ii = II - I$);
- Tempo até início de anestesia ($a = III - II$);
- Tempo de início da cirurgia ($b = IV - III$);
- Tempo de cirurgia ($c = V - IV$);
- Índice de Sobrecarga ($ISC = \text{tempo de cirurgia} - \text{tempo reservado pelo cirurgião}$)
- Tempo para finalizar a anestesia ($e = VI - V$)
- Tempo de limpeza e preparação ($f = III' - VI$);
- Tempo entre cirurgias ou Turnover ($g = VII - V$);
- Tempo do procedimento anestésico-cirúrgico ($iv = VI - III$).

¹ (III') refere-se a tempo do doente seguinte

Os indicadores hospitalares para aferir performance global são:

- Avaliação pré-operatória dos utentes (avaliação pré-operatória pela classificação de ASA; risco cirúrgico pelo indicador de P-POSSUM; risco tromboembólico);
- Tempo médio de internamento;
- Profilaxia antibiótica (até às 24 horas após cirurgia), como no SINAS;
- Antibioterapia após as 24 horas sem justificação, como no SINAS;
- Taxa de tromboprofilaxia realizada antes e depois da cirurgia de acordo com protocolo de Caprini, de acordo com a avaliação do SINAS;

Os resultados do projeto (cirurgia adicional da especialidade de Cirurgia Geral) são comparados com as cirurgias da mesma especialidade em ambiente de cirurgia adicional (fora de horário normal de trabalho, pagamento adicional) e de cirurgia programada.

De todas as variáveis quantitativas (tempos) salientamos pela sua importância o *Índice de Sobrecarga* que consiste na diferença entre tempo em que decorreu a cirurgia e o tempo inicialmente reservado pelo cirurgião. Mede o uso excessivo (índice de sobrecarga positiva) ou reduzido (índice de sobrecarga negativa) da capacidade operacional do bloco operatório. A *Taxa de Ocupação* traduz o uso efetivo da capacidade operacional do bloco operatório. Calculado pela soma do tempo total de uso da sala de operação com o tempo gasto na limpeza e preparação da sala, dividido pelo total de horas que o bloco está disponível.

A avaliação pré-operatória tem vários índices de que se pode socorrer. Um dos mais conhecidos e aplicados em todo o mundo é o da ASA (American Society of Anesthesiologists, 2014), criado em 1941 e que tem como principal objetivo classificar o estado físico do doente num ambiente pré operatório, não querendo aferir o risco anestésico ou cirúrgico. A classificação atual apresenta 6 graus (Tabela 3).

ASA PS Categoria	Estado de saúde pré operatório	Comentários, exemplos
ASA PS 1	Doente saudável	Saudável, não-fumadores, sem hábitos alcoólicos ou uso mínimo
ASA PS 2	Paciente com doença sistêmica leve ou moderada, sem limitação funcional	Doenças leves única sem limitações funcionais. Exemplos incluem (mas não limitados a): fumador atual , hábitos alcoólicos sociais, gravidez, obesidade ($30 < \text{IMC} < 40$) , DM/HTA bem controlados, DPOC leve
ASA PS 3	Paciente com doença sistêmica severa, com limitação funcional	Limitações funcionais marcadas; Uma ou mais doenças moderadas a graves. Exemplos incluem (mas não limitado a): DM mal controlada ou HTA, DPOC, obesidade mórbida ($\text{IMC} \geq 40$), hepatite ativa, dependência ou abuso de álcool, pacemaker implantado , redução moderada da fração de ejeção, insuficiência renal terminal a fazer diálise regularmente, RN prematuro PCA < 60 semanas, história (> 3 meses) de EAM, CVA , AIT, ou CAD/stents.
ASA PS 4	Paciente com doença sistêmica severa, representa risco de vida constante	Os exemplos incluem (mas não limitado a): EAM recente (< 3 meses), CVA, AIT, ou CAD/stents , isquemia cardíaca em curso ou disfunção valvular severa, severa redução da fração de ejeção, sépsis , angina instável, doença renal terminal não submetidos regularmente diálise programada
ASA PS 5	Paciente moribundo com perspectiva de óbito em 24 horas, com ou sem cirurgia	Os exemplos incluem (mas não limitado a): rotura de aneurisma abdominal / torácico, trauma severo , hemorragia intracraniana com efeito de massa, isquemia intestinal em face da patologia cardíaca significativa ou disfunção de múltiplos órgãos/sistemas
ASA PS 6	Paciente com morte cerebral, mantido em ventilação controlada e perfusão, para doação de órgãos (transplante)	

Tabela 3 - Sistema de classificação ASA

Entre os diferentes índices de avaliação de risco cirúrgico para doentes de cirurgia geral, destaca-se o P-POSSUM (Jason Smith, 2015), com provas dadas desde há 2 décadas e de largo uso no Reino Unido, calculando o risco de morbilidade e mortalidade baseando-se em dois grupos de parâmetros. Fisiológicos e cirúrgicos (Tabela 4).

Parâmetros	Fisiológico	Cirúrgicos
	Idade	Tipo de cirurgia
	Função cardíaca	Número de procedimentos
	Função respiratória	Perdas de sangue
	ECG	Contaminação peritoneal
	TA sistólica	Malignidade
	FC	Urgência da cirurgia
	Hemoglobina	
	Leucócitos	
	Ureia	
	Sódio	
	Potássio	
	GCS	

Tabela 4 - Parâmetros de cálculo do P-POSSUM

O Tromboembolismo Venoso é considerada a causa mais comum de morte hospitalar evitável (Michota, 2007), reunindo as entidades Trombose Venosa Profunda e Embolia Pulmonar, sendo encarado como um problema de saúde pública com elevada mortalidade e morbidade decorrendo custos elevadíssimos para a saúde.

Apesar de largamente aceite, a profilaxia do tromboembolismo é geralmente subutilizada, como demonstram alguns artigos (Prandoni, 2008). Dado a existência de profilaxia do TEV eficaz, muitos destes eventos e respetivas consequências, das quais a mais grave é a morte do doente, podem ser evitadas, com especial destaque para aqueles que são adquiridos no ambiente hospitalar (Cohen, 2007), que representam 70% do total. Daí a necessidade de avaliar o risco de TEV para aplicação das medidas profiláticas necessárias recorrendo ao índice mais difundido. O protocolo de Caprini (Caprini, 2015).

PROFILAXIA do TEV em doentes internados ^{2,3}		
Os métodos não farmacológicos e a HBPM, pela sua eficácia e perfil de segurança, são os meios profiláticos de eleição. Estes 2 métodos podem aplicar-se em associação.		
Pontuação total	Nível de risco	Regime de profilaxia
0	Baixo	➤ Não necessita de medidas profiláticas para além de mobilização precoce e hidratação
1-2	Moderado	➤ Mobilização precoce e hidratação ➤ Profilaxia mecânica (CPI, de preferência) ➤ Na sua ausência, HBPM ⁴ (Enoxaparina 40mg sc/dia) ou Fondaparinux ⁵ 2,5mg sc/dia
3-4	Elevado sem risco Hemorrágico	➤ Mobilização precoce e hidratação ➤ Profilaxia mecânica (CPI, de preferência) ou HBPM ⁴ (Enoxaparina 40mg sc/dia) ou Fondaparinux ⁵ 2,5mg sc/dia
3-4	Elevado com risco Hemorrágico	➤ Mobilização precoce e hidratação ➤ Profilaxia mecânica (CPI, de preferência)
5 ou > 5	Muito elevado sem risco de hemorragia Major	➤ Mobilização precoce e hidratação ➤ HBPM ⁴ (Enoxaparina 40mg sc/dia) ou Fondaparinux ⁵ 2,5mg sc/dia, associada a profilaxia mecânica (MCEG ou CPI)
5 ou > 5	Muito elevado com elevado risco de hemorragia	➤ Mobilização precoce e hidratação ➤ Profilaxia mecânica (CPI) até diminuição do risco de hemorragia e depois HBPM ³ (Enoxaparina 40mg sc/dia) ou Fondaparinux ⁴ 2,5mg sc/dia

Tabela 5 - Profilaxia do TEV em doente cirúrgico não ortopédico

² Seleção da terapêutica baseada em:

- Insuficiência renal (Ccr < 30ml/min)
- Aprovação para utilização
- Custo
- Facilidade de administração
- Monitorização
- Facilidade de reversão da ação

³ Após o início da terapêutica com heparina deve ser pedido hemograma com plaquetas de 2 ou de 3 em 3 dias até ao dia 14 e depois de 2 em 2 semanas após ou de acordo com a clínica.

⁴ HBPM deve ser utilizada com precaução nos doentes com insuficiência renal. Podem ser necessários ajustes da medicação e monitorização pelo teste de actividade anti-Xa. Seguir as indicações da bula.

⁵ Fondaparinux está contra-indicado em doentes com Ccr < 30ml/min e deve ser usado com precaução em doentes com IR moderada (Ccr 30- 50ml/min), peso < a 50Kg ou idade > 75 anos. Pode estar indicada em situações de trombocitopenia induzida pela heparina.

Entende-se por tempo médio de internamento, a média do total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento (Administração Central de Sistemas de Saúde, 2011).

O SINAS é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde, avaliando duas grandes áreas. Hospitais públicos e Saúde Oral.

Na área hospitalar são avaliadas diferentes dimensões (excelência clínica, segurança do doente, adequação e conforto das instalações, focalização no utente e satisfação do utente). A qualidade da prestação dos clínicos tem repercussão direta na dimensão de excelência clínica, sendo avaliados doentes com patologia do cólon (patologia guia). No entanto, os critérios são aplicáveis a qualquer patologia (Tabela 6).

