

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL DOS BLOCOS OPERATÓRIOS

Relatório Final

Grupo de Trabalho criado pelo Despacho N.º 4321/2013 de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República N.º 59, 2.ª Série, de 25 de Março de 2013



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL DOS BLOCOS OPERATÓRIOS

GRUPO DE TRABALHO PARA A AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL DOS BLOCOS OPERATÓRIOS

23-10-2015

Grupo de Trabalho criado pelo

Despacho n.º 4321/2013 de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Publicado no Diário da República N.º 59, 2.ª série de 25 de março de 2013

Elementos:

Jorge Manuel Virtudes dos Santos Penedo (Coordenador)

Gil Francisco Couto Gonçalves

Lucindo Palminha do Couto Ormonde

Maria José Dias da Mota Magalhães de Barros

Mercedes Gallego Bilbao de Carvalho

Pedro Pereira Santos de Andrade Gomes

Rui Alberto Marques de Vasconcelos e Sá

Vanessa Isabel Costa Ribeiro

ÍNDICE

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	7
SINAIS CONVENCIONAIS	10
ÍNDICE DE FIGURAS	11
ÍNDICE DE QUADROS	14
AGRADECIMENTOS	15
SUMÁRIO EXECUTIVO	17
1. INTRODUÇÃO	23
2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES	27
2.1. Instalações físicas do bloco operatório	27
2.2. Qualidade	43
2.3. Gestão do bloco operatório	51
2.4. Recursos humanos	64
2.5. Produção cirúrgica	69
2.6. Financiamento da atividade cirúrgica	70
3. GLOSSÁRIO	79
4. METODOLOGIA	87
4.1. Fontes de dados	89
4.2. Critérios de inclusão e exclusão	89
4.3. Indicadores	89
4.4. Modelo de comparabilidade	93
4.5. Avaliação da capacidade instalada	95
4.6. Pressupostos	95
5. CARATERIZAÇÃO DOS BLOCOS OPERATÓRIOS	99
5.1. Capacidade física instalada	99

5.2. Qualidade	122
5.3. Produção	147
5.4. Custos.....	156
5.5. Produtividade	175
6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	179
6.1. Capacidade física instalada	179
6.2. Recursos humanos	182
6.3. Qualidade	184
6.4. Produção	186
6.5. Custos.....	187
6.6. Produtividade	188
7. RECOMENDAÇÕES	197
8. BIBLIOGRAFIA.....	213
8.1. Geral.....	213
8.2. Enquadramento legislativo e normativo	215
9. ANEXOS.....	219
Anexo 1. Questionário	221
Anexo 2. Montante financiado para requalificação das unidades de cirurgia de ambulatório	232
Anexo 3. Caracterização Hospitalar.....	235
Anexo 4. Indicadores	241
Anexo 5. Proposta de indicadores a incluir num <i>tableau de bord</i> para os BOs	263

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AIA – *American Institute of Architects*

ARS – Administração Regional de Saúde

AVAC - Aquecimento, ventilação e ar condicionado

BI – Bilhete de Identidade

BO – Bloco Operatório

CA – Conselho de Administração

CI – Consentimento Informado

CH – Centro Hospitalar

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge System*

CNADCA – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

ETC – Equivalente Tempo Completo

FGI - Facility Guidelines Institute

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

GT - Grupo de Trabalho

GTRH – Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

ICD – International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death

ICM – Índice de *casemix*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPO - Instituto Português de Oncologia

IPST – Instituto Português de Sangue e Transplantação

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGIC - Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (ACSS, 2011 – glossario MGIC)

MPR – Média do peso relativo

MRA - Modalidade Remuneratória Alternativa

MRC – Modalidade Remuneratória Convencional

MS – Ministério da Saúde

NT/VC – Nota de transferência/ vale cirurgia

NUTS – Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Orçamento de Estado

OEnf - Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCE – Processo Clínico Eletrónico

PDS - Plataforma de Dados da Saúde

PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (2001)

PPA – Programa de Promoção do Acesso (1999)

PPP – Parcerias Público-Privadas

SCG – Sistema de Controlo de Gestão

SICA - Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC - Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SLA - *Service Level Agreement* ou Acordo de nível de serviço

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TE – Tempo de Espera

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UF – Unidade Funcional

ULS – Unidade Local de Saúde

UPS - *Uninterruptible Power System* (Sistemas Geradores de Energia)

UTA- Unidade de tratamento de AR

SINAIS CONVENCIONAIS

% - Percentagem

€ / Eur - Valor em Euro

Cf. - Conforme

e.g. - Por exemplo

m Eur - Milhares de Euro

M Eur - Milhões de Euro

N. - Valor Absoluto em unidades

n.a. – Não aplicável

n.d. - Não disponível

n.r. – Não respondeu

pmh -Por milhão de habitantes

T – Trimestre

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Assepsia Progressiva e Circulações.....	43
Figura 2: Etapas Macro da avaliação dos blocos operatórios.....	88
Figura 3. Distribuição dos blocos operatórios por Região de Saúde	99
Figura 4. Distribuição das salas de operações por Região de Saúde.....	100
Figura 5. Número de blocos operatórios por cada 100.000 habitantes da população de área de influência direta.....	100
Figura 6. Número de salas de blocos operatórios gerais e especializadas por cada 100.000 habitantes da população de área de influência direta.....	101
Figura 7. Número de operados padrão por sala de bloco operatório em cada Grupo de <i>benchmarking</i> ACSS.....	102
Figura 8. Número de salas de operações por operado padrão.....	102
Figura 9. Taxa de Produtividade das Unidade Operacionais Padrão em 2014 por Região	103
Figura 10. Taxa de Produtividade das Unidades Operacionais Padrão em 2014 por Instituição Hospitalar.....	104
Figura 11. Número de salas de operações por cama (lotação praticada).....	105
Figura 12. Número de salas de operações por 10 camas de cuidados intensivos, por Grupo de <i>benchmarking</i> ACSS.....	106
Figura 13. Número de camas de CI por sala de operações, por Grupo de <i>benchmarking</i> ACSS	107
Figura 14. Número de operados padrão, em regime de internamento, por cama, por Grupo de <i>benchmarking</i> ACSS.....	107
Figura 15. Rácio de operados padrão, em regime de internamento, por cama de cuidados intensivos, por grupo de <i>benchmarking</i> ACSS.....	108
Figura 16. Distribuição do tipo de BO por grupo de <i>benchmarking</i> ACSS	109
Figura 17. Distribuição das salas de operações por tipo de BO em cada grupo de <i>benchmarking</i> ACSS.....	109
Figura 18. Distribuição dos modelos de bloco operatório em Portugal continental.....	110
Figura 19. Modelo de BO por grupo de <i>benchmarking</i> ACSS.....	111
Figura 20. Salas operatórias por BO, por grupo de <i>benchmarking</i> ACSS	111
Figura 21. Rácio de camas UCPA por sala de BO, por grupo de <i>benchmarking</i> ACSS	113

Figura 22. Unidades Hospitalares Certificadas	122
Figura 23. Blocos operatórios certificados	123
Figura 24. Sistema de agendamento operatório informatizado.....	124
Figura 25. Regulamento do bloco operatório	124
Figura 26. Sistema de avaliação do risco	125
Figura 27. Sistema de gestão de incidentes	126
Figura 28. Processo clínico eletrónico com módulo de BO.....	126
Figura 29. Programa Cirurgia Segura informatizado.....	127
Figura 30. Sistema de imagem digital informatizado	127
Figura 31. Sistema de patologia clínica informatizado	128
Figura 32. Sistemas de comunicação integrado	129
Figura 33. Sistema de controlo de gestão	129
Figura 34. Sistema de segurança de hemoderivados informatizado	130
Figura 35. Sistemas de apoio à logística de gestão de <i>stocks</i> informatizado	131
Figura 36. Sistemas de apoio à logística de gestão de fármacos informatizado.....	131
Figura 37. Protocolo de profilaxia antibiótica	132
Figura 38. Profilaxia Trombo-embolismo	133
Figura 39. Protocolos Anestésicos.....	133
Figura 40. Protocolos de Higienização	134
Figura 41. Protocolos de controlo de infeção.....	135
Figura 42. Protocolo de Verificação na transferência de cuidados (receção e alta de utentes) ..	135
Figura 43. Protocolos relativos ao recobro	136
Figura 44. Protocolos aplicáveis à cirurgia de ambulatório	137
Figura 45. Planos de Contingência.....	137
Figura 46. Plano de Manutenção do Equipamento.	138
Figura 47. Inventário	138
Figura 48. Distribuição das entidades por % de implementação de sistemas de qualidade	142
Figura 49. Distribuição das entidades por % de implementação de protocolos de qualidade....	143
Figura 50. Doentes operados em tempo de espera superior ao TMRG em 2014.....	144
Figura 51. Mediana do TE da LIC em dias a 31.12.2014.....	146
Figura 52. Produção cirúrgica	147
Figura 53. Tempo de sala por grupo de <i>benchmarking</i> ACSS.....	151

Figura 54. Tempo de sala por entidade	152
Figura 55. Tempo médio de preparação de sala por grupo de <i>benchmarking</i> ACSS	153
Figura 56. Tempo médio de preparação de sala por entidade	154
Figura 57. Percentagem da despesa média por rubrica nos grupos de <i>benchmarking</i> ACSS em 2014	158
Figura 58. Percentagem da despesa média por rubrica nos grupos de <i>benchmarking</i> ACSS em 2014	161
Figura 59. Custo médio por hora de sala dos blocos operatórios em 2014	162
Figura 60. Custo médio por hora de sala reportado pelas entidades em 2014	165
Figura 61. Valor por hora de sala de operações	170
Figura 62. Distribuição dos custos médios	170
Figura 63. Distribuição dos custos por hora de sala para cada instituição	172
Figura 64. Custos do bloco	174
Figura 65. Percentagem de implementação dos sistemas relacionados com a qualidade	185

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Quadro resumo dos indicadores utilizados para a caracterização da situação atual dos blocos operatórios.....	90
Quadro 2. Requisitos mínimos do BO.....	91
Quadro 3. Grupos de <i>benchmarking</i> ACSS (ACSS)	94
Quadro 4. Hospitais substituídos ou novos hospitais desde o ano 2010	96
Quadro 5. Número de Blocos por entidade.....	112
Quadro 6. Requisitos mínimos na totalidade dos BO	114
Quadro 7. % de observação dos requisitos mínimos, por entidade	116
Quadro 8. Percentagem das horas afetas ao BO face ao total de horas de trabalho para os cirurgiões e anestesiólogos, por entidade hospitalar para 2014.....	121
Quadro 9. Percentagem de implementação dos diversos sistemas relacionados com a qualidade nos BO.....	140
Quadro 10. Percentagem de implementação dos diversos protocolos nos BO	141
Quadro 11. Produção cirúrgica	148
Quadro 12. Percentagem de operados em ambulatório	150
Quadro 13. Tempo médio de sala disponível.....	155
Quadro 14. Custos diretos e indiretos imputáveis ao BO em 2014 reportados diretamente pelas entidades (€).....	157
Quadro 15. Distribuição dos custos dos BO por rubrica em 2014	160
Quadro 16. Custos médios por hora disponível de sala dos blocos operatórios.....	163
Quadro 17. Custos médios por episódio cirúrgico padrão em 2014	167
Quadro 18. Custos por rubrica, por hora de sala disponibilizada.....	169
Quadro 19. Custos por hora de sala e custos por cirurgia padrão, por entidade	173
Quadro 20. Resumo dos indicadores de produtividade cirúrgica no BO em 2014	178
Quadro 21. Resumo dos indicadores de Otimização do BO em 2014	191

AGRADECIMENTOS

O Grupo de Trabalho agradece a todas as pessoas e entidades que se disponibilizaram para colaborar na Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios e cujo contributo concorreu para o seu enriquecimento.

Aos Centros Hospitalares, Hospitais e Unidades Locais de Saúde agradecemos o profissionalismo, eficácia e em especial o tempo dispensado a preencher os formulários enviados sem os quais a concretização deste trabalho não teria sido possível.

Ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) e em especial ao seu Presidente o Sr. Professor Doutor Helder Trindade, no que concerne os esclarecimentos sobre a segurança de hemoderivados.

Ao Professor Doutor José Artur Paiva, Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos, pelos contributos sobre esta matéria.

Às Dra. Miriam Viegas, Dr.^a Tânia Luís e Dr. Miguel Lopes pela extração dos dados do SIGLIC e pelos esclarecimentos adicionais relativos aos indicadores produzidos por esse sistema.

Ao Dr. Ricardo Costa pelo seu trabalho de *BackOffice*, ao Dr. António Covas pelo desenvolvimento das ferramentas informáticas que permitiram agilizar o processo de tratamento de dados e aos Arquitetos Carla Antunes, Sofia Coutinho e Pedro Cabral pela ajuda no que concerne as recomendações técnicas sobre blocos operatórios.

Ao Sr. Enf.^o Manuel Valente da AESOP pela colaboração no presente relatório.

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, criado pelo Despacho n.º 10601/2011 de 16 de agosto, apresentou, em novembro de 2011, um Relatório Final intitulado "Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança" onde definiu oito iniciativas estratégicas, corporizadas, cada uma, por um conjunto de medidas, dando, através da sua implementação e monitorização, cumprimento a um programa de mudança, com a extensão, profundidade e densidade que é exigido numa verdadeira reforma estrutural do sector hospitalar português.

Uma das iniciativas definidas apontava para a criação de hospitais mais eficientes e é neste enquadramento que o Ministério decidiu realizar um primeiro estudo dedicado a avaliar a situação dos Blocos Operatórios.

O Bloco Operatório (BO) é um espaço hospitalar largamente consumidor de recursos não só pelo número de recursos humanos a ele afeto, mas também pelo tipo de atividade e pela sua diferenciação tecnológica, consumindo parte significativa dos recursos financeiros da atividade hospitalar e da atividade cirúrgica em especial. A atividade cirúrgica é pois um elemento importante no financiamento das organizações hospitalares, em muito dependente da dinâmica do bloco operatório. Importa por isso garantir uma gestão adequada que conduza à melhor eficiência e eficácia, mantendo ou desejavelmente melhorando os atuais níveis de qualidade assistencial.

Considerando, que o atual contexto nacional e internacional impõe, por um lado, um esforço adicional na melhor rentabilização da capacidade instalada e, por outro, a garantia constitucional do direito à proteção da saúde, impõem-se a tomada de compromissos exigentes em termos de melhoria do desempenho e rigor na gestão dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É pois necessária a adoção de medidas de racionalização das despesas, diminuição do desperdício, promoção da qualidade e de melhoria de eficiência na organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde a par com um exigente controlo de qualidade.

Assim, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT), através do Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º4321/2013, de 15 de março, publicado no Diário da República, II Série, n.º59, de 25 de março, para proceder à avaliação da situação nacional dos Blocos Operatórios em Portugal continental.

O Grupo de Trabalho ora constituído tem assim como objetivo caraterizar os blocos operatórios quanto à sua capacidade física, recursos humanos, produção e qualidade; analisar comparativamente as diferenças de otimização do BO; identificar os principais desajustamentos bem como propor medidas com vista à melhoria global do funcionamento dos BO.

A informação que se apresenta neste documento, bem como a sua estrutura tem por base uma perspetiva de incorporação num sistema de informação dinâmico e integrado, com atualização permanente e que possibilite o planeamento de forma a utilizar eficientemente os recursos existentes na resposta às necessidades da população.

Para dar cumprimento a estes objetivos, o GT baseou-se nos referenciais técnicos e normativos atualmente em vigor, sobre as diferentes dimensões em avaliação, nomeadamente instalações físicas, qualidade, recursos humanos e produção. Não sendo conhecidos referenciais nacionais ou internacionais que cubram todas as dimensões em análise, recorreu-se à experiência dos peritos que constituem o GT.

Esta análise teve por base um questionário remetido às 51 unidades hospitalares do SNS e os dados existentes a nível central (ACSS). As respostas enviadas pelas diferentes entidades hospitalares permitiram obter um conjunto de informação não disponível até à presente data a nível central.

Por uma questão de consistência dos dados, a informação é referente a 31 de dezembro de 2014.

Face à diversidade de conceitos e indicadores, houve a necessidade de definir ainda um conjunto de pressupostos a considerar na análise dos dados, bem como um modelo de comparabilidade, que teve por base os grupos de *benchmarking* definidos pela ACSS. Ora a definição de conceitos comuns e uniformes é aliás um pressuposto básico e fundamental para o garante de uma comparabilidade séria e coerente.

A totalidade dos blocos a nível nacional foi assim caracterizada quanto à sua distribuição por região, por população, comparativamente aos serviços em articulação direta, quanto ao tipo e modelo e cumprimento dos requisitos mínimos no que concerne as instalações físicas. Os BO foram ainda caracterizados quanto aos recursos humanos que os constituem e quanto a um conjunto extenso de parâmetros relacionados com a qualidade. Posteriormente analisou-se a adequação de recursos humanos, a produção e produtividade de cada BO.

