

**MELHORIA DO DESEMPENHO CIRÚRGICO HOSPITALAR – UMA
INTERVENÇÃO BASEADA NA COORDENAÇÃO RELACIONAL**

João Pedro Laurito Machado

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestrado em
Gestão

Orientador:
Prof. Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes, Prof. Auxiliar, ISCTE Business
School, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

setembro 2019

Agradecimento

“Dedico este trabalho a todos os funcionários do Complexo Hospitalar de Contagem/MG, Brasil, que nos anos que estive a frente da unidade, sempre colocaram os benefícios para a instituição e principalmente aos pacientes em primeiro plano.”

Índice

Sumário.....	6
Abstract.....	7
1. Introdução.....	8
2. Revisão de Literatura.....	10
2.1. Cancelamento de Cirurgias.....	10
2.2. Coordenação Relacional.....	13
2.3. Boundary Spanners.....	17
2.4. Sistema de Informação Partilhado.....	21
2.5. Reuniões Partilhadas.....	24
3. Hipótese de Investigação.....	26
4. Método.....	27
4.1. Contextualização.....	27
4.2. Descrição da intervenção.....	30
5. Análise dos Resultados.....	33
5.1. Monitoramento do bloco.....	33
5.2 Caracterização da atividade do bloco cirúrgico.....	34
5.3. Informação partilhada	38
5.4. Definição do <i>boundary spanner</i>	40
5.5. Análise do desempenho do bloco cirúrgico após aplicação dos fatores precedentes da CR.....	40
6. Discussão.....	45
7. Limitações.....	48
8. Conclusão.....	49

7. Referências bibliográficas.....	50
8. Anexos.....	57

Lista de Figuras

Figura 1:	Modelo relacional de mudança organizacional	15
Figura 2:	Mapa do território brasileiro com Minas Gerais em destaque	27
Figura 3:	Mapa de Minas Gerais destacando a cidade de Contagem	28
Figura 4:	Complexo Hospitalar de Contagem, Minas Gerais, Brasil	28
Figura 5:	Equipe da cirurgia geral operando dentro do Complexo Hospitalar de Contagem/MG	29
Figura 6:	Monitoramento de cirurgias realizadas por canceladas	33
Figura 7:	Monitoramento de cirurgias realizadas por canceladas, separadas por eletivas e urgência	35
Figura 8:	Monitoramento de cirurgias realizadas e canceladas por especialidade	35
Figura 9:	Principais causas de cancelamento de cirurgias durante o período de estudo	37
Figura 10:	Porcentagem de cirurgias canceladas que eram potencialmente evitáveis e inevitáveis	38
Figura 11:	Modo de visualização do consolidado de informações do bloco em link para as equipes	39
Figura 12:	Fotografia de reunião compartilhada	39
Figura 13:	Comparação do aumento de cirurgias realizadas com diminuição das cirurgias canceladas potencialmente evitáveis	41
Figura 14:	Porcentagem de cancelamentos evitáveis separadas por mês	41

Figura 15:	Comparativo de cirurgias realizadas por cancelamentos evitais no primeiro mês e no último	42
Figura 16	Comparativo da proporção de cancelamentos evitais no primeiro mês e do último.	43
Figura 17:	Cirurgias canceladas evitáveis que diminuíram durante o estudo	43
Figura 18:	Cancelamentos evitáveis que mantiveram durante o estudo	44
Figura 19:	Cancelamentos evitáveis que aumentaram durante o estudo	44

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Monitoramento de cirurgias realizadas e canceladas por mês	34
Tabela 2:	Monitoramento de cirurgias realizadas e canceladas por especialidade	36

Sumário

O cancelamento de cirurgias é um problema mundial e seus impactos afetam a produção geral do hospital, os custos do hospital e a vida dos pacientes e seus familiares. Uma grande dificuldade dos hospitais é aumentar sua capacidade cirúrgica sem aumentar as taxas de cancelamentos cirúrgicos. Este estudo tem como objetivo monitorar e avaliar as principais causas de cancelamento de cirurgias em um hospital público brasileiro, além de propor uma intervenção baseada na teoria da Coordenação Relacional (CR) na qual se cria um sistema partilhado de informações, se implementam reuniões partilhadas e se concebe o papel de um *boundary spanner*. Estes fatores antecedentes influenciariam na rede de laços de comunicação e relacionamento entre o grupo de trabalho, que por consequência resultou na melhoria dos indicadores de desempenho do bloco cirúrgico. O estudo decorreu entre os meses de abril a novembro de 2017, onde foram monitoradas 4210 cirurgias agendadas, onde 3266 (78%) foram realizadas e 944 (22%) foram canceladas. Neste período observou-se que o bloco cirúrgico teve um aumento de produção de 11,64% e uma redução da taxa de cancelamento de cirurgias evitáveis em 12,67%, comparando o primeiro mês de estudo ao último.

Palavras-chave: *Desempenho Hospitalar, Produção Cirúrgica, Cancelamento Cirúrgico, Coordenação Relacional, Boundary Spanners, Sistema de Informação Partilhado, Reuniões Partilhadas.*

JEL:

I 18 Health: Government, regulation, public health

M11 Business Administration: production management

Abstract

Surgery cancellation is a worldwide problem and its impacts affect overall hospital production, hospital costs and the lives of patients and their families. A major difficulty for hospitals is to increase their surgical capacity without increasing surgical cancellation rates. This study aims to monitor and evaluate the main causes of cancellation of surgeries in a Brazilian public hospital, besides proposing an intervention based on the theory of Relational Coordination (CR) in which a shared information system is created, shared meetings are implemented and the role of a boundary spanner is conceived. These antecedent factors would influence the network of communication and relationship ties between the work group, which consequently resulted in an improvement in the surgical center unit performance indicators. The study took place between April and November 2017, where 4210 scheduled surgeries were monitored, where 3266 (78%) were performed and 944 (22%) were canceled. During this period, it was observed that the surgical center unit had an increase of 11.64% in production and a reduction in the avoidance rate of avoidable surgeries by 12.67%, comparing the first month of study to the last.

Keywords: Hospital Performance, Surgical Production, Surgical Cancellation, Relational Coordination, Boundary Spanners, Shared Information System, Shared Meetings.

JEL:

I 18 Health: Government, regulation, public health

M11 Business Administration: production management

1. Introdução

O cancelamento de cirurgias é um problema mundial, com taxas que variam de 1,96% a 24% do total geral de cirurgias realizadas (Argo *et al.*, 2009). Este problema afeta diretamente nos indicadores hospitalares e elevam consideravelmente os gastos dos hospitais, além de aumentar a permanência hospitalar, a repetição de exames e a possível piora dos pacientes (Kaddoum *et al.*, 2016).

Além do impacto institucional, os cancelamentos cirúrgicos têm implicações psicológicas, sociais e financeiras significativas para os pacientes e seus familiares. Os cancelamentos evitáveis aumentam o período hospitalar, a ansiedade do paciente e as chances de agravos no quadro clínico ocasionados pela não cirurgia, além da exposição do mesmo aos agentes microbiológicos de um ambiente hospitalar (Costa & Jansen, 2006; Zafar *et al.*, 2007).

Uma das grandes dificuldades dos hospitais é a aumentar sua capacidade de execução cirúrgica, sem aumentar as taxas de cancelamento, isso por existir diversos fatores relacionados a organização do serviço e o real dimensionamento da capacidade alocada da unidade (Lorenzetti *et al.*, 2014).

As unidades de saúde frequentemente possuem problemas na definição de fluxos, protocolos e rotinas devidamente descritas e difundidas nos inúmeros profissionais que compõem seu quadro, para que as atividades fluam de maneira organizada e sem falhas. Contudo, o que se observa nas unidades, é que as equipes não se comunicam de maneira objetiva, clara e direta. As informações se perdem e os fluxos, protocolos e rotinas não acontecem por não existir sinergia entre as equipes (Bianchi, 1984).

A falta dessa comunicação efetiva ocasiona a descontinuidade das atividades, que em um ambiente hospitalar, carecem de uma participação ativa de todas as áreas para que as atividades consigam ser efetivadas (Cunningham *et al.*, 2018). Uma das consequências da falta de intersectoriedade é o cancelamento de cirurgias e baixa eficiência do bloco cirúrgico (Argo *et al.*, 2009). Contudo, os cancelamentos podem ser trabalhados de maneira solidaria entre as equipes e assim diminuir os cancelamentos evitáveis, por consequência melhorar a capacidade das unidades, o desperdício de recurso financeiro e uma melhor avaliação por parte dos usuários da unidade.

Os formuladores de políticas e líderes, estão começando a convergir para um conjunto central de soluções, a maioria das quais exige uma maior coordenação entre os prestadores de cuidados em todas as fronteiras profissionais. A teoria da CR é uma estrutura para avaliar o trabalho em equipe que foca na comunicação e nos relacionamentos entre os profissionais de saúde em uma equipe (Gittell *et al.*, 2012). A CR já demonstrou, em outras áreas de atuação, que pode ser uma ferramenta eficaz e sua aplicação em unidades de saúde pode obter o mesmo efeito.

Este estudo tem como objetivo monitorar e avaliar as principais causas de cancelamento de cirurgias em um hospital público brasileiro e comparar com estudos internacionais e nacionais sobre o tema. Durante o estudo será proposto uma intervenção a nível de gestão com a utilização das bases da teoria da CR, onde serão implementados alguns fatores antecedentes, como: a introdução de um sistema de informação compartilhado, utilizar de reuniões compartilhadas e a introdução de um *boundary spanner*.

No presente estudo, testamos a teoria da CR durante os meses de abril a novembro de 2017, onde foram monitoradas 4210 cirurgias agendadas, onde 3266 (78%) foram realizadas e 944 (22%) foram canceladas. Neste período observou-se que o bloco cirúrgico teve um aumento de produção de 11,64% e uma redução da taxa de cancelamento de cirurgias evitáveis em 12,67%, comparando o primeiro mês de estudo ao último.

2. Revisão de Literatura

2.1 Cancelamento de Cirurgias

Segundo Paschoal & Gatto (2006), apesar de algumas intervenções serem consideradas processos menores pelas pessoas que atuam na área hospitalar, a cirurgia é sempre uma experiência importante para o doente e sua família. É desencadeadora de estresse, tanto psicológico, como fisiológico. Considera-se uma ameaça potencial ou real para a integridade corporal de uma pessoa e pode interferir na necessidade de apoio durante qualquer fase de processo.

O processo de hospitalização traz, por si só, o afastamento do paciente do seu cotidiano para um ambiente com normas e rotinas protocolares. Essa condição pode refletir de forma negativa no paciente, levando-o a experimentar sentimentos como medo e carência. A experiência de internação envolve aspectos negativos como o distanciamento do trabalho e lazer, além de significar certo grau de dependência (Tesck, 1976).

A vivência da hospitalização pode ser agravada quando envolve a espera por uma intervenção cirúrgica, haja vista que esta pode levar o paciente a uma série de conflitos internos, como o medo e a ansiedade, receio de invalidez ou até mesmo da morte, que são considerados riscos iminentes em uma cirurgia. Nos estudos de Santos & Luis (1999) demonstram que estes sentimentos além de resultar em sintomatologia psíquica, podem gerar sintomas orgânicos.

A realização de uma cirurgia depende do trabalho de uma equipe multiprofissional além da sincronização do centro cirúrgico com as unidades de internação, prima a necessidade da unidade de internação forneça os dados vitais sobre o estado físico e emocional do paciente durante o processo transoperatório. A comunicação das unidades dentro de uma estrutura hospitalar fortalece a continuidade da assistência prestada, esta que deve ser planejada, individualizada e implantada (Bianchi, 1984).

Após a definição do corpo clínico pela intervenção cirúrgica ou procedimento cirúrgico, o paciente se prepara, levanta expectativas, dúvidas e temores ao processo que será submetido. Este mesmo paciente, já está inserido em um ambiente estranho e

desconfortável, ao tempo que se sente nas mãos dos profissionais de saúde e das diretrizes por eles traçadas (Pittelkow & Carvalho, 2008)

Dentro deste contexto, o paciente tem a informação que seu procedimento não será mais realizado no momento previamente marcado, podendo trazer prejuízos em seu tratamento, rotinas, na vida familiar e no emprego. Os motivos para cancelamento de cirurgias são variados: falha de comunicação, atraso de equipes, falta de profissionais, falta de materiais e/ou insumos, falha no preparo pré-operatório, falta de exames, entre outros (Vieira & Furegato, 2001)

O cancelamento de um procedimento cirúrgico nem sempre é levado com a devida importância por parte da equipe de saúde. Inicialmente o cancelamento de cirurgia programada não causa grande inquietação à equipe, que encara a suspensão como rotineira, inerente a atuação hospitalar (Cavalcante *et. al.*, 2000).

A frustração do paciente em ter um procedimento cancelado é intensa, além de acarretar no aumento do período de internação, podendo ter acréscimo no período de recuperação pós-operatória. O aumento do período hospitalar afeta na vida particular do paciente, além de aumentar a ansiedade do mesmo quanto a recuperação e seu retorno as atividades antes da enfermidade (Costa & Jansen, 2006).

A não produção cirúrgica ou aumento de tempo de permanência nas instituições hospitalares trazem prejuízo a sociedade e aos programas governamentais de fomento às cirurgias programadas, além de gerar prejuízo operacional, financeiro e repercussão negativa para a instituição (Cavalcante *et. al.*, 2000; Da'ar & Al-Mutairi, 2018).

Os cancelamentos de cirurgias no dia da cirurgia são um problema mundial, com taxas relatadas variando de 1,96% a 24% . Existem numerosas razões para cancelamentos de casos cirúrgicos programados e estes variam de um hospital para outro . A variedade de razões dadas incluem avaliação pré-operatória inadequada e preparação, fatores relacionados ao paciente, falta de tempo de sala cirúrgica, indisponibilidade de leitos hospitalares, viés de predição, cirurgião não indica cirurgia no momento da mesma e cirurgia de emergência interrompendo as cirurgias eletiva, programadas (Argo *et al.*, 2009).

Os cancelamentos de cirurgias são tradicionalmente divididos em cancelamentos potencialmente evitáveis e cancelamentos inevitáveis. Kaddoum *et al.* (2016) definem em seu trabalho que as cirurgias canceladas são tradicionalmente divididas em:

- cancelamentos potencialmente evitáveis: são aqueles voltados para questões gerenciais, ou seja, sensíveis à alterações relacionadas a melhorias organizacionais. Por exemplo: cancelamento devido a avaliação pré-operatória inadequada, erros de agendamento e falta de equipamentos;e
- cancelamentos inevitáveis: são aqueles que independente da estrutura gerencial e/ou organizacional aconteceriam. Por exemplo: alterações no estado clínico dos pacientes e caso de emergência substituindo o esquema eletivo.

Os cancelamentos tardios de operações eletivas têm implicações psicológicas, sociais e financeiras significativas para os pacientes e suas famílias. Os hospitais continuam a enfrentar desafios, uma vez que a taxa geral de cancelamento de operações eletivas no dia da cirurgia varia, de 5 a 40% das cirurgias eletivas planejadas (Zafar *et al.*, 2007).

Estudos em países do Oriente Médio indicam que a questão do cancelamento no mesmo dia de casos de cirurgia é comum. Um estudo no Catar, por exemplo, mostrou o cancelamento tardio de até 15% para pacientes ambulatoriais e 13% para pacientes internados. Um estudo na Arábia Saudita indicou que a cirurgia no mesmo dia foi cancelada em até 24% (Da'ar & Al-Mutairi, 2018). Outro estudo na Jordânia mostrou que, enquanto um hospital dia respondia por 28% dos cancelamentos de operações programadas, 73% do cancelamento foi causado pelo não comparecimento do paciente e a indisponibilidade de leitos hospitalares (Mesmar *et al.*, 2011)

A natureza complexa dos problemas de saúde e a necessidade de cuidado dos pacientes, criam a necessidade de trabalhar em equipe multiprofissional, onde o sucesso do trabalho depende da colaboração dos profissionais de saúde nas equipes. Espera-se que as equipes multiprofissionais funcionem bem e tenham impacto na continuidade dos cuidados (Hustoft *et al.*, 2018).

No próximo capítulo abordaremos sobre a teoria da CR e suas bases na inteiração entre comunicação e os relacionamentos, buscando a integração de tarefas, podendo ser uma alternativa de solução para as atividades de um bloco cirúrgico hospitalar, tanto no aumento da produção como evitando cancelamentos de cirurgias.

2.2 Coordenação Relacional

As equipes de saúde trabalham em sistemas complexos e sua composição por natureza é complexa, com vários grupos de profissionais que possuem identidade própria, formação educacional, cultura e objetivos distintos. Diante desta complexidade e as variáveis nela pertencentes, a interação entre os profissionais e entre equipes não é facilmente previsível, onde o que funciona para uma equipe, nem sempre funcionará para outro contexto. (Cunningham *et al.*, 2018).