INDICADORES DE CIRURGIA DO CÓLON
Administração de antibiótico profilático na hora anterior à cirurgia a doentes submetidos a cirurgias do cólon
Seleção do antibiótico profilático em doentes submetidos a cirurgias do cólon
Interrupção do antibiótico profilático nas primeiras 24 horas após a hora de conclusão da cirurgia para doentes submetidos a cirurgias do cólon
Prescrição de profilaxia recomendada do tromboembolismo venoso
Doentes que receberam a profilaxia do tromboembolismo venoso adequada no período entre 24 horas antes da cirurgia até 24 horas após a cirurgia

Tabela 6 - Critérios de qualidade SINAS para a Cirurgia Geral

O projeto “**Branding e Comunicação dum hospital público. Missão impossível?**” materializado na campanha de comunicação SKILLS foi iniciado em Fevereiro de 2014 com a primeira ação de formação “I CURSO DE PEQUENA CIRURGIA”. Seguiram-se outras (Tabela 7), mantendo em 2015/16 a sua atividade com múltiplas iniciativas agendadas. O fundamento do SKILLS é constituir uma campanha de comunicação interna, projetando a investigação e formação realizada pelos colaboradores do Hospital de Santarém, estimulando essa mesma investigação e formação, assim como de comunicação externa, projetando as ações desenvolvidas e com isso a marca “Hospital de Santarém”.

Para estabelecermos uma campanha de comunicação foi necessário identificar o emissor (comunicador), a mensagem (conjunto de símbolos), o meio (canal de comunicação), o receptor (alvo da comunicação), que decodificam os símbolos em ideias, e uma resposta (reação à comunicação) (Pires, 2008). Esta campanha passou (e continua) por vários passos na sua conceção. À semelhança da teoria da Dinâmica do Conhecimento de Nonaka (Nonaka, 1994) o primeiro passo foi o de socialização (Figura 3) em que os elementos que compunham o grupo inicial (médicos de várias especialidades) expunham as suas experiências e necessidades formativas, criando-se um crédito de conhecimento tácito entre todos, fruto da partilha de experiências. O passo seguinte foi a externalização deste conhecimento tácito em explícito, através da concepção e realização de diferentes reuniões formativas, cursos e participação em congressos médicos com trabalhos de investigação próprios. Esta exposição levou ao aumento do número de colaboradores inicial, assim como a convites de outras instituições para participação noutros projetos formativos. Com a evolução da campanha o conhecimento acumulado volta a ser “internalizado” fazendo parte do conhecimento tácito dos elementos que formam o SKILLS.

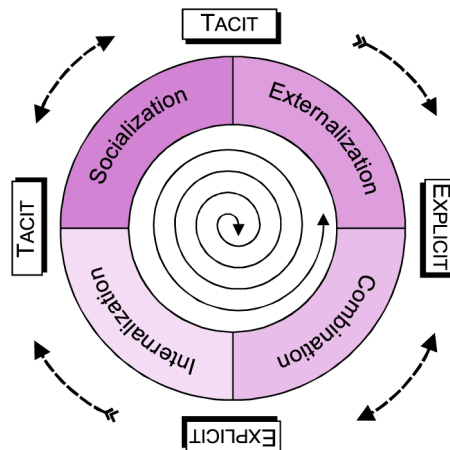


Figura 3 - Adaptado da teoria da dinâmica do conhecimento de Nonaka e Takeuchi

Este processo tem-se repetido continuamente numa verdadeira espiral de aquisição de conhecimento, tanto científico como organizacional, permitindo semear uma cultura organizacional voltada para a mudança de paradigma dum hospital público. Com este tipo de ação a imagem do hospital sai reforçada tanto a título interno, entre os seus colaboradores, como externo, entre as demais instituições, do mesmo ramo ou outro, locais ou supra

regionais e, em especial, entre os utentes do próprio hospital, melhorando a sua percepção de qualidade daquele. Nunca esquecendo o facto de que numa economia onde a única certeza é a incerteza, a única fonte que resta de vantagens competitivas é o conhecimento, como nos lembra Ikujiro Nonaka.

Todas as ações realizadas incluem a avaliação do grau de satisfação dos participantes nas atividades desenvolvidas, como imagem da sua qualidade, sendo necessário completar com avaliação futura por painel de peritos sob a forma de Método de Delphi, de forma a evidenciar novos aspectos, sucessivamente ao longo dos diferentes questionários, conduzindo os peritos a um consenso em relação ao modelo e processos do projeto de modo a selecionar os melhores.

População e amostra

Podemos definir como população-alvo da investigação resultante do projeto **“Hospital de Santarém. Juntos, fazemos melhor”**, os doentes operados no Bloco Operatório do Hospital de Santarém no mês de Maio de 2015 (n=271). A amostra é constituída pelos doentes operados pela especialidade de Cirurgia Geral (n = 73), constituindo uma amostra não aleatória. A amostra foi dimensionada para uma margem de erro de 10%, nível de confiança de 95% a dimensão da amostra seria de 72. Apesar de não aleatória, podendo por isso não ser representativa da população, a sua dimensão é correta.

De modo a não provocar desvios das variáveis estudadas por fatores extrínsecos e outliers, as patologias foram selecionadas entre as mais frequentes (Tabela 7) nesta especialidade separando-se em dois grandes grupos, dado as características específicas de cada abordagem. Cirurgia eletiva (implica permanência em internamento) e cirurgia de ambulatório (não implica permanência em internamento, com alta até às 20 horas).

Dadas as limitações do projeto em relação à gestão de altas, não foram incluídos doentes com avaliação pré operatória com classificação ASA superior a 3.

Eletiva	Hérnias da parede abdominal
	Litíase da vesicular biliar
	Proctologia
Ambulatório	Hérnias da parede abdominal
	Litíase da vesicular biliar
	Proctologia
	Patologia dos tegumentos

Tabela 7 - Patologia tratada

Definimos como população-alvo da investigação resultante do projeto “**Branding e Comunicação dum hospital público. Missão impossível?**” todos os participantes nos diferentes projetos formativos.

Instrumento de recolha de dados

No projeto “**Hospital de Santarém. Juntos, fazemos melhor**” A recolha de dados foi realizada por enfermeiros de bloco (tempos operatórios para análise quantitativa) recorrendo ao “Registo do Circuito de Doentes em Sala Operatória” (Anexo 3 – Folha de registo de circuito de doentes em sala operatória) e ao registo de dados do doente (Anexo 4 – Folha de registo de dados do doente).

A aplicação de questionário (Anexo 2 - Questionário) aos participantes nas atividades promovidas pelo SKILLS (Tabela 8), face visível do projeto “**Branding e Comunicação dum hospital público. Missão impossível?**”, permite avaliar a qualidade dessas mesmas

formações, refletindo a qualidade do projeto no seu todo. No entanto, a repercussão do projeto de comunicação na imagem da instituição, tanto entre os seus colaboradores como para o exterior, só será possível aquando da aplicação de avaliação mais pormenorizada.

Nome da actividade	Tema	Número de participantes
I CURSO PEQUENA CIRURGIA - 2014	Técnica Cirúrgica	24
TAMIS - 2014	Evolução do tratamento cirúrgico no carcinoma do reto	62
CONGRESSO NACIONAL OM - 2014	Técnica Cirúrgica	16
II CURSO PEQUENA CIRURGIA - 2015	Técnica Cirúrgica	24
III CURSO PEQUENA CIRURGIA - 2015	Técnica Cirúrgica	24
O ESTADO DA ARTE NO TRATAMENTO DA PATOLOGIA HEMORROIDÁRIA - 2015	Evolução do tratamento cirúrgico da patologia hemorroidária	60
		210

Tabela 8 - Atividades desenvolvidas pelo projeto SKILLS

Técnicas estatísticas de análise de dados

A informação recolhida foi tratada no EXCEL[®].

Em ambos os projetos foi realizada uma análise estatística descritiva com análise das frequências das variáveis usadas e registo dos valores de mínimo, máximo, mediana e média para cada variável quantitativa (Entrada do doente no boco operatório, Entrada do doente na sala, Início da anestesia, Início da cirurgia, Fim da cirurgia, Fim da anestesia, Sala pronta para próxima cirurgia, Tempo de chegada ao bloco, Tempo de permanência na sala de pré-anestesia, Tempo até início de anestesia, Tempo de início da cirurgia, Tempo de cirurgia, Índice de Sobrecarga, Tempo de limpeza e preparação, Tempo entre cirurgias ou Turnover, Tempo do procedimento anestésico-cirúrgico, risco cirúrgico pelo indicador de P-POSSUM, risco tromboembólico, Tempo médio de internamento).

As variáveis qualitativas (Avaliação pré-operatória dos utentes pela classificação de ASA, Profilaxia antibiótica até às 24 horas após cirurgia, Antibioterapia após as 24 horas sem justificação, tromboprofilaxia realizada antes e depois da cirurgia) seriam analisadas por estatística descritiva e inferência estatística. Infelizmente não foi possível a colheita de dados a tempo de serem usados nesta tese.

Cronograma

	2014								2015															
Mês	Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto	
Quinzena	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Fase 1																								
Composição e entrega de projeto																								
Pesquisa bibliográfica																								
Elaboração de “Resumo” e “Introdução”																								
Elaboração da “Componente empírica”																								
Elaboração de “Revisão da literatura”																								
Fase 2																								
Recolha de dados do projeto “Juntos, fazemos melhor”																								
Recolha de dados do projeto “SKILLS”																								
Elaboração de “Resultados e discussão”																								
Fase 3																								
Elaboração da Conclusão																								
Revisão da Dissertação																								
Entrega da Dissertação																								

Tabela 9 - Cronograma do estudo

Resultados e discussão

Como adiantado antes, este estudo carece de dados suficientes para uma análise completa e com significado estatístico, ficando no entanto, preparado para conclusões completas logo que seja nutrido com os restantes dados. Os dados são referentes à atividade operatória da especialidade de Cirurgia Geral no Hospital de Santarém, E.P.E., no mês de Maio de 2015.

A qualidade dos dados colhidos foi a nossa primeira preocupação pois só assim podemos garantir a qualidade dos resultados. Usamos como medida dessa qualidade, a % de tempos nulos, erro óbvio de má colheita.