Os resultados confirmam uma distribuição assimétrica dos BO entre regiões, conforme identificado previamente no âmbito do estudo para a reforma hospitalar.

No que concerne o cumprimento dos requisitos mínimos em termos de instalações físicas, há uma elevada variação, podendo encontrar-se entidades com elevada percentagem de cumprimento dos referidos requisitos bem como entidades que cumprem menos requisitos, no seu global. Mesmo entre BO da mesma entidade existe variação quanto a estes indicadores.

A maioria das entidades tem implementado mais de 75% dos sistemas e protocolos de qualidade considerados indiciando a preocupação das entidades com a prestação de cuidados de qualidade.

Também a acessibilidade é um indicador com bons resultados na generalidade, encontrando-se os tempos de acesso dentro dos valores definidos como padrão.

A informação obtida quanto aos custos apresenta várias lacunas e incoerências na maioria das respostas, pelo que não foi possível fazer uma análise global. Esta situação pode ser reveladora da dificuldade das entidades em reportar custos, possivelmente por não fazer parte da rotina de gestão o apuramento destes dados, ou por não haver um sistema de contabilidade organizado no seio do SNS.

Finalmente, da análise dos indicadores de produtividade resulta um problema de desfasamento entre os recursos humanos disponíveis e o número de salas disponíveis. Tal desfasamento deverá ser devidamente avaliado sendo imprescindível a definição de qual a procura que deve ser calculada para o SNS e a oferta que consequentemente deve existir. Só depois de ocorrer tal

definição será possível afirmar se existem recursos humanos a menos ou capacidade instalada a mais.

É convicção do grupo de trabalho que a ausência de clareza de conceitos e definição de padrões tem sido uma causa crónica de dificuldade em realizar trabalhos de análises sobre o funcionamento dos blocos operatórios. É pois objetivo deste documento procurar a uniformização dos mesmos pelo que é apresentado no presente relatório um capítulo destinado a estabelecer um padrão de definições e métricas.

As recomendações elaboradas, que tiveram com o base a análise da informação obtida à luz dos mais modernos modelos de gestão e governação, permitirão repensar a rede e a estrutura funcional em torno da atividade cirúrgica e equacionar modelos organizacionais que permitam alcançar ganhos de eficiência e de satisfação dos utentes e profissionais, e que promovam uma cultura de transparência, assente no mérito e na competência, orientada para a obtenção de ganhos em saúde. Foram pois identificadas 30 recomendações e que são as seguintes:

- Criação de um novo modelo de governação para os BO
- Melhorar a informação e normalizar o modelo de reporte
- Definição de um mapa de indicadores de avaliação de BO
- Desenvolvimento de um sistema de *benchmarking* de BO
- Implementação de um sistema de contabilidade uniformizado entre entidades do SNS
- Existência de um contrato de gestão para os BO
- Definir a estrutura de proveitos de um BO
- Implementação de um sistema de incentivos com base na melhor performance
- Estabelecer um plano de ação/ plano de negócios anual para o BO
- Publicação de um glossário de conceitos referentes a BO
- Compatibilização e atualização das diferentes normas referentes a BO
- Análise da capacidade instalada no setor privado e social
- Reajuste do número de salas de BO necessárias
- Promover a plena utilização das salas operatórias, melhorar a produção cirúrgica

- Garantir a capacidade mínima em recursos humanos
- Preferência pela utilização de BO centrais
- Estabelecimento e implementação do rácio mínimo entre salas de UCPA e salas operatórias
- Atribuição de reserva de sala de operações dedicada à urgência
- Garantir o cumprimento pleno dos requisitos mínimos para o funcionamento dos BO
- Garantir o processo de acreditação/certificação de qualidade
- Plena implementação de elementos facilitadores de organização e qualidade.
- Desenvolvimento da informatização de BO
- Desenvolvimento de um sistema de avaliação de cancelamento de agendamentos
- Publicitação das melhores práticas
- Melhoria dos circuitos e intervenção ao nível dos processos
- Desenvolvimento de recomendações técnicas sobre salas híbridas
- Melhoria do desenho dos processos assistenciais dos serviços perioperatórios com impacto no BO
- O conceito de Bloco Operatório do Futuro

1. INTRODUÇÃO

O Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar apresentou, em novembro de 2011, um Relatório Final intitulado “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança” onde definiu oito Iniciativas Estratégicas que estruturavam um programa de mudança e uma verdadeira reforma estrutural do setor hospitalar português.

O primeiro Eixo Estratégico identificado, tem como objetivo conseguir “Uma Rede Hospitalar mais Coerente”.

Vários autores têm vindo a referir que a atividade dos serviços nos hospitais representa cerca de 50% dos custos totais da instituição. Presentemente o financiamento dos hospitais do SNS direcionam 29% dos recursos para a atividade cirúrgica.

O desenvolvimento da rede hospitalar nos últimos anos tem sido acompanhado por um forte investimento em novas e inovadoras tecnologias com reflexos inequívocos na atividade hospitalar.

A qualidade, o dinamismo e o nível de resultados obtidos pelos serviços da área cirúrgica, são pois vitais no processo de desenvolvimento e financiamento das organizações hospitalares. Se a natureza relativamente elástica da sua atividade depende, em grande medida, do funcionamento do Bloco Operatório, a otimização do mesmo depende, em muito, da boa ou má articulação com os serviços utilizadores.

A atividade cirúrgica representa uma importante chave de financiamento das organizações hospitalares em muito dependente da dinâmica do bloco operatório. Importa pois garantir que este esteja devidamente enquadrado numa gestão estratégica que garanta a eficiência, a qualidade, o mérito, e que tenha em consideração a dimensão das mais-valias que os profissionais trazem para o sistema.

Os blocos operatórios representam, por si só, custos fixos elevados, devido às instalações e equipamento específicos altamente sofisticados e profissionais qualificados e diferenciados.

Uma das áreas hospitalares nas quais ocorreram maiores mudanças nos últimos anos é certamente a que se refere ao bloco operatório. Os custos relacionados com intervenções cirúrgicas parece ter vindo continuamente a aumentar devido, essencialmente, à constante

inovação tecnológica, nomeadamente a dos equipamentos e dispositivos clínicos, e à exigência em recursos humanos altamente especializados e diferenciados, embora se desconheça, com exatidão, como os mesmos evoluíram.

A otimização da sua capacidade instalada bem como a correção de eventuais desajustamentos existentes, alguns deles já melhorados nos últimos anos, tem ainda uma margem de melhoria significativa.

Considerando que:

- o atual contexto nacional e internacional impõe, por um lado, um esforço adicional na melhor rentabilização da capacidade instalada
- o Orçamento de Estado preconiza a racionalização e reorganização dos serviços;
- a redução de despesa prevista para os Hospitais não deve pôr em causa o nível de cuidados de saúde prestados aos cidadãos;
- as organizações devem encontrar formas de reduzir os custos operacionais aumentando a qualidade e a efetividade;
- os Blocos Operatórios são um dos Serviços Hospitalares com elevado investimento de recursos;
- o peso que a produção dos Blocos Operatórios tem no financiamento dos cuidados hospitalares;

e por outro lado a garantia constitucional do direito à proteção da saúde, impõem-se a tomada de compromissos exigentes em termos de melhoria do desempenho e rigor na gestão dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. É pois necessária a adoção de medidas de diminuição do desperdício, promoção da qualidade e de melhoria de eficiência na organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde a par com um exigente controlo de qualidade.

Com uma avaliação rigorosa da situação nacional de blocos operatórios e dos respetivos sistemas de informação, será possível determinar, a oferta pública existente de forma a poder formular propostas de como obter a melhor rentabilização da capacidade instalada existente e corrigir eventuais desajustamentos.

Com este trabalho será determinado o parque de blocos operatórios, a sua localização, os recursos que lhes estão afetos e dados relativos à correspondente produção. Serão também analisados as instalações e processos, bem como a afetação dos recursos e o ajustamento da oferta à procura. Esta carta deve ser construída na perspetiva de se poder vir a constituir como

Um sistema de informação dinâmico e em permanente atualização e que possibilite um planeamento atualizado e passível de ajustar procura e oferta.

As recomendações elaboradas, que tiveram como base a análise da informação obtida à luz dos mais modernos modelos de gestão e governação, permitirão repensar a rede e a estrutura funcional em torno da atividade cirúrgica e equacionar modelos organizacionais que permitam alcançar ganhos de eficiência e de satisfação dos utentes e profissionais, e que promovam uma cultura de transparência, assente no mérito e na competência, orientada para o valor acrescentado em saúde.

Posto isto, o grupo de trabalho tem por principais objetivos:

1. Caraterizar os blocos operatórios quanto à capacidade instalada física, de recursos humanos, de produção e qualidade;
2. Analisar comparativamente as diferenças de otimização do BO, entre grupos de hospitais de características semelhantes, considerando os vários indicadores constantes no Relatório Final do GTRH (2011);
3. Identificar os principais desajustamentos;
4. Identificar as possíveis causas de desajustamento (e.g. adequação de recursos humanos, adequação da produtividade, adequação da capacidade física instalada, adequação da ocupação do BO);
5. Propor as medidas necessárias com vista à melhoria global do funcionamento dos BO.

Esta análise tem por base, fundamental para a precisão e adequação das conclusões, os questionários remetidos pelas unidades hospitalares, e que estas mesmas conclusões se sustentam nessas mesmas informações.

2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A conceção dos blocos operatórios tem grande impacto na sua governação, ao permitir adaptar os espaços às necessidades dos doentes, familiares e profissionais e garantir a qualidade e segurança assistencial, (Bilbao & Fragata, 2006).

Da mesma forma, uma gestão efetiva que permita a disponibilidade contínua de recursos humanos e materiais, o controlo dos processos assistenciais, garantidos por sistemas implementados de melhoria contínua da qualidade, gestão do risco, informação e educação / formação, determina o nível de cuidados cirúrgicos prestados ao cidadão.

É evidente a necessidade de melhorar a legislação única e integrada para os blocos operatórios que servem a população portuguesa. A legislação existente não cobre, de igual forma, a rede pública e privada dos blocos operatórios, nem dá resposta atualizada aos requisitos mínimos obrigatórios para esta área da prestação de cuidados. O âmbito da legislação deveria igualmente integrar a cirurgia convencional e a cirurgia ambulatória nas suas vertentes comuns e específicas.

2.1. Instalações físicas do bloco operatório

A nomenclatura relativa às especificações técnicas dos blocos operatórios difere entre os diversos diplomas ou regulamentos encontrados¹. Embora estes diplomas se destinem ao licenciamento de unidades privadas utilizaram-se como referência nas instituições públicas, por não existir outro normativo legal com esta finalidade e por se considerar que os critérios deveriam ser semelhantes entre setor público e privado. Quanto à nomenclatura, nomeadamente sobre a divisão das áreas do BO utiliza-se aquela definida pelas recomendações técnicas da ACSS, por se considerar que é aquela que deve servir como orientação técnica para o setor

¹ (Portaria nº111/2014 de 23 de maio que altera a Portaria nº 291/2012 de 24 de setembro - relativa aos requisitos mínimos para as unidades privadas que prossigam atividades no âmbito da cirurgia de ambulatório; Portaria nº290/2012 de 24 de setembro, relativa aos requisitos mínimos para as unidades privadas que prestem serviços de saúde com internamento e Recomendações técnicas para bloco operatório 2011, ACSS).

público, introduzindo os espaços definidos nas portarias naqueles constantes das recomendações técnicas da ACSS.

Perante algumas definições para as quais não existam indicações nos documentos referidos, e a necessidade de estabelecer um padrão de referência optamos pela utilização das especificações técnicas da ACSS, uma vez que se trata do documento com recomendações mais recentes nesta área, bem como a CNADCA, AIA, AESOP. Em circunstâncias para as quais não exista qualquer evidência, recorreu-se ainda à experiência dos peritos que constituem o grupo de trabalho e de literatura internacional.

Atendendo às considerações anteriores sobre o desenho de bloco operatório optamos pela divisão do BO de acordo com as suas diferentes áreas, modelos arquitetónicos e equipamentos técnicos instalados.

Segundo AIA (2010), o BO deve ser planeado e organizado de modo a facilitar o fluxo interno e externo de doentes, pessoal e materiais nas diferentes áreas definidas, promovendo o controlo de infeção e a higiene ambiental.

O BO deve ser dividido em três áreas – área livre, área semi-restrita e área restrita – segundo as atividades específicas que se realizam em cada uma delas (ACSS, 2011) de forma a promover os fluxos de circulação ou controlo de tráfico de e para o bloco operatório. As definições claras destes fluxos protegem os profissionais, doentes e materiais de potenciais fontes de contaminação cruzada (AORN, 2012).

2.1.1. Área livre

Inclui a zona de receção e acolhimento do doente, pessoal e materiais com zona de controlo centralizada. Não exige fardamento específico nem tem limitação de circulações. Incorpora os diferentes tipos de *áreas de transferência* e a zona de desinfeção de macas.

Zona de receção e acolhimento do doente

Nesta zona existe um *equipamento de transferência* de entrada de doentes, preferencialmente mecânico com ligação ao compartimento de desinfeção e parque de camas/tampas (ACSS, 2011).

A área de transferência *de saída* deve ser independente, facilitando o fluxo do doente, evitando aglomerações em horas de sobreposição de entrada e saída de doentes e com os consequentes aumentos dos tempos de espera para os mesmos.

A área de transferência *de dupla função* tem ainda o inconveniente da convivência entre os doentes que entram e os que saem (ACSS, 2011).

Área de transferência de doentes

A área livre tem na denominada **área de transferência de** doentes o seu ponto-chave podendo-se considerar de dois tipos: o *de entrada* e o *de saída*, podendo ou não ser o mesmo.

A área de entrada deve estar localizada próximo da zona de receção de doentes, com ligação direta à zona de desinfecção e ao parque de camas/tampas. É desejável que o transporte do doente entre a Unidade de Internamento e o Bloco Operatório seja feito na mesma cama em que o doente é internado (ACSS, 2011).

Relativamente à área de transferência de saída pode ser fisicamente semelhante à área de entrada. Caso a UCPA fique dentro do BO, a transferência de saída pode ser realizado através de equipamento mecânico móvel.

Zona de entrada e saída de profissionais (vestiários)

Nesta área de entrada e saída de profissionais é importante ser dimensionada a zona de vestiários tendo em conta os procedimentos de mudanças de roupa, a separação masculino / feminino e de acordo com a população utilizadora e condições logísticas de acomodação de bens pessoais.

Área de transferência de materiais

A área de transferência de materiais faz a comunicação do exterior com a zona semi-restrita, exclusivamente para materiais e equipamentos. A sua localização deve ser próxima dos armazéns respetivos, separada da entrada dos doentes, evitando circulações desnecessárias na zona semi-restrita.

A sua localização deve ser próxima dos armazéns respetivos, independente para materiais estéreis e não estéreis.

A transferência de materiais deve ser preferencialmente feita através de acesso (*guichet janela, porta, evitando que os rodados do exterior sejam os mesmos do interior do bloco operatório*).

As recomendações apontam para que esta *área de transferência* esteja equipada com bancadas ou carros de transporte que evitem a colocação de embalagens no pavimento (ACSS, 2011).

Área de transferência de esterilizados

Esta *área* permite a comunicação entre o exterior e a zona semi-restrita. Recomenda-se que a sua localização seja próxima do armazém de esterilizados ou das salas de operações, com ligação direta à esterilização. Caso a comunicação seja direta entre o BO e a esterilização, deve haver separação de circuitos limpos e sujos.

Em BO de corredor único, a área de transferência e o armazém de esterilizados devem localizar-se na extremidade mais limpa do corredor (ACSS, 2011).

Área de transferência (depósito) de resíduos/ equipamentos reprocessáveis contaminados

Deve situar-se na zona de comunicação entre a zona semi-restrita e o exterior, bem como próximo das salas de operações, evitando deslocações desnecessárias. Se o BO for de corredor único, o depósito de resíduos deve ficar na extremidade menos limpa do corredor.

Os resíduos produzidos nas salas de operações são colocados dentro dos sacos e fechados nas próprias salas ou espaços anexos, sendo posteriormente encaminhados para o depósito por onde se faz a respetiva evacuação (ACSS, 2011).

Os equipamentos reutilizáveis sujos, devem ser segregados ainda na sala de operações, acondicionados em contentor/equipamento estanque e conduzidos para zona específica, diferente da de resíduos, para posterior transferência para área de reprocessamento. (DGS, 2012).