Desempenho da equipe, qualidade, segurança e eficiência são áreas da saúde que atraem muita atenção dos pesquisadores e gestores. Dados os custos necessários para operar os serviços de saúde e uma crescente base de evidências que demonstra que a falha do trabalho em equipe é um contribuinte considerável para eventos de danos ao paciente e erros médicos evitáveis (Cunningham *et al.*, 2018), onde geralmente a comunicação ou a falta dela, é parte do problema.

Como afirmado na Estrutura de Ação da *World Health Organization* (WHO, 2010): “a prática colaborativa interprofissional acontece quando vários profissionais de saúde de diferentes formações profissionais trabalham em conjunto com pacientes, familiares, cuidadores e comunidades para oferecer a mais alta qualidade de atendimento. Permite que os profissionais de saúde se envolvam com qualquer indivíduo cujas habilidades possam ajudar a atingir as metas locais de saúde”.

Cunningham *et al.* (2018) cita alguns trabalhos como, Hughes *et al.* (2016) que descrevem as equipes de saúde como tendo: baixa estabilidade temporal, uma curta vida útil da equipe e uma estrutura de liderança rotativa. Schmutz *et al.* (2015), reforça que as equipes atuam no domínio dinâmico da saúde, trabalhando frequentemente sob condições variáveis, tendo uma equipe que muda dinamicamente. Os trabalhos indicam ainda, que as equipes geralmente trabalham juntas por um curto período de tempo e consistem em membros de muitas especialidades diferentes. Gittell *et al.* (2008) refletem essa natureza dinâmica, apontando que as equipes de saúde são sinônimo de interdependência.

Neste contexto, um desafio para as unidades de saúde e seus gestores é avaliar a função da equipe interprofissional. A teoria da (CR) é uma estrutura para avaliar o trabalho em equipe que foca na comunicação e nos relacionamentos entre os profissionais de saúde em uma equipe. A comunicação nas equipes depende dos relacionamentos

subjacentes das equipes. Gittell (2012) define em seu artigo que: *“A CR é definida como um processo de interação entre a comunicação e os relacionamentos, que se reforçam mutuamente, com o propósito de integração de tarefas. A teoria da CR defende que, para que uma equipe seja efetivamente coordenada, há uma necessidade de conhecimento e compreensão compartilhados nas equipes, bem como relacionamentos construídos em metas compartilhadas e respeito mútuo”*

A CR é definida como *“um processo de comunicação e relacionamento que se reforça mutuamente para o propósito de integração de tarefas”* ou simplesmente como *“trabalho de coordenação através de relacionamentos de objetivos compartilhados, conhecimento compartilhado e respeito mútuo”* Depois que esse conceito surgiu pela primeira vez em um estudo de partidas de avião na indústria de aviação comercial sua aplicabilidade a outro processo de trabalho altamente interdependente, incerto e com tempo restrito - atendimento ao paciente - tornou-se aparente (Gittell *et al.*, 2012).

Neste mesmo trabalho (Gittell *et al.*, 2012) esclarecem que a CR é medida como uma rede de laços de comunicação e relacionamento entre grupos de trabalho engajados em um processo de trabalho comum (Figura 1). Cita como exemplo as saídas de emergência, atendimento ao paciente, transferência de pacientes da sala cirúrgica para a unidade de terapia intensiva ou sua descarga através dos limites organizacionais, por exemplo, do hospital para a comunidade. A CR pode ser medida com recurso à formulação de sete perguntas de pesquisa, incluindo quatro perguntas de pesquisa que avaliam a frequência, pontualidade, precisão, natureza de solução de problemas de comunicação e três perguntas de pesquisa que avaliam a qualidade dos relacionamentos subjacentes - em particular o grau de objetivos compartilhados, conhecimento compartilhado e respeito mútuo.

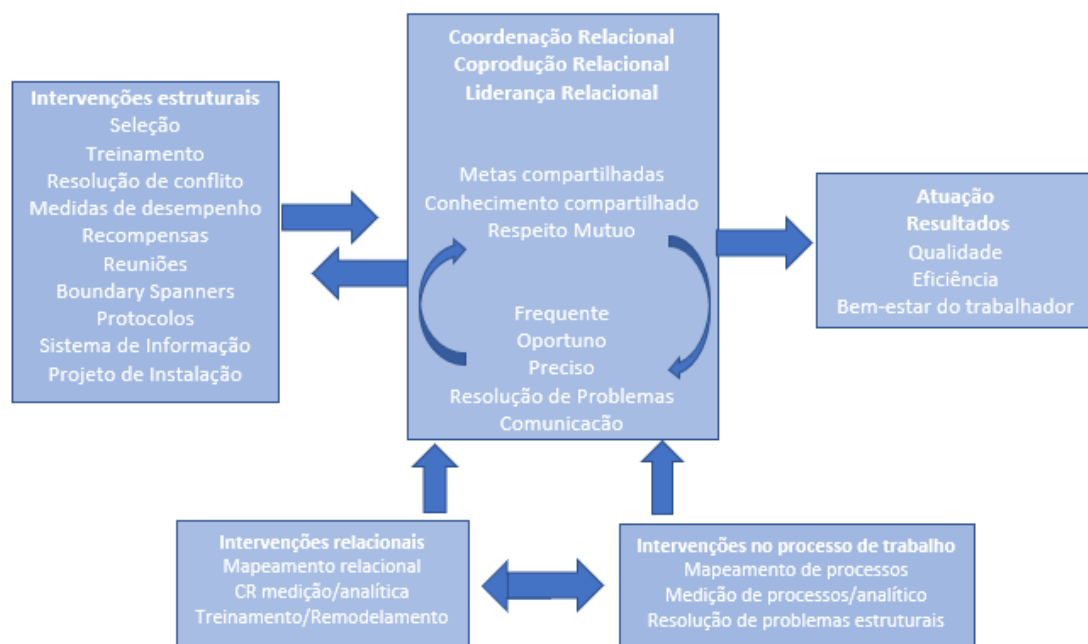


Figura 1: Modelo relacional de mudança organizacional.

Fonte: “Figure 2. Relational model of organizational change.” (Gittell *et al.*, 2012)

A CR também é uma teoria sobre como as pessoas e organizações trabalham. De acordo com a teoria e com base nas evidências, níveis mais altos de CR produzem níveis mais altos de desempenho de qualidade e eficiência, permitindo que os participantes gerenciem suas interdependências de tarefa com menos atividades descartadas e esforço desperdiçado. A CR também melhora a satisfação no trabalho, permitindo que os participantes realizem efetivamente seu trabalho e fornecendo apoio social para permitir sua resiliência diante do estresse (Gittell, 2012; Gittell, Weinberg, Pfefferle & Bishop, 2008).

As estruturas organizacionais que prevêem altos níveis de CR são aquelas que se conectam entre grupos de trabalho, em vez de reforçar os silos que os separam. A teoria, portanto, exige que as organizações substituam estruturas burocráticas tradicionais por estruturas mais relacionais - como contratação e treinamento para trabalho em equipe multifuncional, resolução de conflitos interfuncionais, medição e recompensas de desempenho interfuncional, *boundary spanners* (como gestores de casos ou coordenadores de cuidados), protocolos interfuncionais (como caminhos clínicos) e sistemas de informações interfuncionais (Gittell & Douglass, 2012).

Nos sistemas de saúde em todo o mundo, o foco dos atuais esforços de reforma é conseguir atendimento de melhor qualidade e mais custo-efetivo. A motivação para esses esforços é o aumento dos custos de saúde devido ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crônicas. Os formuladores de políticas e líderes estão começando a convergir para um conjunto central de soluções, a maioria das quais exige uma maior coordenação entre os prestadores de cuidados em todas as fronteiras profissionais (Gittell *et al.*, 2012).

A teoria da CR pode ajudar fornecendo uma ferramenta de avaliação para medir a CR de linha de base e as novas dinâmicas de CR que resultam de novas formas de educar os prestadores de cuidados e de outras intervenções; fornecer uma maneira de avaliar o impacto da CR em resultados críticos de desempenho, como qualidade, eficiência e bem-estar do trabalhador; e informar a transformação dos sistemas de saúde para reforçar e apoiar os novos padrões de CR, em vez de cuidar de provedores de volta a seus antigos silos, desperdiçando assim investimentos educacionais que foram feitos (Gittell *et al.*, 2012).

Como e por que as equipes interprofissionais estão conectadas aos cuidados centrados na pessoa? As evidências até agora sugerem que a CR entre os prestadores de cuidados promove um melhor relacionamento com os pacientes, bem como com os membros da família (Weinberg *et al.*, 2007). Uma série de estudos está agora começando a explorar essa importante dinâmica em maior profundidade, perguntando como a CR entre prestadores de cuidados promove a coprodução relacional entre prestadores de cuidados, pacientes, famílias e a comunidade em geral, onde ambos são caracterizados por relacionamentos de objetivos compartilhados. conhecimento e respeito mútuo, com resultados iniciais promissores (Frosch *et al.*, 2012).

Em nossa sociedade cada vez mais dinâmica, as organizações enfrentam o desafio de permanecer eficientes enquanto desenvolvem estratégias colaborativas efetivas para melhorar o desempenho organizacional. Observamos uma ênfase crescente na necessidade de as organizações coordenarem simultaneamente múltiplas atividades internas e fluxos de conhecimento para inovar e atuar em altos níveis (Edmondson & Nembhard, 2009).

Pesquisas recentes destacaram os desafios de coordenar atividades e fluxos de conhecimento dentro e entre as equipes. Por exemplo, a sincronização das atividades e saídas das equipes é essencial para uma ação coordenada, mas as demandas e

cronogramas das tarefas podem variar amplamente entre diferentes equipes. Além disso, os membros da equipe devem se esforçar consistentemente para abordar os *boundary spanners* das equipes e as atividades que abrangem as fronteiras entre as equipes, apresentando compensações entre a realização de tarefas dentro da equipe e a coordenação entre as equipes (Olabisi & Lewis, 2018).

Apesar da teoria da CR privilegiar as interações sobre as relações e os processos de trabalho, grande parte dessas interações são difíceis de mudar, são práticas de gestão antigas e grande parte de responsabilidade da gestão de recursos humanos da instituição. No próximo capítulo abordaremos a definição de *boundary spanners* e sua aplicabilidade neste estudo, trazendo a contribuição desse importante ator para um contexto corporativo, que possui diferentes especialidades funcionais, mas que precisam de sinergia para alcançarem melhores resultados.

2.3 Boundary Spanners

A análise dos fenômenos *boundary spanners* é de particular interesse para a teoria organizacional, pois o trabalho contemporâneo está sendo transformado pelos padrões pós-modernos de organização, incluindo arranjos híbridos, baseados em rede e temporários, onde colaboração, governança e parceria se desenvolvem em múltiplas fronteiras (Kislov *et al.*, 2017).

À medida que as organizações evoluem, unidades especializadas são criadas para lidar com tarefas relativamente homogêneas. Os funcionários são treinados e socializados para atender aos requisitos específicos de trabalho das unidades (Brown & Duguid, 2001). Com o passar do tempo, esses grupos se distanciam, cada um com sua própria função, mas menos conscientes da contribuição do outro (Griffin & Hauser, 1996). Portanto, limites funcionais são desenvolvidos, separando as unidades especializadas umas das outras. Essa especialização é uma faca de dois gumes, pois facilita a transmissão de conhecimento tácito, simplifica a coordenação, aumenta as taxas de aprendizado e evita possíveis conflitos (Hsu *et al.*, 2007). No entanto, essa especialização cria simultaneamente obstáculos ao processamento de informações entre a unidade especializada e as áreas externas (Tushman & Scanlan, 1981). A especialização dos membros da organização transforma organizações em sistemas de conhecimento

distribuídos nos quais a gama de conhecimentos necessários para a inovação é dispersa pelas organizações (Tsouksa, 1996).

Boundary spanners é a designação que é dada quando atores intencionais ou inadvertidamente relacionam entidades separadas por um limite (Levina & Vaast, 2014), e está se tornando uma parte importante dos principais empregos privados (Levina & Vaast, 2005), públicos (Williams, 2012) e setores voluntários (Fleming & Waguespack, 2007). O contexto político mais amplo, caracterizado por uma maior ênfase na integração de serviços e no desmantelamento de hierarquias tradicionais, faz dos papéis e atividades do *boundary spanners* uma característica integral das soluções exigidas para enfrentar "problemas perversos" que vão além da missão de uma organização (Kislov *et al.*, 2017).

A comunicação entre os departamentos funcionais por muitas vezes é difícil e propensa a vieses, porque para cada departamento existe sua própria semântica especializada. Uma perda de informação é quase inevitável, sendo necessário recodificar as fronteiras entre os departamentos. Com cada recodificação, a riqueza no significado das palavras (por exemplo, regras ou convenções) em um contexto é perdida quando traduzidas em outro contexto. Consequentemente, Tushman & Scanlan (1981) sugeriram que os departamentos funcionais podem ser efetivamente entendidos apenas por *boundary spanners* que entendem os esquemas de codificação que estão sintonizados com as informações contextuais de ambos os lados do limite. Isso permite que *boundary spanners* busquem informações relevantes de um lado e divulguem de outro. Como o estudo de *boundary spanners* tem implicações significativas para o desempenho das empresas, os *insights* sobre os fatores que determinam quem se torna um *boundary spanner* são muito importantes (Hsu *et al.*, 2007).

Boundary spanners desempenham um papel fundamental nas equipes; eles têm tido importante papel na coordenação de tarefas interdependentes dentro da equipe e no gerenciamento de conexões externas à equipe (Olabisi & Lewis, 2018).

Os laços de *boundary spanners* fornecem um canal para acessar diversas informações, conhecimento ou recursos através de linhas de limite formais. O acesso antecipado a diferentes perspectivas e informações é importante para fornecer uma base para ideias inovadoras. Na literatura sobre inovação de produtos, a visão geral é que a eficácia do projeto pode ser atribuída em grande parte à integração oportuna do conhecimento através dos limites funcionais (Hsu *et al.*, 2007).

Além disso, pesquisadores afirmam que idéias inovadoras surgem frequentemente nas fronteiras das especialidades, reunindo conhecimentos díspares. De fato, o que parece um mal-entendido para uma disciplina pode ser uma nova virada para outra disciplina e a resolução ativa desse mal-entendido pode levar a uma nova criação conjunta de conhecimento e idéias criativas. A chave para o pensamento criativo parece ser a combinação, reorganização de diferentes pensamentos e conceitos para avançar novos entendimentos (Hsu *et al.*, 2007).

Os *boundary spanners* são comumente identificados como a combinação de atividades realizadas pelos membros da equipe para estabelecer vínculos com partes interessadas internas e externas à equipe, não necessariamente à organização (Marrone, 2010). Essas atividades que abrangem as fronteiras podem ser especialmente necessárias em ambientes complexos e incertos, onde a coordenação de conhecimento especializado é particularmente valiosa (Fara & Yan, 2009).

A utilização de *boundary spanners* é reconhecida como uma abordagem eficaz para compartilhar conhecimento dentro e entre equipes, e mitigar os desafios de coordenação que existem (Peltokorpi, 2014). Por exemplo, atividades de *boundary spanners* têm sido sugeridas para impulsionar o aprendizado e o desempenho entre equipes e influenciar a coordenação em formações de equipes mais complexas (Davison & Hollenbeck, 2012). Geralmente os *boundary spanners* estão posicionados para regular o fluxo de informações dentro e entre as equipes, com atividades de comunicação focadas em informar a equipe sobre o ambiente no qual ela está inserida (Somech & Khalaili, 2014).

Por meio da participação em vários campos de interseção, os *boundary spanners* permitem a tradução, coordenação e alinhamento entre diferentes perspectivas e facilitam as transações entre práticas previamente separadas. Eles podem se engajar tanto no cruzamento de fronteiras, que possibilita e coordena o movimento de pessoas, objetos ou idéias entre os campos, quanto a redefinição de limites, implicando na indefinição ou reconfiguração de limites inter-campo (Kislov *et al.*, 2017).

Segundo os estudos de Hsu *et al.* (2007) os *boundary spanners* precisam dotar dos seguintes antecedentes para alcançar um nível alto de desempenho:

- 1) **Competência:** Para entender as normas e linguagens idiossincráticas de diferentes departamentos, os *boundary spanners* exigem uma gama de

capacidades intelectuais dos vários departamentos com os quais elas se conectam. Suas capacidades intelectuais os ajudam a apreciar o que parece ser um conflito entre os departamentos, mas na realidade é uma oportunidade para ambos.

- 2) **Confiabilidade:** A confiança tem sido frequentemente vista como um acordo informal de auto aplicação alternativa aos mecanismos formais de governança. Reduz a probabilidade de oportunismo e a necessidade de mecanismos de monitoramento dispendiosos, incentivando o comportamento cooperativo e a troca de conhecimento. Como resultado, a confiança promove a troca de uma gama de ativos específicos, tais como conhecimento, informação e suportes que são difíceis de colocar um preço.
- 3) **Status:** Indivíduos de alto status tendem a ser valorizados como importantes pelos outros e tratados com mais tolerância. Por outro lado, aqueles com baixo status podem, às vezes, ser ignorados, mesmo que sua contribuição seja inteligente e criativa. Além disso, os indivíduos com status mais elevado, em virtude de seu controle sobre os recursos e sua autoridade para tomar decisões, podem estar mais bem posicionados para emergir como *boundary spanners*, porque as pessoas estão mais dispostas a se comunicar com eles em relação a suas oportunidades de trabalho, ou problemas.