	CP	CA	CAS	Total
n	43	8	22	73
Tempos medidos	614	14	309	937
Tempos medidos nulos	26	0	21	47
% tempos medidos nulos	4,2%	0	6,8%	5,0%

Tabela 10 - Tempos nulos como indicador de qualidade de colheita de dados

De todas as variáveis previstas, por dificuldade de colheita atempada ou menor interesse para as conclusões deste estudo, não foi possível contabilizar o tempo de recobro (diferença entre a alta da sala de recobro e fim da anestesia), as variáveis qualitativas assim como os dias de internamento.

Da análise estatística resultaram os seguintes resultados:

	Tempo de chegada ao bloco	Tempo de permanência em pre anestesia	Tempo até início de anestesia	Tempo até início de cirurgia	Tempo de cirurgia	Índice de sobrecarga	Tempo para finalizar anestesia	Tempo limpeza e de preparação	Tempo entre cirurgias (Turnover)	Tempo do procedimento anestésico-cirúrgico
Média	0:00	0:19	0:03	0:19	1:26	-0,004	0:12	0:27	0:34	1:55
Des Pad	0:33	0:16	0:11	0:15	1:05	0,043	0:05	0:20	0:19	1:11
Coe Dis	102,10	0,82	2,89	0,81	0,79	-12,24	0,48	0,76	0,55	0,61
Mediana	0:05	0:20	0:05	0:15	1:05	-0,005	0:11	0:20	0:30	1:35
Mínimo	(-)	0:00	(-)	0:00	0:10	-0,059	0:02	0:04	0:15	0:20
Máximo	0:40	1:00	0:25	1:29	5:05	0,128	0:30	1:35	1:50	5:25

Tabela 11 – Tempos CP (Des Pad = Desvio Padrão)

	Tempo de chegada ao bloco	Tempo de permanência em pre anestesia	Tempo até início de anestesia	Tempo até início de cirurgia	Tempo de cirurgia	Índice de sobrecarga	Tempo para finalizar anestesia	Tempo limpeza e de preparação	Tempo entre cirurgias (Turnover)	Tempo do procedimento anestésico-cirúrgico
Média	0:16	0:13	0:03	0:16	0:54	0,012	0:09	0:19	0:24	1:14
Des Pad	0:17	0:15	0:03	0:15	0:19	0,009	0:06	0:04	0:04	0:19
Coe Dis	1,05	1,10	1,04	0,90	0,35	0,714	0,63	0,21	0,20	0,27
Mediana	0:12	0:05	0:03	0:10	0:57	0,012	0:07	0:20	0:25	1:19
Mínimo	0:00	0:00	0:00	0:05	0:20	0,003	0:04	0:15	0:20	0:35
Máximo	0:40	0:45	0:10	0:55	1:30	0,021	0:20	0:26	0:35	1:50

Tabela 12 – Tempos CA (Des Pad = Desvio Padrão)

	Tempo de chegada ao bloco	Tempo de permanência em pre anestesia	Tempo até início de anestesia	Tempo até início de cirurgia	Tempo de cirurgia	Índice de sobrecarga	Tempo para finalizar anestesia	Tempo limpeza e de preparação	Tempo entre cirurgias (Turnover)	Tempo do procedimento anestésico-cirúrgico
Média	1:48	1:40	0:01	0:10	0:35	-0,012	0:07	0:20	0:20	0:51
Des Pad	1:01	1:12	0:01	0:05	0:18	0,011	0:02	0:12	0:03	0:10
Coe Dis	0,57	0,72	0,97	0,57	0,52	-1,85	0,33	0,61	0,18	0,20
Mediana	1:30	1:23	0:01	0:09	0:28	-0,014	0:08	0:16	0:20	0:53
Mínimo	0:00	0:00	0:00	0:02	0:13	-0,026	0:04	0:10	0:12	0:24
Máximo	3:50	3:55	0:05	0:25	1:25	0,017	0:14	0:58	0:25	1:00

Tabela 13 – Tempos CAS (Des Pad = desvio padrão); Coe Dis (Coeficiente de dispersão)

	n	Tempo de chegada ao bloco	Tempo de permanência em pre anestesia	Tempo até início de anestesia	Tempo até início de cirurgia	Tempo de cirurgia	Índice de sobrecarga	Tempo para finalizar anestesia	Tempo limpeza e de preparação	Tempo entre cirurgias (Turnover)	Tempo do procedimento anestésico-cirúrgico
CP	43	102,10	0,82	2,89	0,81	0,79	-12,24	0,48	0,76	0,55	0,61
CA	8	1,05	1,10	1,04	0,90	0,35	0,714	0,63	0,21	0,20	0,27
CAS	22	0,57	0,72	0,97	0,57	0,52	-1,85	0,33	0,61	0,18	0,20

Tabela 14 - Coeficientes de dispersão

Cancelamentos	CP	CA	CAS	Total
n	43	8	22	73
N + cancelamentos	45	8	22	75

Falta de tempo operatorio	0	0	0	0
Risco anestésico	0	0	0	0
Falta de pessoal	0	0	0	0
Falta de material/instalações	2	0	0	2
Outros	0	0	0	0

Taxa de cancelamentos	4,4%	0%	0%	2,7%
-----------------------	------	----	----	------

Tabela 15 – Cancelamentos de cirurgia e respetivas razões

Taxa de ocupação	CP	CA	CAS	Total
n	43	8	22	73
Períodos de ocupação	8:30 às 15:30 8:30 às 20:00	16:00 às 20:00	8:30 às 18:30	
Taxa de ocupação	64,0%	78,0%	92,8%	71,0%

Tabela 16 – Taxa de ocupação de bloco operatório

Índice de sobrecarga	CP	CA	CAS
n	43	8	22
Média	-0,004	0,012	-0,012
Des Pad	0,043	0,009	0,011
Coe Dis	-12,24	0,714	-1,85
Mediana	-0,005	0,012	-0,014
Mínimo	-0,059	0,003	-0,026
Máximo	0,128	0,021	0,017

Tabela 17 - Índice de sobrecarga

Na estatística descritiva bivariada entre variáveis quantitativas, recorreremos ao cálculo do coeficiente r de Pearson.

r (correlação)	i	ii	iii	iv	v	a	b	c	d	ISC	e	f	g
i	1,00	0,70		-0,01	-0,11	0,05	-0,31	0,07		0,01	-0,10	-0,35	-0,16
ii		1,00		-0,02	-0,02	-0,03	-0,11	0,00		-0,02	-0,23	-0,04	-0,39
iii													
iv				1,00	0,96	-0,10	0,32	0,98		0,97	0,31	0,18	0,25
v					1,00	0,08	0,27	0,96		0,95	0,27	0,39	0,27
a						1,00	-0,56	0,03		0,03	-0,09	0,13	-0,05
b							1,00	0,13		0,13	0,08	0,21	0,00
c								1,00		0,99	0,23	0,20	0,24
d													
ISC										1,00	0,00	0,00	0,19
e											1,00	-0,02	0,50
f												1,00	0,21
g													1,00

Tabela 18 - Matriz de correlação entre variáveis da CP

r (correlação)	i	ii	iii	iv	v	a	b	c	d	ISC	e	f	g
i	1,00	0,99		0,88	0,86	-0,22	-0,30	0,96		0,96	-0,22	0,30	-0,22
ii		1,00		0,51	0,35	0,12	-0,47	0,93		0,61	-0,15	-0,19	-0,09
iii													
iv				1,00	0,96	-0,18	0,13	0,97		0,97	0,23	0,15	0,27
v					1,00	-0,03	0,34	0,93		0,93	0,32	0,31	0,26
a						1,00	0,07	-0,15		0,03	0,29	0,12	0,08
b							1,00	0,10		0,10	0,50	0,13	-0,09
c								1,00		1,00	0,10	0,20	0,06
d													
ISC										1,00	0,10	0,20	0,06
e											1,00	-0,30	0,92
f												1,00	-0,18
g													1,00

Tabela 19 - Matriz de correlação entre variáveis da CA

r (correlação)	i	ii	iii	iv	v	a	b	c	d	ISC	e	f	g
i	1,00	0,99		0,62	0,40	0,25	0,02	0,36		0,13	0,38	0,24	0,09
ii		1,00		0,43	0,38	0,18	-0,03	0,32		0,03	0,26	0,32	0,15
iii													
iv				1,00	0,56	0,25	0,13	0,47		0,36	0,42	0,28	0,31
v					1,00	0,15	0,12	0,85		0,73	0,16	0,66	0,25
a						1,00	-0,49	0,19		0,13	-0,03	0,20	-0,26
b							1,00	-0,11		0,01	0,29	-0,16	0,19
c								1,00		0,91	0,00	0,29	0,08
d									1,00				
ISC										1,00	-0,08	0,11	-0,18
e											1,00	-0,05	0,48
f												1,00	0,17
g													1,00

Tabela 20 - Matriz de correlações da CAS

Na estatística descritiva bivariada entre variáveis qualitativas (qualitativas ordinais) e entre as variáveis quantitativas e qualitativas, recorreríamos ao cálculo de Coeficiente de Correlação Ró de Spearman — ρ . Infelizmente, não foi possível a colheita de dados a tempo de serem usados nesta tese.

Constatamos da análise estatística:

1. A amostra foi dimensionada para uma margem de erro de 10%, nível de confiança de 95% a dimensão da amostra seria de 72. Apesar de não aleatória, podendo por isso não ser representativa da população, a sua dimensão é correta. Com uma população previsível de 3.000 registos nos 12 meses, com margem de erro de 5% (ideal), nível de confiança de 99% (ideal), a amostra deverá ser de 544 registos, colhidos de forma aleatória.
2. Apesar da baixa taxa de erro a qualidade dos dados colhidos pode ser melhorada. Para isso podemos:
 - a. Alargar população aos 12 meses, com $n= 3.000$;
 - b. Melhoria da colheita de dados, constituindo uma função obrigatória de elemento de enfermagem circulante como garantia dessa melhoria.
3. Nos grupos de CP os doentes de cirurgia de ambulatório chegaram sempre no dia da cirurgia enquanto os de eletiva chegaram no dia anterior à cirurgia de modo a realizar avaliação pré-operatória; Na CA doentes chegaram sempre no dia da cirurgia realizando a avaliação pré-operatória durante a manhã; Na CAS os doentes chegaram sempre no dia da cirurgia tendo toda a avaliação pré-operatória realizada até 1 semana antes da cirurgia. Esta última realidade permite aliviar o trabalho de enfermagem do serviço (não realizam exames de pré-operatório), diminuir o nível de cancelamento e o tempo de internamento;
4. A CAS demonstrou tempos menores nas variáveis “Tempo até início de anestesia”, “Tempo até início de cirurgia”, “Tempo para finalizar cirurgia”, “Tempo de Turnover” e “Tempo procedimento anestésico-cirúrgico”. E, em todas elas com menor coeficiente de dispersão. Ambas as cirurgias realizadas em adicional (CAS e CA) têm “tempo de limpeza e preparação” idênticos sendo inferiores aos tempos registados na CP.