Desinfecção de camas/parque de camas

Esta zona encontra-se localizada junto à área de transferência de doentes, permitindo um percurso linear entre a chegada, desinfecção e parque, não cruzando as camas / tampos sujos

com os desinfetados (ACSS, 2011). A descontaminação da camas e/ou tampos de mesas operatórias deve ser realizada em espaço próprio, preferencialmente em área anexa á de transferência.

Se a cama do doente entrar no bloco ou UCPA e requerer descontaminação, deve ser previsto um espaço para camas / sala de operações em espera, máquina de lavagem de camas e espaço para camas descontaminadas.

2.1.2. Área semi-restrita

Compreende as áreas de suporte periféricas que circundam a área restrita cirúrgica (sala de operações). Inclui áreas de cuidados ao doente pré e pós operatórias, Zonas de armazenamento de material limpo e estéril, salas de trabalho, armazenamento de instrumental cirúrgico e equipamento, gabinetes de trabalho, sala de estar de pessoal e os corredores de acesso às áreas restritas. A circulação nesta área está limitada aos profissionais e doentes, devendo estar salvaguardada a presença de visitantes / acompanhantes. Os profissionais, visitantes e/ou acompanhantes devem usar fardamento do BO, cabelos protegidos e utilizar o calçado anti-estático de uso exclusivo (AESOP, 2013).

Releva-se nesta área a zona de gabinetes de trabalho e de sala de pausa de pessoal.

Quer para a cirurgia de ambulatório quer para a cirurgia convencional, a existência de gabinetes é facultativa, (Portarias nº 290 de 24 de setembro e Portaria nº 111/2014 de 23 de maio), incluindo o gabinete de trabalho de médico, enfermeiro e de reuniões, ficando ao critério da entidade, conforme programa funcional.

Quanto à cirurgia convencional prevê-se a existência do gabinete de coordenação, em localização próxima aos outros apoios exteriores (ACSS, 2011).

Sala de pessoal (sala de pausa) descanso do pessoal

De acordo com as referidas portarias também este espaço é facultativo, apesar de a sua existência estar recomendada para cirurgia convencional (ACSS, 2011).

Áreas de apoio:

O BO deve ter salas de armazenamento de material e equipamento que permitam manter os corredores livres. De acordo com as citadas portarias preconizam-se áreas de armazenagem de roupa limpa, material de consumo, material de uso clínico, de medicamentos, material esterilizado, equipamentos e material de limpeza. As recomendações técnicas da ACSS especificam ainda que as tipologias de armazenamento (armazéns ou armários/ estantes) devem ser dimensionadas e agrupadas de acordo com o tipo de intervenções, programa funcional, todos os dispositivos médicos utilizados, incluindo equipamentos, tipo de gestão de aprovisionamento e evolução tecnológica:

- armazenamento frigorífico de sangue, tecidos, ou espécimes ou órgãos para transplante;
- armazenamento de equipamento móvel;
- armazenamento de equipamento de anestesia;
- armazenamento de dispositivos médicos esterilizados e de dispositivos médicos limpos
- armazenamento de roupa com aquecimento de roupa
- armazenamento de soros;
- armazenamento de fármacos, com frigorífico e cofre de estupefacientes.
- armazenamento de roupa limpa
- armazenamento de equipamento e material de limpeza

2.1.3. Área restrita

Inclui a sala de operações, sala de anestesia, sala de desinfeção, armazém de apoio de material estéril anexo à sala de operações.

Sala de operações:

Para a DGS (2015), a definição de sala de operações é a unidade imobiliária e o mobiliário destinado às intervenções cirúrgicas. Define-se como sala fechada, especificamente dedicada a procedimentos cirúrgicos e dotada de equipamento de anestesia.

Sala equipada, integrada em bloco operatório, que permite a execução de intervenções cirúrgicas e de exames que requeiram anestesia geral ou loco-regional e elevado nível de assepsia.

Para a AESOP, Sala de operações é a unidade imobiliária com o fim de realizar intervenções cirúrgicas. Faz parte integrante de uma Suíte Operatória, juntamente com o local de desinfeção, salas de apoio e sala de indução anestésica (AESOP, 2006).

Bloco operatório corresponde, para a DGS, à Unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia (DGS, 2015).

O Bloco Operatório, para a AESOP, é uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, como o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (AESOP, 2006).

Bloco central e blocos periféricos

Previamente à especificação das características técnicas dos blocos operatórios é relevante distinguir os conceitos de bloco central e bloco periférico. Estas definições encontram-se devidamente detalhadas no glossário, no entanto, é de referir que a principal diferença diz respeito ao facto de os blocos centrais poderem ser utilizados por várias especialidades e serviços, enquanto os blocos periféricos se encontram integrados num serviço de uma determinada especialidade. Em termos técnicos, as implicações destas diferenças residem na necessidade de os blocos centrais precisarem ser fisicamente mais flexíveis, no sentido de darem resposta à maior variação de especialidades que ali funciona, enquanto que os blocos periféricos podem ser mais ajustados às necessidades específicas das intervenções que ali se realizam.

Equipamentos

Os equipamentos mínimos a ter presente nos blocos operatórios, que constituem a sala de operações são as que constam das especificações técnicas constantes das portarias nº290/2012 de 24 de setembro e 111/2014 de 23 de maio e das Especificações Técnicas sobre Blocos Operatórios (ACSS, 2011):

Quanto às dimensões, uma sala de operações deve ter um mínimo base de 36 m², quer para a cirurgia convencional (cirurgia major com anestesia geral e suporte ventilatório) quer para a

cirurgia de ambulatório (CNADCA, 2008; Portaria nº290/2012 de 24 de setembro; Portaria nº111/2014 de 23 de maio).

Uma sala de cirurgia de ambulatório pode atingir 40m² para abarcar intervenções e equipamentos mais diversificados (CNADCA, 2008).

Se considerarmos as necessidades para determinados tipos de cirurgia, como cardíaca, neurocirurgia, ortopedia ou de transplantação hepática, há que considerar a necessidade de salas de maiores dimensões que podem ir para além dos 60m² (AIA, 2010)

São recomendadas zonas de desinfeção do pessoal contíguas às salas de operações (Portarias nº 290/2012 de 24 de setembro e 111/2014 de 23 de maio; CNADCA, 2008) com entrada direta para a mesma e deve permitir pelo menos dois profissionais em simultâneo e no mínimo uma comum a duas salas de operações.

Sala de indução anestésica

A preparação de um doente para cirurgia de ambulatório ou convencional pode ser breve ou causa de consumo de tempo apreciável (utilização de técnicas loco-regionais com bloqueios periféricos, colocação de monitorização invasiva, acessos difíceis, ensino e treino de médicos e enfermeiros, necessidade da presença de um familiar junto de um menor ou de pessoa com necessidades especiais e outros).

A solução para esta fase do percurso pré-operatório do doente tem passado pela existência de uma sala de indução anestésica ou realização da técnica na sala de operações.

Ambas as soluções apresentam vantagens e desvantagens, que devem ser ponderadas no modelo de funcionamento de um bloco operatório.

Para a indução anestésica se realizar fora da sala de operações mantendo a segurança e melhorando a eficiência, é essencial que a sala de indução anestésica esteja devidamente equipada de acordo com os padrões básicos de monitorização cardiovascular e respiratória e estejam disponíveis recursos humanos para o efeito.

A existência da sala de indução anestésica, se por um lado pode ser uma mais-valia para o aproveitamento dos tempos de bloco e rentabilização das salas, por outro, poderá obrigar a um aumento dos recursos humanos, para além de representar área adicional a construir. No

entanto, afigura-se razoável a sua existência, sobretudo no ambulatório uma vez que é objetivo uma alta rotação de utentes e a maximização do número de cirurgias por tempo disponível de utilização de sala (CNADCA, 2008)-

Nos mais recentes estudos de planeamento hospitalar realizados pela ACSS o rácio é de uma sala de indução anestésica por duas salas de operações-

Sala de sujos e despejos

Esta sala localiza-se em continuidade com a sala de operações. Serve para a lavagem, desinfecção, deposição e embalagem e preparação de sujos para saída. Deve possibilitar-se a recolha e deposição e encaminhamento seletivos de resíduos produzidos de acordo com a respetiva classificação

Os doentes intervencionados podem sair por esta sala. A sala de saída de doentes e a sala de sujos quando exista, deve ter dimensões suficientes para garantir a instalação de todo o equipamento necessário a um conveniente tratamento dos sujos, em condições de segurança para quem os manipula e transporte aos destinos, sem pôr em perigo as condições de higiene dos vários espaços por onde transitam (ACSS, 2011).

2.1.4. Área de recobro

Unidades de Cuidados Pós Anestésicos

Estas Unidades foram criadas inicialmente para permitir detetar e tratar precocemente as possíveis complicações relacionadas com o ato anestésico-cirúrgico. A visão tradicional das UCPA criadas com o objetivo único de tratar complicações anestésicas ou cirúrgicas foi ultrapassada surgindo a necessidade de encarar estas unidades como elos de ligação dinâmicos entre a cirurgia e a alta hospitalar.

A recuperação de um doente anestesiado e operado habitualmente classifica-se em várias fases clínicas. A fase 1, representa a descontinuação da anestesia até ao momento em que o doente recupera a consciência, função respiratória e seus reflexos da via aérea, ou seja, recupera as suas funções fisiológicas básicas. A fase 2 foca-se na preparação do doente, família e outros

cuidados no âmbito ambulatorio ou para uma enfermaria, cuidados intermédios ou cuidados intensivos. A fase 3 de recobro em ambulatorio acontece fora da proximidade médica. Estende-se deste a alta hospitalar e compreende a fase de recuperação psicológica, social e física até ao regresso a atividade laboral ou vida autónoma do doente (Kaye *et al.* 2012).

No programa de cirurgia ambulatoria independente o circuito dos doentes é um circuito sequencial desde a admissão, sala de preparação, sala de operações, UCPA – recobro 1, salas de recuperação anestésico-cirúrgicas (recobro 2 e 3) e gabinete de alta clinica até ao momento de alta hospitalar. No modelo integrado aceita-se que a sala de operações e a UCPA sejam espaços partilhados por doentes intervencionados em regime de internamento. Contudo os restantes espaços devem ser independentes das áreas utilizadas por doentes internados (CNADA, 2008).

A UCPA, quer seja de ambulatorio ou convencional deve ter 1,5 a 2 camas por sala de operações. Quanto às dimensões, deve prever 12m² por cama (Portaria nº 290/2012 de 24 de setembro; Portaria nº 111/2014 de 23 de maio; ACSS, 2011) incluindo circulação.

O espaço entre cada cama é de 1,5 m e 1,2 m dos lados da cama às paredes adjacentes. Deve prever isolamento clinico de doentes e cortinas (AIA, 2010).

A UCPA deve ter estação de controlo de enfermagem, 1 ponto de lavagem de mãos /4 camas. Deve estar previsto UCPA específica para Pediatria e/ou pessoas com necessidades especiais de modo a permitir a presença de pais/acompanhantes (OEnf, 1988; OM,2012; Decreto-Lei nº106/2009 de 14 de setembro; Campling, Devlin & Lune, 1990).

No que concerne a cirurgia de ambulatorio não há distinção entre o recobro 2 e 3, situando-se os dois no mesmo espaço físico e denominando-se sala de recuperação (Portaria nº290/2012; Portaria nº111/2014 de 23 de maio). Neste caso devem existir, para cirurgias classe A² 3 postos por sala de operações e a dimensão deve ser de 4m² por cadeirão. Para as cirurgias de classe B e C¹ devem existir 3 camas por sala de operações com 10m² por cama- (Portaria nº111/2014 de 23 de maio).

O relatório da (CNADCA, 2008) separa estes dois recobros e preconiza 10 m²/cama no Recobro 2, com um rácio de 4 camas por sala de operações. Para o recobro 3, a CNADCA preconiza 6m²

² **Classe A:** cirurgia minor com anestesia local ou loco-regional; **classe B:** cirurgia major com anestesia loco regional; **classe C:** cirurgia major com anestesia geral com suporte ventilatório (Portaria nº111/2014 de 23 de maio).

/ cadeirão com um rácio de dois cadeirões por cada sala de operações ou seis cadeirões por sala de operações no caso de oftalmologia.

2.1.5. Gases medicinais

Os Blocos operatórios devem garantir um conjunto de normas de segurança no que se refere à utilização de gases medicinais conforme descrito no documento sobre especificações técnicas para uso de gases medicinais e aspiração em edifícios hospitalares (ACSS, 2011), dos quais importa reforçar a imperiosidade dos seguintes:

- existência de um sistema de alarme sonoro e visual centralizado para a falha do sistema de gases medicinais;
- avaliação semestral dos níveis de qualidade do ar ambiente;
- manutenção de sistema de exaustão de gases;
- promoção de um sistema de deteção de fugas através de manutenções preventivas das instalações e equipamentos e de testes protocolados (e.g. sempre que se descontamina o aparelho de anestesia ou no início do dia)

2.1.6. Geradores de energia (UPS)

De acordo com as recomendações de qualidade, o bloco operatório deve conter uma fonte de energia elétrica suplementar, sempre disponível, no sentido de rapidamente suplementar eventuais falhas de energia. A capacidade desta fonte deve ter a capacidade de suportar as luzes da sala, os sistemas de administração máquinas de anestesia, os sistemas de monitorização e equipamento de suporte à cirurgia, telefones e sistema de alarmes (CHKS, 2010). A autonomia da UPS não deverá ser inferior a 30 minutos. Se a UPS alimentar a iluminação operatória (luz sem sombra), a sua autonomia mínima deve ser de uma hora (ACSS, 2011).

2.1.7. Tratamento, Filtragem suplementar e Humidificação

Bloco Operatório

Segundo a ACSS (2014), deve existir uma UTA por sala de operações e anexos. Devem existir condutas com registos para limpeza regular (portas), bem como, as entradas e saídas de ar e os

filtros terminais. A UTA deve ter certificado de construção higiénica e ser dotada de variador de velocidade (frequência), garantindo o caudal nominal. A Filtragem suplementar terminal; mínima H14, com filtros terminais com pressurostátos diferenciais ligados ao sistema de gestão técnica centralizada e Humidificação por vapor.

Quanto à Sobrepressão/ subpressão Sobrepressão: As Salas de operações e partos distócicos estão em sobrepressão em relação aos seus anexos, e estes em sobrepressão em relação aos restantes locais do Bloco. O Bloco operatório, no seu conjunto, em sobrepressão em relação aos serviços adjacentes. Nas salas de operações e partos distócicos, considerar uma sobrepressão de 20 Pa, correspondente a um caudal de 20 m³/h.ml de perímetro de entradas.

Quando o tipo de intervenção cirúrgica requer que a sala de operações tenha pressão negativa, a instalação de ar condicionado deve permitir a inversão das pressões na sala. O comando deve ser claro quanto ao regime de funcionamento.

Insuflação Difusores com filtragem terminal: existência de difusores com filtragem terminal, sendo obrigatoriamente por tetos difusores, com 3,6 x 2,4 m, ou equivalente, com filtro terminal, em salas em que o tipo de intervenção médica os justifiquem, como por exemplo, transplantes, cardiologia, ortopedia, neurocirurgia, queimados, oftalmologia e outras de alto risco.

Caudal de ar recirculado: A 20 Rec/h, com filtros (mínimo G 4) nas grelhas de extração inferiores (70% do caudal extraído a nível inferior e 30% a nível superior).

Recirculação, garantida.

Ar novo: Garantir 100 m³/h. pessoa (600 m³/h ou 5 Ren/h, no mínimo)

Diferencial de temperatura: Máximo 8° em frio

Condições do ambiente: A temperatura na sala de operações deve manter-se entre os 17°C a 27 ° C; para uma humidade relativa entre os 30 a 60% HR

A fundamentação da necessidade de limites máximos e mínimos de temperatura e humidade está na relação do crescimento de bactérias com temperaturas mais próximas à temperatura corporal e taxas de humidade acima dos 55%, sabendo que temperaturas mais frias inibem o

crescimento bacteriano. Por outro lado, ambientes com baixa percentagem de humidade relativa (<50%), aumentam os riscos relacionados com a eletricidade estática.

Outro fator importante a ter em linha de conta é o conforto do doente e dos profissionais. Quanto ao primeiro, deve-se considerar o risco de hipotermia do doente, anestesiado, com uma grande superfície corporal exposta e nua, submetido a uma imobilização, vasoconstrição, incisão cirúrgica, perfusão de fluidos frios e ventilado por gases frios. Nestes casos e considerando o doente adulto, Putstep citado por Hoet (1985) refere que num ambiente com 50% de humidade, é necessário manter uma temperatura entre os 24 e os 27°C para não existir hipotermia. Abaixo de 21°C todos os doentes apresentam hipotermia enquanto que entre os 21 e os 24°C só um terço dos doentes estão em hipotermia. A temperatura na sala de operações deve manter-se entre os 19°C e os 24°C, para uma humidade relativa de 50 a 55% (limite mínimo e máximo entre 40 a 60

Em cirurgia pediátrica o risco de hipotermia e as suas consequências atingem características mais nefastas que podem ir até à paragem cardíaca e morte, pelo que a manutenção da normal temperatura do doente pediátrico é mandatória.

