

# RECOMENDAÇÕES DA AESOP

## PARA A GESTÃO DA DESPESA E REDUÇÃO DE DESPÉRDÍCIOS

### NO BLOCO OPERATÓRIO

Considerando que o *plafond* previsto no Orçamento de Estado do ano fiscal de 2011 para o Serviço Nacional de Saúde prevê uma redução de 6,4% na despesa, que decorre das medidas identificadas no Plano de Estabilidade e Crescimento de 2010, em implementação nas Organizações Hospitalares;

- Considerando que a redução de despesa prevista para os Hospitais não deve pôr em causa o nível de cuidados de saúde prestados aos cidadãos;
- Considerando que no Orçamento de Estado para o ano 2011 é preconizada a racionalização e reorganização dos serviços;
- Considerando que as organizações devem encontrar formas de reduzir os custos operacionais aumentando a qualidade e a efectividade;
- Considerando que os Blocos Operatórios são um dos Serviços Hospitalares com elevado investimento de recursos;
- Considerando o peso que a produção dos Blocos Operatórios tem no financiamento dos cuidados hospitalares;

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – AESOP- entende que devem ser implementadas medidas tendo como objectivo a manutenção ou melhoria do valor dos cuidados prestados (sendo valor a relação entre a qualidade dos serviços prestados e os recursos investidos), concretizável pela redução do desperdício e contenção da despesa, abrangendo os seguintes aspectos:

1. Identificar as áreas onde o peso da despesa variável é mais significativo, com o objectivo de detectar o desperdício e introduzir medidas correctivas:



- 1.1. Promover a prática clínica baseada na evidência científica, (ex: redução do risco de eventos adversos relacionados com cuidados de saúde - controlo do risco da constrição pelo frio intraoperatória, controlo não farmacológico do risco de tromboembolismo, programas de promoção da higienização das mãos, de cirurgia segura, etc.).
  - 1.2. Avaliar a efectividade dos processos através de Mapeamento do processo de gestão clínica do doente com avaliação de desperdício e introdução de medidas preventivas e correctivas (ex: descrição do percurso do doente - ensino pré operatório, verificações de segurança, etc.).
  - 1.3. Identificar e promover as práticas clínicas com maiores ganhos em saúde:
    - 1.3.1. Utilização de indicadores da prática de enfermagem perioperatória (ex: avaliação da dor, prevenção de úlceras de pressão, avaliação da ansiedade, prevenção do risco de constrição pelo frio / hipotermia, prevenção da infecção do local cirúrgico, etc.);
    - 1.3.2. Promoção de competências actualizadas em enfermagem perioperatória relacionadas com a mais elevada complexidade dos doentes e das tecnologias (ex: consulta de enfermagem pré e pós operatória - continuidade de cuidados; cirurgia minimamente invasiva, cirurgia endovascular, cirurgia híbrida);
    - 1.3.3. Promoção da cirurgia de ambulatório.
2. Implementação e integração dos sistemas de informação para a gestão global do processo de cuidados, com envolvimento dos utilizadores desde a concepção:
    - 2.1. Desenvolvimento de ferramentas no sistema de informação integrado que permita registar informação clínica, colectar dados, garantir traçabilidade e possibilitar benchmarking entre os hospitais do Sistema Nacional de Saúde. (ex: processo clínico electrónico, gestão de stocks, dados estatísticos / indicadores de gestão, comunicação – telefones, sistemas integrados de comunicação interna, etc.).



3. Monitorizar e analisar, sistemática e continuamente, os indicadores de gestão em “tempo real” como suporte à tomada de decisão e implementação de medidas correctivas:

3.1. Indicadores de diagnóstico (ex: cancelamentos cirúrgicos, resolução de cirurgias canceladas, satisfação do doente cirúrgico, etc.);

3.2. Indicadores de planeamento e execução (ex.: agendamento cirúrgico, taxas de utilização do BO, etc.);

3.3. Indicadores do processo e resultado (ex.: análise de atrasos e respectivas causas, etapas e análise do processo cirúrgico do doente, constrangimentos do percurso, taxa de infecção, taxa de ocupação das salas, taxa de efectividade, taxa de cancelamentos, taxa de adiamentos, taxa de reintervenções, taxa de eventos sentinela, etc.);

3.4. Deve ser premiada a efectividade e penalizada a ineficiência (ex.: planeamento de programas cirúrgicos de acordo com a capacidade instalada; atribuição de tempo cirúrgico baseado na correlação entre tempo cirúrgico disponibilizado e taxa de ocupação / lista de espera cirúrgica, etc.)

3.5. Todos os processos, dados, indicadores e resultados devem ser pautados pelo princípio da transparência sendo portanto disponíveis na sua totalidade e em tempo real para a sociedade civil.

4. Gerir recursos humanos:

4.1. Garantia de dotações seguras (ver Prática Recomendada da AESOP: “Práticas Recomendadas para Bloco Operatório, Lisboa, AESOP, Março 2010, 2ª Edição, ISBN: 972-9171-65-3, pag.127 – 131”);



- 4.2. Promoção da pró actividade individual nos processos de melhoria continua (ex.: caixa / fórum de sugestões, metodologias de gestão participativa, etc.);
- 4.3. Envolvimento e responsabilização da equipa no processo, (ex.: divulgação dos indicadores, exigir responsabilidade por incumprimentos e omissões, valorizar a excelência, etc.);
- 4.4. Definição de estratégias de optimização de horários de modo a garantir as necessidades da actividade cirúrgica, da dotação de recursos humanos e das necessidades pessoais, (ex.: acordo entre as partes na definição dos horários acautelando sempre as questões de segurança e direitos legais, etc.);
- 4.5. Planeamento da produção cirúrgica de forma rigorosa baseada nas necessidades dos doentes, de acordo com a capacidade instalada e não permeável a conflitos de interesses (ex.: utilização de tempos médios / mediana e desvio padrão dos tempos cirúrgicos, na elaboração dos planos de actividade cirúrgica, etc.).

## 5. Gerir recursos materiais:

- 5.1. Racionalização e normalização na aquisição e utilização de dispositivos médicos e produtos farmacêuticos:
  - 5.1.1. Definição de protocolos de selecção, aquisição e utilização;
  - 5.1.2. Gestão contínua do desempenho através da monitorização das reclamações e ineficiências;



5.1.3. Definição de políticas de utilização aquando da existência de alternativas técnicas (ex.: descartável versus reutilizável), baseadas em estudos de custo / efectividade;

5.1.4. Avaliação do impacto económico e eficiência de novas tecnologias / dispositivos médicos;

5.1.5. Benefícios / Oportunidades:

- Estabelecimento de contractos de manutenção com melhor relação qualidade preço;
- Utilização de consumíveis partilháveis;
- Aumento de capacidade de negociação;
- Redução do tempo de formação dos utilizadores;
- Racionalização da utilização dos equipamentos;
- Racionalização da utilização de dispositivos médicos (ex.: utilização de “Packs” cirúrgicos);
- Redução do risco de eventos adversos / aumento da segurança do doente;

5.2. Publicitação actualizada aos utilizadores dos preços unitários de maior impacto financeiro.

5.3. Redução dos stocks através da implementação de sistemas eficientes de gestão de stocks, (ex.: externalização de serviços de gestão de stocks, consignações, reposição na hora, contratualização por portfólio, etc.).

Aprovado em reunião de Direcção a 15 de Janeiro 2011