Um argumento chave presente na literatura de *boundary spanners* é que as atividades executadas por indivíduos que são generalistas funcionais, em vez de especialistas, são mais adequados para papéis de *boundary spanners*. Este argumento baseia-se na ideia de que *boundary spanners* é em si uma atividade de esforço que aumenta a carga cognitiva sobre os indivíduos nesses papéis. Um *boundary spanners* é responsável não apenas por coordenar com unidades fora da equipe, mas também por garantir que o conhecimento externo seja passado para os membros da equipe e integrado às atividades internas da equipe (Olabisi & Lewis, 2018).

Como podemos observar neste capítulo os *boundary spanners* possui um papel muito importante para estabelecer vínculos e entre as partes interessadas internas e externas à equipe e sua utilização no contexto hospitalar, mais especificamente na

melhoria do desempenho do bloco cirúrgico, aumentando a produção cirúrgica e diminuindo a taxa de cancelamentos evitáveis, pode ser coerente. Como já vimos anteriormente, a sincronização dos setores a uniformização da informação, são fatores antecedentes da melhoria do bloco cirúrgico e neste ponto o *boundary spanners* pode desempenhar papel importante, além de ser um fator estrutural determinante para a CR.

No próximo capítulo vamos falar sobre sistemas de informação partilhados e sua aplicabilidade em unidades de saúde, seu importante papel na unificação da comunicação entre as equipes, pacientes e familiares. Na análise inicial da instituição em estudo, foi constatado a existência de inúmeros sistemas de informações, segmentando a informação, resultando assim em prejuízo assistencial e de eficiência.

2.4 Sistema de Informação Partilhados

Os sistemas de informação em saúde são ferramentas para a melhoria da qualidade e da produtividade da assistência de saúde, possibilitando a realização de pesquisas e atividades de ensino. A gestão da informação possibilita que os profissionais de saúde desempenhem as atividades com efetividade e eficiência, integrando a informação, facilitando a comunicação, coordenando as ações entre os múltiplos membros das equipes, fornecendo meios para apoio financeiro e administrativo. A eficiência está relacionada à otimização do uso de recursos para a realização dos diversos processos desempenhados pelos profissionais, tanto no cuidado direto, como na administração (Brasil, 2017).

A eficiência está relacionada à otimização do uso de recursos para a realização dos diversos processos desempenhados pelos profissionais, quer seja no cuidado direto, quer seja na administração. A eficiência melhora os processos e a efetividade deve facilitar o entendimento sobre como os usuários querem ser atendidos, fornecendo assim, indicações sobre como os processos devem ser planejados ou mesmo revistos para atingir as metas pretendidas (Marin, 2010).

O desenvolvimento de sistema de informação visa suprir as necessidades de interação das equipes para a coordenação do cuidado nos atendimentos. É um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações para a tomada de decisões no âmbito estratégico e operacional, em atenção

à diversidade das organizações, dos profissionais e dos processos envolvidos nas operações técnicas e administrativas (Bittar *et al.*, 2018).

Para Marin (2010), como premissa básica, o sistema de informação em saúde deve contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do atendimento em saúde, possibilitando a realização de pesquisa, o fornecimento de evidência e auxiliando no processo de ensino. Assim, como finalidades principais, pode-se afirmar que um sistema de informação deve servir para gerenciar a informação que os profissionais de saúde precisam para desempenhar as atividades com efetividade e eficiência, facilitar a comunicação, integrar a informação e coordenar as ações entre os múltiplos membros da equipe profissional de atendimento, fornecendo recursos para apoio financeiro e administrativo.

Inúmeros sistemas de informação são utilizados pelas organizações de saúde, públicas e privadas, adotadas com o intuito de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados. Desenvolvidos por diferentes fornecedores possuem arquiteturas, bases de dados e infraestruturas divergentes. Com isso, são criados aplicativos incapazes de se comunicarem entre si, gerando a quebra da comunicação entre os setores e equipes (Siqueira *et al.*, 2016).

A padronização de processos e disponibilidade de informações provenientes de um único banco de dados facilita o acesso às funções estratégicas e resulta em ganhos expressivos de produtividade, eliminando duplicidades e disponibilizando informações integradas que podem ser utilizadas pelos diversos níveis de comando incluindo a totalidade dos serviços de atenção primária, secundária e terciária, além das estruturas de comando centralizadas municipais, estaduais e federais (Bittar *et al.*, 2018).

O desenvolvimento de equipamentos e recursos de informática cada vez mais tem contribuído para ampliar a capacidade de obtenção e armazenamento de dados, bem como de aperfeiçoamento da organização e processamento destes, promovendo maior eficiência dos sistemas de informação. Este avanço tecnológico possibilitou a concepção da técnica de compartilhamento ou *linkage* de bancos de dados, que consiste na unificação de duas ou mais bases de dados a partir de informações comuns registradas neles, de modo a tornar possível a identificação de um mesmo indivíduo e suas características, presentes em todos os bancos. Embora dificuldades na definição dos identificadores, duplicidade de registros e qualidade da digitação dos dados contidos nos bancos alvo de ligação sejam

alguns dos obstáculos enfrentados quando da aplicação dessa técnica (Nascimento *et al.*, 2008).

Para viabilizar tais atividades em saúde, múltiplas informações sobre o estado do paciente são necessárias. Por outro lado, os procedimentos realizados por cada profissional também geram outras tantas informações, que vão garantir a continuidade do processo de cuidado. São fontes diferentes de dados, gerando conseqüentemente diferentes informações. Para tanto, estes dados precisam ser agregados e organizados de modo a produzir um contexto que servirá de apoio para tomada de decisão sobre os tipos de tratamento, aos quais o paciente deverá ser submetido, orientando todo o processo de atendimento à saúde de um indivíduo e da população. Oriundo de fontes variadas e usado com múltiplos propósitos, o dado clínico tem como característica predominante a heterogeneidade, muitas vezes não adequada aos tradicionais sistemas de informações, onde a integração nem sempre é privilegiada (Marin, 2010).

De modo geral, o princípio básico de construção de um sistema de informação em saúde baseia-se na integração da informação. Assim, uma vez coletada a informação, ela é registrada em um determinado formato para fins de armazenamento e tal registro para a ser fisicamente distribuído entre os hospitais, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios e demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre os profissionais de saúde, de acordo com os direitos de acesso de cada um (Massad *et al.*, 2003).

Como vimos nos capítulos anteriores, o sistema de informação partilhado é um fator estruturante e determinante da CR e sua implementação pode influenciar na melhoria das atividades do bloco cirúrgico, aumentando sua produção e diminuindo a taxa de cancelamento por causas evitáveis, uma vez que todos os profissionais terão informações sobre os processos e rotinas importantes para a conclusão da cirurgia, de maneira segura e resolutiva.

Do ponto de vista de gestão, a utilização de sistemas operacionais serve como uma ferramenta para melhoria da qualidade e da produtividade, contudo sua informação precisa ser difundida a nível de direção, mas principalmente para os colaboradores. No próximo capítulo, abordaremos o tema reuniões partilhadas e sua aplicação.

2.5 Reuniões Partilhadas

No Brasil e em vários países, os sistemas de saúde se estruturaram em um modelo de atenção com pilares mecanicistas com características rígidas e formais, relações hierárquicas verticalizadas e pouco coletivas. Nas últimas décadas, em virtude do acelerado crescimento do capitalismo, descobriu-se não ser mais possível se concentrar exclusivamente em elementos formais, o que deu espaço para elementos orgânicos como: horizontalidade, colaboração, participação, flexibilidade, gestão sustentável, dentre outros (Mintzberg, 2003; Orchard, 2010; Vos *et al.*, 2011).

Em nível organizacional, o alcance dessa nova forma de estrutura denominada "partilhada" é possível por meio da construção de um tipo específico de confiança, baseada no diálogo institucionalizado e no propósito compartilhado. Em nível de gestão, as mudanças visam descentralizar o poder e a autoridade em busca de estratégias compartilhadas de resolução de conflitos, com sistemas de informação simplificados, seja no desenvolvimento de produtos, serviços ou na implantação de novas tecnologias (Velooso & Malik, 2011).

A gestão partilhada surge da necessidade da descentralização da tomada de decisão e da possibilidade da identificação de problemas que, por vezes, o gestor, de forma isolada, não conseguia perceber e identificar, por não estar diretamente vinculado, enquanto gestor, a alguns processos e problemas que surgem das demandas de vivências dos trabalhadores e dos usuários (Cecílio, 2010).

Guimarães (2003) apresenta as seguintes vantagens desta modalidade de gestão, a partir da implementação da gestão participativa na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil:

- As soluções e resultados obtidos a partir da discussão colegiada são mais sustentáveis e duradouros do que os alcançados por um gerente ou um pequeno grupo de gestores;
- Processos colegiados produzem uma visão compartilhada por todos e enriquecida pela variedade de pontos de vista, competências e funções dos que são membros do colegiado;

- São também processos que podem ganhar maior governabilidade porque tem o potencial de engajar representantes de todos os componentes da equipe da unidade;
- Outra vantagem é que os esforços e avanços alcançados pela unidade passam a contar com vários “porta-vozes”, ou seja, pessoas que têm informações do que se passa no colegiado podem atuar como formadores de opinião, para dentro e para fora do serviço. Podem melhorar a imagem externa da unidade e estreitar as relações de trabalho.

Em um modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva, as reuniões partilhadas garantem o compartilhamento do poder, assim como uma análise, decisão e avaliação conjunta. Os colegiados são espaços coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde quanto dos usuários. Nesse espaço há discussão e tomada de decisões no seu campo de ação de gestão de governo, de acordo com as diretrizes e os contratos definidos. Tem como objetivo discutir e deliberar sobre as questões e problemas relativos à unidade, para exercer um gerenciamento participativo e democrático, através de pactuações e responsabilização conjunta pelas decisões tomadas, além de promover a melhor socialização da informação. (Brasil, 2009).

Ao mesmo tempo, a presença neste colegiado, de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, com diferentes visões de mundo e da saúde, têm possibilitado ao grupo identificar com maior sensibilidade e amplitude as necessidades dos usuários e trabalhadores, além de permitir agilidade e responsabilização nas decisões e na implementação das ações assistenciais que melhorem o desempenho da unidade (Cecílio, 2010).

Neste sentido, as reuniões partilhadas se demostram importante ferramenta de socialização entre vários grupos de profissionais e setores dentro de uma unidade hospitalar, contribuindo para a socialização da informação, estabelecendo uma melhor comunicação (Gittell *et al.*, 2012). Veremos no próximo capítulo as Hipóteses de Investigação e a metodologia utilizada neste estudo.

3. Hipótese de Investigação

Com o início dos estudos será implementado planilha unificando todos os sistemas de informação de marcação de procedimentos no bloco cirúrgico, em um mesmo instrumento regulador, com isso conseguir consolidar os dados, monitorar a produção do bloco cirúrgico e medir suas atividades.

Após essa etapa, será alocado um profissional de saúde para ser o coordenador deste monitoramento e acompanhamento da atividade, com o intuito de fomentar a socialização das informações e participação multisetorial, caracterizado neste estudo como um *boundary spanner*.

Será implementada também, agenda de reuniões partilhadas para socialização das informações para todos os setores, de maneira simples, organizada e de fácil compreensão de todos, para contribuir com a intersectoriedade e melhoria da unidade hospitalar.

Hipótese: *a utilização de um sistema de informação único e partilhado, utilização de reuniões partilhadas e implementando um boundary spanner numa unidade hospitalar irá aumentar a produção do bloco cirúrgico, diminuindo a taxa de cancelamento de cirurgias por causas evitáveis.*

4. Método

4.1 Contextualização

Contagem é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais na região metropolitana de Belo Horizonte/MG. É o município com a terceira maior população do estado, com 648.766 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015.



Figura 2: Mapa do território brasileiro com Minas Gerais em destaque.

Ao longo do tempo, os limites geográficos do município perderam-se em virtude do seu crescimento horizontal em direção à capital, ocasionando uma intensa conurbação com Belo Horizonte/MG. Contagem integra a Grande BH, sendo um dos mais importantes municípios dessa aglomeração urbana, principalmente pelo seu grande parque industrial. Seu sistema viário, planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga, é feito através das principais rodovias do país, a BR-381 (Fernão Dias - acesso a São Paulo), BR-262 (acesso a Vitória e Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro).



Figura 3: Mapa de Minas Gerais destacando a cidade de Contagem.

A cidade possui um Complexo Hospitalar de Contagem/MG inaugurado em agosto de 2003, com recursos provenientes dos Governos Estadual e Federal, idealizado para garantir atenção à saúde para microrregião de Contagem, na qual é composta pelos municípios de Contagem, Ibirité e Sarzedo. O Complexo Hospitalar de Contagem é uma instituição inserida, integralmente, na rede pública de saúde, sendo o único na região para o atendimento às urgências e emergências.



Figura 4: Complexo Hospitalar de Contagem, Minas Gerais, Brasil.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2014), o Hospital possui ativos 242 leitos, um bloco cirúrgico com 04 salas cirúrgicas, 05 leitos de recuperação anestésica. Realiza procedimentos cirúrgicos nas áreas de Cabeça e Pescoço, Endoscopia, Geral, Ginecologia, Mastologia, Neurologia,

Odontologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Plástica, Proctologia, Urologia e Vascular.



Figura 5: Equipe da cirurgia geral operando dentro do Complexo Hospitalar de Contagem/MG.

O Complexo Hospitalar de Contagem/MG recebe várias reclamações de procedimentos eletivos cancelados no dia da cirurgia, contudo nunca foi estudado a fundo sua real taxa de cancelamento e seus motivos. Não havendo nenhuma ação organizada, a nível institucional, no sentido de aferição da taxa de cancelamento e ou propostas de melhorias.

Outro problema que se observa na instituição é a existência de vários sistemas, um por área, independentes, para controle das suas atividades frente ao bloco cirúrgico, sem nenhum compartilhamento entre setores e equipes, gerando inúmeras falhas de comunicação e de informações, ou seja, a recepção, o setor de internação, o bloco cirúrgico, o ambulatório, os coordenadores de especialidades cirúrgica, dentro outros setores e equipes, possuíam sistema de controle individualizado, independente e sem comunicação entre nenhum deles, para tratar das agendas e monitoramentos das atividades relacionadas ao bloco cirúrgico.

4.2 Descrição da intervenção

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa, foi iniciado o monitoramento do bloco cirúrgico e na segunda etapa foram propostas medidas de intervenção a nível de gestão para melhorar o desempenho organizacional.

A primeira etapa teve início no mês de março de 2017 e o monitoramento se deu durante todo o ano de 2017, ou até que as condições extra as analisadas no início do estudo mudassem (ex.: aumento de leitos, alteração no quadro de funcionários, abertura de salas cirúrgicas, aquisição de equipamentos).

A amostra do estudo foi todo paciente que desse entrada no bloco cirúrgico durante o período de estudo. Entendendo por entrada no bloco cirúrgico, todo paciente que fosse agendado para realizar o procedimento eletivo e/ou aqueles que entrassem por demanda de urgência cirúrgica.

No primeiro momento a pesquisa teve como natureza exploratória descritiva, com a implementação de planilha de monitoramento e acompanhamento das atividades do bloco, para posterior análise quantitativa e qualitativa dos dados.

No segundo momento foram efetuadas intervenções a nível de gestão com o intuito de melhorar a coordenação das relações entre as diversas áreas do hospital, com o objetivo de melhorar o desempenho assistencial. Para isso foram levados em considerações os princípios decorrentes da CR e foram implementados 03 fatores antecedentes: utilização de um sistema de informação único, utilização de reuniões compartilhadas e implementação de um *boundary spanner*.

Para desenvolvimento da primeira etapa do estudo, foi desenvolvido uma tabela na ferramenta de *Office Excel*, plataforma online, para preenchimento e acompanhamento das atividades no bloco cirúrgico do referido hospital. Esta tabela terá os seguintes campos de preenchimento:

- I. **Data do procedimento:** Data para realização do procedimento, onde acreditasse que, o paciente que passou pela primeira consulta com cirurgião, o mesmo indicou procedimento cirúrgico, paciente está com exames pré-operatórios realizados, o hospital possui condições para realizar o procedimento (materiais e equipamentos). Em caso de cirurgias

de emergência, a data representa a chegada do paciente com necessidade em realizar a cirurgia de urgência no bloco cirúrgico.