Quanto ao conforto dos profissionais, pode-se ter em conta a necessidade de temperaturas mais baixas (19° a 21°C) para a equipa cirúrgica que está equipada com batas e luvas sob a iluminação operatória e da restante equipa que requer temperaturas entre os 21 e 24°C. Para poder proporcionar temperaturas de conforto deve adaptar-se o vestuário mais quente para a equipa não estéril e procurar a utilização de luz fria para os candeeiros operatórios.

Em qualquer dos casos é recomendado que os controlos de temperatura e humidade se mantenham fora da sala de operações, pelas numerosas implicações que daí advêm.

Compartmento Recuperação (recobro - UCPA)

Segundo a ACSS (2014), deve existir uma UTA e ventilador de extração privativos. A UTA deve ser dotada de variador de velocidade (frequência), garantindo o caudal nominal. A UTA deve ter certificado de construção higiénica. A Filtragem suplementar terminal, mínima H12 e Filtros localizados em local acessível, o mais próximo da zona. Os Filtros terminais devem dispor de pressostatos diferenciais ligados ao sistema de gestão técnica centralizada e Humidificação por vapor.

Sobrepressão/subpressão Sobrepressão: Na UCPA, considerar uma sobrepressão correspondente a um caudal de ar recirculado 10 Rec/h .

Recirculação, garantida.

Ar novo: Garantir 50 m³./h.pessoa.

Diferencial de temperatura: Máximo 8° em frio.

Condições do ambiente: A temperatura na UCPA deve manter-se entre nos 24 °C; para uma humidade relativa de 60% HR.

Restantes compartimentos do Bloco Operatório (quando aplicável):

Segundo a ACSS (2014), “deve-se ter em conta o que vem prescrito no ponto referente a “Ventilação forçada”: Considera-se que todo o hospital deve ser dotado de instalações de ventilação forçada, incluindo algumas zonas técnicas. A ventilação forçada deve ser levada a cabo por ventiladores localizados no piso técnico, sempre que possível. As respetivas rejeições devem ser feitas para a fachada oposta à da admissão de ar, com “selagem” da mesma. Não se admite o recurso a plenos de rejeição.

Só em casos especiais, centrais técnicas por exemplo, é aceitável a montagem de ventiladores em zonas de serviço. Os ventiladores devem estar preparados para ligação ao sistema de gestão técnica centralizada. Deve ter-se sempre em atenção que as respetivas rejeições não podem fazer-se para locais próximos das admissões de ar novo, nem em locais de passagem ou de permanência de público, janelas, portas, etc.

Devem ser sempre previstos sistemas independentes de extração de zonas “sujas” e “limpas” e, dentro destas, por serviço. Entende-se por zonas sujas, aquelas que pela sua natureza são produtoras de odores, fumos, vapores, entre outros.

Devem ser previstos sistemas de extração específicos para as zonas produtoras de ambientes poluídos por gases ou poeiras, tóxicos ou agressivos, nomeadamente óxido de etileno, citostáticos, entre outros, com rejeição em ponto alto e afastado de locais de admissão de ar para outros sistemas, locais de permanência de pessoal e de público. Antes das rejeições para o

exterior deve ser prevista a sua neutralização. As rejeições devem ser feitas a uma velocidade nunca inferior a 4 m/s e devem ser sempre privativas de cada sistema” (ACSS,2014).

Nos restantes compartimentos do Bloco Operatório, deve existir UTA e ventilador de extração específicos. A UTA deve ter certificado de construção higiénica. Sem necessidade de Filtragem suplementar e com Humidificação por vapor.

Nos restantes compartimentos do Bloco Operatório, devem existir UTAs e ventiladores de extração específicos. As UTAs devem ter certificado de construção higiénica. Sem necessidade de Filtragem suplementar e com Humidificação por vapor.

Caudal de ar novo: Garantir 8 Ren/h, sem recirculação.

Diferencial de temperatura: Máximo 8° em frio

Condições do ambiente: A temperatura deve manter-se entre nos 24 °C; para uma humidade relativa de 50% HR

2.1.8. Outras instalações

Devem existir em cada sala de operações elementos integradores de instalações, ou seja painéis centralizados contendo sistemas de imagem, informação, relógio, tomadas elétricas, entre outros.

Todos os blocos operatórios devem estar equipados com dispositivos de segurança e anti-fogo bem como alarme de incêndio (ACSS, 2011)

2.1.9. Circuitos e fluxos do bloco operatório

Na organização do BO considera-se a definição de circuitos em três grandes grupos

- a. doentes
- b. pessoal
- c. materiais

Estes circuitos estão baseados em duas regras fundamentais; o Princípio do estabelecimento da regra de Assepsia Progressiva e o Princípio Geral de Circulação Interna.

Princípio do estabelecimento da regra da Assépsia Progressiva

A Assépsia Progressiva define a sala de operações como “ambiente mais limpo” e os espaços reservados ao pessoal como “ambiente menos limpo”. É o conceito que determina o controlo e limitação do tráfego de pessoal, doentes e materiais das áreas mais sujas (como o espaço reservado ao público) para as áreas mais limpas (como a sala de operações), através do estabelecimento de barreiras (vestiários do pessoal, *transfer* de doentes, EPI) e a circulação de ar das zonas mais limpas para as menos limpas, através da manutenção de barreiras e controlo progressivo da pressão positiva (pressão mais elevada nas salas de operações e menos elevada nas zonas mais sujas).

Este conceito vai determinar um tráfego controlado, limitado e com barreiras para o pessoal, doentes e materiais, estabelecendo:

- a circulação do pessoal, doentes e material das zonas menos limpas para as mais limpas.
- A circulação de ar das zonas mais limpas para as menos limpas. (AESOP, 2006)

Os modelos de bloco operatório podem ter inúmeras variações e mais importante que ter um modelo perfeito, é ponderar as vantagens e desvantagens desde que sejam asseguradas as recomendações técnicas mínimas que qualquer modelo deve integrar, bem como os princípios de Assépsia Progressiva e de definição de áreas e circuitos.

Circulações

O segundo fundamento que se estabelece na definição dos circuitos é a do Princípio Geral de Circulação Interna no Bloco Operatório (AESOP, 2006).

Sentido Único sem retorno em geral - doentes, pessoal e materiais nunca se cruzam na entrada e saída pois o sentido de circulação é sempre: entrada no Bloco Operatório, entrada na sala de operações, saída da sala de operações e saída do Bloco Operatório por circuitos próprios.

Sentido Único para materiais e resíduos – materiais e resíduos nunca se cruzam na entrada e saída pois o sentido de circulação é sempre: entrada no Bloco Operatório, entrada na sala de operações, saída da sala de operações e saída do Bloco Operatório por circuitos próprios

Sem sentido Único - Doentes, pessoal e materiais podem utilizar os mesmos circuitos de entrada e de saída do Bloco Operatório. Obriga a disciplina e cumprimento rigoroso dos protocolos de circulação dos doentes, bem como, de isolamento de esterilizados em circulação e de

acondicionamento de resíduos e material contaminado na saída da sala de operações e do Bloco Operatório.

Circuitos e Assepsia Progressiva

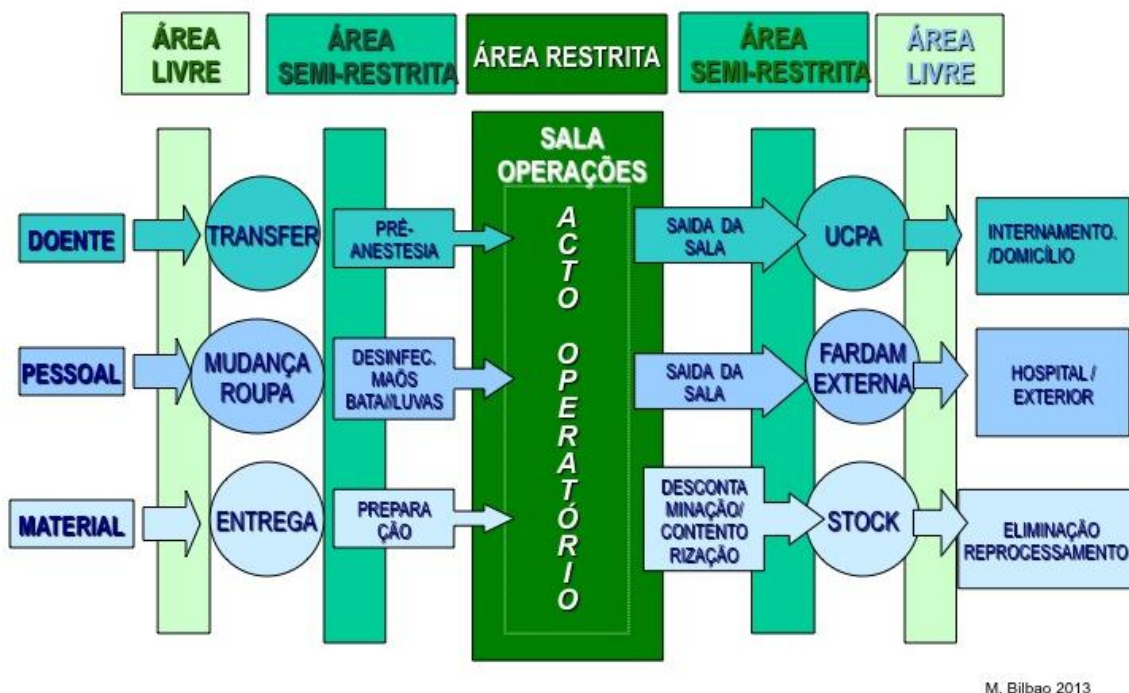


Figura 1. Assepsia Progressiva e Circulações

2.2. Qualidade

Os serviços prestados em bloco operatórios ao doente cirúrgico exigem uma adequada organização dos profissionais de saúde e equipamentos, apoiados por procedimentos abrangentes e documentados que reflitam a boa prática, (CHKS,2013) Este sistema de garantia e melhoria inclui critérios de qualidade e segurança transversais a toda a organização e específicos do bloco operatório.

2.2.1. Programa de Acreditação/certificação

A acreditação em saúde pretende fortalecer a confiança dos cidadãos e dos profissionais de saúde, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde e fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, com uma adequada relação custo-benefício (DGS, 2009).

A nível hospitalar o sistema de acreditação mais utilizado é o sistema CHKS®. O sistema acredita hospitais e não partes de hospitais. É esse o principal motivo pelo qual não existem acreditações isoladas de bloco operatório.

2.2.2. Sistema de Gestão de Risco (com aplicação no BO)

O bloco operatório tem uma elevada prevalência de erros e acidentes, dos quais são exemplo a cirurgia errada, no doente errado, no órgão errado, no lado errado, retenção inadvertida de corpos estranhos e complicações como a infeção cirúrgica e o tromboembolismo venoso.

Estima-se que os eventos adversos afetam 3-16% de todos os doentes internados, sendo que mais de metade desses eventos são evitáveis. Mesmo apesar da evolução dos conhecimentos relacionados com a segurança cirúrgica, pelo menos metade dos eventos ocorrem durante o ato cirúrgico. Assumindo uma taxa de 3% de eventos adversos. perioperatórios e uma taxa de 0,5% de mortalidade global, quase 7 milhões de doentes cirúrgicos terão complicações significativas em cada ano, 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia (DGS, 2009).

Partindo destas observações, facilmente se compreende que a gestão do risco, neste contexto, é um instrumento crucial à melhoria da segurança e consequentemente da qualidade clínica na medida que contribui para a diminuição da probabilidade de acidentes evitáveis e erros de procedimentos menos não conformes. A gestão do risco envolve a prevenção de riscos para os doentes e para os profissionais, garantindo maior segurança a ambos.

De um sistema de gestão de risco clínico deve fazer parte a monitorização e avaliação dos erros, no sentido de poderem sofrer uma intervenção para minimizar o impacto do erro e prevenir futuros erros semelhantes. Neste sentido, poderá existir um sistema de relato de eventos adversos (idealmente voluntário, anónimo ou não), podendo existir um sistema compulsivo para

os eventos mais graves (*never events* ou eventos sentinela) ou ainda recorrer-se ao método da observação externa de comportamentos humanos em equipa (Fragata, 2010).

2.2.3. Projeto Cirurgia segura, salva vidas

A iniciativa “*Safe Surgery Saves Lives*” da Organização Mundial da Saúde, iniciada em Janeiro de 2007, pretende melhorar a segurança cirúrgica, através da definição de um conjunto normalizado de procedimentos de padrões de segurança que podem ser aplicados em qualquer contexto. Portugal, através da Direção-Geral da Saúde, aderiu a este desafio em Dezembro de 2009, designando-o por “Cirurgia Segura Salva Vidas” e adotando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (DGS, 2013) como ferramenta mais visível da estratégia

A Norma 02/2013 de 12 de fevereiro da DGS atualizada em 25 de junho de 2013 vem determinar a obrigatoriedade da implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” por todos os BO do SNS e entidades com ele contratadas. De acordo com a referida norma, em todas as cirurgias deve-se proceder ao registo da utilização da “Lista de Verificação da segurança cirúrgica” e do apagar cirúrgico nos sistemas de informação locais com interface com a PDS ou diretamente na PDS.

Todas as entidades hospitalares ficaram, desde então, obrigadas a enviar semestralmente ao Departamento de Qualidade na Saúde a monitorização do nível de implementação do projeto e o registo da sua implementação disponibilizado pela SPMS.

O Despacho n.º 2905/2013 de 14 de fevereiro vem reforçar o carácter obrigatório da aplicação da Norma da DGS n.º 2/2013 de 12 de fevereiro e respetiva lista de verificação em todas as intervenções cirúrgicas nos hospitais do SNS, e o registo da sua implementação nos sistemas informáticos locais devidamente adaptados ou diretamente num formulário disponibilizado pela SPMS.

2.2.4. Sistema informatizado de segurança de hemoderivados

A prática segura da transfusão sanguínea implica a definição de políticas e procedimentos, pelos serviços de Imuno-hemoterapia/ Medicina Transfusional em articulação com os BO, no que respeita a:

- 1) Decisão clínica – utilização de Normas de Orientação Clínica, se possível com informação prévia do doente, consentimento esclarecido e registo da prescrição;
- 2) Requisição da transfusão e amostra de sangue – identificação correta do doente (na requisição e na amostra), tipo e quantidade do componente sanguíneo a ser transfundido, recomendações especiais (se aplicável), justificação do pedido (informação clínica e laboratorial), colheita da amostra pré-transfusional correspondente e respetivos envios ao Serviço de Medicina Transfusional;
- 3) Transporte e conservação de sangue e componentes – dotação dos BO de refrigerador/es (com temperatura controlada entre +2°C e +6°C) com registo gráfico de temperatura e alarme sonoro e de malas de transporte isotérmico
- 4) Administração de sangue e componentes – verificação da conformidade da identificação do doente com o tipo e quantidade do componente sanguíneo requisitado, comparação da identificação do doente com o rótulo do componente, respetiva inspeção e verificação do prazo de validade, registo de sinais vitais pré-transfusionais, de início da transfusão e confirmação positiva da transfusão;
- 5) Monitorização e avaliação – monitorização regular dos sinais vitais durante e após a transfusão, reconhecimento, diagnóstico e procedimentos em situação de reações ou eventos adversos e registo do resultado da transfusão.

O Sistema Português de Hemovigilância, da responsabilidade do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, envolve a notificação de todas as reações e incidentes adversos, desde a colheita à administração do sangue e componentes sanguíneos, existindo em todas as instituições um notificador, preferencialmente no Serviço de Medicina Transfusional.

O referencial legal é o Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de Julho, que transpõe para o enquadramento jurídico português as Diretivas da União Europeia sobre a qualidade e segurança do sangue.

A este respeito estão publicadas três normas da DGS sobre a utilização clínica do concentrado eritrócitario no adulto (Norma n.º 38/2012 de 31 de dezembro da DGS) e sobre a abordagem da transfusão maciça (Norma n.º 11/2013 de 30 de julho da DGS) e uma terceira norma sobre a seleção e uso de produtos terapêuticos para o tratamento de utentes com coagulopatias congénitas – Norma n.º 11/2014 de 31 de julho da DGS, atualizada a 3 de fevereiro de 2015)

2.2.5. Protocolos

Protocolo de profilaxia antibiótica

Deve existir um Protocolo de profilaxia antibiótica realizado em colaboração entre a Comissão de Controlo de Infecção, os Serviços cirúrgicos e a Coordenação do bloco operatório. O mesmo deve ser revisto periodicamente.