5. A CA e CAS não registaram nenhum cancelamento;
6. O “Tempo de cirurgia” foi inferior na CAS. No entanto, dado a existência de cirurgias mais complexas na CP, esta comparação é abusiva sem que haja correção pelos indicadores de avaliação pré-operatória, nomeadamente o P-POSSUM que traduz complexidade resultante do estado do doente e do tipo de procedimento cirúrgico em causa;
7. A “Taxa de ocupação” calculada pela relação entre a soma dos “Tempo de limpeza e preparação” e “Tempo do procedimento anestésico-cirúrgico”, e o tempo disponível de bloco operatório demonstrou a baixa eficiência de uso durante a CP (64%) e CA (78%), destacando-se a CAS com 92,8%;
8. O Índice de Sobrecarga consiste na diferença entre tempo em que decorreu a cirurgia e o tempo inicialmente reservado pelo cirurgião. Pode demonstrar o uso excessivo (índice de sobrecarga positiva), o que representa custos adicionais (horas extraordinárias; atraso de outros programas) ou reduzido (índice de sobrecarga negativa) da capacidade operacional do bloco operatório, que representa desperdício de recursos já alocados a esta atividade. A CAS demonstrou o melhor aproveitamento com um Índice de Sobrecarga perto do zero (-0,012), tal como a CA e baixo coeficiente de dispersão. A pior performance foi da CP com um índice claramente negativo;
9. Na análise bivariada destacaram-se algumas relações (Tabela 21)

	CP	CA	CAS
Tempo de Cirurgia - ISC	0,99	1	0,91
Tempo de Cirurgia – Tempo procedimento anestésico-cirúrgico	0,98	0,97	
Tempo procedimento anestésico-cirúrgico - ISC	0,97	0,97	

Tabela 21 - Análise bivariada

Estes resultados induzem os seguintes comentários:

1. Com uma população previsível de 3000 registos por ano, optando por uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 99% a qualidade da amostra será claramente superior permitindo aferir da significância estatística de algumas das conclusões;
2. A qualidade do registo é essencial, sendo necessário que esta colheita entre na rotina do bloco operatório como elemento primordial. Sem esta qualidade assegurada não é possível tirar as conclusões necessárias para uma adaptação e melhoria permanentes da performance do bloco operatório;
3. De salientar o menor tempo até início de cirurgia (“Tempo até início de anestesia” e “Tempo até início de cirurgia”), reconhecido como um dos principais indicadores de resistência (Nepote MHA, Monteiro IU, Hardy E. , 2009). O “Tempo até início de cirurgia” correspondendo ao tempo de indução anestésica foi mais baixo na CAS e inferior ao indicado como apropriado na literatura (Overdyk FJ, Harvey SC, Fisman RL, Shippey F , 1998);
4. O “Tempo de turnover” que é o tempo entre o fim de uma cirurgia e o início da preparação para a próxima sendo tido como tempo aceitável os 35 minutos (Dexter F, Epstein RH, Marcon E, Ledolter J. , 2005) em cirurgias de grande porte, ou se não ultrapassar o tempo médio de transição de uma cirurgia para a outra em 15 minutos. O mesmo estudo revelou que o principal motivo de atraso está relacionado com o atraso da equipa médica. Dado não termos esta última referência (equivaleria a IV’- V no nosso estudo) tempo de turnover na CP de 34 minutos estará dentro dos parâmetros, sendo os tempos de turnover de 24 minutos da CA e de 20 minutos da CAS devidos à patologia mais simples abordada. Ainda assim, os ganhos de 42% conseguidos no tempo de turnover da CAS em relação à CP são relevantes;

5. Com uma Taxa de Ocupação de 92,8% a CAS foi a única que esteve dentro dos parâmetros ideais de 85-95% defendidos na literatura (Tyler DC, Pasquariello CA, Chen CH, 2003);
6. A literatura demonstra que uma das causas de baixa performance do bloco operatório é o atraso no início da primeira cirurgia (aqui contabilizado como “Tempo de entrada na sala”), comprometendo todo o plano operatório e, por isso, constituindo uma forma de resistência (Nepote MHA, Monteiro IU, Hardy E. , 2009). No nosso estudo a CA teve o pior desempenho com um atraso médio de 41 minutos que pode dever-se ao fato de só começar depois de acabar a CP estando dependente dos atrasos da última cirurgia da CP. No entanto, é de salientar que a CP teve um atraso médio de 25 minutos chegando, em alguns casos a 60 minutos, enquanto a CAS começou, em média 6 minutos antes da hora programada (Tabela 22).

	CP	CA	CAS
Média	0:25	0:41	-0:06
Desvio padrão	0:17	0:12	0:11
Coeficiente de variação	0,71	0,31	-18:25
Mediana	0:20	0:40	-0:15
Mínima	0:02	0:25	-0:15
Máximo	1:00	1:00	0:10

Tabela 22 - Tempo de início da primeira cirurgia

7. A influência da avaliação pré-operatória dos doentes (avaliação pré-operatória pela classificação de ASA; risco cirúrgico pelo indicador de P-POSSUM; risco tromboembólico) na performance em termos de tempos, índice de sobrecarga, taxa de ocupação e morbi-mortalidade terá que ser aferida como fator diferenciador;

8. A análise bivariada é essencial para perceber como podemos influenciar a eficácia. A forte relação entre o “Tempo de cirurgia” e o Índice de Sobrecarga demonstra ser o “Tempo de cirurgia” uma das principais influências para o ISC, sendo necessário melhor agendamento como forma de otimização na utilização do bloco operatório. Esta passa por uma análise multivariada dos procedimentos agendados, passando pelo estado pré-anestésico dos doentes, complexidade do procedimento e equipa cirúrgica. Em todos os tipos de cirurgia concluímos haver forte correlação entre “Tempo de Cirurgia” e “Tempo de procedimento anestésico-cirúrgico” não tendo a performance dos anestesistas influência relevante;
9. Destas variáveis podem deduzir-se os índices de otimização e de resistência. Enquanto o primeiro demonstra o ganho de capacidade operacional resultante de fatores facilitadores da atividade do bloco operatório, sendo constituído pela pontualidade, tempo de adiantamento das cirurgias; taxa de cirurgias extras, realocação de sala; tempo de limpeza e preparação da sala \leq a 20 minutos, o índice de resistência, por oposição ao anterior, demonstra a perda de capacidade operacional resultante de fatores dificultadores da atividade do bloco operatório sendo constituído pelas variáveis, atrasos para o início das cirurgias (\geq a 16 minutos), cancelamentos, tempo de limpeza e preparação da sala \geq a 21 minutos. Estes índices não foram calculados por incapacidade de colheita das variáveis constituintes.
10. Os princípios LEAN podem estar presentes em tudo o que fazemos na gestão duma unidade como o bloco operatório. Simples pormenores como internamento no próprio dia da cirurgia, preparação atempada e minuciosa dos doentes geram de imediato poupanças relevantes no tempo de trabalho de enfermagem, no tempo de internamento e na utilização duma unidade tão cara como o bloco operatório;

11. O alinhamento da equipa de profissionais com uma cultura organizacional votada para a eficiência, através da maximização na utilização dos recursos disponíveis, para eficácia, atingindo os objetivos de mais e melhor tratamento para os utentes, menor tempo de internamento e menos cancelamentos e, por fim, para a efetividade, conseguindo índices altos de satisfação dos utentes e dos profissionais envolvidos;
12. A organização duma equipa baseada na experiência dos profissionais, na sua disponibilidade para a melhoria continua e numa liderança orientada e permanentemente presente como a que foi aplicada na CAS demonstram que a cultura organizacional é uma das duas variáveis mais importantes no sucesso duma unidade destas, com melhores índices de utilização, menos cancelamentos, menor tempo de internamento, menos complicações e, por conseguinte, maior satisfação do utente;
13. Uma das variáveis apontadas como decisiva para a performance melhorada em cirurgia adicional é o pagamento adicional. A par da cultura organizacional a forma de pagamento é um fator discriminativo e decisivo na performance sendo, por isso, essencial encetar nos hospitais públicos formas progressivas de pagamento. Garantindo uma base de remuneração, a maior percentagem deverá estar dependente da performance do colaborador de acordo com critérios de qualidade e quantidade e em diferentes níveis da organização, desde o colaborador isolado ao Departamento em que está incluído, passando pela equipa operacional e serviço (várias equipas).

Os resultados do questionário (Anexo 2 - Questionário) aplicado aos participantes nas atividades promovidas pelo SKILLS resume o impacto alcançado pelo projeto (Tabela 23).

	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Mediana	Mín	Máx
1. Formação em geral						
Como avalia						
1.1 A integração dos temas	4,83	0,07	0,01	4,86	4,70	4,91
1.2 A organização em geral	4,88	0,08	0,02	4,88	4,77	4,98
2. Conteúdo						
Em relação ao conteúdo da formação						
2.1 Os temas tratados tiveram interesse	4,84	0,07	0,01	4,87	4,70	4,91
2.2 Os temas têm uma aplicação no seu desempenho profissional	4,96	0,05	0,01	5,00	4,88	5,00
2.3 Os temas foram abordados com a profundidade esperada	4,60	0,29	0,06	4,69	4,20	4,98
3. Instalações e material de apoio pedagógico						
Como considera						
3.1 As instalações onde decorreu a formação	4,30	0,24	0,06	4,24	3,90	4,60
3.2 O material de apoio pedagógico	4,88	0,18	0,04	4,96	4,50	5,00

Tabela 23 - Resultados dos inquéritos SKILLS (n=210)

Donde podemos concluir que em todos os itens avaliados o nível de satisfação foi elevado e com baixa variabilidade.