- II. **Nome do paciente:** conferência da documentação do paciente e seu registro na unidade hospitalar;
- III. **Sexo:** conferência da documentação do paciente e registro da sexualidade na unidade hospitalar, sendo definido como Feminino ou Masculino;
- IV. **Procedimento:** Descrição técnica do nome do procedimento que será realizado pelo cirurgião;
- V. **Especialidade:** Definição de qual especialidade o cirurgião atua (Cabeça e Pescoço; Geral; Ginecologia; Odontologia; Pediatria; Plástica; Vascular; Endoscopia; Mastologia; Neurocirurgia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Proctologia; Urologia)
- VI. **Tipo:** Definição se o procedimento foi marcado com antecedência (eletivo) ou foi um procedimento imprevisto por se tratar de um hospital de urgência (urgência);
- VII. **Informações sobre status:** Este campo tem como objetivo informar sobre o paciente, se ele realizou a cirurgia, para onde ele foi encaminhado e se não realizou o procedimento, por qual motivo;
- VIII. **Status:** Se a cirurgia foi realizada ou se a cirurgia não foi realizada.

Para consolidação dos resultados e velocidade em demonstrar os números e facilitar o monitoramento, a planilha foi construída em modalidade dinâmica, online e seus resultados geram consolidados automáticos e instantâneos. Para isso foi criado também um *link* de acesso para consultas através de *smartphones* para melhor difusão nas informações dentro do hospital.

Para segunda etapa do estudo foi destinado para tarefa de vincular as redes internas da organização e difundir as informações do levantamento do bloco cirúrgico nas equipes do hospital em estudo, profissional médico dedicado a esta função, denominado como *boundary spanner*. Este profissional deveria possuir conhecimento de todas as áreas do hospital e suas inter-relações para convergir em um melhor resultado a nível de unidade de saúde.

Nesta etapa também foi realizado a socialização das informações levantadas no estudo a nível de reuniões partilhadas do Complexo Hospitalar de Contagem, onde

estavam presentes todas as áreas do nosocômio, representados por suas coordenações. Estas reuniões deveriam acontecer minimamente 01 (uma) vez por mês, apresentando os resultados cirúrgicos e os motivos dos cancelamentos.

Nestas reuniões foram apresentados os levantamentos e seus consolidados a fim de esclarecer os principais problemas que o bloco cirúrgico enfrenta e levantar a sincronia dos setores para convergirem na direção de solucionar os problemas e aumentar a produção do bloco cirúrgico.

Para fins de comprovação das reuniões partilhadas, deveria ser confeccionada uma Ata da Reunião, pontuando: dia, hora, local, pauta e assinatura dos participantes descrevendo função/setor.

Após análise dos dados e identificação dos problemas, discutir os resultados alcançados durante os meses de estudo e propor novas intervenções para melhorar o desempenho do hospital em especial o bloco cirúrgico.

O monitoramento das atividades e as intervenções propostas por este estudo foram autorizadas pelo Superintendente do Complexo Hospitalar de Contagem/MG e pelo Secretário Municipal de Saúde de Contagem/MG, conforme Memorando em anexo (Anexo 10).

5. Análise de Resultados

5.1 Monitoramento do bloco

Como descrito na metodologia, a primeira etapa do estudo foi a confecção de planilha para monitoramento e acompanhamento do bloco cirúrgico do Complexo Hospitalar de Contagem/MG. Para iniciar esta etapa, reunimos com todas as áreas do nosocômio no intuito de confeccionar uma planilha que contivesse as informações importantes para todos, e que ela fosse em um mesmo documento.

Após analisar todas as planilhas e debater o tema com todas as equipes do hospital confeccionamos uma planilha no programa *Office Excel*, em plataforma online, para começar a ser utilizado no mês de março de 2017.

A tabela começou a ser utilizada como instrumento único de marcação no bloco no dia 22 de março de 2017, onde na primeira semana de utilização, seu preenchimento foi acompanhado, para que os profissionais seguissem o mesmo padrão.

Os meses analisados foram os meses de abril a novembro de 2017, onde as condições estruturais do bloco cirúrgico, quantidade de leitos e tamanho da equipe foram os mesmos. Optou-se por excluir o mês de março por se tratar de um período de implantação. O estudo finalizou no mês de dezembro de 2017, devido a inauguração de mais leitos cirúrgicos no hospital, mudando as condições do estudo.

Durante os meses de estudo, foram realizadas 4210 marcações de cirurgias no bloco cirúrgico, onde 22% das marcações foram canceladas e 78% foram realizadas, totalizando 3266 cirurgias realizadas, conforme Figura 6.

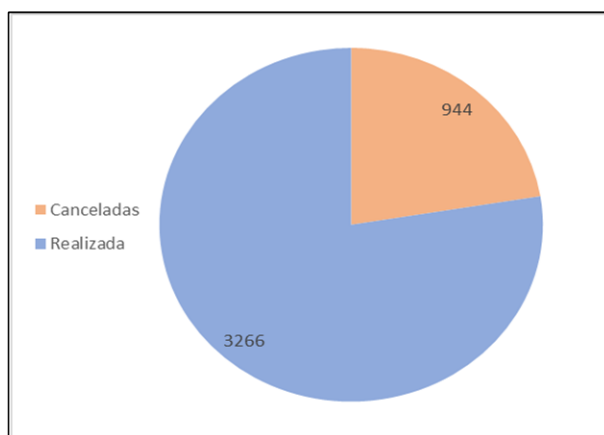


Figura 6: Monitoramento de cirurgias realizadas por canceladas.

5.2 Caracterização da atividade do bloco cirúrgico

Durante o período de estudo, o Complexo Hospitalar Contagem realizou 4210 marcações de cirurgias no bloco cirúrgico, onde 22% das marcações foram canceladas e 78% foram realizadas, totalizando 3266 cirurgias realizadas.

Pode-se notar, pela Tabela 1, que as cirurgias tiveram um aumento depois dos 3 primeiros meses de monitoramento, passando das 404 cirurgias realizadas por mês e após 6 meses de monitoramento as Taxa de Cancelamento chegou a 18% e se estabilizou.

Tabela 1: Monitoramento de cirurgias realizadas e canceladas por mês.

Meses	Canceladas	Realizada	Total	% de Cancelamento
abril	106	395	501	21%
maio	115	378	493	23%
junho	100	349	449	22%
julho	131	404	535	24%
agosto	159	432	591	27%
setembro	142	434	576	25%
outubro	95	433	528	18%
novembro	96	441	537	18%

Podemos concluir que o processo de melhoria do desempenho do bloco cirúrgico se deu a partir do 3 mês de estudo, onde a produção cirúrgica chegou a superar as 404 cirurgias mês e nos meses subsequentes manteve entre 432 a 441 cirurgias realizadas. Já a taxa de cancelamento teve um aumento durante os meses de agosto e setembro, porém em outubro e novembro atingiram seu melhor resultado mantendo ainda elevado número de cirurgias realizadas.

Na Figura 7, observa-se que durante o período de estudo foram realizados 2019 cirurgias eletivas e 1247 cirurgias de urgência. Podemos observar ainda, que do total de cirurgias eletivas agendadas, 68,7 % foram realizadas e 31,3% foram canceladas. Já as cirurgias de urgência, do total de cirurgias agendadas 98% foram realizadas e apenas 2% foram canceladas.

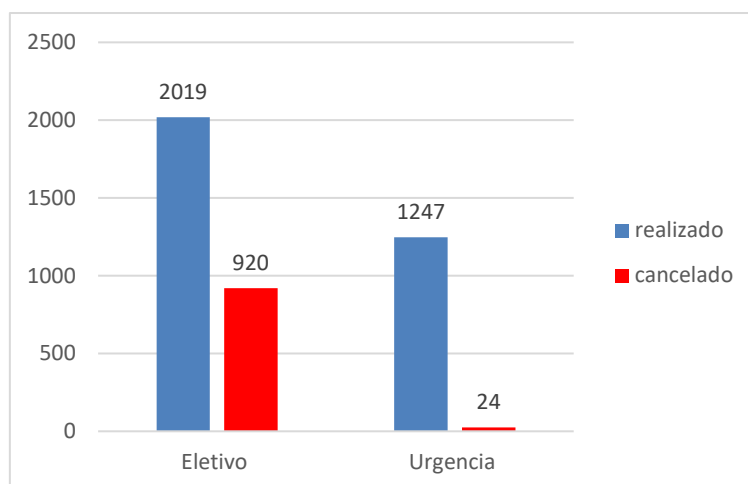


Figura 7: Monitoramento de cirurgias realizadas por canceladas, separadas por eletivas e urgência.

Dentre as cirurgias realizadas e cirurgias canceladas por especialidade médica, é possível observar, na Figura 8, que a Ortopedia possui maior número de cancelamentos 371, que representa 39,3% de todo cancelamento de cirurgias, seguida da Cirurgia Geral com 270 cancelamentos (28,6%). Juntas, as especialidades de Ortopedia e Cirurgia Geral representam 67,9% de todos os cancelamentos de cirurgias, representando também, 66,3% do total de cirurgias realizadas.

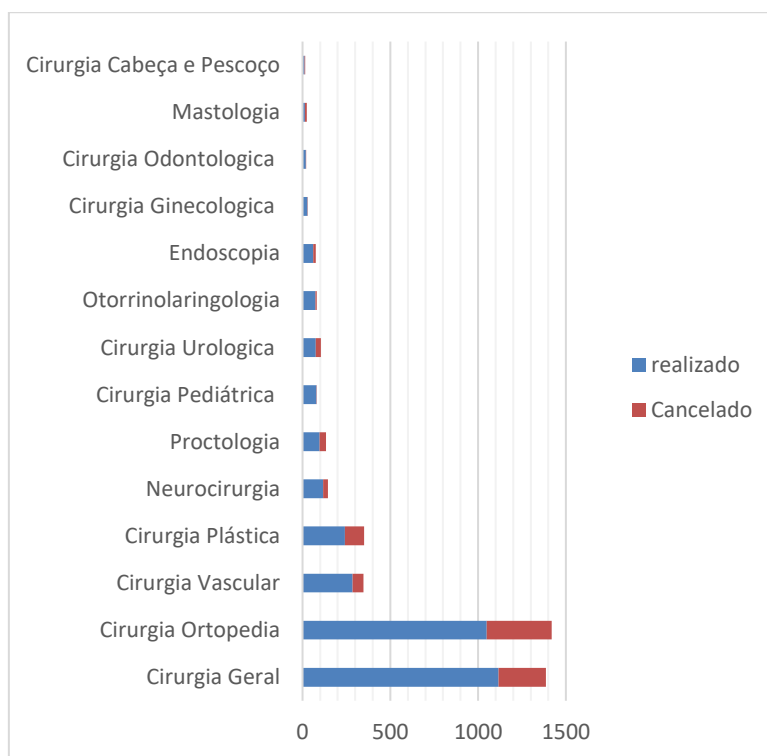


Figura 8: Monitoramento de cirurgias realizadas e canceladas por especialidade.

Verifica-se ainda na Tabela 2, que a especialidade de Mastologia teve maior resultado percentual de cancelamentos, onde 42% dos seus procedimentos foram cancelados, seguida pela Cirurgia Plástica com 31% dos procedimentos cancelados.

As especialidades de Cirurgia Pediátrica e Ginecológica, possuíram baixos índices de cancelamento, 2% e 4% respectivamente. Podemos observar ainda na Tabela 2 que a taxa de cancelamento durante o período de estudo foi de 22%.

Tabela 2: Monitoramento de cirurgias realizadas e canceladas por especialidade.

Especialidade	Realizado	Cancelado	total	%
Mastologia	14	10	24	42%
Cirurgia Plástica	241	109	350	31%
Cirurgia Urológica	76	29	105	28%
Proctologia	98	36	134	27%
Cirurgia Ortopedia	1049	371	1420	26%
Cirurgia Cabeça e Pescoço	12	4	16	25%
Endoscopia	61	15	76	20%
Cirurgia Geral	1116	270	1386	19%
Neurocirurgia	117	27	144	19%
Cirurgia Vascular	285	62	347	18%
Otorrinolaringologia	73	7	80	9%
Cirurgia Odontológica	18	1	19	5%
Cirurgia Ginecológica	27	1	28	4%
Cirurgia Pediátrica	79	2	81	2%
TOTAL	3266	944	4210	22%

A principal causa geradora de cancelamentos de cirurgia (Figura 9) é a falta de leitos disponíveis para internação dos pacientes após o procedimento cirúrgico, sendo responsável por 18% dos cancelamentos. A condição clínica do paciente, desfavorável para o procedimento cirúrgico, representa 14% dos cancelamentos cirúrgicos.

A de se destacar também, que o estudo mostrou que, a falta de tempo hábil para a realização do procedimento cirúrgico (14%), sem indicação cirúrgica (11%) e o absenteísmo (10%) são causas importantes para o cancelamento de cirurgias.

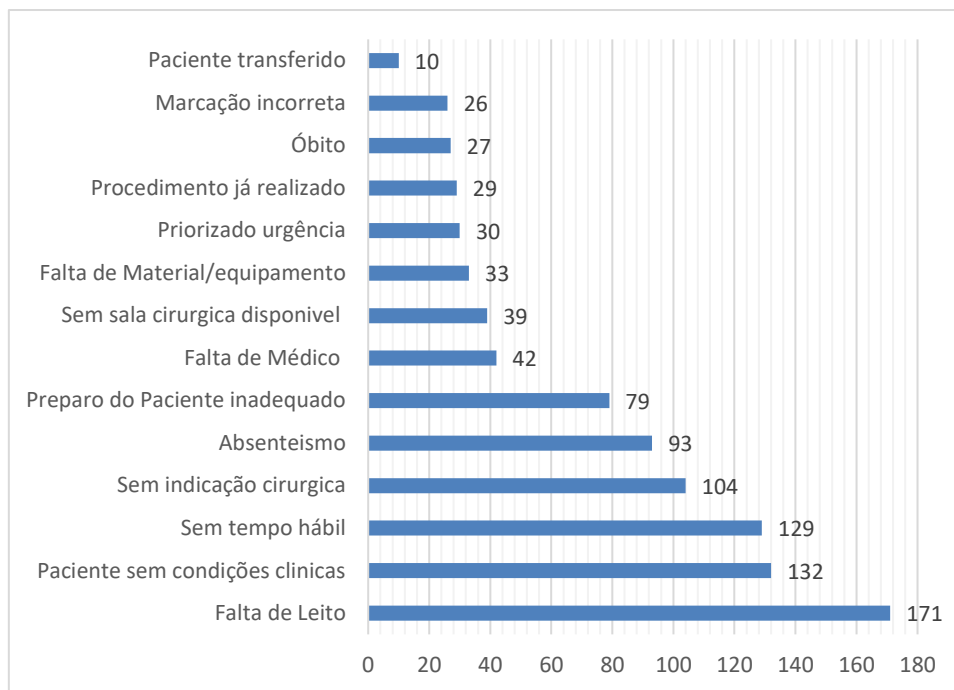


Figura 9: Principais causas de cancelamento de cirurgias durante o periodo de estudo.

Para realizar esta análise, foram separadas as cirurgias canceladas em cirurgias potencialmente evitáveis e inevitáveis, da seguinte forma:

- Potencialmente evitáveis: falta de leito; sem tempo hábil; sem indicação cirúrgica; preparo do paciente inadequado; falta de médico; sem sala cirúrgica disponível; falta de material/equipamento; procedimento já realizado e marcação incorreta.
- Inevitáveis: paciente sem condições clínicas; absenteísmo; priorizado urgência; óbito e paciente transferido.

Realizando esta separação, podemos observar que do total de cirurgias canceladas, 652 eram potencialmente evitáveis e 292 eram inevitáveis. Ou seja, 69% dos procedimentos cancelados eram sensíveis a gestão e poderiam não ter acontecido.

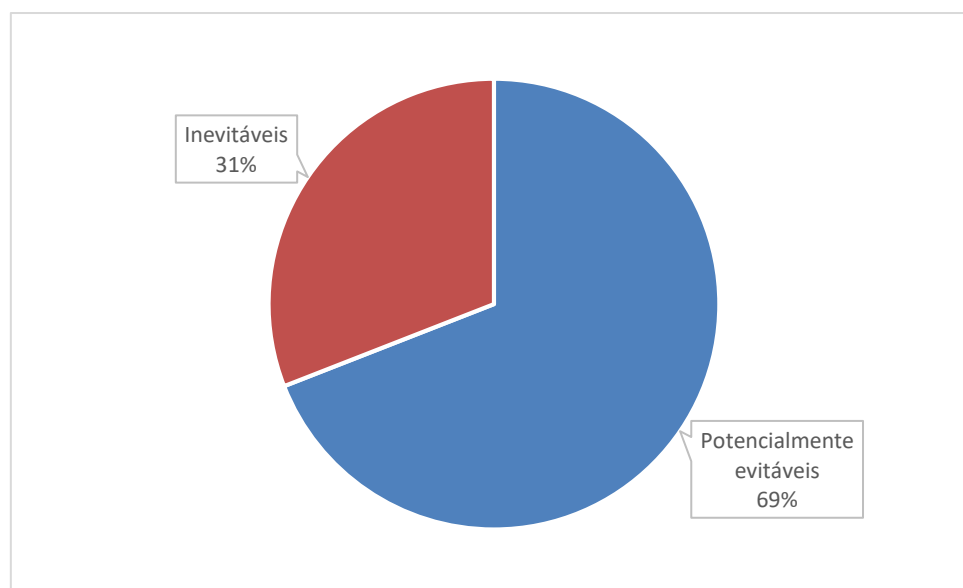


Figura 10: Porcentagem de cirurgias canceladas que eram potencialmente evitáveis e inevitáveis.