A DGS publicou recentemente a Norma nº 31/2013 de 31 de dezembro sobre profilaxia antibiótica e suas indicações, devendo a referida profilaxia ser definida em consulta pré anestésica e registada no processo clínico.

Protocolo de Profilaxia do Tromboembolismo venoso

Deve existir um protocolo para a prevenção do tromboembolismo venoso. Este procedimento também faz parte da lista de verificação cirúrgica (Norma da DGS nº 02/2013 de 12 de fevereiro, atualizada a 25 de junho de 2013). Deve funcionar em coordenação com o internamento e com a consulta de anestesia pré-operatória.

Protocolos anestésicos

Definem e descrevem as diferentes técnicas anestésicas, fármacos utilizados e níveis de monitorização clínica, a utilizar pelos anestesiológicos em ambiente de BO. Compete à direção do serviço de anestesiologia, a elaboração dos protocolos, assim como a respetiva atualização (CNADCA, 2008). A sua existência é considerada padrão de qualidade. Refira-se ainda que todo o ato anestésico deve ser monitorizado e dele constar de um registo próprio preferencialmente integrado no processo clínico do doente.

Protocolos relativos ao recobro anestésico

O cirurgião, anestesiológico e enfermeiro devem rever as principais preocupações relativamente à recuperação e gestão do doente após cirurgia e devem efetuar o respetivo registo no processo clínico informatizado do doente.

Devem existir protocolos para a monitorização, terapêutica e transferência de cuidados e monitorização dos doentes na UCPA.

Definem e descrevem as diferentes técnicas anestésicas, fármacos utilizados e níveis de monitorização clínica, a utilizar pelos anestesiológicos em ambiente de BO. Compete à direção do serviço de anestesiologia, a elaboração dos protocolos, assim como a respetiva atualização (CNADCA, 2008).

A sua existência é considerada padrão de qualidade. Refira-se ainda que todo o ato anestésico deve ser monitorizado e dele constar um registo próprio preferencialmente integrado no processo clínico do doente onde deve estar incluída a recuperação pós-anestésica

Protocolos de Higienização

Os Grupos Locais (GL) do PPCIRA têm competência para supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, adotando um programa de vigilância e prevenção da IACS, com identificação dos doentes e procedimentos de risco, informando as autoridades competentes e em conformidade com as disposições vigentes.

Devem ser elaborados procedimentos relacionados com a higiene das mãos, uso de soluções hidroalcoólicas, utilização de antissépticos, profilaxia antibiótica, prevenção e gestão de incidentes relacionados com exposição ao sangue ou produtos orgânicos, risco de infeção em procedimentos invasivos.

Protocolos de Controlo de infeção do Local Cirúrgico (ILC)

As infeções do local cirúrgico continuam a representar uma proporção significativa de infeções adquiridas no hospital. No último estudo de prevalência realizado em 2012 representaram cerca de 10% do total de infeções detetadas.

Dado o elevado impacto na morbilidade, mortalidade e custos associados e porque há evidência de que são em grande parte evitáveis, a prevenção da ILC torna-se uma prioridade de qualquer programa de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde em meio hospitalar.

As medidas de prevenção incidem no doente, na equipa cirúrgica, manutenção das condições de higiene ambiental e assepsia durante o procedimento e cuidados adequados no pós-operatório (Norma nº24/2013 de 23 de dezembro da DGS).

Protocolo de verificação na transferência de cuidados (receção e alta de doentes)

A transferência dos doentes e respetiva continuidade dos cuidados do recobro para a enfermaria deve estar protocolado. Este protocolo deve incluir os critérios de alta que devem incluir um controlo satisfatório da dor e náusea e onde deve ser explícito que a responsabilidade final é sempre do anestesiológista que administrou a anestesia (CHKS, 2010).

Pré-operatório

- Lista de verificação cirúrgica
- Lista de segurança cirúrgica – Antes da indução anestésica

Intra-operatória

- Lista de segurança cirúrgica – Antes da incisão e antes do encerramento

Pós-operatório

- Critérios de alta da UCPA – Escala de Aldrete, Aldrete e White, ou outra validada

Os critérios de alta devem incluir estabilidade de sinais vitais, um controlo satisfatório da dor, náuseas e vômitos, reversão completa de bloqueios neuromusculares residuais e devem explicitar a responsabilidade da alta efetuada pelo anestesiológista (CHKS, 2010).

A Lista de Verificação Pós-operatória inclui:

- **Identificação** do Profissional (Nome e função);
- **Identificação** do doente (dados demográficos e tipo de episódio)
- **Diagnóstico** de entrada (cirurgias anteriores, internamentos e medicação habitual)
- **Especificações** Anestésicas (tipo de anestesia e intercorrências significativas – hemodinâmicas, laboratoriais, transfusões de hemoderivados e outras)
- **Intervenção** Cirúrgica (Ato Cirúrgico e Intercorrências)
- **Avaliação** final (Estado de consciência, avaliação da dor e analgesia efetuada, avaliação da temperatura e recomendações- vias de acesso, drenagens, penso

operatório, informação sobre familiares/acompanhantes e outras indicações clínicas).

Protocolos aplicáveis à cirurgia de ambulatório

As especificidades da cirurgia de ambulatória devem ser materializadas nos protocolos específicos desta modalidade cirúrgica.

Planos de contingência

As características específicas da assistência em meio de BO implicam que seja aconselhável a existência de planos de contingência específicos para os mesmos.

A nível nacional existem essencialmente dois tipos de plano de contingência que merecem destaque, embora não específicos para o bloco operatório – o plano de contingência para incêndios e o plano de emergência.

O quadro legal que suporta o plano de contingência para incêndios são o Decreto-Lei nº220/2008 de 12 de novembro que diz respeito ao regime jurídico de segurança contra incêndio em edifícios e a Portaria nº1532/2008 de 29 de dezembro que determina o regulamento técnico de segurança contra incêndio em edifícios. Presentemente está formado um grupo de trabalho do qual faz parte a ACSS e a Autoridade Nacional de Proteção Civil que visa adequar esta legislação ao contexto dos edifícios hospitalares, bem como atualizar as recomendações existentes (G002/2006 - Guia para elaboração de “estudos de segurança contra incêndio” em edifícios hospitalares e DT 01-02/2007 – Diretiva técnica sobre a prevenção de incêndios em hospitais).

Quanto ao plano de emergência, a DGS emitiu a orientação nº007/2010 recomendando a elaboração de planos de emergência médica por todas as unidades do SNS, no sentido de estarem capazes de assegurar uma resposta adequada em situação de crise.

De acordo com o guia que serve de base à recomendação da DGS o plano de emergência é uma ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reação da unidade de saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação no contexto de crise.

Estas recomendações consideram que os 4 pilares fundamentais da resposta à crise são a organização e gestão, os recursos humanos, a prestação de cuidados e os recursos gerais e como tal recomenda objetivos e padrões mínimos relativos à resposta em situação de crise nestas áreas específicas. A identificação e avaliação de riscos potenciais, o risco nuclear, radiológico, biológico e químico (NRBQ) e o plano específico de emergência interno contra incêndios são simultaneamente considerados temas importantes.

De acordo com a orientação da DGS este plano deve dinâmico, avaliado e reatualizado em função das indicações das ARS respetivas e pelos Planos Nacionais de Contingência/Emergência.

O SIGIC no seu MGIC apresenta ainda algumas indicações para um plano de contingência relativo à informação no BO (ACSS, 2011).

No âmbito da atividade do Bloco Operatório e considerando os seus contextos específicos, devem estar disponíveis e serem alvo de simulação e / ou simulacros, plano de evacuação (consoante o caso, ex. incêndio, etc.), plano de catástrofes naturais, plano de resposta a situações multivítimas, enquadrado no plano geral de emergências da organização. Dada a multidisciplinariedade da atividade e a sua especificidade, estes documentos devem ser construídos com o aporte de todos os profissionais diretamente envolvidos na atividade do Bloco Operatório.

2.3. Gestão do bloco operatório

2.3.1. Regulamento do BO

A organização do Bloco Operatório e o seu modelo de governação evidencia-se através de vários elementos sendo um deles a existência de um regulamento de Bloco Operatório, no qual se especifica o funcionamento e o planeamento cirúrgico, assim como estabelece as relações com os serviços clínicos e não clínicos, estabelecendo nomeadamente os diferentes níveis de serviço entre eles.

Pode incorporar:

- Princípios de gestão e funcionamento e a estrutura organizativa do Bloco Operatório
- Competências dos elementos que compõe a Direção de Gestão do Bloco Operatório

- Definição de:
 - Filosofia do Bloco Operatório
 - Âmbito do Bloco Operatório
 - Estrutura organizacional do Bloco Operatório
 - Competências do Director e Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório
 - Constituição da Comissão do Bloco Operatório e competências
 - Constituição da equipe cirúrgica
 - Sistema de afetação das salas de operações
 - Planeamento da atividade do Bloco Operatório
 - Sistema de programação das cirurgias
 - Sistema de documentação e informação do Bloco Operatório

O regulamento do Bloco Operatório é, sem dúvida, uma ferramenta essencial, não só para a sua gestão, como também para a tomada de decisões e planeamento das ações. Segundo Bilbao e Fragata (2006) o regulamento serve para estabelecer princípios de funcionamento e de gestão, assim como para regular a sua estrutura organizativa. Este documento é pois uma peça orientadora e estruturante que permite uma atuação organizada e hierarquizada que permita um funcionamento eficiente e dentro das melhores práticas e normas de qualidade.

As recomendações quanto ao Regulamento do BO estão tipificadas, sendo referido que o mesmo deve incorporar um conjunto de itens (Portarias nº 290/2012 de 24 de setembro e nº 111/2014 de 23 de maio):

- a) Identificação do responsável do bloco ou da equipa
- b) Estrutura organizacional;
- c) Deveres gerais dos profissionais;
- d) Categorias e graduações profissionais, funções e competências de cada grupo profissional;

e) Normas de funcionamento, incluindo horário de funcionamento do BO, assim como o número de profissionais por sala e as horas dedicadas à cirurgia de urgência, caso se o regulamento do BO deve ter o devido enquadramento na restante organização da unidade hospitalar onde se insere e em especial no Regulamento do hospital.

O modelo organizacional do BO deverá ter conta, entre outros fatores, a sua dimensão sendo claro que a sua estrutura de gestão deverá ter em conta se se trata de um bloco central ou de um bloco periférico.

2.3.2. Direção do BO

O BO como qualquer unidade orgânica responsável deve possuir uma direção, coletiva ou unipessoal que responda perante o CA da instituição pelo cumprimento do plano de ação. O Bloco Operatório deve possuir uma equipa multidisciplinar para apoio à gestão cuja composição e responsabilidades deverão estar devidamente inscritos no regulamento do Bloco Operatório e aprovados pelo CA da instituição. (CHKS, 2013) Extrapolando para a Direção do BO as competências estabelecidas no Manual de Gestão de Inscritos para cirurgia (MGIC-2011) cabe a esta entidade planear e dirigir toda a atividade BO e responder pela qualidade, eficiência clínica e segurança dos cuidados a prestar aos doentes e ainda pela utilização eficiente dos recursos alocados ao seu serviço, nos termos definidos no regulamento e no plano de atividades aprovado. As funções e responsabilidades da Direção do BO envolvem ainda, os processos multidisciplinares de auditoria, educação e formação, a elaboração e alteração de documentação dos procedimentos do bloco operatório e as listas de verificação relacionadas com os doentes e a participação de outros intervenientes no processo. (CHKS,2013).

O BO deve ser entendido como uma área, tendencialmente autónoma, prestadora de serviços a outras unidades do hospital (serviços clínicos), devendo ser gerido de forma global e não como o resultado da soma dos seus utilizadores. O grau de autonomia dependerá da instituição, considerando-se, não obstante, que deve ser tendencialmente maximizada, na medida do possível.

O funcionamento do BO deve estar orientado para a prestação de serviços integrados ao utente, devendo contribuir para a qualidade global dos cuidados prestados pela instituição, explicitando-

se neste processo a participação do BO na cadeia de responsabilidades pelos resultados obtidos.

A direção do BO deve garantir a relação entre produção, ponderada pela qualidade dos processos, e a utilização dos recursos. Por esta relação responde em primeira linha a Direção do BO que deve dispor dos recursos necessários à prossecução das funções e das responsabilidades que lhe são exigidas. A direção da instituição deve acompanhar a relação custo efetividade decorrente da atividade do BO sempre que possível numa análise comparativa com realidades equiparáveis.

Na esteira da Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro, a Direção do BO deve orientar a gestão do seu serviço segundo os seguintes princípios (adaptado de MGIC, 2011):

- Utilização eficiente da capacidade instalada, nomeadamente pelo aproveitamento dos equipamentos e infraestruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa ótima de utilização dos recursos disponíveis;
- Planeamento anual e plurianual da atividade do serviço e contratualização da produção e SLA³ (*Service Level Agreement* ou Acordo de Nível de Serviço) com o CA e dos indicadores de atividade que permitam aferir o desempenho dos respetivos profissionais;
- Desenvolvimento da atividade de acordo com instrumentos de gestão previsional, designadamente planos de atividade, orçamentos e outros;
- Garantia de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade com controlo rigoroso dos recursos;
- Gestão criteriosa balizada pelos objetivos definidos pelo órgão máximo de gestão e órgãos de tutela;
- Avaliação do desempenho dos colaboradores do serviço aferida pela eficiência demonstrada na gestão dos recursos e pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes;

No processo de negociação da atividade cirúrgica com o CA, a Direção do BO deve atender à totalidade do processo associado à produção cirúrgica, de modo a detetar os pontos de

³ SLA corresponde aos requisitos mínimos requeridos para a prestação de um serviço (exemplo: Tempo máximo para a entrega de um produto ou serviço solicitado).

constrangimento e poder ajustar a capacidade instalada às necessidades de produção do BO. É igualmente importante detetar as limitações ao nível dos seus recursos humanos, ou seja, determinar a disponibilidade, as competências e as motivações internas dos seus colaboradores a fim de estabelecer processos que garantam o alinhamento dos objetivos de cada um dos colaboradores às necessidades identificadas.

Na contratação de serviços externos ao BO deve-se estabelecer os SLA a que os fornecedores, se obrigam, nomeadamente no que respeita aos tempos de entrega /execução, critérios de qualidade e políticas de controlo de risco.

2.3.3. Agendamento de cirurgias e programação

Neste ponto em particular é fundamental sustentar e enfatizar a programação e agendamento cirúrgico, que deve ter um prazo mínimo por forma a garantir a necessária e evidente articulação com os serviços de apoio, nomeadamente com a logística e farmácia, evitando cancelamentos inadequados ou desnecessários.

O regulamento do SIGIC estabelece a norma de agendamento dos doentes, sendo que por agendamento se entende estabelecimento da data para a cirurgia e sua comunicação ao utente que a deve aceitar exceto se tiver motivo plausível para a recusar ou esta não tenha sido efetuada com respeito dos tempos regulamentares estabelecidos, em função da prioridade.

Normalmente por programação entende-se a comunicação/acordo com o BO das cirurgias a efetuar. Ocorre em geral depois do agendamento e presume a identificação do doente, da equipa, da técnica cirúrgica e dos aspetos particulares a ter em conta como a eventual necessidade de administração de derivados do sangue, de utilização de equipamento especial e de dispositivos implantáveis etc. A programação deve ter uma antecedência razoável para permitir preparar o BO para receber o utente e por isso recomenda-se que não seja inferior a 15 dias, procurando evitar-se cancelamentos inadequados ou desnecessários.

A programação/agendamento cirúrgico faz parte das funções do responsável do BO (Fragata, 2006; AESOP, 2006). O cancelamento de cirurgias no dia anterior ou no próprio ao agendado deveria ser objeto de análise e reporte à direção para evitar o desperdício de tempo de bloco operatório por motivos de desorganização e má preparação dos doentes. Este indicador é já

utilizado em algumas unidades, em especial nas PPP, como uma das formas de monitorizar o funcionamento do BO.

A distribuição de tempos por especialidade deve ser revista regularmente (trimestral/semestralmente) pelo CA, em função da LIC de cada especialidade, dos recursos disponíveis e da utilização efetiva, permitindo assim garantir um permanente equilíbrio entre procura, oferta e efetividade.

É importante que o BO disponha de mecanismos capazes de reafectar os tempos de sala dos diversos serviços em função da capacidade efetiva de utilização de sala possibilitando assim uma programação dinâmica dos recursos.

A gestão adequada dum BO obriga à normalização de determinados tempos de execução de forma a garantir modelos efetivos de análise (anexo 4).