Conclusão

Apesar da evolução positiva da atitude gestonária dos hospitais públicos nas últimas décadas, o contínuo aumento da procura dos cuidados de saúde não tem facilitado a implementação de modelos cada vez mais empresariais.

A necessidade de maior eficiência na gestão dos nossos hospitais tem levado a maior diferenciação empresarial entre aqueles com responsabilidade no curso das suas instituições havendo, para lá da carreira de administrador hospitalar, uma cada vez maior propensão a que outros profissionais, médicos e enfermeiros, habitualmente virados de costas para assuntos de gestão, se interessarem e participem nessa mesma gestão. Este desvio permite uma maior aproximação entre os dois poderes típicos dum hospital público, os administradores e os clínicos, resultando numa capacidade aumentada na gestão das unidades (Packard, 2015).

A abordagem tradicional da gestão dos nossos hospitais públicos, fruto do distanciamento acumulado ao longo de décadas e agravada pelas sucessivas crises de financiamento, criou um fosso entre o poder administrativo e o clínico. Torna-se evidente a necessidade duma gestão intermédia eficiente integrada e vertical, partilhando orçamentos entre os diferentes níveis, evitando deformações e assimetrias, e responsabilizando todos na eficiência, eficácia e efetividade dessa mesma gestão, sendo exemplo os CRI tal como defendido nesta tese.

A possibilidade de comportamentos de mercado na gestão dos hospitais públicos permitirá potenciar as suas capacidades e excelência à semelhança do que é permitido ao sector privado (Medical Tourism Association, 2015), angariando formas complementares de financiamento, como o turismo médico e "Out-of-Country Care", e potenciando as respetivas marcas, seja pelo reconhecimento (rede de Centros de Referência nacional e internacional), seja por ações de comunicação, sempre em busca da excelência clínica e gestonária, cujo objetivo máximo é a satisfação dos nossos utentes.

Bibliografia

- ACSA. (2015). *ACSA Internacional*. (A. d. Andalucía, Produtor) Obtido em Julho de 2015, de Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía:
<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/resultados-de-actividad/Internacional/>
- Administração Central de Sistemas de Saúde. (2011). *Circular Normativa nº 11*. Administração Central de Sistemas de Saúde. ACSS.
- Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP. (2014). *Contrato Programa 2015 - Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*. Lisboa.
- Alves, J. F. (2008). Ricardo Jorge e a Saúde Pública em Portugal. *Arquivos de Medicina* , 22.
- American Society of Anesthesiologists. (2014). *ASA Physical Status Classification System*. Obtido em 2015, de American Society of Anesthesiologists:
<https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>
- Barros, P. P. (2013). *Pela sua saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Berry, L. (2007). Building a strong services brand: Lessons from Mayo Clinic. *Business Horizons* , 50.
- Berry, L. (2000). Cultivating Service Brand Equity. *Jounral of Academy of Marketing Science* , 28.
- Bujak, J. (2005). Health Care Leaders as Agents of Change. *The phisician executive* (Leadership).
- Campos, A. C. (2014). *40 anos de Abril na saúde*. Coimbra: Almedina.
- Caprini, J. (2015). *Caprini Score: DVT risk assessment* . Obtido em 2015, de Venous Resource Center: <http://venousdisease.com/dvt-risk-assessment-online/>
- Carvalho, M. J. (2013). *Gestão em saúde em Portugal. Uma década perdida*. Porto: Vida Económica.
- CHKS. (2015). *Accredited organisations*. (C. H. Systems, Produtor) Obtido em Julho de 2015, de CHKS: <http://www.chks.co.uk/Accredited-organisations>
- Cohen, A. T. (2007). Venous thromboembolism (VTE) in Europe. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* .
- Cortez, N. (2012). Into the Void: The legal ambiguities of an unregulated medical tourism market. In L. T. Jill R. Hodges, *Risks and challenges in medical tourism. Understanding the global market for health services*. Praeger.

Dexter F, Epstein RH, Marcon E, Ledolter J. . (Junho de 2005). Estimating the incidence of prolonged turnover times and delays by time of day. *Anesthesiology* , 102 (6), pp. 1242-8.

DGS. (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Direcção-geral de Saúde, Departamento de Qualidade na Saúde. DGS.

Dindo D., Demartines N., Clavien P.A. (2004). The Clavien-Dindo Classification of Surgical Complications . *Ann Surg.* , 244, pp. 931-937.

Dorgan, S. (2010). *Management in healthcare: Why good practise really matters*. Londres: McKinsey & Company.

ECDPC. (2015). Obtido em Julho de 2015, de European Centre for Disease Prevention and Control: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/Pages/index.aspx

Edmondson, A. (2007). Methodological fit in management field research. *Academy of Management Review* , 32.

Elyria Kemp, K. H. (2015). Hope across the seas: the role of emotions and risk propensity in medical tourism advertising . *International Journal of Advertising: The Review of Marketing Communications* , 1-20.

INE. (2014). *Instituto Nacional de Estatística - Statistics Portugal*. (Instituto Nacional de Estatística) Obtido em 13 de Junho de 2014, de www.ine.pt

IPAC. (2015). *Base de dados nacional de sistemas de gestão certificados*. Obtido em Julho de 2015, de Instituto Português de Acreditação: http://www.ipac.pt/pesquisa/lista_empcertif.asp

Jason Smith, P. T. (2015). *P-POSSUM Scoring*. (Surginet, Produtor) Obtido em 2015, de Risk Prediction in Surgery: <http://www.riskprediction.org.uk/pp-index.php>

JCI. (2015). *Instituições acreditadas pela JCI*. Obtido em Julho de 2015, de Joint Commission International: <http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Portugal>

Lunt, N. (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. OCDE.

Lunt, N. (2014). Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective. *International Journal of Health Policy and Management* , 2 (4), 155-7.

Medical Tourism Association. (25 de Setembro de 2015). Medical Tourism: Lisbon at Heart of Magnetic Surgery in Portugal. *Medical Tourism Magazine* .

Michota, F. A. (2007). Bridging the Gap Between Evidence and Practice in Venous Thromboembolism Prophylaxis: The Quality Improvement Process. *Journal General Internal Medicine* , 12.

Mintzberg, H. (2010). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Alfragide: D. Quixote.

Nacional, I. (1976). Constituição da República Portuguesa. *Diário da República* , I Série.

- Nacional, I. (1971). Diário do Governo. *Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro*, 228.
- Nacional, I. (1998). Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio. *Diário da República*.
- Nacional, I. (2003). Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto. *Diário da República*, I Série A.
- Nacional, I. (1988). Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro. *Diário da República*, I Série.
- Nacional, I. (1983). Decreto-Lei n.º 344-A/83 Diário da República n.º: 169/83 Série I 1º Suplemento. *Diário da República*, I Série.
- Nacional, I. (1982). Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de Setembro. *Diário da República*, I Série.
- Nacional, I. (1999). Decreto-Lei n.º 374/99 de 18 de Setembro. *Diário da República*, Série I-A.
- Nacional, I. (1992). Decreto-Lei n.º 54/92 de 11 de Abril. *Diário da República*.
- Nacional, I. (1986). Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de Março. *Diário da República*, I Série.
- Nacional, I. (1976). Diário da República. *Decreto de aprovação da Constituição*, 1976.
- Nacional, I. (1979). Diário da República. *Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro*, 214.
- Nacional, I. (1988). Diário da República. *Decreto-Lei n.º 19/88*, 17.
- Nacional, I. (1968). Diário do Governo. *Decreto-Lei n.º 48357*, 101.
- Nacional, I. (1968). Diário do Governo. *Decreto-Lei n.º 48358*, 101.
- Nacional, I. (1989). LEI CONSTITUCIONAL n.º 1/89. *Diário da República*.
- Nacional, I. (2002). Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. *Diário da República*, I Série A.
- Nacional, I. (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da República*.
- Nacional, I. (1979). Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro. *Diário da República*, I Série.
- Nacional, I. (1963). Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963. *Diário do Governo*, I Série.
- Nepote MHA, Monteiro IU, Hardy E. . (Julho de 2009). Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral. *Rev Latinoam Enferm*, 17 (4), pp. 529-34.
- Nonaka, I. (Fevereiro de 1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science*, 5 (1), pp. 14-37.
- OCDE. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD.
- OCDE. (2011). *Improving estimates of exports and imports of health services and goods under the systems of health accounts framework*. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Geneva: OCDE.
- OCDE. (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*. Paris: OECD.

Overdyk FJ, Harvey SC, Fisman RL, Shippey F . (Abril de 1998). Successful strategies for improving operating room efficiency at academic institutions. *Anesth Analg* , 86 (4), pp. 896-906.

Packard, D. (Setembro de 2015). 5 important qualities for a medical leader (and one to avoid). *Becker's Hospital Review* .

Pires, A. (2008). Política de comunicação. In A. Pires, *Marketing. Conceitos, técnicas e problemas de gestão*. Lisboa: Editorial Verbo.

Pordata. (2014). *Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 29 de 10 de 2014, de Pordata:
<http://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+saude+execucao+orcamental+em+percentagem+do+PIB-855>

Portugal, G. d. (2014). *Um estado melhor*.

Prandoni, P. (2008). Prevention and treatment of venous thromboembolism with low-molecular-weight heparins: Clinical implications of the recent European guidelines. *Thrombosis Journal* , 13.

Reto, L. (1999). Métodos como estratégia de pesquisa. *Revista Portuguesa de Gestão* , 1.

ROCK, e. a. (2014). Lean management in hospitals: Evidence from Denmark. *Administratie si Management Public* , 23.

Saúde, O. P. (2004). *Relatório de Primavera 2004 - Incertezas. Gestão da mudança na saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Simões, J. A. (2009). Centros de responsabilidade e avaliação da performance financeira. In J. A. Simões, *Descentralizar e responsabilizar por resultados*. Lisboa: Áreas Editora.