5.3 Informação compartilhada

Para melhorar a comunicação e melhor difusão da informação do bloco cirúrgico no CHC, foram proposta 3 estratégias: consolidação dos resultados em *link* próprio e acessível por *smarthphones*, realização mensal de reuniões compartilhadas para socialização dos dados coletados para os coordenadores de todas as áreas e definição de um *boundary spanner* para garantir que os dados levantados sejam socializados entre os departamentos e as especialidades.

Para a consolidação das informações a planilha foi criada em modalidade dinâmica, em plataforma online e seus resultados, assim que alimentados, já subiam para consolidação do *link*. No *link* foram disponibilizados 7 tipos de consolidação para informar os departamentos funcionais: quantidade de cirurgias realizadas por mês, cirurgias realizadas por dia, cirurgias canceladas por mês, cirurgias canceladas por dia, tipo de cirurgia (urgência ou eletivo) por mês, consolidado geral de cirurgias realizadas por especialidade e consolidado geral de cirurgias canceladas por especialidade (Figura 11).



Figura 11: Modo de visualização do consolidado de informações do bloco em link para as equipes;

As informações obtidas e o acompanhamento das atividades cirúrgicas do bloco também foram difundidas e apresentadas mensalmente em reuniões partilhadas para todos os coordenadores de áreas diretamente ligada a assistência e áreas de apoio. Durante o período de estudo foram feitas 8 reuniões para apresentação dos resultados e debater os problemas existentes. As reuniões aconteceram nos dias: 05/04/2017, 24/05/2017, 07/06/2017, 05/07/2017, 18/08/2017, 20/09/2017, 05/10/2017 e 28/11/2017 (Atas e Lista de Participantes em Anexo).



Figura 12: Fotografia de reunião partilhada.

5.4 Definição do *boundary spanner*

Para escolher um agente para relacionar as práticas em campo no intuito de melhorar as relações entre os departamentos e especialidades, seguindo a caracterização dos antecedentes importantes que um *boundary spanner* precisa ter, segundo Hsu et al., (2007), competência, confiabilidade e status. Foi designado para essa função o coordenador médico do Complexo Hospitalar de Contagem, responsável técnico por todas as escalas médicas e atividades médicas do hospital.

Este profissional, Clínico Geral, possui boa relação de comunicação com todas as especialidades funcionais do hospital, possui confiança dos médicos como uma referência técnica para discussão de casos e solução de problemas, além de possuir um cargo de diretoria, onde possui autoridade e autonomia para tomar decisões.

A função deste agente é estabelecer vínculos entre as equipes, interna e externamente, buscando romper as barreiras criadas durante as rotinas de trabalho que impossibilitam o progresso dos resultados. Deixar todos os envolvidos cientes de seus papéis e atividades e os impactos causados pela sua não execução.

5.5 Análise do desempenho do bloco cirúrgico após aplicação dos fatores precedentes da CR

Analisando os meses de estudo, levando em consideração as cirurgias realizadas e os cancelamentos potencialmente evitáveis, Figura 13, podemos observar que a realização de cirurgias teve uma queda nos 3 primeiros meses e depois aumentou gradativamente chegando a 441 cirurgias realizadas no mês de novembro. Podemos observar ainda, que conforme o bloco cirúrgico melhora seu desempenho de cirurgias realizadas, durante os meses de julho e agosto observasse um aumento do número de cancelamentos de cirurgias potencialmente evitáveis. Contudo, nos meses seguintes, foram reduzindo e chegaram a 12% de cancelamentos, ao tempo que, este foi o mês que foram realizadas mais cirurgias, 441.

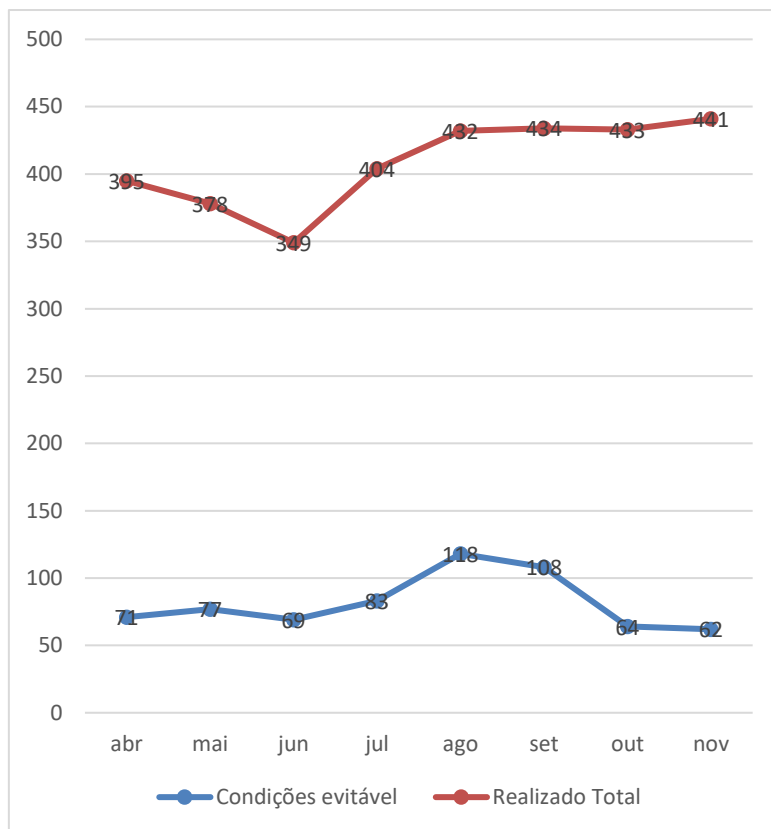


Figura 13: Comparação do aumento de cirurgias realizadas com diminuição das cirurgias canceladas potencialmente evitáveis.

Podemos analisar os cancelamentos potencialmente evitáveis mês a mês, conforme Figura 14, e observar que a porcentagem do mês de abril a julho permaneceu oscilando pouco, com um aumento significativo em agosto e setembro, e ter diminuído nos meses de outubro e novembro.

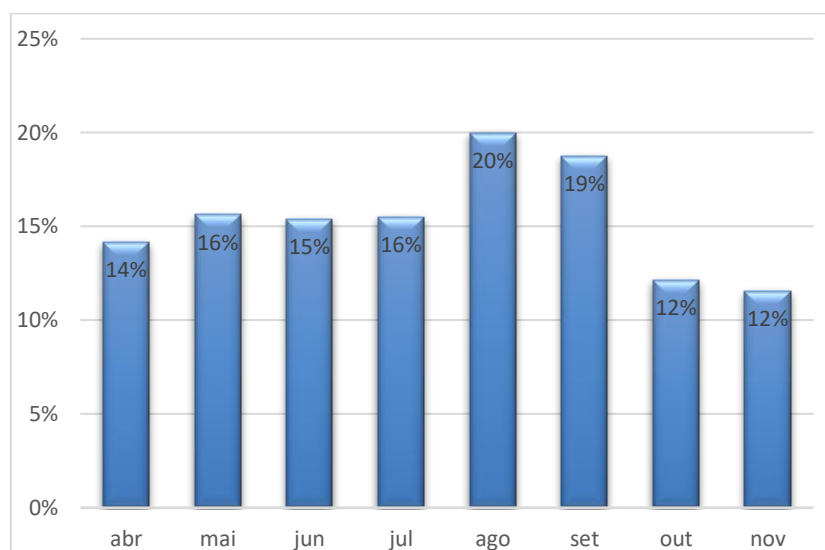


Figura 14: Porcentagem de cancelamentos potencialmente evitáveis separadas por mês.

De uma forma geral, podemos observar que no primeiro mês do estudo, abril, o bloco cirúrgico realizava 395 cirurgias, ao tempo que 71 dos procedimentos foram cancelados e seu cancelamento poderia ter sido evitado. No último mês do estudo, novembro, o Bloco Cirúrgico realizou 441 cirurgias, ao tempo que 62 dos procedimentos foram cancelados e seu cancelamento poderia ter sido evitado. Sendo assim, o Bloco Cirúrgico teve um aumento de produção de 11,64% e reduziu seu número de cancelamentos evitáveis em 12,67%, comparando o primeiro mês de estudo com o último (Figura 15).

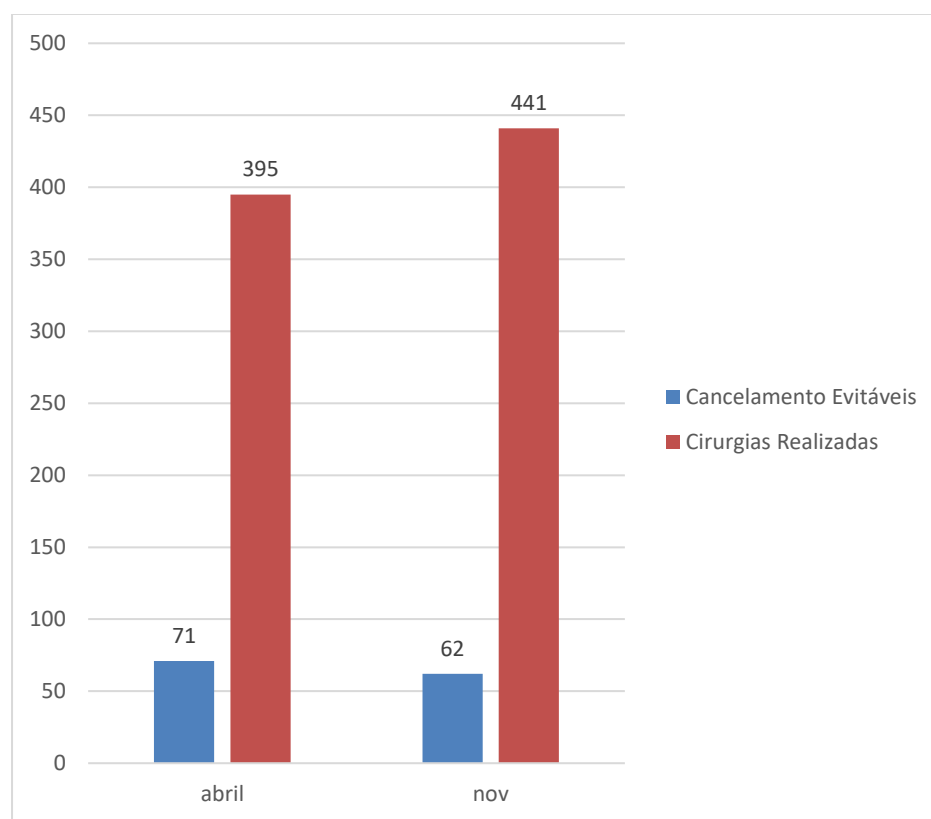


Figura 15: Comparativo de cirurgias realizadas por cancelamentos evitais no primeiro mês e no último.

Continuando ainda a análise do primeiro mês e comparando ao último, podemos observar que houve uma redução na proporção de cancelamentos evitais de 18% para 14%, mesmo com o aumento significativo de cirurgias (Figura 16).

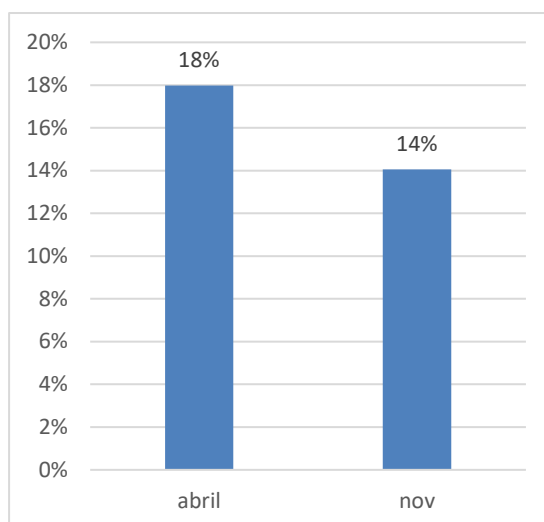


Figura 16: Comparativo da proporção de cancelamentos evitais no primeiro mês e do último.

Analisando os cancelamentos cirúrgicos evitáveis por tipo e por mês, observamos que as causas “falta de médico”, “marcação incorreta”, “preparo de pacientes inadequados”, “sem sala cirúrgica disponível” e “procedimento já realizado”, tiveram uma linha de tendência de redução durante os meses de estudo (Figura 17).

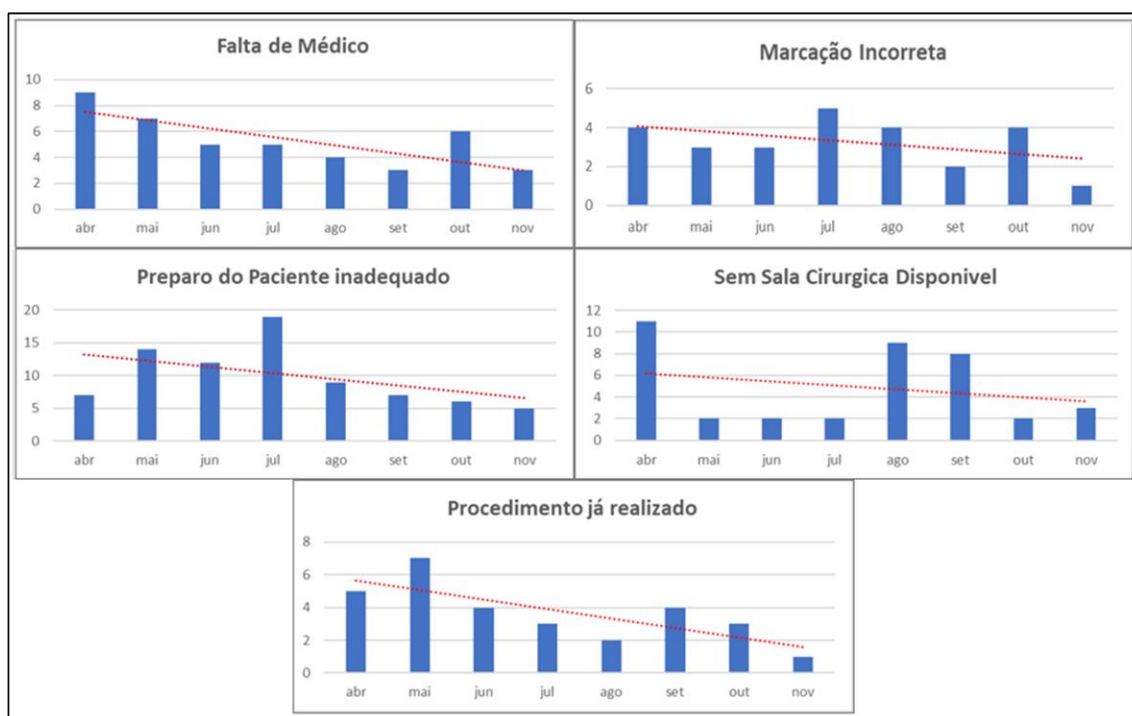


Figura 17: Cirurgias canceladas evitáveis que diminuíram durante o estudo.

As causas de cancelamento evitáveis como “paciente sem indicação cirúrgica” e “sem tempo hábil” tiveram uma linha de tendência mantida durante o período de estudo, conforme Figura 18.

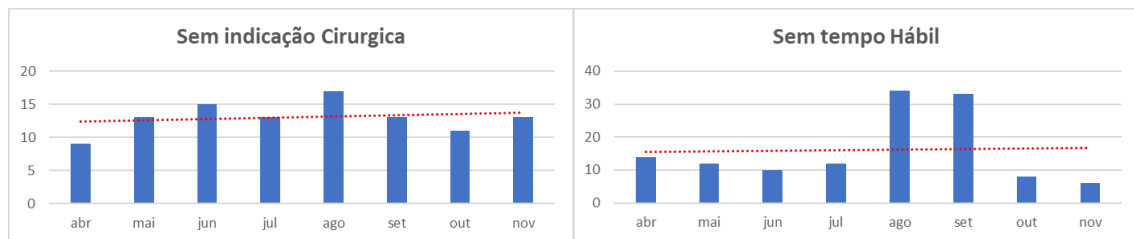


Figura 18: Cancelamentos evitáveis que mantiveram durante o estudo.

Já as causas de cancelamento evitáveis de cirurgias “falta de leito” e “falta de material/equipamentos” tiveram uma linha de tendência aumentando durante o período de estudo (Figura 19).