A ACSS, nos relatórios do SIGIC que publica periodicamente, elabora análises de produtividade que têm por base padrões, que estabeleceu com base na recolha de opiniões de peritos e na análise dos registos dos tempos cirúrgicos nos hospitais e que inscreve nos formulários que acompanham os relatórios. No que respeita a tempos relativos à sala de operações o único padrão já estabelecido é o de 2h por cirurgia padrão (considerando as tabelas do SNS posteriores a 2012 e aos episódios agrupados pelo AP27). O SIGIC estabelece ainda nos seus padrões que o tempo *standard* para o funcionamento das salas seja de 12h diárias 5 dias úteis por semana durante 48 semanas por ano e para RH 44 semanas de produção por ano (ACSS, relatórios SIGIC).

Uma correta gestão implica a “accountability” dos profissionais em função das competências atribuídas e dos objetivos estabelecidos, sendo por isso fundamental medir os tempos tendo em conta as diversas participações na construção do serviço prestado (Anexo 4)

Identifica-se classicamente três grandes áreas de responsabilidade do BO, na utilização dos tempos: a referente aos serviços cirúrgicos, a referente aos serviços anestésicos e a do BO propriamente dito. Importa pois atribuir a responsabilidade do tempo de sala a cada uma destas áreas, a saber (Anexo 4):

- Tempo da responsabilidade dos Serviços cirúrgicos
- Tempo da responsabilidade dos Serviços anestésicos
- Tempo da responsabilidade do BO

Quando a demora decorrer de atrasos de mais que um setor esse tempo de atraso é repartido proporcionalmente pelos responsáveis pelos mesmos. As imputações de atrasos atribuídos a serviços têm de estar documentalmente comprovadas, caso contrário serão atribuídas ao BO.

O acompanhamento da atividade implica a monitorização dos tempos designados e de indicadores relativos ao BO globalmente, e a cada serviço utilizador. Apresentam-se em seguida os mais relevantes (Anexo 4):

- Taxa de disponibilidade efetiva face ao plano
- Taxa de disponibilidade efetiva face ao padrão
- Tempo médio de sala por cirurgia padrão.
- Tempo médio de sala por episódio cirúrgico
- % de tempo de inatividade face ao tempo total disponível
- Taxa de utilização de sala de operações

A análise dos tempos anestésicos deve ter em conta as técnicas anestésicas utilizadas, as características do utente, como a classificação ASA e a identificação ou não de uma via aérea difícil. Devem-se estabelecer padrões, utilizando em grupos de patologia homogénea, grandes séries. Estabelecidos os padrões as situações em que se desviem significativamente destes devem ser analisadas e justificadas.

A análise dos tempos cirúrgicos deve ter em conta as técnicas cirúrgicas utilizadas as características do utente como: intervenções anteriores, tratamentos radiogénicos prévios, obesidade mórbida. Devem-se estabelecer padrões, utilizando em grupos de patologia homogénea, grandes séries. Estabelecidos os padrões as situações em que se desviem significativamente destes devem ser analisadas e justificadas.

2.3.4. Planeamento e atribuição de tempos Operatórios

Inscrito no planeamento da atividade dos serviços cirúrgicos e outros que necessitem de utilizar o BO devem ser estipulados tempos de sala a atribuir aos respetivos serviços por forma a permitir o cumprimento da atividade contratada.

Nesta contratação deve ter-se em conta o número de episódios cirúrgicos anuais a realizar e a complexidade média traduzida em tempo de sala de operações. A produção cirúrgica a contratar terá necessariamente de ter em conta a capacidade instalada em especial de médicos

(considerando o seu tempo de afetação ao BO), a disponibilidade de enfermeiros de bloco, a procura não satisfeita e a disponibilidade do BO. Cabe à administração da instituição promover a combinação harmoniosa destas variáveis, proposto pela Direção do BO.

Outro aspeto a ser dirimido agora entre o BO e o serviço clínico é a distribuição do tempo pelos períodos do ano, devendo ficar claramente antecipado o modelo de utilização nomeadamente no período de férias e outras épocas especiais. Também a atribuição de espaços temporais pré-definidos na semana de trabalho facilitam a organização e planeamento do trabalho por parte dos serviços utilizadores.

O plano de atividades e o regulamento do BO devem apresentar a previsão de atuação face ao exercício objetivo da atividade, permitindo alterar os tempos atribuídos quando se verificarem mudanças na execução face ao plano estabelecido. Assim a instituição deve ter a flexibilidade suficiente para incrementar ou decrementar os tempos atribuídos em função da utilização ou potencial efetivo de utilização.

2.3.5. Sistema de Programação operatória informatizada

O modelo de agendamento para o programa operatório de cada período deve estar inscrito no regulamento do BO, ter sido amplamente discutido com os diversos parceiros e ficar aprovado pelo Conselho de Administração. O Agendamento cirúrgico obedece a normas inscritas na Portaria nº 45/2008 de 15 de Janeiro, pelo que importa que o modelo constituído as tenha em conta.

É pois indispensável um correto e atempado planeamento que deverá ser conhecido e assumido por todos em sede de contratualização interna.

Este planeamento cirúrgico deverá conter uma série de informação necessária ao planeamento da atividade cirúrgica, para que tudo ocorra de acordo com padrões pré-determinados. Todos estes mecanismos estão igualmente inseridos na Estratégia da *Cirurgia Segura Salva Vidas* que obriga a uma implementação de um conjunto de medidas normalizadas, onde se inclui as *checklists*, garantindo padrões de qualidade assistencial que devem ser obrigatórios em qualquer área da produção.

As recomendações indicam que deve existir um protocolo para o agendamento dos utentes para os procedimentos cirúrgicos eletivos/ambulatórios. Este procedimento deve incluir um sistema de

consulta interdisciplinar quando são necessárias alterações ao agendamento e incluir um módulo para registo e monitorização dos cancelamentos cirúrgicos. Deve ainda estar integrado com o processo clínico eletrónico (CHKS, 2010).

O agendamento da cirurgia corresponde ao estabelecimento da data da cirurgia e é da responsabilidade do responsável do serviço/UF cirúrgica, que terá em conta, na marcação do dia, e os acordos com o BO para a marcação de cirurgias. O agendamento depende da ordenação dos episódios em LIC devendo obedecer aos seguintes critérios de seleção, partindo do mais importante:

- nível de prioridade (estabelecida pelo médico especialista em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença);
- antiguidade na Lista de Inscritos (em caso de igual prioridade clínica, é selecionado em primeiro lugar o utente com tempo de espera superior, conjugado com os TMRG estabelecidos).

2.3.6. Processo clínico eletrónico

A existência de um processo clínico eletrónico comum à unidade hospitalar e com um módulo de bloco operatório constitui hoje um requisito de qualidade sendo essencial para garantir a segurança do doentes e profissionais. O PCE deve integrar preferencialmente os MCDT com relevância, em especial a anatomia patológica, a imagiologia, patologia clínica e as técnicas de cardiopneumologia. Deverá igualmente integrar um módulo de prescrição interna e externa, representado o repositório de toda a informação do doente.

A possibilidade de consulta global de toda a informação clínica do doente constitui uma clara vantagem para a melhoria da prestação de cuidados, em especial numa unidade como o bloco em que existe uma necessidade de acesso por períodos de tempo muito compactos e a partilhá-la externamente.

2.3.7. Sistema de comunicações integrado

Considera-se hoje como de uso preferencial a existência de um sistema de comunicações integrado de forma a potenciar e integrar toda a informação recolhida necessária à gestão dos processos ou operacional, considerando melhores níveis de eficiência. Entende-se que progressivamente os BO devem passar a dispor de sistemas que integrem a gestão da informação e da comunicação, que potenciem a melhoria dos fluxos de pessoas (doentes e profissionais) e materiais, e permitam a alocação dos profissionais de saúde às atividades especializadas de prestação de cuidados clínicos, a rastreabilidade da comunicação ao doente e ao processo, o registo das comunicações e informação em tempo real. Da mesma forma é essencial um sistema que permita a integração de dados, imagem e som com o PCE.

2.3.8. Sistema de controlo de gestão

Apesar de não existirem recomendações específicas sobre estes sistemas, a sua implementação contribui para uma gestão mais eficiente do BO, na medida que permite a avaliação contínua do desempenho de uma organização na vertente económica, na determinação da qualidade dos serviços, no acompanhamento do contrato programa, na medida do alcance das metas estabelecidas, no que se refere ao cumprimento de normas e protocolos, na avaliação da satisfação de clientes e profissionais e ainda na identificação de constrangimentos e de riscos.

Os SCG são hoje, por muitos, considerados como um dos elementos centrais da execução da estratégia.

Numa organização complexa com centenas ou milhares de profissionais e processos é impossível orquestrar o conjunto, numa perspetiva de maximizar o valor e minimizar os custos, sem o recurso a um SCG. Um sistema de controlo de gestão, quando bem utilizado, a par de uma organização hierarquizada, em que sejam claras as responsabilidades por cada processo e por cada projeto, é uma ferramenta poderosa para alinhar, em função dos objetivos estratégicos da organização, direções intermédias e demais profissionais, no sentido de um melhor desempenho, controlo do risco e da conformidade processual, numa perspetiva de orientação para *resultados*.

Várias técnicas são utilizadas tais como a recolha automática e regular de parâmetros que permitam a determinação de indicadores de desempenho. Por exemplo, a recolha automática da hora de início e fim de uma consulta ou cirurgia, permite determinar indicadores de conformidade

com o agendamento e produtividade dos profissionais envolvidos. O SCG produz indicadores, que agregados em sistemas de análise, como é o caso do “*Balanced Scorecard*”, ou utilizados em sistemas de “*Business Intelligence*” que possibilitam o “*Benchmarking ACSS*” entre organismos análogos, geram conhecimento que permite por parte da gestão a tomada de decisão informada.

Um SCG permite a descentralização das decisões sem que se perca o controlo do processo. Outro aspeto destes sistemas prende-se com a determinação da contribuição para a cadeia de valor de cada setor o que facilita a promoção da convergência de interesses entre os diversos componentes.

Um SCG, para além de informar a direção de topo, permite a consciencialização por parte das chefias intermédias, da forma como os processos estão a decorrer permitindo-lhes agir atempadamente.

Um SCG é por excelência um sistema de promoção da transparência. A evidência coletiva dos processos e resultados de cada indivíduo ou grupo promove a excelência e estabelece a “*accountability*”.

Um SCG é concebido para moldar o futuro de curto ou médio prazo, devendo para tal interagir com os protagonistas dos processos contemplando mecanismos de incentivos e penalizações.

Importa realçar que para que um SCG seja efetivo, têm de existir contratos formais com os diversos elementos (direções intermédias, profissionais) que se pretendem controlar. Nos contratos devem ser claros os recursos e serviços disponibilizados e ainda estabelecidos os objetivos pretendidos, de forma quantificada sem se escamotear parcelas (formação de internos, apoio a outros serviços, atividade de investigação, qualidade dos cuidados de saúde prestados, etc.).

O SCG tem sempre em conta a importância da parte no todo e não estabelece modelos em que o custo de observação seja superior às mais-valias geradas. Efetuam também análises retrospectivas e prospetivas (a continuidade destas ações que resultados vai alcançar), apoiados em *dashboards*.

2.3.9. Plano de manutenção do equipamento

As normas de qualidade recomendam que esteja estabelecido um plano de manutenção regular dos diferentes equipamentos existentes no bloco com referência especial para o equipamento de gases medicinais e de anestesiologia eletrocirurgia, luz cirúrgica, sistemas de emergência (UPS, etc.) equipamentos de grande porte (mesas operatórias, equipamentos de transferência, suportes pendentes, frigoríficos medicalizados, etc.). Devem estar disponíveis registos da calibração e manutenção destes equipamentos (CHKS, 2010).

2.3.10. Listas de espera

Até 2004, o Sistema de Saúde Português deparava-se com um problema crónico decorrente da incapacidade de resposta à procura para terapêutica cirúrgica.

O sistema então criado para gerir a nível nacional, regional e local os utentes inscritos em cirurgia (SIGIC), passou a obrigar os hospitais a registarem os seus doentes com indicação para cirurgia. O SIGIC vem, assim, regular toda a atividade cirúrgica programada convencionada e de ambatório e abarcar todas as etapas do processo de gestão do utente centrando-se nos princípios da transparência, da equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, assim como na responsabilização dos prestadores e no envolvimento dos utentes.

Ao contrário dos programas anteriores (PPA em 1999 e PECLEC em 2001), que pretendiam eliminar as listas de espera para cirurgia, o SIGIC visa a gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do SNS de forma continuada, estando implementado em todas as regiões de saúde.

A LIC inclui os utentes propostos para intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada e os utentes propostos em urgências diferidas (Portaria nº 45/2008 de 15 de janeiro).

Os doentes propostos para transplantação de órgão e de acordo com os regulamentos e com o IPS devem ser incluídos na lista e colocado na situação de pendentes até disponibilidade de órgão (o que não afeta a contagem de tempo).

Não se incluem na LIC:

- Os utentes propostos para pequenas cirurgias, salvo os casos devidamente justificados em que seja indispensável a anestesia geral ou loco-regional e a utilização do bloco operatório;
- Os utentes propostos para procedimentos cirúrgicos a realizar fora do bloco operatório de cirurgia convencional ou ambulatoria;
- Os utentes propostos (mas não programados) para procedimentos cirúrgicos urgentes a realizar no bloco operatório locado à urgência.

Tempos máximos de resposta garantidos

A Lei n.º 41/2007 de 24 de Agosto, revogada pela Lei n.º 15/2014 de Março, estabelece os termos da Carta dos Direitos de Acesso e na sua senda foi posteriormente publicada a Portaria n.º 1529/2008 de 26 de Dezembro, revogada pela Portaria n.º 87/2015, de 3 de março, que estabelece os TMRG e a obrigação dos estabelecimentos de saúde publicarem e afixarem em locais de fácil acesso a informação relativa aos tempos máximos de resposta (TRG) por patologia para os diversos tipos de prestação.

A criação do SIGIC e a existência de um tempo máximo de resposta garantida tem várias implicações a nível da gestão do BO. A criação do SIGIC e dos seus instrumentos, em particular a produção em modalidade remuneratória alternativa (MRA)⁴, e ainda a existência de um tempo máximo de resposta garantida, teve várias implicações a nível da gestão do BO, nomeadamente:

- ✓ maior articulação com os serviços cirúrgicos;
- ✓ maior agilização do agendamento cirúrgico;
- ✓ diminuição da taxa de cancelamentos.

Com este modelo a mediana de tempo de espera da lista de inscritos para cirurgia desceu de 8 meses para cerca de 3 meses.

⁴ MRA - Pagamento às equipas por unidade de produção realizada que acresce (ou adicional) à produção efetuada no horário de trabalho estabelecido. Esta produção é determinada pelo CA da instituição hospitalar para fazer face à procura e controlada pelo diretor de serviço de acordo com o determinado no despacho n.º 6263/2005 de 23 de março.

A produção MRA também é designada de produção adicional (interna) não se deve confundir com a figura de produção adicional contratada entre ACSS e hospitais ou com produção adicional contratada a entidades convencionadas.

2.4. Recursos humanos

O Bloco Operatório é um dos contextos de trabalho mais complexos na área da saúde. Nestas unidades, equipas de profissionais de saúde altamente treinadas e qualificadas exercem a sua atividade em complementaridade, interagindo com tecnologia avançada, em situações de alto risco, com responsabilidade em responder às necessidades do doente cirúrgico. As características dos ambientes perioperatórios colocam em risco de erro a equipa de saúde e a ocorrência de eventos adversos, sendo que o maior número de erros ocorre do resultado dos cuidados e tratamentos prestados no bloco operatório.

Por outro lado, a gestão de recursos humanos é um processo dinâmico que visa garantir a disponibilidade da força de trabalho necessária à prestação de cuidados cirúrgicos, quer em termos de quantidade quer em termos de qualidade, considerando as necessidades e os objetivos em saúde.

Existe evidência atual que permite relacionar a qualidade dos resultados em saúde da população com a dotação seguras de profissionais, a qualificação, a motivação e ambientes de trabalho favoráveis (Watson, 2011).

Como o funcionamento do bloco operatório implica a presença de uma equipa multidisciplinar, a disponibilidade dos recursos humanos e sua gestão são pois determinantes da otimização do mesmo.

É por isso fundamental uma estreita articulação entre o BO e os Serviços clínicos por forma a potenciar de uma forma ótima os recursos fixos existentes no BO, entrando em linha de conta nesta equação as necessidades dos doentes, os objetivos dos serviços, os recursos existentes e os tempos de espera cirúrgica de cada especialidade, por forma a garantir a utilização eficaz e eficiente deste recurso.