Sintra, P. (2014). *Branding e Comunicação num hospital público. Missão impossível?* ISCTE Business School.

Snyder, J. (2013). Do your homework...and then hope for the best”: the challenges that medical tourism poses to Canadian family physicians’ support of patients’ informed decision-making. 14 (37).

Sreenivas, D. T. (2013). An analysis on marketing mix in hospitals. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences* , 2.

Tchouaket, É., & Lamarche, P. (2012). Health care system performance of 27 OCDE countries. *The International Journal of Health Planning and Manegement* .

Tiago Correia, G. C. (2015). *O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos*. ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos. Lisboa: ISCTE-IUL.

Tyler DC, Pasquariello CA, Chen CH. (2003). Determining optimum operating room utilization. *Anesth Analg* , 96 (3), pp. 1114-21.

Hospital de Santarém, E.P.E.

WHO. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*. World Health Organization.

Williams, J. (2014). *The Basics of Branding*. (Entrepreneur Media, Inc.) Obtido em Março de 2014, de Entrepreneur.com: <http://www.entrepreneur.com/article/77408>

Anexo 1 – Projecto “Hospital de Santarém. Juntos, fazemos melhor.”

HOSPITAL DE SANTARÉM.

JUNTOS, FAZEMOS MELHOR.



ABREVIATURAS

BO	Bloco Operatório
CA	Conselho de Administração
EPE	Entidades Públicas Empresariais
IP	Instituto Público
LIC	Lista de Inscritos em Cirurgia
SCG	Serviço de Cirurgia Geral
SIADAP	Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SIGIC	Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UCA	Unidade de Cirurgia de Ambulatório
ULS	Unidade Local de Saúde

Porquê?

A produção do SCG do Hospital de Santarém foi fortemente penalizada durante o ano de 2014 com as dificuldades crescentes com algumas das instalações mais sensíveis, nomeadamente o BO. Perseguindo objetivos quer quantitativos, quer qualitativos, o SCG procurou adaptar-se. Não conseguindo cumprir todas as metas a que se propunha, nomeadamente garantir a redução do tempo de espera para cirurgias programadas e de ambulatório, e face à previsível quebra de performance para 2015, fruto das obras anunciadas, e ainda tendo em atenção a prática instituída desde 2012 de responsabilização financeira das unidades hospitalares de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados, um grupo dos seus cirurgiões reuniu-se de modo a apresentar alternativas viáveis, procurando a criação de valor de forma empreendedora e alinhada com a estratégia da instituição. A construção do contrato programa para 2015 implica que “os hospitais públicos e as ULS assumem a responsabilidade financeira decorrente de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros (outros hospitais do SNS ou entidades convencionadas com o SNS) aos utentes inscritos na sua LIC, respeitando as regras definidas para o programa denominado SIGIC” assim como “a atividade cirúrgica a contratar com os hospitais deve considerar a atividade cirúrgica que estimam realizar internamente e, ainda, a atividade cirúrgica constante da sua LIC que poderá ser realizada por terceiras entidades, fruto da impossibilidade do hospital as realizar dentro dos TMRG” (Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP, 2014). Por tudo isto, impoem-se uma atitude pró-ativa evitando a captura de ativos financeiros potencialmente pertencentes ao Hospital de Santarém.

A construção do projeto assenta nos seguintes objetivos principais:

1. Evitar o aumento do tempo de espera para cirurgia com as consequências previsíveis de:
 - a. Doentes transferidos para outras instituições,
 - b. Agravamento da situação clínica dos doentes em espera e,
 - c. Penalização financeira para o Hospital de Santarém, E.P.E
 - d. Não cumprimento dos objetivos qualitativos pelo Hospital de Santarém;
2. Rentabilização dos meios (BO e enfermaria) disponíveis no Hospital de Santarém, E.P.E.;
3. Concentrar o foco de atividade nas patologias especialmente carenciadas, tanto nas cirurgias eletivas como de ambulatório, representativas de 85% de todas as patologias em lista de espera;
4. Privilegiar os doentes readmitidos, quer de ambulatório, quer de cirurgia eletiva;

5. Estabelecer e praticar objetivos qualitativos (não financeiros) relacionados essencialmente com a excelência dos serviços prestados, com especial destaque para:
 - a. Avaliação pré-operatória dos utentes (avaliação pré-operatória; risco cirúrgico; risco tromboembólico);
 - b. Tempo de internamento;
 - c. Taxa de trombopprofilaxia realizada antes e depois da cirurgia;
 - d. Taxa de antibioterapia profilática interrompida até às 24 horas;
 - e. Taxas de morbilidade;
 - f. Nível de satisfação dos utentes.
6. Estabelecer e praticar objetivos quantitativos (financeiros) garantidos por protocolos rigorosos nos gastos de material e fármacos (Anexo III), diminuindo os custos variáveis associados a cada doente (p.e. profilaxia antibiótica de acordo com prática protocolada interrompida até às 24 horas; ausência de uso de stat tack nas hernioplastias);
7. Cumprimento de cronograma (anexo1), desde que mantidas as permissas;
8. Desenvolver de forma controlada um projeto assente em duas linhas de pensamento: a filosofia LEAN no que diz respeito à gestão dos seus recursos e; aplicar os princípios de responsabilização dos mentores do projeto em relação à performance e resultados finais;
9. Apresentar, no fim do projeto (Janeiro de 2016), a avaliação dos resultados quer quantitativos, quer qualitativos, com especial destaque para a aplicação de alguns processos de gestão de tempo e doentes;
10. Por fim, garantir uma equipa multidisciplinar motivada e alinhada com a missão e valores do Hospital de Santarém,E.P.E., agregada por processos e objetivos de trabalho, de qualidade e quantidade acima da média conhecida em hospitais públicos, nomeadamente no Grupo C em que se insere.

A postura do projeto agora apresentado pretende demonstrar que o Hospital de Santarém concentra as capacidades, competências e estruturas necessárias para atingir um nível elevado de performance assistencial.

Como?

A orgânica do projeto segue uma lógica de Centro de Responsabilidade Integrado (CRI), de forma a garantir a responsabilização e a avaliação de desempenho das equipas e respetivos responsáveis. O projeto comporta-se especificamente como um centro de resultados, existindo um coordenador que, em articulação com o Diretor do SCG, tem a responsabilidade de:

- Organizar equipas médicas, de enfermagem e restantes colaboradores de modo a cumprir os objetivos a que se propõe;
- Aplicar os princípios da filosofia LEAN;
- Desenvolver hábitos de liderança entre os seus cirurgiões (de preferência cirurgiões sem chefias anteriores de forma a não moldar a sua atuação);
- Garantir a execução dos processos de escolha dos doentes (doentes mais antigos da lista e espera; patologias mais frequentes; etc) e a preparação pré-operatória dos doentes (de modo a tornar residual a taxa de não conclusão do procedimento por não qualificação anestésica do doente);
- Garantir o seguimento pós-operatório.

No projeto agora apresentado foram identificadas como **oportunidades**:

- a) A existência de vagas para internamento no SCG nos fins-de-semana (Anexo II);
- b) Salas de bloco operatório encerradas ao fim de semana;
- c) Previsível aumento das listas de espera (baseado na lista do ano de 2014 e produção previsível de 2015);
- d) Nutrir os currículos operatórios dos internos de especialidade de Cirurgia Geral participantes.

Como **forças** do projeto saliento:

- a) Experiência e motivação da equipa;
- b) Contributo para a diminuição dos tempos de internamento;
- c) Aumento ligeiro da taxa de ocupação;
- d) Alinhamento com valores e missão do Hospital de Santarém, E.P.E.;
- e) Aumento da qualidade e diminuição de custos nos procedimentos realizados;

- f) Cumprimento de parâmetros de qualidade de registo (registo operatório e notas de alta de todos os doentes incluindo os de cirurgia de ambatório, e cirurgia segura realizada em 100% dos doente operados).

As **fraquezas** a destacar são:

- a) Falta de alguns profissionais, com especial destaque para os anestesistas;
- b) A fraca adesão aos projetos de recuperação de listas de espera nos 2 últimos anos;
- c) Rácio de enfermeiros/doente baixo no SCG.

Com o propósito de corrigir as fraquezas são propostas duas medidas:

1. Contratação de prestação de serviços de anestesia
2. Presença de enfermeiro na sala de operados (unidade de cuidados intermédios) do SCG

As **ameaças** identificadas limitam-se à dificuldade de contratação de anestesistas dado o baixo valor/hora praticado e a distância de Santarém aos grandes centros.

Dado a quebra de produção do SCG e tendo como bitola a performance no mês de Janeiro de 2015 (quebra de 23% nos doentes saídos com aumento da demora média para 9,37 dias e taxa de ocupação com quebra para 83%) podemos extrapolar que os 120 doentes electivos operados (80% com alta aos 2 dias e 20% com alta aos 3 dias) terão um impacto de menos 0,43 dias de demora média e aumento da taxa de ocupação apenas para 84%. Em relação à taxa de ambulatorização, dado o maior desvio para este tipo de doente (fruto da indisponibilidade de bloco central), o impacto será residual.

O alinhamento dos colaboradores com os objetivos do projeto é peça fundamental para o seu sucesso. Para que tal aconteça é necessário demonstrar as mais-valias, consequências a curto e a médio prazo, tanto para a instituição no seu todo como para os colaboradores individualmente.

Todos os projetos, mesmo os que têm um cariz académico associado, têm que se patrocinar. A forma mais fácil para que isso aconteça, no contexto atual, é através do programa de recuperação de listas de espera.

A forma de pagamento da equipa será de acordo com o Despacho nº 24 036/2004 (2ª Série) resultando, após negociação com o CA nos valores finais:

- Cirurgia de ambulatório - 40% do valor estipulado na tabela de preços;
- Cirurgia eletiva – 40 % do valor estipulado na tabela de preços

A distribuição será de acordo com as tabelas abaixo.