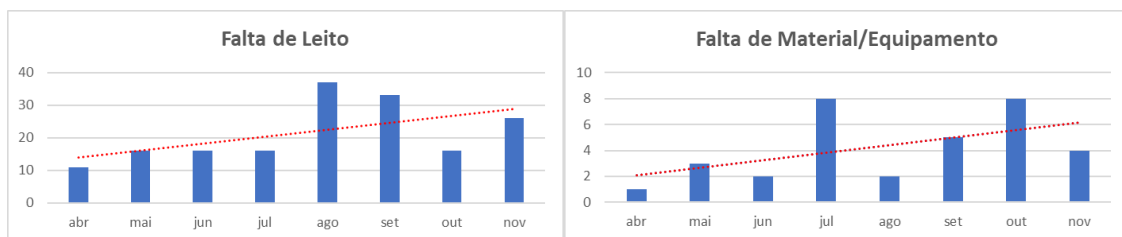


Figura 19: Cancelamentos evitáveis que aumentaram durante o estudo.

6. Discussão

Como abordado durante o trabalho, o problema de cancelamentos de cirurgias é comum a todos os hospitais (Argo *et al.*, 2009) e como podemos observar o hospital em estudo também possui problemas com cancelamentos de cirurgias. A existência de vários sistemas de informação, a inexistência de reuniões partilhadas, a falta de monitoramento e avaliação da atividade cirúrgica do bloco, contribuíram para que os índices fossem elevados e a insatisfação perceptível nos relatos pacientes.

Na análise dos resultados, verificou-se que a porcentagem de cancelamentos de cirurgias do serviço avaliado, foi de 22% de cancelamentos, consideravelmente superior a demais hospitais, alemães 12,4% (Schuster *et al.*, 2011), brasileiros 16,1% (Cihoda *et al.*, 2015) a 17,3% (Macedo *et al.*, 2013) com as mesmas características do hospital em estudo. Podemos atribuir a este fato, a inexistência de sistema de informação único, a falta de reuniões partilhadas, a falta de monitoramento e o acompanhamento dos indicadores do bloco cirúrgico e a fatores inevitáveis, como condição clínica dos pacientes.

O trabalho de Santos & Bocchi (2017), analisa o cancelamento de cirurgias eletivas em um hospital público brasileiro, com perfil parecido ao deste estudo, verifica que o número de suspensões cirúrgicas durante o tempo de estudo foi de 6,79%, muito inferior aos encontrados no presente estudo.

O presente trabalho revelou que a maior parte dos cancelamentos foi realizada pela cirurgia ortopédica e pela cirurgia geral do total geral de cancelamentos. Este resultado corrobora com os resultados levantados pelo estudo de Pittelkow & Carvalho (2008), que observaram um hospital da rede pública com as duas especialidades médicas, cirurgia geral e ortopédica, como as que mais desmarcaram procedimentos.

Durante o estudo é possível perceber que problemas relacionados à organização da unidade, como a disponibilização de leitos para os procedimentos cirúrgicos já agendados, representaram maior influência na desmarcação de procedimentos. Estes dados também foram encontrados na pesquisa de Perroca *et al.* (2007).

Em seu estudo, Perroca *et al.* (2007) aponta que muitos hospitais, constitui-se regra básica que o paciente não seja admitido no Centro Cirúrgico para cirurgias eletivas sem a efetiva programação de vagas, vinculando a marcação da cirurgia à existência da vaga.

O cancelamento de cirurgias, relacionadas à condição clínica do paciente, representaram o segundo maior motivo de cancelamentos, uma vez que os indivíduos não se encontravam em um estado pré-operatório favorável para a realização do procedimento. Vários estudos apontam a condição clínica como um fator de peso no cancelamento de cirurgias, como o estudo realizado no México (Aguirre-Cordova *et al.*, 2003) e na Austrália (Schofield *et al.*, 2005) demonstram taxas de 40% de desmarcações por este motivo.

Este estudo permitiu identificar, na instituição pesquisada, que das 4210 cirurgias agendadas no período de estudo, 3266 (78%) foram realizadas e 944 (22%) foram canceladas. Aonde dos 944 procedimentos cancelados, 652 eram considerados potencialmente evitáveis. Neste período observou-se que o bloco cirúrgico teve um aumento de produção de 11,64% e uma redução da taxa de cancelamento de cirurgias evitáveis em 12,67%, comparando o primeiro mês de estudo ao último. Podemos observar também que a partir do 3 mês de estudo a produção cirúrgica já superava 400 cirurgias realizadas por mês.

Se entendermos que a teoria da CR é um processo de interação entre a comunicação e o relacionamento, que estes reforçam mutuamente para o propósito de integração da tarefa (Gittell, 2012), podemos atribuir a melhora neste estudo as implementações dos antecedentes da CR. Uma vez que os processos de interação entre as equipes começou a ser trabalhado de forma metodológica, melhorando a comunicação e os relacionamentos, com o propósito de integrar as tarefas, por consequência na melhoria dos resultados assistenciais.

A implementação de um sistema único compartilhado, um *boundary spanner* e a realização de reuniões compartilhadas periódicas, influenciariam na rede de laços de comunicação e relacionamento entre o grupo de trabalho, que por consequência resultou na melhoria nos indicadores de desempenho do bloco cirúrgico.

As atividades do *boundary spanner* contribuíram para que os objetivos fossem compartilhados por todos, o conhecimento está presente em cada um dos indivíduos e existir respeito a comunicação, que se tornou mais frequente, oportuna, precisa e focada na resolução do problema.

Podemos atribuir a melhora através do processo de interação entre a comunicação e os relacionamentos com o propósito de integrar as tarefas, por consequência na melhoria dos resultados assistenciais. Este processo são as bases da teoria da CR.

O sistema de informação compartilhado facilitou as equipes a visualização do processo cirúrgico de uma forma macro, dentro da unidade e a sua intersectoriedade. Uma vez que, seu preenchimento, diz respeito a mais de um setor e a importância das informações nele contidas influenciam na conclusão segura do procedimento. O sistema segue as bases da teoria da CR, sendo suas informações compartilhadas a todos os envolvidos no processo, de maneira objetiva e precisa.

O sistema gerou um consolidado cirúrgico, demonstrando a quantidade de cirurgias, cancelamentos e cancelamentos por equipes, o que serviu de medição do processo de trabalho e medidas de desempenho, que também são fatores importantes no modelo relacional de mudança organizacional.

A implementação das reuniões compartilhadas possibilitou uma construção coletiva, onde foi possível observar gradativamente o aumento da confiança dos participantes em se posicionar e buscar alternativas para solucionar os problemas. Criou ambiente favorável para o diálogo institucionalizado e no propósito de compartilhar as resoluções de conflitos e problemas.

Com as apresentações dos resultados colhidos no bloco cirúrgico, tanto com o aumento da produção como na caracterização dos cancelamentos, aumentaram o engajamento dos representantes que, por consequência, criando mais “porta-vozes”, capilarizando o conhecimento nos diferentes profissionais do hospital e o impacto das suas atividades na realização ou cancelamento das cirurgias.

Ao mesmo tempo, a presença neste colegiado de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, com diferentes visões de mundo e da saúde, possibilitou ao grupo identificar com maior sensibilidade e amplitude as necessidades dos usuários e trabalhadores, além de permitir agilidade e responsabilização nas decisões e na implementação das ações assistenciais que melhorem o desempenho.

Durante os meses e as apresentações, as especialidades médicas começaram a se enxergar na produção geral do bloco cirúrgico, estimulando o aumento das cirurgias por especialidade e o incomodo em possuir cancelamentos evitáveis.

Outro aspecto importante que podemos observar é que a maior parte das causas evitáveis de cirurgias diminuíram, contudo algumas causas aumentaram durante o período de estudo (“falta de leito” e “falta de material/equipamento”), o que pode ser atribuído ao aumento significativo de cirurgias realizadas, uma vez que, quanto maior o número de cirurgias realizadas, maior a necessidade de leitos, de equipamentos e materiais.

Duas causas evitáveis de cancelamento cirúrgico não tiveram alteração durante o estudo, cancelamentos devido a “falta de indicação cirúrgica” e “sem tempo hábil”. Um dos aspectos que gera “cancelamento devido a falta de indicação cirúrgica” é quando o cirurgião especialista só tem contado com o paciente pouco tempo antes da cirurgia, isso devido ao baixo número de especialista presentes no plantão. A metodologia utilizada não influenciou na diminuição deste fator. Já o cancelamento devido a “sem tempo hábil” está sujeita a acontecer devido ao surgimento de novas cirurgias de urgências e/ou ao prolongamento em cirurgias anteriores, o que também não foi influenciado pela metodologia em estudo.

Este estudo demonstrou que grande parte dos cancelamentos cirúrgicos em uma unidade hospitalar são potencialmente evitáveis, 69% dos cancelamentos, e o implemento dos fatores antecedentes da teoria da CR contribuíram para diminuir este tipo de cancelamento, ao tempo que a produção do bloco aumentou.

O grande desafio não consiste apenas em se obter bons indicadores, mas sim em mantê-los e aprimorá-los. Quanto maior controle dos processos de trabalho envolvendo o processo cirúrgico, desde a sua indicação até a recuperação, proporciona menor exposição do paciente, diminuição do tempo de internação, diminuição dos riscos de infecção hospitalar e redução do custo do tratamento. Além da produção ser aumentada, melhora a aceitação dos pacientes quanto ao período hospitalar e da imagem da instituição perante a sociedade.

7. Limitações

O estudo possuiu limitações, uma vez que as condições do bloco cirúrgico e quantidade de leitos sofreram alteração no mês de dezembro de 2017, obrigando a separação da análise. Outro fator limitante, é a inexistência de monitoramento e

acompanhamento dos indicadores do bloco cirúrgico anteriores ao período de estudo deste trabalho, o que impossibilitou uma análise comparativa.

Outro fator importante é que apenas alguns fatores antecedentes foram implementados, existindo outros que poderiam complementar o trabalho e atingir melhores resultados. Outro ponto limitante do estudo, é o fato de os fatores antecedentes terem sido implementados ao mesmo tempo, não podendo ser mensurado qual dos fatores foi mais determinante no resultado.

Este estudo foi realizado em um hospital público brasileiro com perfil de atendimento para urgência e emergência, onde a aplicação do método surgiu efeito, necessitando de outros estudos para aplicação em outros perfis hospitalares.

8. Conclusão

O estudo confirma a hipótese inicial, onde a utilização de fatores antecedentes a CR, como utilização de sistema de informação único, utilização de reuniões partilhadas e implantação de um *boundary spanner*, aumentaram a produção do bloco cirúrgico e diminuiu a taxa de cancelamento de cirurgias por causas evitáveis.

A planilha, o link de monitoramento dos consolidados, foram utilizados durante os anos de 2017, 2018 e início de 2019 só sendo interrompida sua utilização devido a aquisição de prontuário eletrônico e sistema de gestão único para todo o hospital.

Este estudo serviu de base teórica para as argumentações do hospital conseguir junto a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura, recursos para construção de mais 4 salas cirúrgicas, 4 leitos de recuperação anestésica e a ampliação de 33 leitos de cirurgia.

O método utilizado neste estudo pode contribuir para literatura empírica da teoria de CR, uma vez que foi testada sua aplicabilidade em uma unidade hospitalar em funcionamento.

Podemos concluir ainda que outras instituições hospitalares, podem seguir a metodologia utilizada neste trabalho para buscar uma maior interação entre a comunicação e os relacionamentos dentro do ambiente hospitalar, melhorando a compreensão das metas, dos objetivos e os tornando partilhados e buscando sempre respeito mútuo entre as equipes.

7. Referências bibliográficas

- Aguirre-Cordova, J.F., Chavez-Vazquez, G., Huitron-Aguillar, G.A., & Cortes-Jimenez, N. (2003). Why is surgery cancelled? Causes, implications, and bibliographic antecedents. *Gac Med Mex*, 139(6), 545-51.
- Antônio, O.S., Munari, D.B., & Costa, H.K. (2002). Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Rev. Eletrônica de Enferm*, 4(1), 33-39.
- Argo, J.L., Vick, C.C., Graham, L.A., Itani, K.M., Bishop, M.J., & Hawn, M.T. (2009). Elective surgical case cancellation in the Veterans Health Administration system: identifying areas for improvement. *Am J Surg*, 198, 600–606.
- Bianchi, E.RF. (1984). A comunicação da Suspensão de cirurgia. *Rev. Paul Enferm*, 4(4), 152-5.
- Bittar, O.J.N.V., Biczkyk, M., Serinolli, M.I., Novaretti, M.C.Z., & Moura M.M.N. (2018). Health information systems and their complexity. *Rev. Adm. Saúde*, 18 (70).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. 2ª edição. *Brasília: Editora do Ministério da Saúde*.
- Brown, J.S., & Duguid, P. (2001). Knowledge and organization: a social-practice perspective, *Organization. Science*, 12(2), 198–213.
- Cavaltante, J.B., Pagliuca, L.M.F., & Almeida, P.C. (2000). Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. *Ver LatinoamEnferm*, 8 (4), 59-65.
- Cecílio, L.C.O. (2010). Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, 26 (3), 557-566.
- Cihoda, J.H., Alves, J.R., & Fernandes, L.A.S.N.E.P. (2015). The analysis for the causes of surgical cancellations in a Brazilian university hospital. *Care Manag J*, 16(1), 41- 47.

- Costa, J.Á., & Jasen, A.C. (2006). Cancelamento de cirurgias eletivas em um hospital universitário. *Rev. SOBECC*, 11(3), 38-43.
- Cunningham, U., Ward, M.E., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2018). Team interventions in acute hospital contexts: a systematic search of the literature using realist synthesis. *BMC Health Services Research*, 18, 536.
- Da'ar, & Al-Mutairi. (2018). How do patient demographics, time-related variables, reasons for cancellation, and clinical procedures affect frequency of same-day operating room surgery cancelation? A maximum likelihood method. *BMC Health Services Research*, 18, 454.
- Davison, R.B., & Hollenbeck, J.R. (2012). Boundary spanning in the domain of multiteam systems. Multiteam systems: An organizational form for dynamic and complex environments. *Edited by S. J. Zaccaro, M. A. Marks, & L. A. DeChurch*, 01 (23), 323-362.
- Edmondson, A. C., & Nembhard, I. M. (2009). Product development and learning in project teams: The challenges are the benefits. *Journal of Product Innovation Management*, 26, 123-138.
- Fara, S., & Yan, A. (2009). Boundary work in knowledge teams. *Journal of Applied Psychology*, 94, 604-617.
- Fleming, L., & Waguespack D. M. (2007). Brokerage, boundary spanning, and leadership in open innovation communities. *Organization Science*, 18, 165–180.
- Frosch, D., Elwyn, G., May, S., Gittel, J.H., & Trujillo, S. (2012). Creating a zone of openness to increase patient-centered care. *Palo Alto, CA: Proposal funded by Patient Centered Outcomes Research Institute*.
- Gittel, J.H., Fairfield, K.M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., & Kelly, M. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*, 38(8), 807–819.

- Gittell, J.H., Weinberg, D., Pfefferle, S., & Bishop, C. (2008). Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Hum Resour Manag J*, 18,154–170.
- Gittell, J.H. (2012). New directions for relational coordination theory. In: *Cameroon KS, Spreitzer GM, editors. The Oxford handbook of positive organizational scholarship ed. New York: Oxford University Press*, 400–411.
- Gittell, J.H. (2012). Relational coordination: guidelines for theory, measurement and analysis. *Heller School, Brandeis University. USA: Relational coordination research collaboration*.
- Gittell, J.H., & Douglass, A. (2012). Relational bureaucracy: Structuring reciprocal relationships into roles. *Academy of Management Review*, 37(4).
- Gittell, J.H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, Early Online: 1–4.
- Griffin, A., & Hauser, J.R. (1996). Integrating R&D and marketing: a review and analysis of the literature. *Journal of Product Innovation Management*, 13, 191–215.
- Guimarães, S.B. (2003). Colegiado gestor como estratégia de promover mudanças. Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Hsu, S.H., Wang, Y.C., & Tzeng, S.F. (2007). The Source of Innovation: Boundary Spanner. *Total Quality Management*, 18 (10), 1133–1145.
- Hughes, A.M., Gregory, M.E., Joseph, D.L., Sonesh, S.C., Marlow, S.L., & Lacerenza, C.N. (2016). Saving lives: a meta-analysis of team training in healthcare. *J Appl Psychol*,101,1266.
- Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Aßmus, J., & Hetlevik, O. (2018). Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-reported benefit and continuity of care: a prospective cohort study from rehabilitation centres in Western Norway. *BMC Health Services Research*, 18,719.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico do Brasil*. Minas Gerais: IBGE, 2015.

Kaddoum, R., Fadlallah, R., Hitti, E., EL-Jardali, F., & El Eid, G. (2016). Causes of cancellations on the day of surgery at a Tertiary Teaching Hospital. *BMC Health Services Research*, 16, 259.

Kislov, R., Hyde, P., & McDonald, R. (2017). New Game, Old Rules? Mechanisms and Consequences of Legitimation in Boundary Spanning Activities. *Organization Studies*, 38 (10), 1421–1444.

Levina, N., & Vaast, E. (2014). A field-of-practice view of boundary-spanning in and across organizations. In G. Langan-Fox & C. L. Cooper (Eds.), *Boundary-spanning in organizations: Network, influence and conflict*. Abingdon, UK: Routledge, 285–309.