No contexto perioperatório os profissionais de saúde, que exercem no bloco operatório, segundo a sua categoria profissional e função, são:

1. Coordenador do Bloco Operatório
2. Enfermeiro Chefe
3. Cirurgiões

4. Anestesiologistas
5. Enfermeiros Perioperatórios
6. Assistentes Operacionais
7. Assistentes técnicos
8. Técnico Diagnostico e terapêutica
9. Equipa de limpeza

Quanto à alocação dos recursos humanos ao bloco operatório podem-se considerar o grupo de profissionais residentes - enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais, cuja atividade, adstrita ao Bloco operatório, está centrada nos contextos onde se desenvolvem os cuidados perioperatórios e o grupo não residente que são todos os profissionais que exercem funções temporárias no Bloco operatório - médicos (cirurgiões, anestesiologistas) e técnicos de diagnóstico e terapêutica que não esgotam a totalidade do seu horário no BO e não dependem hierarquicamente da coordenação do mesmo, mas de um outro serviço clínico. Os anestesiologistas podem, no entanto e dependendo do modelo organizativo local, estar permanentemente alocados ao BO. No caso das UCA's existe uma discussão sobre a existência ou não de cirurgiões alocados ao BO.

Consideram-se elementos da equipa cirúrgica no contexto de em episódio cirúrgico específico, todos os profissionais afetos ao episódio cirúrgico com presença na sala de operações e funções e atividades específicas. A importância de ter definida esta equipa Cirúrgica é a de circunstanciar a responsabilidade do evento cirúrgico a um conjunto definido de elementos.

Composição da equipa na sala de operações

- a) Um Cirurgião (especialista) Principal, autonomamente competente e capacitado para a prestação da cirurgia proposta e a resolução de eventuais complicações operatórias que possam ocorrer. Durante todo o período da cirurgia este elemento deve estar presente na sala de operações assumindo a responsabilidade integrada da cirurgia, sem prejuízo da autonomia técnica e responsabilidade dos restantes membros da equipa.

O cirurgião, como acima referido, normalmente designado chefe da equipa, deve assegurar-se, em momento imediatamente prévio ao início do episódio cirúrgico (incluindo os atos anestésicos), que dispõe de todos os meios humanos, materiais e funcionais, necessários à prossecução da cirurgia proposta em total segurança, de acordo com as normas instituídas e com o “*estado da arte*”.

- b) Um Primeiro Ajudante Cirurgião, designado primeiro ajudante, que deverá estar presente na sala de operações durante todo o período da cirurgia, com diferenciação suficiente para suprir, em circunstâncias não previsíveis e em qualquer fase da cirurgia, uma indisponibilidade do cirurgião principal, de modo a assegurar a conclusão do ato cirúrgico ou a sua suspensão sem prejuízos para o utente.

Nas instituições hospitalares, onde exista disponibilidade permanente e imediata de outro cirurgião especialista, que cumpra os requisitos enunciados acima, a função de ajudante pode ser assegurada por internos da especialidade (OM, 2014)⁵).

- c) Um Anestesiologista (especialista) por sala (se necessidade de intervenção na área de Anestesiologia) autonomamente competente e capacitado para a prestação da técnica anestésica proposta.
- d) Enfermeiros perioperatórios, competentes e qualificados para a prestação de cuidados intraoperatórios, de acordo com as necessidades do doente, as especificações técnicas e a regulamentação profissional
- e) Assistente operacional – que poderá ser partilhado com outras salas e que só deve ser chamado a intervir e a entrar na sala antes de se iniciar o tempo operatório ou depois de terminado este período;
- f) Um conjunto de médicos ajudantes (segundos ajudantes) de acordo com as necessidades da técnica e necessidades formativas.
- g) Outros médicos e ou técnicos de saúde conforme a especificidade da técnica – Imagiologista, Cardiologista, Perfusionista, Técnico de MCDT, Técnico de eletrónica ou informática.

Por razões de controlo de risco o número máximo de pessoas dentro de cada sala de operações tem de ser definido tendo em conta entre outros a dimensão da sala, podendo ser ajustado para menos em circunstâncias especiais por determinação do Chefe de Equipa.

Cada equipa tem de ter um chefe de equipa designado de acordo com o regulamento da instituição, que tradicionalmente corresponde ao cirurgião principal e que é responsável por

⁵ O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, reunido a 28 de Fevereiro de 2014, analisou os pareceres e recomendações existentes sobre a composição de equipas cirúrgicas tendo decidido reafirmar os princípios anteriormente aprovados e que se republicam.

garantir que estão reunidas as condições de segurança e efetividade necessárias e que são respeitadas as normas em vigor.

No caso de existirem protocolos de formação com Universidades nas licenciaturas em medicina, em ciências de enfermagem, ou outras, poderá haver estudantes em cada sala de operações, desde que se respeitando os princípios de Controlo de Infecção e regulamento do BO que deve, entre outros, prever o número máximo de pessoas presente em cada uma das salas de operações.

O modelo de quantificação do trabalho em bloco operatório e a sua avaliação é complexa e não tipificado uniformemente. Para esse efeito, neste relatório, consideram-se 35 horas semanais e 44 semanas de trabalho por ano no que se refere aos colaboradores e 48 semanas de utilização média das salas de operações.

De acordo com a metodologia publicada do SIGIC o trabalho dos internos de cirurgia é também considerado, sendo valorizado a metade do tempo dos cirurgiões independentemente do ano a que pertencem. Tendo em conta o modelo e as práticas do internato de anestesiologia os internos desta especialidade não são contabilizados para efeitos de produtividade. Estes padrões têm em conta a forma como os indicadores são determinados nos relatórios do SIGIC

A definição e aplicação desta métrica é fundamental nas Instituições por forma a garantir a comparabilidade e futura adequação dos recursos.

O trabalho dos internos de cirurgia será também considerado, sendo valorizado a metade do tempo dos médicos. Tendo em conta o modelo e as práticas do internato de anestesiologia os internos desta especialidade não são contabilizados para efeitos de produtividade. Estes padrões têm em conta a forma como os indicadores são determinados nos relatórios do SIGIC.

2.4.1. Cirurgiões e anestesilogistas

Os cirurgiões e anestesilogistas têm normalmente a sua atividade dividida entre o bloco operatório e as restantes linhas de produção do hospital.

É expectável que os cirurgiões tenham pelo menos 30% do seu tempo de trabalho alocado ao BO e os anestesilogistas tenham pelo menos 50% do seu tempo alocado ao BO, de acordo com cálculos SIGIC, conforme referido na metodologia.

Para cada cirurgião em atividade nas salas de operações deve existir outro especialista com competências análogas que possa ser chamado a qualquer instante a intervir no caso de falência do primeiro. Tendo em conta a variabilidade da complexidade das cirurgias para cada cirurgia pode ser requerido na sala de um a vários cirurgiões.

Por cada sala de operações, e sempre que se proceda a atos anestésicos (com exceção de anestésias locais e em alguns casos de anestesia por bloqueio) é necessária a presença de um Anestesiologista: “A boa prática assistencial exige que o acompanhamento do doente anestesiado ou sedado seja efetuado, em presença física junto do doente, por um especialista de Anestesiologia, devidamente inscrito no respetivo Colégio. Também se recomenda que o anestesiologista não seja responsável por o acompanhamento de mais que um doente em simultâneo” (OM, 2007).

2.4.2. Enfermeiros perioperatórios

Os cuidados perioperatórios seguros, eficazes e de qualidade estão diretamente relacionados com dotações corretas em termos quantitativos (carga laboral) e qualitativos (nível de qualificação) de profissionais de saúde (Aiken, 2014) concorrendo ainda outras variáveis como “, ...o ambiente de trabalho, a complexidade dos doentes, ... a combinação do pessoal de saúde” (O.Enf, 2010).

Estes cuidados incluem os prestados por enfermeiros perioperatórios de cuidados gerais e especialistas com competências que lhes permitam atuar em qualquer das funções perioperatórias (AORN, 2007; AESOP, 2006, 2010 e 2013; EORNA, 1997).

A dotação segura de enfermeiros perioperatórios deve ter em linha de conta as orientações da tutela, a regulamentação, as recomendações, pareceres e estudos do Ministério da Saúde, da Ordem dos Enfermeiros e Associações Profissionais (DRHS, 1999; MS, 2004 e 2012; OEnf., 2004, 2006, 2010 e 2014, AESOP, 2006, 2010 e 2013).

Relativamente à distribuição dos enfermeiros perioperatórios, que têm habitualmente 100% do seu tempo de trabalho alocado ao BO, deve ter em conta o contexto perioperatório, as competências profissionais dos enfermeiros e a complexidade e especificidade dos cuidados (AESOP, 2006; OEnf, 2010).

2.4.3. Assistentes técnicos e Assistentes Operacionais

A dotação de Assistente Técnico deve garantir as funções de suporte administrativo e secretariado durante a totalidade do período de atividade assistencial do BO.

Quanto ao grupo de Assistentes Operacionais a sua dotação deve garantir a afetação às salas de operações e postos de trabalho definidos em Regulamento do BO.

2.5. Produção cirúrgica

O período de funcionamento depende, essencialmente, da disponibilidade da equipa Cirúrgica.

A otimização na formação destas equipas depende de existirem rácios corretos entre os vários grupos profissionais e entre estes e os recursos físicos disponíveis. São particularmente relevantes para estes rácios (pela especialidade que encerram) o número de horas afetas ao BO de Cirurgias, Anestesiologistas e tempos das salas de operações. Para estes considera-se, em termos globais, que, para cada hora de sala, deve existir uma hora de anestesiologista e duas de cirurgião. Análises mais detalhadas podem considerar o número de enfermeiros, de assistentes operacionais, de unidades (camas) de recobro, cuidados intensivos e de internamento.

A produção cirúrgica é o resultado mais evidente da atividade do bloco. Está dependente da atividade dos colaboradores do BO mas também do funcionamento dos serviços de cirurgia e anestesiologia. Neste contexto a avaliação estrita do BO deve ter em conta a disponibilidade de sala de operações nos termos contratualizados quer na vertente quantitativa quer qualitativa, com particular enfoque no cumprimento dos níveis de serviço acordados.

A produção cirúrgica no BO estereotipa-se por um lado em cirurgia programada e cirurgia urgente e por outro em cirurgia com utentes em regime de internamento e cirurgia com utentes em regime ambulatorio.

No que respeita à cirurgia urgente entende-se a que é efetuada com recurso aos médicos afetos ao serviço de urgência e com recursos de enfermagem e assistentes operacionais afetos ao bloco operatório, distribuídos por postos de trabalho de modo a garantir a prestação de cuidados perioperatórios do doente urgente no Bloco Operatório (transferência de cuidados, acolhimento, intraoperatório e pós-operatório imediato). Neste caso, o que está em causa é a disponibilidade de recursos no bloco operatório, na sala de operações e na UCPA, aptos para iniciar uma intervenção em qualquer instante. Por razões de normalização entende-se que todas as

unidades hospitalares com urgência médico-cirúrgica ou polivalente devem dispor de, pelo menos, uma sala de operações reservada para esta atividade.

A cirurgia programada presume uma inscrição na lista de inscritos em cirurgia, é realizada por médicos afetos a serviços cirúrgicos.

2.6. Financiamento da atividade cirúrgica

A qualidade, o dinamismo e o nível de resultados obtidos pelos serviços da área cirúrgica, são vitais no processo de desenvolvimento e afirmação dum hospital. Se a natureza relativamente elástica da sua atividade depende, em grande medida, do funcionamento do Bloco Operatório, a otimização da atividade do Bloco Operatório depende, em muito, da boa ou má articulação com os serviços utilizadores.

A importância que os processos cirúrgicos adquirem hoje em dia num hospital implicam a necessidade da gestão da atividade cirúrgica como objetivo estratégico de qualquer organização hospitalar.

De acordo com Grau (2003), alguns dados sobre a atividade cirúrgica média de um hospital em Espanha, e que podemos tomar como linhas meramente orientadoras, foi calculado que um Bloco Operatório:

- Em cada sala de operações são realizadas 3-4 intervenções cirúrgicas /dia;
- Menos de 10% das urgências atendidas são cirúrgicas;
- Mais de 40% das provas de diagnóstico são motivadas pelo processo cirúrgico;
- 40-60% de ambulatorização cirúrgica;
- 70% das consultas externas correspondem ao processo cirúrgico.
- A chamada atividade cirúrgica ultrapassa, em muito, a mera intervenção cirúrgica no Bloco Operatório e com impacto na organização.
- O Bloco Operatório é uma organização complexa e completa, com atividade altamente especializada. Representa um centro de custos com um uso intensivo de recursos humanos, materiais, tecnológicos, económicos e, sobretudo, de tempo. Ainda segundo Grau (2003), está calculado que um Bloco Operatório consome entre:

- Até 15% do orçamento de um hospital
- 58,4% do pessoal de um hospital
- exige uma equipa humana importante, destinada à atividade cirúrgica e *com alto nível de especialização multiprofissional*

Relativamente a Portugal, podemos observar os seguintes valores:

- em cada sala de operações são realizadas em média 4 intervenções cirúrgicas /dia; (ACSS, SIGIC, 2014);
- 55,5% da produção cirúrgica é realizada em ambulatório; (ACSS, SIGIC, 2014)
- A percentagem de cirurgia de urgência face aos atendimentos de urgência é de 1,6%. Do total de atendimentos de urgência 8,4% dão origem a internamento (ACSS- *Benchmarking*, Monitorização do SNS, 2014);
- A atividade Cirúrgica (internamentos, ambulatório e consulta) é valorizada em 893.913.814 € (29,3%) do financiamento global dos hospitais. O valor das consultas e MCDT corresponde a 28% do total, as cirurgias quer em regime de internamento quer em regime de ambulatório corresponde a 72% do orçamento “cirúrgico”. (ACSS- contratos programa e SICA, 2014, – Hospitais públicos; ACSS- contratos programa e SICA, 2014).

Um dos mais dispendiosos serviços dentro do Hospital é o Bloco Operatório. Um estudo realizado em Inglaterra por *Pandit et. al* (2007) revela-nos que cerca de 46% dos doentes encaminhados para o hospital são submetidos a intervenções cirúrgicas. Por outro lado os processos cirúrgicos estão a adquirir uma importância cada vez maior no hospital, correspondendo entre 70 a 80% das admissões programadas e representam menos de 5 dias de demora média de internamento

O financiamento do SNS em Portugal segue o modelo de Beveridge (1942), baseando-se no princípio de cobertura universal, tendencialmente gratuito, com financiamento por via de impostos. As despesas globais em saúde embora, quando comparadas com os gastos absolutos noutros países da comunidade Europeia, sejam das menos elevadas, quando avaliadas em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) são das mais altas, rondando os 10%, sendo que a componente pública da despesa representa mais de 70% do valor. Entre 2000 e 2012 a despesa

pública em saúde duplicou⁶. A evolução tecnológica, a evolução cultural e a evolução demográfica, irão continuar a exercer uma enorme pressão contribuindo inevitavelmente para o crescimento da despesa.

O Financiamento Hospitalar, para além de ser um instrumento de alocação de recursos, é uma poderosa ferramenta para promover políticas de saúde. O modelo de financiamento condiciona necessariamente o comportamento dos prestadores, razão pela qual é crucial que seja atentamente ponderado e permanentemente monitorizado os seus efeitos para evitar eventuais comportamentos contrários aos princípios e objetivos do sistema de saúde. Aspetos como eficiência, conformidade processual, controlo do risco, resultados em saúde, equidade na prestação, acessibilidade, têm de ser considerados no modelo de financiamento a par da quantificação dos serviços prestados, devidamente ponderados por complexidade e risco e ainda a quantificação dos episódios com tratamento face aos problemas de saúde apresentados. Os hospitais do SNS são financiados pelo estado como contrapartida pelos serviços prestados aos utentes do SNS e têm a possibilidade de obterem outros financiamentos privados por outros serviços prestados.

Metade do financiamento público dos hospitais que prestam serviços para o SNS diz respeito à atividade cirúrgica.

O atual modelo de financiamento prevê preços para linhas de atividade como internamento médico, internamento cirúrgico, ambulatório cirúrgico e médico, consultas, episódios de urgência e sessões de hospital dia. A par destas linhas existem programas verticais, penalizações e verbas de convergência.

Em 2013, evoluiu-se neste conceito e foi iniciado um programa experimental que prevê o pagamento por doente tratado em certos tipos de patologia oncológica. Trata-se dum preço compreensivo para suportar todas as despesas durante dois anos para cada doente por patologia.