Profissional	% do Total				
	Da equipa	Sub-grupo		% parcial	
		Eletiva	Ambu.	Eletiva	Ambu.
Cirurgião	55%	40 %		22,00 %	
Cirurgião ajudante		25%		13,75 %	
Anestesista		35%		19,25 %	
Enfermeiro circulante	41,5%	20 %	25%	8,30 %	10,375%
Enfermeiro de anestesia		20 %	25%	8,30 %	10,375%
Enfermeiro instrumentista		20 %	25%	8,30 %	10,375%
Enfermeiro de piso		20 %	-	8,30 %	-
Enfermeiro de recobro		20 %	25%	8,30 %	10,375%
Administrativo	6€				
Assistente Operacional	3,5%	100%		3,5%	
		Total		100%	

Tabela 1- Percentagem de pagamento à equipa (de acordo com Despacho 6263/2005 (2ª Série) e Tabela de preços do Acordo Modificativo do Contrato-Programa do Hospital de Santarém E.P.E. para 2014). Podrá sofrer ajustes.

O pagamento diferenciado dos profissionais é justificado de acordo com atividades suplementares seguindo as seguintes premissas:

- O Cirurgião tem a seu cargo a consulta de pré-operatório (pedido de rotinas pré-operatórias; verificação de indicação cirúrgica) e consultas pos-operatórias;
- O Cirurgião é responsável pelo consentimento informado;
- O Cirurgião identifica e corrige posteriormente as complicações resultantes;
- O Cirurgião é responsável pelo cumprimento dos objetivos quantitativos e qualitativos de acordo com os processos definidos;
- O Cirurgião ajudante responsável pela observação e alta do doente no Domingo seguinte;
- Anestesiista fará consulta anestésica nos casos esporádicos em que se justifique.
- O enfermeiro de BO será responsável pela preparação de todo o material necessário para as 8 intervenções cirúrgicas. Recebe os 8 doentes do plano operatório aos quais prestará cuidados na sua área de intervenção (anestesia, circulante, instrumentista).
- O enfermeiro de UCPA colaborará na recepção dos 8 doentes e realizará os respetivos pós operatórios imediatos. Os pós operatórios dos doentes em ambulatório são mais demorados que o habitual e requerem mais cuidados por parte do enfermeiro (ensinos) uma vez que em seguida o doente irá para casa.
- O enfermeiro do piso não contacta com os doentes de ambulatório. Prepara os quatro doentes do internamento e será a esses que prestará cuidados.

Na atual lista de espera do SCG identificamos aproximadamente 100 utentes para cirurgia de ambulatório e 250 utentes (relação de 1 para 2,5) para cirurgia electiva das patologias mais frequentes (representantes de 85% de todas as patologias), entre os utentes com tempos de espera entre os 60 e os 350 dias. Face a esta relação e à dinâmica desejada, o mapa operatório diário será constituído por 4 utentes de lista de cirurgia de ambulatório e 3 a 4 da lista de cirurgia eletiva.

Considerando a possibilidade pontual de correção quer para marcação de dias de atividade suplementar quer para desmarcação, o mapa operatório será idealmente distribuído até 15 dias antes do primeiro sábado do mês com o nome dos profissionais envolvidos e dos doentes a operar.

Hospital de Santarém, E.P.E.

A mecânica diária da equipa será de acordo com esquema do Anexo IV estando todos os colaboradores comprometidos com os objetivos qualitativos e quantitativos enumerados.

Os profissionais envolvidos serão:

- Coordenador – Dr. Paulo Sintra

- Cirurgiões
 - Dr. António Soares
 - Dr. Frederico Vera Cruz
 - Dra. Natacha Nunes
 - Dr. Nuno Vilela
 - Dra. Olena Tesliak
 - Dr. Paulo Sintra
 - Dr. Pedro Mesquita

- Cirurgiões ajudantes
 - Dr. Henrique Nunes
 - Dra. Joana Miranda
 - Dra. Lara Madeira
 - Dra. Marina Duarte
 - Dra. Olga Oliveira
 - Dr. Pedro Carvalho

- Enfermeiros de BO (a designar)
- Enfermeiros de piso (a designar)
- Administrativo (a designar)
- Assistente Operacional (a designar)

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. O PARADOXO DA SUSTENTABILIDADE.

Dadas as características do projeto e as condicionantes anunciadas para 2015, este não configura a produção adicional típica, sendo condição essencial à sua prossecução não sofrer as limitações da Modalidade Remuneratória Alternativa previstas no artº3º do Regulamento para a Produção Cirúrgica Adicional, de 19 de Fevereiro de 2014, para todo o SCG. No entanto, os profissionais envolvidos comprometem-se, na lógica do mesmo artigo, a que todos os cirurgiões incluídos excedam os objetivos preconizados pelo Diretor do SCG para o ano de 2015, nomeadamente os objetivos quantitativos para cirurgia eletiva, cirurgia de ambulatório e cirurgia de urgência (previstos no âmbito do SIADAP).

Anexo I – Cronograma

Cronograma anual previsível. Considerando a possibilidade pontual de correção quer para marcação de dias extra quer para desmarcação com aviso atempado.

Idealmente, será emitido plano mensal até 15 dias antes do primeiro sábado do mês com o nome dos profissionais envolvidos e dos doentes a operar.

Trimestre/ano	Mês	Dias	Doentes operados
			(Electiva/Ambulatório)
2º / 2015	Abril	11, 18,25	12/12
	Maio	9,16,23,30	16/16
	Junho	6,13,20,27	16/16
3º / 2015	Julho	4, 11, 18	12/12
	Agosto	1, 22	8/8
	Setembro	5, 19	8/8
4º / 2015	Outubro	3, 10, 17, 24, 31	20/20
	Novembro	7, 14, 21, 28	16/16
	Dezembro	5, 12, 19	12/12
Total		30	120/120

Anexo II – Vagas no I quadrimestre de 2014

A escolha dos primeiros 5 meses do ano de 2014 como amostra de todo o ano resume em si meses de grande movimento assistencial e de internamento (Janeiro e Fevereiro) e meses de movimento moderado (Março a Maio).

Mês	Lotação		Número de camas	Número de internamentos por dia							Camas livres	
	Oficial	Praticada		6ª feira	Sábado	Camas livres	% de 6ª	Domingo	Camas livres	% de 6ª	Sábado	Domingo
MÉDIA	62	63	60	58	52	10	89,5%	52	10	89,7%	-10	-10
MÍNIMO				50	45	3	90,0%	46	-1	92,0%	-17	-16
MÁXIMO				65	59	17	90,8%	63	16	96,9%	-3	1
Janeiro				57	47	15		47	15			
61				50	12		51	11				
60				54	8		50	12				
59				49	13		48	14				
Fevereiro				62	53	9		49	13			
64				54	8		53	9				
55				54	8		57	5				
51				46	16		47	15				
Março				55	49	13		46	16			
65				55	7		52	10				
52				45	17		48	14				
56				52	10		54	8				
62				52	10		53	9				
Abril				52	52	10		53	9			
56				51	11		59	3				
54				51	11		48	14				
50				50	12		52	10				
Maio				56	55	7		54	8			
61				54	8		56	6				
58				49	13		46	16				
62				55	7		63	-1				

Pela tabela acima podemos concluir que o SCG apresentou 10 vagas (média = 10; mínimo = 3; máximo = 17) ao sábado de manhã, sendo a moda 8 vagas e uma mediana de 10. De salientar que o episódio de 3 vagas apenas aconteceu no último fim-de-semana de Maio. Eliminando este valor extremo, o valor mínimo foram 7 vagas.

No Domingo contabilizamos 10 vagas (média = 10; mínimo = -1; máximo = 16) com uma moda 8 vagas e mediana de 10. Eliminando o valor mínimo de 1 doente supranumerário no último fim-de-semana de Maio, o mínimo foram 3 vagas.

Anexo III – Protocolo de material**Anexo IV - Mecânica da equipa durante o dia de cirurgia (sábado)**

Hora	Tarefa	Profissionais
8:00	Preparação de sala	Enfermeiros de bloco; Assistente operacional
8:30	Receção dos doentes de ambulatório no BO	Anestesista; Enfermeiro de bloco; Cirurgião
9:00	Cirurgia ambulatório 1 (recobro no BO)	Anestesista; Enfermeiro; Cirurgião; Cirurgião ajudante
10:00	Cirurgia ambulatório 2 (recobro no BO)	Anestesista; Enfermeiro; Cirurgião; Cirurgião ajudante
11:00	Receção de doentes de cirurgia eletiva no SCG	Cirurgião ajudante
11:00	Cirurgia ambulatório 3 (recobro no BO)	Anestesista; Enfermeiro; Cirurgião; Cirurgião ajudante
12:00	Cirurgia ambulatório 4 (recobro no BO)	Anestesista; Enfermeiro; Cirurgião; Cirurgião ajudante
13:00	Cirurgia eletiva 1	Anestesista; Enfermeiro; Cirurgião; Cirurgião ajudante
14:30	Cirurgia eletiva 2	Anestesista; Enfermeiro; Cirurgião; Cirurgião ajudante
16:00	Cirurgia eletiva 3	Anestesista; Enfermeiro; Cirurgião; Cirurgião ajudante
17:30	Cirurgia eletiva 4	Anestesista; Enfermeiro; Cirurgião; Cirurgião ajudante

O enfermeiro de piso chega às 11:00 de modo a preparar os doentes e acompanhar ao BO.

Os doentes de cirurgia electiva completam 60 minutos de recobro cumprindo protocolo de UCPA (ou após início de reversão de bloqueio no caso das raquianestésias) após o que são transferidos para a unidade de cuidados intermédios (vulgo “quarto de operados”) do 5º piso onde completam observação por mais 60 minutos. Após verificação de parâmetros de “alta” (protocolo idêntico ao da UCPA) poderão evoluir para a enfermaria.

O seu horário extingue-se às 21:00 com a passagem do último doente para a enfermaria.

Os doentes de ambulatório terão alta durante o início da tarde (15:00), na presença de administrativo. Os restantes serão observados entre as 17:30h e 19:00 de Domingo pelo Cirurgião ajudante com alta precoce (80% dos doentes de electiva).