Levina, N., & Vaast, E. (2005). The emergence of boundary spanning competence in practice: Implications for implementation and use of information systems. *MIS Quarterly*, 29, 335–363.

Lorenzetti, J., Lanzoni, G. M. de M., Assuiti, L. F. C., Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. S. (2014). Gestão em Saúde no Brasil: Diálogo com Gestores Públicos e Privado. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(2), 417-425.

Macedo, J.M., Kano, J.A., Braga, E.M., Garcia, M.A., & Caldeira, S.M. (2013). Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Rev SOBECC*, 18(1), 26-34.

Marin, H.F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J. Health Inform*, 2 (1), 20-24.

Marrone, J.A. (2010). Team boundary spanning: A multilevel review of past research and proposals for the future. *Journal of Management*, 36, 911-940.

Massad, E., Marin, H.F., & Azevedo, R.S.N. (2003). O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. *São Paulo: HF Marin*.

- Mesmar, M., Shatnawi, N.J., Faori, I., & Khader Y.S. (2011). Reasons for cancellation of elective operations at a major teaching referral hospital in Jordan. *East Mediterr Health J*, 17 (8), 651–655.
- Mintzberg, H. (2003). Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações. *São Paulo: Atlas*.
- Nascimento, E. M. R., Costa, M.C.N., Mota, E.L.A., & Paim, J.S. (2008). Estudo de fatores de risco para óbitos de menores de um ano mediante compartilhamento de bancos de dado. *Cad. Saúde Pública*, 24(11), 2593-2602.
- Olabisi, J., & Lewis, K. (2018). Within- and Between Team Coordination via Transactive Memory Systems and Boundary Spanning. *Group & Organization Management*, 43(5), 691 –717.
- Orchard, C.A. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal Nurse Manager*, 18 (3).
- Paschoal, M.L.H., & Gatto, M.A.F. (2006). Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*, 14 (1), 48-53.
- Peltokorpi, V. (2014). Transactive memory system coordination mechanisms in organizations: An exploratory case study. *Group & Organization Management*, 39, 444-471.
- Perroca, M.G., Jericó, M.C., & Facundin, S.D. (2007). Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev Enferm da USP*, 41(1), 113-119.
- Perrone, V., Zaheer, A., & McEvily, B. (2003). Free to Be Trusted? Organizational Constraints on Trust in Boundary Spanners. *Organization Science* © 2003 Informa, 14 (4), 422-439.
- Pittelkow, E., & Carvalho, R. (2008). Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. *Einstein*, 6(4), 416-421.

Ramarajan, L., Bezrukova, K., Jehn, K.A., & Euwema M. (2011). From the outside in: The negative spillover effects of boundary spanners' relations with members of other organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 32, 886–905.

Richter, A.W., West, M.A., Van Dick, R., & Dawson, J.F. (2006). Boundary Spanners' Identification, Intergroup Contact, and Effective Intergroup Relations. *Academy of Management Journal*, 49 (6), 1252–1269.

Santos, G.A.A.C., & Bocchi, S.C.M. (2017). Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. *Rev Bras Enferm*, 70 (3), 535-542.

Santos, S.S.C., & Luis, M.A.V. (1999). A Relação da Enfermeira com o Paciente Cirúrgico. *Goiânia: A B*, 5, 39-81.

Schmutz, J., Hoffmann, F., Heimberg, E., & Manser, T. (2015). Effective coordination in medical emergency teams: the moderating role of task type. *Eur J Work Organ Psy*, 24,761–776.

Schofield, W.N., Rubin, G.L., Piza, M., Lai, Y.Y., Sindhusake, D., Fearnside, M.R., & Klineberg, P.L. (2005). Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Med J Aust*, 182(12), 612-615.

Schuster, M., Neumann, C., Neumann, K., Braun, J., Geldner, G., & Martin, J. (2011). The effect of hospital size and surgical service on case cancellation in elective surgery: results from a prospective multicenter study. *Anesth Anal*, 113(3), 578-585.

Siqueira, O.M.P., Oliveira, R.A.N., & Oliveira, A.A. (2016). Integração de sistemas de informação em saúde com a utilização de Service Oriented Architecture (SOA). *Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação*, 13(2), 255-274.

Somech, A., & Khalaili, A. (2014). Team boundary activity: Its mediating role in the relationship between structural conditions and team innovation. *Group & Organization Management*, 39, 274-299.

Strasser, D.C., Faleoner, J.A., & Saltzmann, D.M. (1994). The Rehabilitation Team: Staff Perceptions of the Hospital Environment, the Interdisciplinary Team Environment, and Interprofessional Relations. *Arch Phys Med Rehabil*, 75, 177-182.

Tesck, E.C.B. (1976). Um aspecto da responsabilidade da enfermeira na assistência integral ao paciente hospitalizado: a participação de familiares. *Enf. Novas Dimens*, 1 (6), 351-353.

Tsouksa, H. (1996). The firm as a distributed knowledge system. *Strategic Management Journal*, 17, 11–25.

Tushman, M., & Scanlan, T.J. (1981). Boundary spanning individuals: their role in information transfer and their antecedents. *Academy of Management Journal*, 24, 289–305.

Veloso, G., & Malik, A.M. (2011). Hospitais modernos são redes de empresas em colaboração. *Revista Einstein (São Paulo)*, 5(1), 10-15.

Vieira, M.J., & Furegato, A.R. (2001). Suspensão de Cirurgias: atitudes e representações dos enfermeiros. *Rev. Esc Enfermagem USP*, 35(2), 135-140.

Vos, L., Chalmers, S.E., Dückers, M.L., Groenewegen, P.P., Wagner, C., & Van Merode, G.G. (2011). Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: A literature review. *Implementation Science*, 6 (1), 821.

Weinberg, D.B., Lusenhop, W., Gittel, J.H., & Kautz, C. (2007). Coordination between formal providers and informal caregivers. *Health Care Management Review*, 32(2), 140–150.

World Health Organization (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO.


Williams, P. (2012). Collaboration in public policy and practice: Perspectives on boundary spanners. *Bristol: Policy Press*.

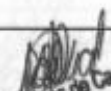
Zafar, A., Mufti, T.S., Griffin, S., Ahmed, S., & Ansari, J.A. (2007). Cancelled elective general surgical operations in Ayub teaching hospital. *J Ayub Med Coll Abbottaba*, 19(3), 64–66.



8. Anexos

Anexo 1 – Ata de Reunião partilhada abril/2017.....	58
Anexo 2 – Ata de Reunião partilhada maio/2017.....	61
Anexo 3 – Ata de Reunião partilhada junho/2017.....	63
Anexo 4 – Ata de Reunião partilhada julho/2017.....	66
Anexo 5 – Ata de Reunião partilhada agosto/2017.....	69
Anexo 6 – Ata de Reunião partilhada setembro/2017.....	72
Anexo 7 – Ata de Reunião partilhada outubro/2017.....	74
Anexo 8 – Ata de Reunião partilhada novembro/2017.....	77
Anexo 9 – Registos Fotográficos das Reuniões partilhada 2017.....	79
Anexo 10 – Memorando de Autorização de Pesquisa.....	82

Anexo 1 – Ata de Reunião partilhada abril/2017

 HNC HOSPITAL NACIONAL DE CONTAGIOSA	PAUTA DE REUNIÃO	FOR.QUA.CHC.037 Elaborado por: Caroliny Kaul Aprovado por: Rômulo Carvalho
Reunião: <i>Colegiado Gestor</i>		
Convidados/Convocados:		
Data: <i>05-04-2017</i>	Horário: <i>09:00h</i>	Local: <i>Auditorio HNC</i>
TÓPICOS ABORDADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1) Início do Monitoramento do Bloco Cirúrgico; 2) Revitalização do CTI III; 3) Sistema de Gases Medicinais; 4) Plano de Contigência - Manutenção Gerador; 5) Falta de medicamentos/materiais; 6) Processo seletivo - Enfermagem; 7) Informes Gerais; 8) Palavra Aberta; 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 		
Reunião agendada e pauta definida por: <i>João Pedro Machado</i> Cargo: <i>Superintendente</i> Setor: <i>CHC</i>		


Rômulo Moisés de Carvalho
 Diretor de Qualidade e Risco - CHC
 Matrícula: 203620

 HOSPITAL E MATERIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	Prefeitura Municipal de Contagem Secretaria Municipal de Saúde HOSPITAL E MATERIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	 SUS Sistema Único de Saúde
ATA DE REUNIÃO		FOR-SGQ-001 Elaborador: Natália Costa Aprovador: Renata Graziela Data de elaboração: 25/01/2011

TEMA: Reunião de Colegiado

DATA: 05-04-2017

HORÁRIO: 09:00 h



LOCAL: Auditório HMC



TIPO DE REUNIÃO			
SETORIAL	REUNIÃO CLÍNICA	X COLEGIADO	COMISSÃO / COMITÊ

ENTRADA			
<input type="checkbox"/> INDICADOR	<input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO	X MELHORIA	<input type="checkbox"/> RNC

DADOS REFERENTES AOS PARTICIPANTES		
NOME	SETOR / CARGO	Assinatura
Raimundo Moisés de Carvalho	Qualidade	<i>[Assinatura]</i>
Patrícia Estiva Alcantara	Faturamento	<i>[Assinatura]</i>
Vilfredo Vilfredo	Portaria	<i>[Assinatura]</i>
Amel Tatiana B. dos Santos	Ar de Serviço Gerais	<i>[Assinatura]</i>
Vanete Aparecida de Paula Miranda	RT Pediatria / HC	<i>[Assinatura]</i>
Wilson Roberto dos Santos	RT Unidade UTE Neonatal	<i>[Assinatura]</i>
Janete Ap. Fátima Souza	Diretora AC / pediatria	<i>[Assinatura]</i>
Giovani O. Melo Romão	Coordenador de HC	<i>[Assinatura]</i>
Joanilson Santos Guimarães	Diretor Enfermagem	<i>[Assinatura]</i>
Juliane Rosalva Oliveira Lima	CGI / Gestão	<i>[Assinatura]</i>
Wladimir de Oliveira	Direção Geral	<i>[Assinatura]</i>
Elonir Stefauli Gomes	Serviço de Assistência	<i>[Assinatura]</i>
Cláudio Fabiano B. Silva	Unidade de Terapia Intensiva	<i>[Assinatura]</i>
Flávia M. B. Silva	CC/OME - Goiânia	<i>[Assinatura]</i>
Denise Conceição Soares	SND	<i>[Assinatura]</i>
Glória Fernandes Romão	Diretora Adm CHC	<i>[Assinatura]</i>
Alice Zera Lopes	Suprimentos	<i>[Assinatura]</i>
Jéssica Costa de Almeida	Diretora Infraestrutura	<i>[Assinatura]</i>
VALIA MARIA SOARES	MATERIDADE	<i>[Assinatura]</i>
ANGELA Fátima Vieira Silva	Maternidade	<i>[Assinatura]</i>

Anexo 2 – Ata de Reunião partilhada maio/2017

 <small>SISTEMA DE QUALIDADE FUNDACIONAL DE CONVENCIENTES</small>	PAUTA DE REUNIÃO	FOR.QUA.CHC.037 Elaborado por: Carolyn Kaul Aprovado por: Rômulo Carvalho
Reunião: <i>Colegiado Gestor</i>		
Convidados/Convocados:		
Data: <i>24-05-2017</i>	Horário: <i>09:00h</i>	Local: <i>Auditório HMC</i>
TÓPICOS ABORDADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1) Fluxo SADT; 2) Regulação Interna; 3) Serviço de Nutrição e Dietética; 4) Monitoramento de Cirurgias; 5) Palavra Aberta 6) Informes Gerais 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 		
Reunião agendada e pauta definida por: <i>João Pedro Machado</i> Cargo: <i>Superintendente</i> Setor: <i>CHC</i> <div style="text-align: right;">  Rômulo Carvalho Diretor de Qualidade e Risco - CHC Matrícula: 200025 </div>		

	Prefeitura Municipal de Contagem Secretaria Municipal de Saúde HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	
ATA DE REUNIÃO		FOR-SQG-001 Elaborador: Natália Costa Aprovador: Renata Graziella Data de elaboração: 25/01/2011

TEMA: Reunião de Colegiado

DATA: 24.05.2013

LOCAL: Auditório HMC



HORÁRIO: 09h00.

TIPO DE REUNIÃO			
SETORIAL	REUNIÃO CLÍNICA	X COLEGIADO	COMISSÃO / COMITÊ



ENTRADA			
<input type="checkbox"/> INDICADOR	<input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO	X MELHORIA	<input type="checkbox"/> RNC



DADOS REFERENTES AOS PARTICIPANTES		
NOME	SETOR / CARGO	ASSINATURA
Adriana M. de Carvalho	Diretor de Qualidade	<i>[Assinatura]</i>
Viviana Ribeiro dos Santos	Dir. de Serviços Gerais	<i>[Assinatura]</i>
Alcides Lourenço	Dir. de Suprimento	<i>[Assinatura]</i>
Roberta S. Siqueira	Dir. de Planejamento	<i>[Assinatura]</i>
ITZKA KT	CI/RECEITA	<i>[Assinatura]</i>
Seyza Costa	Diretora Manut. e Exp.	<i>[Assinatura]</i>
Elaine Stelaneli GOMES	Glossologia	<i>[Assinatura]</i>
Paulo Roberto de Sá	Dir. de Inf. e Comunicação	<i>[Assinatura]</i>
Carla de M. S. M. S.	Dir. de At. e Rec.	<i>[Assinatura]</i>
Luiza Branden	RT Bixo Abolitivo	<i>[Assinatura]</i>
Adriana S. S. S.	Dir. de At. e Rec.	<i>[Assinatura]</i>
Adriana Butcher	Enfa. Epidemiológica	<i>[Assinatura]</i>
Juanilson Guimarães	Dir. de Engenharia	<i>[Assinatura]</i>
Willyson B. Amorim	CRS - Adulto / Jovem	<i>[Assinatura]</i>
Dir. de At. e Rec.	PS / Jovem	<i>[Assinatura]</i>
Cláudia F. S. S.	CM/IC p. Jovem	<i>[Assinatura]</i>
Vivian Barbosa Melo Oliveira	RT Enfermagem	<i>[Assinatura]</i>
Regina Beatriz de S. S.	Ext. Institucional	<i>[Assinatura]</i>
Clara S. S. S.	Dir. de At. e Rec. CHC	<i>[Assinatura]</i>
Elvira Angélica L. S.	ASOM. CHC	<i>[Assinatura]</i>

Anexo 3 – Ata de Reunião partilhada junho/2017

 ENTIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	PAUTA DE REUNIÃO	FOR.QUA.CHC.037 Elaborado por: Caroliny Kaui Aprovado por: Rômulo Carvalho
Reunião: <i>Reunião de Colegiado Gestor</i>		
Convidados/Convocados: <i>de Colegiado</i>		
Data: <i>07-06-2017</i>	Horário: <i>09 horas</i>	Local: <i>Auditório HMC</i>
TÓPICOS ABORDADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1) Ferramentas da Qualidade 2) Cancelamento de Cirurgias 3) Folha de pagamento 4) Informes Gerais 5) Palavra Aberta 6) _____ 7) _____ 8) _____ 9) _____ 10) _____ 11) _____ 12) _____ 13) _____ 14) _____ 15) _____ 		
Reunião agendada e pauta definida por: <i>João Pedro Machado</i> Cargo: <i>Superintendente</i> Setor: <i>CHC</i> <div style="text-align: right;">  Rômulo Moisés de Carvalho Diretor de Qualidade e Risco - CHC Matrícula: 203626 </div>		

Anexo 4 – Ata de Reunião partilhada julho/2017

	PAUTA DE REUNIÃO	FOR.QUA.CHC.037 Elaborado por: Carolyny Kauí Aprovado por: Rômulo Carvalho
Reunião: <i>Reunião de Colegiado Gestor</i>		
Convidados/Convocados:		
Data: <i>05-07-2017</i>	Horário: <i>09 horas</i>	Local: <i>Auditório HMC</i>
TÓPICOS ABORDADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Pendências da Vigilância Sanitária.</i> 2) <i>PGRSS</i> 3) <i>Monitoramento do cancelamento de cirurgias/Aumento de Produção.</i> 4) <i>Fluxo de exames diagnósticos.</i> 5) <i>Informes Gerais.</i> 6) <i>Palavra Aberta</i> 7) _____ 8) _____ 9) _____ 10) _____ 11) _____ 12) _____ 13) _____ 14) _____ 15) _____ 		
Reunião agendada e pauta definida por: <i>João Pedro Machado</i>		
Cargo: <i>Superintendente</i>	Setor: <i>CHC</i>	 Rômulo Moisés de Carvalho Diretor de Qualidade e Risco - CHC Matrícula: 203626

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	Prefeitura Municipal de Contagem Secretaria Municipal de Saúde HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ATA DE REUNIÃO		FOR-SGQ-001
		Elaborador: Natália Costa
		Aprovador: Renata Graziela
		Data de elaboração: 25/01/2011