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. O PARADOXO DA SUSTENTABILIDADE.

Todos os doentes serão preparados (exames complementares; consulta de anestesia se necessário; adaptações de terapeutica) até 10 dias antes da cirurgia.

O enfermeiro circulante será responsável pelo controlo de tempos de trabalho (chegada ao BO, entrada na sala, início de anestesia, início de cirurgia, fim de cirurgia, saída de sala, início de limpeza, fim de limpeza)

Anexo V

Em meados de Fevereiro de 2015 a lista de cirurgias do SCG elegível para este projeto apresenta uma lista de utentes em espera entre os 60 dias (2 meses) e os 360 dias (12 meses) com a seguinte distribuição:

Ambulatório			
	Hérnia	46	
	Colelitíase	5	
	Hemorróidas	20	
	Sinus / Tegumentos	38	
	Sub-total	109	
Electiva			
	Hérnia	110	
	Colelitíase	144	
	Hemorróidas	5	
	Sub-total	259	
	Total	368	

Anexo 2 - Questionário

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL

**TÍTULO:** I Curso de Pequena Cirurgia**DATA:**

4 e 5 de Abril 2014

NOME (facultativo): _____

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM: _____

O OBJETIVO DESTE QUESTIONÁRIO É CONHECER A SUA OPINIÃO. OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ESCALA DE AVALIAÇÃO

MUITO BAIXO	BAIXO	MÉDIO	ELEVADO	MUITO ELEVADO
1	2	3	4	5

Por favor assinale com X a resposta que considera mais adequada

1. Formação em geral

Como avalia

1.1 A integração dos temas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐1.2 A organização em geral ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**2. Conteúdo**

Em relação ao conteúdo da formação

2.1 Os temas tratados tiveram interesse ☐ ☐ ☐ ☐ ☐2.2 Os temas têm uma aplicação no seu desempenho profissional ☐ ☐ ☐ ☐ ☐2.3 Os temas foram abordados com a profundidade esperada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**3. Instalações e material de apoio pedagógico**

Como considera

3.1 As instalações onde decorreu a formação ☐ ☐ ☐ ☐ ☐3.2 O material de apoio pedagógico ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

OBSERVAÇÕES

Anexo 3 – Folha de registo de circuito de doentes em sala operatória

OCUPAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO NO DIA: 01/Set/15		Programada P	
		Urgência U	
HORÁRIO		Adicional A	
SALA 1		hh:mm observações	
08:30	Doente: Manuel António	ENTRADA NO BLOCO	Enfermeiro circulante A
09:00	Processo: 9999999	ENTRADA NA SALA	Enfermeiro anestesia B
09:30	Cama: Piso 5; Cir II; 35	INÍCIO ANESTESIA	Enfermeiro instrumentista C
10:00	Especialidade: Cirurgia Geral	INÍCIO CIRURGIA	Enfermeiro recobro (recebe) D
10:30	Diagnóstico: Neo reto	FIM DA CIRURGIA	Auxiliar E
11:00	Cirurgia: Excisão laparoscópica	FIM DA ANESTESIA	Administrativo F
11:30	Equipa: LF, NV, JM	SALA PRONTA	Anestesista G
12:00		ALTA DO RECOBRO	Cirurgião responsável H
12:30	Doente: Manuel António	ENTRADA NO BLOCO	Enfermeiro circulante
	Processo: 9999999	ENTRADA NA SALA	Enfermeiro anestesia
	Cama: Piso 5; Cir II; 35	INÍCIO ANESTESIA	Enfermeiro instrumentista
13:00	Especialidade: Cirurgia Geral	INÍCIO CIRURGIA	Enfermeiro recobro (recebe)
	Diagnóstico: Neo reto	FIM DA CIRURGIA	Auxiliar
	Cirurgia: Excisão laparoscópica	FIM DA ANESTESIA	Administrativo
13:30	Equipa: LF, NV, JM	SALA PRONTA	Anestesista
14:00		ALTA DO RECOBRO	Cirurgião responsável
14:30	Doente: Manuel António	ENTRADA NO BLOCO	Enfermeiro circulante
	Processo: 9999999	ENTRADA NA SALA	Enfermeiro anestesia
	Cama: Piso 5; Cir II; 35	INÍCIO ANESTESIA	Enfermeiro instrumentista
	Especialidade: Cirurgia Geral	INÍCIO CIRURGIA	Enfermeiro recobro (recebe)
15:00	Diagnóstico: Neo reto	FIM DA CIRURGIA	Auxiliar
	Cirurgia: Excisão laparoscópica	FIM DA ANESTESIA	Administrativo
	Equipa: LF, NV, JM	SALA PRONTA	Anestesista
15:30		ALTA DO RECOBRO	Cirurgião responsável P
16:00	Doente: Manuel António	ENTRADA NO BLOCO	Enfermeiro circulante
	Processo: 9999999	ENTRADA NA SALA	Enfermeiro anestesia
	Cama: Piso 5; Cir II; 35	INÍCIO ANESTESIA	Enfermeiro instrumentista
	Especialidade: Cirurgia Geral	INÍCIO CIRURGIA	Enfermeiro recobro (recebe)
16:30	Diagnóstico: Neo reto	FIM DA CIRURGIA	Auxiliar
	Cirurgia: Excisão laparoscópica	FIM DA ANESTESIA	Administrativo
	Equipa: LF, NV, JM	SALA PRONTA	Anestesista
17:00		ALTA DO RECOBRO	Cirurgião responsável P
17:30	Doente: Manuel António	ENTRADA NO BLOCO	Enfermeiro circulante
	Processo: 9999999	ENTRADA NA SALA	Enfermeiro anestesia
	Cama: Piso 5; Cir II; 35	INÍCIO ANESTESIA	Enfermeiro instrumentista
	Especialidade: Cirurgia Geral	INÍCIO CIRURGIA	Enfermeiro recobro (recebe)
18:00	Diagnóstico: Neo reto	FIM DA CIRURGIA	Auxiliar
	Cirurgia: Excisão laparoscópica	FIM DA ANESTESIA	Administrativo
	Equipa: LF, NV, JM	SALA PRONTA	Anestesista
18:30		ALTA DO RECOBRO	Cirurgião responsável P
19:00	Doente: Manuel António	ENTRADA NO BLOCO	Enfermeiro circulante
	Processo: 9999999	ENTRADA NA SALA	Enfermeiro anestesia
	Cama: Piso 5; Cir II; 35	INÍCIO ANESTESIA	Enfermeiro instrumentista
	Especialidade: Cirurgia Geral	INÍCIO CIRURGIA	Enfermeiro recobro (recebe)
19:30	Diagnóstico: Neo reto	FIM DA CIRURGIA	Auxiliar
	Cirurgia: Excisão laparoscópica	FIM DA ANESTESIA	Administrativo
	Equipa: LF, NV, JM	SALA PRONTA	Anestesista
20:00		ALTA DO RECOBRO	Cirurgião responsável P
Horário: De acordo com programação do cirurgião responsável			

[illegible]

Anexo 4 – Folha de registo de dados do doente

IDENTIFICAÇÃO			
DATA	INTERNAMENTO		
	ALTA		

ASA	=	
	Anestesista	
	Data	

ANTIBIOTERAPIA

ANTIBIÓTICO		
DOSE		
INICIO	DATA	
	HORA	
FIM	DATA	
	HORA	

TROMBOPROFILAXIA

CAPRINI SCORE			
HBPM (mmHg)	Início	Data	
		Hora	
	Fim	Data	
		Hora	
CPI	Início	Data	
		Hora	
	Fim	Data	
		Hora	

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. O PARADOXO DA SUSTENTABILIDADE.

P-POSSUM

<http://www.riskprediction.org.uk/pp-index>

DATA DE AVALIAÇÃO

Fisiológico

Idade	
Função cardíaca	Sem
	Diurético, digoxina, angor ou HTA
	Edema, varfarina, cardiomiopatia
	PVC aumentada, cardiomegalia
Função respiratória	Sem dispneia
	DPOC ligeira
	DPOC moderada
	Dispneia em repouso
ECG	Normal
	FA com resposta controlada
	Outras disritmias
TA sistólica	SIS/DIAS mmHg
FC	ppm
Hemoglobina	g/dl
Leucócitos	
Ureia	
Sódio	
Potássio	
GCS	

Cirúrgicos

Tipo de cirurgia	Menor
	Moderada
	Major
	Complexa
Número de procedimentos	
Perdas de sangue	ml
Contaminação peritoneal	Sem
	Menor
	Local
	Generalizada
Malignidade	Benigno
	Maligno local
	Maligno com met local
	Maligno com met à distancia
Urgência da cirurgia	Electiva
	Urgente
	Emeergente (< 2 horas)

Análise morbi-mortalidade

Grau =

Data

Grau	Definição
Grau I:	Qualquer desvio ao percurso pós operatório esperado sem a necessidade de recurso a intervenção farmacológica, cirúrgica, endoscópica ou Os regimes terapêuticos permitidos são: anti-eméticos, anti-piréticos, analgésicos, diuréticos e electrólitos e fisioterapia. Este grau também inclui a abertura de feridas operatórias infectadas no leito do doente.
Grau II:	Sempre que seja necessário recorrer a fármacos para lá dos expostos no Grau I. A terapia transfusional e a alimentação parentérica também está
Grau III:	Com intervenção cirúrgica, endoscópica ou imagiológica.
Grau III-a:	Sem anestesia geral
Grau III-b:	Com anestesia geral
Grau IV:	Complicações com risco de vida (incluindo complicações do SNC‡ com necessidade de tratamento numa UCI ou CI
Grau IV-a:	Disfunção dum único órgão (incluindo a diálise)
Grau IV-b:	Disfunção multi-orgânica
Grau V:	Morte do doente
Sufixo 'd':	Se o doente sofre de complicação aquando da alta o sufixo “d” (de deficiência) á adicionado ao Grau de complicação. Esta classificação indica a necessidade de vigilância próxima

Lisboa, 26 de Setembro de 2015.