TEMA: Reunião de Colegiado Gestor
 DATA: 05-07-2017
 LOCAL: Auditorio HMC
 HORÁRIO: 09 horas



TIPO DE REUNIÃO			
SETORIAL	REUNIÃO CLÍNICA	X COLEGIADO	COMISSÃO / COMITÉ

ENTRADA			
<input type="checkbox"/> INDICADOR	<input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO	X MELHORIA	<input type="checkbox"/> RNC

DADOS REFERENTES AOS PARTICIPANTES		
NOME	SETOR / CARGO	Assinatura CELULAR
Rômulo Meisies de Carvalho	Oculoplastia / Diretor	<i>[Assinatura]</i>
Alice Zeros Lopes	Dir. Suplementos	<i>[Assinatura]</i>
Fagner Costa de Almeida	Dir. Infraestrutura	<i>[Assinatura]</i>
Vânia Fabiana D. dos Santos	Dir. Serviços Gerais	<i>[Assinatura]</i>
Roberto Pereira Gomes	FISIOTERAPIA	<i>[Assinatura]</i>
Paulo Roberto Ribeiro	Serviço Social	<i>[Assinatura]</i>
Milton Carvalho	Enfermagem Clínica	<i>[Assinatura]</i>
Denise Conceição Soares	SNO	<i>[Assinatura]</i>
Flávia Fernandes Gomes	Distúrbio Idm. CHC	<i>[Assinatura]</i>
Adriana Oliveira, Walcedo	Distúrbio Regulatório/Int.	<i>[Assinatura]</i>
Adriana L. dos Santos Amoral	Clínica médica	<i>[Assinatura]</i>
Gláucia M. S. Guimarães	PS	<i>[Assinatura]</i>
Willy M. B. Gomes	Clínica CTI Adulto	<i>[Assinatura]</i>
Simone R. L. Souza	Distúrbio CMP/CC	<i>[Assinatura]</i>
Vivian Carlech M. Oliveira	RT CTI Adulto	<i>[Assinatura]</i>
Flávia Puma	Distúrbio BC/CMC	<i>[Assinatura]</i>
Renata P. P. Martins Sáez	Distúrbio de Ac/pediatric	<i>[Assinatura]</i>
Patrícia E. Silva Pimenta	Distúrbio faturamento	<i>[Assinatura]</i>
Walter / Alvaro / Alchico	Pronto Atendimento	<i>[Assinatura]</i>

Anexo 5 – Ata de Reunião partilhada agosto/2017

	PAUTA DE REUNIÃO	FOR.QUA.CHC.037 Elaborado por: Carolyny Kaul Aprovado por: Rômulo Carvalho
Reunião: <i>I Reunião CCIM de 2017 e Colegiado Gestor</i>		
Convidados/Convocados:		
Data: <i>18-08-2017</i>	Horário: <i>15 horas</i>	Local: <i>Auditório CMI</i>
TÓPICOS ABORDADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoramento de Cancelamento de Cirurgias/Aumento de Produção. 2) Plano de Obras estruturais. 3) Monitoramento de pacientes de longa permanência 4) Monitoramento da utilização de roupa. 5) Informes Gerais. 6) Palavra aberta 7) Apresentação do PCIM do CHC. 8) Nomeação dos novos integrantes da CCIM. 9) _____ 10) _____ 11) _____ 12) _____ 13) _____ 14) _____ 15) _____ 		
Reunião agendada e pauta definida por: <i>João Pedro Machado</i>		 Rômulo Moisés de Carvalho Diretor de Qualidade e Risco - CHC Matrícula: 203626
Cargo: <i>Superintendente</i>	Setor: <i>CRC</i>	

 MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	Prefeitura Municipal de Contagem Secretaria Municipal de Saúde HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	 Sistema Único de Saúde SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONTAGEM
ATA DE REUNIÃO		FOR-SGQ-001
		Elaborador: Natália Costa
		Aprovador: Renata Graziela
		Data de elaboração: 25/01/2011

TEMA: I Reunião da CCIH/CHC de 2017 e Colegiado Gestor.
 DATA: 18-08-2017.
 LOCAL: Auditório CMI.



HORÁRIO: 15 horas.

TIPO DE REUNIÃO			
SETORIAL	REUNIÃO CLÍNICA	X COLEGIADO	X COMISSÃO / COMITÊ

ENTRADA			
<input type="checkbox"/> INDICADOR	<input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO	X MELHORIA	<input type="checkbox"/> RNC

DADOS REFERENTES AOS PARTICIPANTES		
NOME	SETOR / CARGO	ASSINATURA
Rômulo M. de Carvalho	Diretoria de Qualidade	Rômulo
Helena Saraiva Mendes	Coord. Laboratório SC	Helena
Isabel Aguiar Ribeiro	SCIH / enfermeira	Isabel
Caroline Santiago	Dieta / ch. nov	Caroline
Adriana Alves	Biomonitoring	Adriana
Elonir Stefaneli Gomes	SERV. GLOSSEJUVENS	Elonir
Monise Silva Oliveira	SCIH	Monise
Lúcia Ligeia Muniz	SCIH - médica	Lúcia
Pedro C.V. Lima	CTI - Coordenação	Pedro
Giannina Bello Lorenzi	CCIH - enfermagem	Giannina
Patricia Patricia	CLIH - Per. Segurança	Patricia
Christiane de Souza	Diretoria técnica - CH	Christiane
Guilherme Rosalino	Coordenador GMS	Guilherme
Joãoilson Guimarães	Diretor Enfermagem	Joãoilson
Gabriela Celso	Dia. Apoio Drogas	Gabriela
João P. L. Machado	SUPERINTENDENTE	João
Leandro P. da	Dir. Tec	Leandro
Guilherme de Fátima Silva	Direção AC	Guilherme
Ana Flávia Palmeira Braga	Diretoria Pediatria	Ana Flávia
Isabela A. Martins Vieira	ETI NFO coordenação	Isabela

Anexo 6 – Ata de Reunião partilhada setembro/2017

 MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	PAUTA DE REUNIÃO	FOR.QUA.CHC.037 Elaborado por: Carolyny Kauri Aprovado por: Rômulo Carvalho
Reunião: <i>Reunião de Colegiado Gestor</i>		
Convidados/Convocados:		
Data: <i>20-09-2017</i>	Horário: <i>09 horas</i>	Local: <i>Auditório MMC</i>
TÓPICOS ABORDADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1) Plano de Terapia Nutricional. 2) Terceirização do serviço de Fisioterapia. 3) Status dos leitos de CTI Neonatal/Pediátrico/Alojamento conjunto. 4) Cancelamento/Aumento de produção do Bloco Cirúrgico 5) Informes gerais. 6) Palavra Aberta. 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 		
Reunião agendada e pauta definida por: <i>João Pedro Machado</i> Cargo: <i>Superintendente</i> Setor: <i>CHC</i> <div style="text-align: right;">  Rômulo Moisés de Carvalho Diretor de Qualidade e Risco - CHC Matrícula: 203626 </div>		



MATERIDADE
MUNICIPAL DE
CONTAGEM

Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM



FOR-SGQ-001

Elaborador: Natália Costa

Aprovador: Renata Graziela

Data de elaboração: 25/01/2011

ATA DE REUNIÃO

TEMA: Reunião Colegiado Gestor

DATA: 20-09-2017

HORÁRIO: 09 horas

LOCAL: Auditório CMI

TIPO DE REUNIÃO

SETORIAL	REUNIÃO CLÍNICA	X COLEGIADO	COMISSÃO / COMITÊ
----------	-----------------	-------------	-------------------



ENTRADA

<input type="checkbox"/> INDICADOR	<input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO	X MELHORIA	<input type="checkbox"/> RNC
------------------------------------	---------------------------------------	------------	------------------------------

DADOS REFERENTES AOS PARTICIPANTES

NOME	SETOR / CARGO	ASSINATURA
Rômulo M. de Carvalho	Diretoria de Qualidade	<i>Rômulo</i>
Patricia F. J. Cantora	Diretoria de Faturamento	<i>Patricia</i>
Thania Patricia B. do Santos	Diretoria de Ser. Gerais	<i>Thania</i>
Edna Gomes Rompistolana	Enf. Horizontal PS	<i>Edna</i>
Adriana L. do Santos Amal	Enfermeiro	<i>Adriana</i>
Cristiane R. B. Silva	Diretoria CMI/CC	<i>Cristiane</i>
Vivian Carlech M. Oliveira	RT Enfermeiro (CT)	<i>Vivian</i>
Jessy Costa de Almeida	diretoria Manutenção	<i>Jessy</i>
Fabio Pereira Gomes	fisioterapia	<i>Fabio</i>
Milene Cavallho	Enfermeira Clínica	<i>Milene</i>
Carla V. M. M. Moura	Clínica de Hematologia	<i>Carla</i>
Guilherme Rosalina	Gestora CMI	<i>Guilherme</i>
Clara Fernandes Gomes	Gestora	<i>Clara</i>
Leide J. P. de Azevedo	RT	<i>Leide</i>
Adriana F. dos	RT BO	<i>Adriana</i>
Natália Mendes Aguiar	Clínica Ambulatório	<i>Natália</i>
Wilton B. Oliveira Junior	coordenador clínico	<i>Wilton</i>
Gabriela S. S. S. S.	RT	<i>Gabriela</i>
Clara M. M. M. M.	RT	<i>Clara</i>
Elvira Angélica F. Cordeiro	ASCOM CMI	<i>Elvira</i>

Anexo 7 – Ata de Reunião partilhada outubro/2017

 MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	PAUTA DE REUNIÃO	FOR.QUA.CHC.037 Elaborado por: Caroliny Kaui Aprovado por: Rômulo Carvalho
Reunião: Reunião de Colegiado Gestor		
Convidados/Convocados:		
Data: 05-10-2017	Horário: 10 horas	Local: Auditório MMC
TÓPICOS ABORDADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1) Melhorias no sistema de segurança do CHC 2) Atrasos na folha de pagamento dos médicos 3) Consolidado das cirurgias e principais problemas 4) Inauguração da nova clínica cirúrgica. 5) Inspeção do Corpo de Bombeiros 6) Informes Gerais 7) Palavra Aberta 8) _____ 9) _____ 10) _____ 11) _____ 12) _____ 13) _____ 14) _____ 15) _____ 		
Reunião agendada e pauta definida por: João Pedro Machado Cargo: Superintendente Setor: CHC		 Rômulo Moisés de Carvalho Diretor de Qualidade e Risco - CHC Matrícula: 203626



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM

Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM



FOR-SGQ-001

Elaborador: Natália Costa

Aprovador: Renata Graziela

Data de elaboração: 25/01/2011

ATA DE REUNIÃO

TEMA: Reunião de Colegiado

DATA: 05-10-2017

HORÁRIO: 10 horas

LOCAL: Auditório CMI

TIPO DE REUNIÃO

SETORIAL	REUNIÃO CLÍNICA	X COLEGIADO	COMISSÃO / COMITÊ
----------	-----------------	-------------	-------------------



ENTRADA



<input type="checkbox"/> INDICADOR	<input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO	X MELHORIA	<input type="checkbox"/> RNC
------------------------------------	---------------------------------------	------------	------------------------------

DADOS REFERENTES AOS PARTICIPANTES

NOME	SETOR / CARGO	ASSINATURA
Rômulo M. de Carvalho	Diretoria de Qualidade	Rômulo
Alnei Zuccato	Diretoria de Suprimentos	Alnei Zuccato
Jaysa Costa	Diretoria de Infraestrutura	Jaysa Costa
Julio M. B. Amies	Unidade P.S	Julio
Airiana F. Duob	RT Bloco Obstétrico	Airiana
Rômio Patrícia	Dir. Serv. Gerais	Rômio
Gabriela Coelho	Dir. Serviço de Urgência	Gabriel
Fabio P. Gomes	Unidade de Pronto Atendimento	Fabio
Roberta R. Ribeiro	RT. Serviço de Urgência	Roberta
Olivia Semandes Romão	Unidade Adm.	Olivia
Gustavo Rosendo	Diretoria CMI	Gustavo
Patricia F. Frantosa	Diretoria Planejamento	Patricia
Tatiane Santos Marques	Área Coordenação	Tatiane
Vivian Ballech M. Oliveira	Diretoria CMI Adulto	Vivian
William Rocha Santos	UTI Neonatal	William
Carla S. M. Albuquerque	Cl. Neonatal / Dir.	Carla
Marta Miranda	Diretoria Centro Obstétrico	Marta
Miller A. Cavallero	Enfermagem Clínica	Miller
Adriana E. de Santo Amaro	Clínica médica	Adriana
Flávia Bueno	Diretoria de CME	Flávia

Anexo 8 – Ata de Reunião partilhada novembro/2017

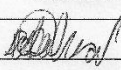
 <div style="display: inline-block; text-align: left; font-size: small;"> MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM </div>	PAUTA DE REUNIÃO	FOR.QUA.CHC.037 Elaborado por: Caroliny Kauí Aprovado por: Rômulo Carvalho
Reunião: Reunião de Colegiado Gestor Convidados/Convocados: Coordenadores Data: 28-11-2017 Horário: 14 horas Local: Auditório CMI.		
TÓPICOS ABORDADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoramento do Bloco Cirúrgico (cirurgias e cancelamentos) 2) Produção AIM, Faturamento; 3) Evento - Balanço 2017. 4) Preparativos para a confraternização de final de ano. 5) Pagamento do 13º Salário e folha /dezembro-2017. 6) Informes Gerais. 7) Palavra Aberta. 8) _____ 9) _____ 10) _____ 11) _____ 12) _____ 13) _____ 14) _____ 15) _____ 		
Reunião agendada e pauta definida por: João Pedro Machado. Cargo: Superintendente Setor: CHC.		 Rômulo Músis de Carvalho Diretor de Qualidade e Risco - CHC Matrícula: 203626

	Prefeitura Municipal de Contagem Secretaria Municipal de Saúde HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	
ATA DE REUNIÃO		FOR-SGQ-001 Elaborador: Natália Costa Aprovador: Renata Graziela Data de elaboração: 25/01/2011

TEMA: Reunião Colegiado Gestor.
 DATA: 28-11-2017
 LOCAL: Auditório CMI.
 HORÁRIO: 14 horas.

TIPO DE REUNIÃO			
SETORIAL	REUNIÃO CLÍNICA	X COLEGIADO	COMISSÃO / COMITÊ

ENTRADA			
<input type="checkbox"/> INDICADOR	<input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO	X MELHORIA	<input type="checkbox"/> RNC

DADOS REFERENTES AOS PARTICIPANTES		
NOME	SETOR / CARGO	ASSINATURA
Rômulo M. de Carvalho	Diretoria de Qualidade	
Patricia F. Alcântara	Diretoria de Faturamento	
Patrícia B. de S. S. S.	Diretoria de Ser. Gerais	
Edmar Gomes Rompistolano	Inf. Horizontal PS	
Adriana L. de S. S. S.	Enfermeiro	
Carla R. B. S. S.	Diretoria CMI/CC	
Vivian Carlech M. Oliveira	RT Enfermagem / CTI	
Jessy Costa de Almeida	Diretoria Manutenção	
Fabio Pereira Gomes	Psicoterapeuta	
Milton A. Cavallio	Enfermeiro Clínica	
Marlene W. M. M. S.	Oculária / Ch. neu	
Franciane Rosalva	Gestora CMI	
Olivia Fernandes Gomes	Gestora	
Leila S. P. S.	Psic	
Adriana F. S.	RT @O	
Natália Mendes Vasquez	Oculária / Ambulatório	
Wilton B. Oliveira Junior	Coordenador de Clínica	
Georgina S. S.	Coord. diag	
Wilton B. Oliveira Junior	Coordenador de Clínica	
Elvira Angelica F. Cordeiro	ASCOM CTR	

Anexo 9 – Registros Fotográficos das reuniões partilhadas 2017







Anexo 10 – Memorando de Autorização de Pesquisa

	<p>MUNICÍPIO DE CONTAGEM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS</p>
---	---

MEMORANDO/GAB-SMS/Nº33/2017

Contagem, 16 de março de 2017

De: Secretaria Municipal de Saúde
Sr. Bruno Diniz Pinto
Secretário Municipal de Saúde

Para: Complexo Hospitalar de Contagem
Sr. João Pedro Laurito Machado
Superintendente do Complexo Hospitalar

Assunto: Projeto de Pesquisa

Venho por meio deste autorizar o senhor João Pedro Laurito Machado, Superintendente do Complexo Hospitalar de Contagem, a realizar Projeto de Pesquisa nas dependências do Hospital, com o intuito criar ferramenta para monitorar o desempenho do Bloco Cirúrgico, além de propor ações para melhorar a eficiência do mesmo.

Cabe salientar, que o referido pode publicar os resultados obtidos no Projeto de Pesquisa, desde que seja respeitada as normativas referentes ao sigilo das informações individuais dos pacientes.

Atenciosamente,



Bruno Diniz Pinto
Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Contagem/MG