A comparação e a avaliação da produção hospitalar deve ter por suporte um sistema que nos permita essa análise, tendo por base uma linguagem única para todos os intervenientes. É

⁶ PORDATA – despesa do estado em saúde execução orçamental

fundamental a existência de ferramentas informáticas robustas, fiáveis, em rede que suportem o planeamento, a documentação da atividade assistencial e a gestão de recursos, recolhendo de forma automatizada e em tempo real, os dados necessários à governação do bloco operatório. Mas nenhum sistema pode substituir a uniformização na seleção, recolha e sistematização dos dados.

Desde os finais da década de 80 que os hospitais portugueses têm vindo a implementar progressivamente um sistema de recolhas de dados clínicos baseados num Índice Internacional de Doenças (ICD). Com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) é possível a medição da produção hospitalar e o desenvolvimento de uma base de dados nacional, com base na ACSS. E foi com base neste sistema que se desenvolveu o financiamento hospitalar.

Os GDH's são assim um sistema de classificação de doentes em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracterizam, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos relevantes.

O valor financeiro de cada GDH procura ainda contemplar os custos relacionados com a formação e a investigação.

Todos os diagnósticos e procedimentos devem ser corretamente registados pelos profissionais do Bloco, que posteriormente servirão de base para a codificação clínica, fundamental para o estabelecimento do ICM da unidade hospitalar.

A ACSS introduziu em 2015 uma nova versão do Agrupador de GDH, o APR30, que permitirá classificar os episódios não só pelo seu grau de complexidade mas também pela severidade da doença e risco de mortalidade.

Apesar desta codificação e agrupamento em GDH, grande parte da produção dos Hospitais é financiada via Contrato Programa, o que significa que é fixado um preço base dos GDH cirúrgicos quer de internamento quer de ambulatório, onde é ponderado o ICM de cada unidade hospitalar.

A contratualização assenta num contrato programa celebrado entre o hospital e o Ministério da Saúde, contrato este que estipula a produção cirúrgica que o hospital se propõe concretizar no ano a que se refere e que o Ministério/ARS se propõe financiar. Assim, é necessário que exista um conhecimento profundo da área cirúrgica, da capacidade de produção do Bloco Operatório e da possibilidade de aumentar a produtividade quando necessário.

Um conhecimento, regularmente atualizado, relativo à evolução das diversas linhas de produção é determinante para uma eficiente gestão hospitalar, também pelo facto de vigorar o princípio do orçamento global que impede que o Hospital fature ao SNS para além do valor contratualizado, mesmo que a produção efetivamente realizada ultrapasse este valor. No entanto, o hospital pode faturar extracontratualmente, atividade cirúrgica decorrente de transferências de outros hospitais, não obstante, este expediente não tem expressão significativa.

A contratualização interna é um elemento fulcral para uma gestão eficiente de qualquer linha de atividade de uma unidade hospitalar, nomeadamente do BO. De qualquer forma, esta não pode ser dissociada de uma exaustiva avaliação das taxas de ocupação por especialidade, do número de utentes em espera para cirurgia de cada especialidade (LIC) e do tipo de cirurgia que é feito em convencional e ambulatório (e a respetiva lista de espera para cada uma destas áreas).

Gerir um Bloco Operatório não é apenas gerir o número de cirurgias, pessoas e doentes mas implica ter uma visão alargada e global deste serviço, das ligações com cada serviço clínico utilizador, do material clínico necessário para cada cirurgia, dos projetos existentes, aferir se os tempos utilizados em cada sala de operação são efetivamente ocupados, e garantindo a otimização dos recursos.

O bloco operatório, devido à sua complexidade técnica, utiliza uma porção significativa de recursos do hospital e é uma área de atividade que tem um contributo elevado para a despesa fixa do hospital. Assim se compreende a necessidade de uma boa rentabilização desse espaço.

Devido à sua complexidade e interdependências, a indisponibilidade de um único recurso, pode levar ao cancelamento duma cirurgia, afetando não só o utente diretamente, mas também causando um prejuízo económico significativo.

A gestão do BO implica, para além dum profundo conhecimento dos processos, equipamentos, profissionais e demais recursos, conhecer a dimensão económica. Importa pois dominar o modelo financiamento do hospital e determinar a contribuição do BO na cadeia de valor do

serviço prestado. Outra vertente importante prende-se com o controlo de custos e o domínio do seu conhecimento.

Para uma gestão sustentada da atividade cirúrgica, é necessário que exista um conhecimento detalhado e regular da atividade do Bloco e dos serviços cirúrgicos, da despesa corrente e dos investimentos, da capacidade instalada e da produtividade dos diversos elementos.

A contratualização interna, que tem vindo a ser amplamente promovida pela ACSS, é um ponto fulcral para ajudar na otimização da utilização dos blocos. Esta tem de ter em conta uma exaustiva avaliação da capacidade instalada, da produtividade dos elementos, da procura e do número de utentes em espera para cirurgia de cada especialidade (LIC). A carteira de serviços e a distribuição entre cirurgia em regime de internamento e em ambulatório é outro aspeto a ter em conta na contratualização.

Gerir um Bloco Operatório não é apenas gerir o número de cirurgias, pessoas e doentes mas implica ter uma visão alargada e global:

- da procura cirúrgica em cada especialidade (estatísticas de utilização por grupos nosológicos nas várias especialidades, ...),
- das interações com cada serviço clínico que utiliza o bloco (agendamento de doentes, cancelamentos de cirurgia, ...),
- do material clínico necessário para os procedimentos diagnósticos e terapêuticos,
- do equipamento (planos de manutenção e investimento),
- dos tempos utilizados em cada sala de operações (tempo de sala, tempos de inatividade,...)
- dos produtos consumidos (medicamento, dispositivos médicos, ...),
- dos serviços utilizados (esterilização, informática, limpeza,...),
- da produtividade dos recursos (salas de operações, Unidades de recobro, enfermeiros, ...)
- da conformidade dos serviços prestados,
- do risco(análise de reporte de incidentes, estatística de acidentes, qualidade ar ambiente,...)
- da utilização (rentabilidade e conformidade) que os serviços utilizadores fazem das salas disponibilizadas,
- dos resultados nos utentes intervencionados (Complicações, taxas de reintervenção, ...)

- na satisfação dos utilizadores pelos serviços prestados;
- do estado da arte e dos projetos de inovação.

Uma correta, eficiente e normalizada contratualização interna, primariamente vertical (*topdown*) entre o Conselho de Administração e os diferentes serviços, tendo em conta o perfil assistencial de cada unidade hospitalar e o seu papel na rede de oferta dos cuidados, integrada com uma contratualização horizontal mediada pelo CA entre o BO e os diferentes serviços cirúrgicos, contratualizando mecanismos e formas de garantir que o Contrato Programa é cumprido no final de cada ano, é absolutamente fundamental para uma gestão eficaz e eficiente.

Um dos aspetos que classicamente torna a governação do BO mais complexa e ineficiente decorre da existência de múltiplas hierarquias paralelas. Embora existam diversos modelos o mais frequente contempla quatro linhas de direção: enfermagem do BO, coordenada por um enfermeiro chefe na dependência da enfermeira diretora; assistentes técnicos coordenados por um administrador/gestor hospitalar; anestesiológicos na dependência do serviço de anestesia e os serviços cirúrgicos na dependência dos respetivos serviços clínicos; a par desta organização frequentemente ainda se encontra um designado diretor do BO, que pode não ter efetivamente ninguém na sua dependência hierárquica e que age como um coordenador de recursos. Este modelo dificulta a tomada a cargo das decisões e a responsabilização pelos resultados. Propomos que o modelo seja simplificado no sentido de tornar mais transparentes, efetivas e eficientes as interações entre as partes. Neste sentido, é desejável que o serviço se estabeleça numa lógica de cliente prestador, sendo os clientes os serviços cirúrgicos e o prestador de serviços do BO. O BO fornece serviços logísticos e outros necessários à execução da intervenção cirúrgica por parte dos serviços cirúrgicos. Na formulação proposta que pode apresentar diversas variantes, o essencial é estabelecer uma relação biunívoca contratualizada entre serviços cirúrgicos e BO sem outras estruturas hierárquicas intervenientes.

Uma correta, eficiente e normalizada contratualização interna, primariamente vertical (*topdown*) entre o Conselho de Administração e os diferentes serviços, tendo em conta o perfil assistencial de cada unidade hospitalar e o seu papel na rede de oferta dos cuidados, integrada com uma contratualização horizontal entre o BO e os diferentes serviços cirúrgicos e anestesiológicos, contratualizando mecanismos e formas de garantir que o Contrato Programa é cumprido no final de cada ano, é absolutamente fundamental para uma gestão eficaz e eficiente. Obviamente que as questões de qualidade clínica não deverão ser descuradas.

Uma contabilidade analítica que permita a imputação de custos ao doente possibilita uma análise mais fiável sobre o custo da cirurgia consoante o diagnóstico e técnica utilizada em cada utente. Facilitando a comparação do custo de técnicas diferentes no mesmo tipo de intervenção e, tendo em conta que o doente está a cargo de um serviço cirúrgico, imputar adequadamente os custos ao respetivo serviço. Esta imputação de consumos deverá ser facilitadora da implementação de protocolos para diferentes intervenções/técnicas.

A faturação dos tempos disponibilizados de BO aos serviços cirúrgicos, ainda que meramente virtual, permite atribuição duma responsabilidade económica pela utilização dos tempos e facilita a gestão do BO.

A imputação de consumos ao doente permite uma análise mais fiável sobre o custo da cirurgia consoante o diagnóstico e técnica utilizada em cada utente. Facilitando a comparação do custo de técnicas diferentes no mesmo tipo de intervenção.

Esta imputação de consumos deverá ser facilitadora da implementação de protocolos para diferentes intervenções/técnicas.

Seguem-se alguns exemplos de indicadores que podem ser objeto de negociação e contratualização:

a) Qualidade

- i. % de registos de implementação da estratégia “Cirurgia segura” adequados
- ii. % de cancelamentos por motivo imputado ao BO
- iii. Taxa de cumprimento dos protocolos instituídos
- iv. Taxa de não conformidades

b) Complexidade

investimento médio por sala em equipamento especial (microscópio, laser, robot, ...)

c) Utilização v.g. Taxa de ocupação de sala

taxa de utilização da sala de operações após o horário de encerramento (extra-horário, taxa de *debordement*) – Tempo de utilização extraordinária de sala (sobre utilização)

d) Acessibilidade

% de cancelamentos de salas disponibilizadas em sede de contrato por motivo imputado ao BO

e) Gestão v.g Taxa de cancelamento cirúrgico

e) Gestão v.g Taxa de cancelamento cirúrgico por motivo imputado ao BO

f) Modelo de controlo

Número de protocolos e outras normas auditados regularmente

g) Satisfação

Índice de satisfação dos utentes

Índice de satisfação dos utilizadores do BO

Índice de satisfação dos profissionais do BO

Atribuição de Incentivos à produção das equipas é um fator de grande peso na motivação dos profissionais, que sentem assim reconhecido o seu esforço e trabalho.

O incentivo é um estímulo que leva o profissional a adotar um determinado comportamento, que pretende alinhá-lo com os objetivos institucionais. Este incentivo pode ser de ordem financeira ou outra (reconhecimento público, melhoria das condições e trabalho, financiamento de eventos científicos, progressão na carreira, entre outros)

Um exemplo de incentivo financeiro diretamente indexado à produção é o pagamento ao ato, tendo por base por uma tabela previamente aprovada em legislação própria, que está patente no programa de cirurgia adicional (em modalidade remuneratória alternativa), sistema que remunera os profissionais por ato cirúrgico.

Considera-se, no entanto, que a contratualização adicional deveria ser apenas realizada/ autorizada quando o hospital esgota a sua capacidade instalada aferida pelos *standards* nacionais.

Um trabalho recente elaborado pela ACSS (ACSS, 2013) determinou que os cirurgiões e anestesiólogos que efetuam atividade adicional são significativamente mais produtivos que os restantes, mesmo só considerada a produção base.

3. GLOSSÁRIO

Anestesiologista Padrão – Número de anestesiologistas com 35 horas semanais de trabalho incluindo as horas utilizadas para produção em MRA - modalidade remuneratória alternativa (fora do horário normal de trabalho da equipa (não são contabilizadas as horas dos anestesiologistas internos).

Anestesiologista padrão ajustado: corresponde ao número de anestesiologistas por cada 35 horas de trabalho. A descrição do indicador em detalhe encontra-se no (anexo 4).

Área Livre - Inclui a zona de receção e acolhimento do doente, pessoal e materiais.

Área restrita - Inclui a sala de operações, sala de indução anestésica, sala de desinfeção, armazém de apoio de material estéril anexo à sala de operações.

Área semirestrita - Inclui as áreas de suporte periféricas às salas de operações, armazéns de material limpo e estéril, salas de trabalho para armazenamento e processamento de instrumental cirúrgico, gabinetes, e os corredores de acesso às áreas restritas. A circulação nesta área está limitada aos profissionais e doentes, podendo estar salvaguardada a presença de visitantes, familiares/pessoa significativa. Os profissionais, visitantes e familiares devem usar a farda do bloco operatório, os cabelos protegidos e utilizar o calçado anti-estático

Ato cirúrgico, cirurgia, episódio cirúrgico ou intervenção cirúrgica - corresponde a um evento que ocorre, obrigatoriamente, numa sala de operações onde se realizam um ou mais procedimentos cirúrgicos, simultâneos ou sequenciais, num determinado período de tempo, em que o utente permanece anestesiado e presente nas instalações do BO, sob a alçada de um cirurgião responsável por estes procedimentos. (ACSS, 2011 – glossário MGIC)

Bloco operatório - Unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia (DGS, 2015).

Bloco Operatório de Ambulatório – Bloco operatório destinado exclusivamente a cirurgia de ambulatório e que cumpre os requisitos estipulados no Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro para a cirurgia de ambulatório.

Bloco Operatório Periférico - Bloco operatório de especialidade/s integrada/s na gestão de serviço clínico (Ex: Bloco Operatório de Cirurgia Cardio-torácica, Bloco Operatório de

Oftalmologia, Bloco Operatório de Ortopedia, Bloco Operatório de Cirurgia Geral). Blocos operatórios sem referência direta à cirurgia de urgência externa, mas podendo ter referência à urgência diferida ou interna.

Capacidade instalada – a quantidade máxima que pode ser produzida numa unidade de tempo com a estrutura existente e equipamento, sem a restrição de fatores variáveis (Johanson, 1968).

Cirurgia convencional (ou tradicional) - Episódio cirúrgicos no BO - regime de internamento por oposição ao regime de ambulatório ou vias clássicas de abordagem versos novas vias (ex: laparoscopia) – pela ambiguidade esta designação não deve ser utilizada.

Cirurgia de ambulatório – é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, sendo habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com a atual *legis artis*, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas e não inclui a pequena cirurgia (Portaria nº 45/2008 de 15 de janeiro).

Cirurgia de classe A: cirurgia minor com anestesia local ou loco-regional (Portaria nº 111/2014 de 23 de maio).

Cirurgia de classe B: cirurgia major com anestesia loco regional (Portaria nº111/2014 de 23 de maio).

Cirurgia de classe C: cirurgia major com anestesia geral com suporte ventilatório (Portaria nº111/2014 de 23 de maio).

Cirurgia efetuada, sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica (DGS, 2015).

Cirurgia programada – “...é aquela que é efetuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada e não inclui a pequena cirurgia” (Portaria 45/2008 de 15 de janeiro).

Cirurgia urgente – “...aquela que é efetuada no bloco operatório, sem data de realização previamente marcada, por equipas afetas ao serviço de urgência.” (Portaria 45/2008 de 15 de janeiro)

Cirurgião Padrão – Número de episódios operados de forma programada, ajustado à complexidade das cirurgias realizadas (média do pesos relativos das cirurgias). Considera-se a produção cirúrgica MRA e MRC programada, exclui a atividade imputada ao serviço de urgência

externa ou interna. Inclui urgência diferida, isto é, cirurgia de urgência efetuada por cada serviço no seu horário normal de trabalho (MRC) ou produção MRA.

Equivalente Tempo Completo (ETC): Nº de horários semanais de tempo completo, que resulta da conversão do número total de horas semanais do conjunto de profissionais de saúde da mesma área, em horários de tempo completo. Para efeitos deste relatório, assumiu-se como horário de tempo completo 35h semanais.

Grande cirurgia - Intervenção cirúrgica com valor de K superior ou igual a 110 K conforme a tabela da Ordem dos Médicos (DGS, 2015).

Intervenção/cirurgia efetuada com data de realização previamente marcada (DGS, 2015).

Horas ajustadas de enfermeiros afetas ao BO: horas de trabalho disponíveis dos enfermeiros perioperatórios colocados no BO.

Lista de inscritos para cirurgia (LIC) - *“conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital do SNS ou numa instituição do sector privado ou do sector social que contratou com aquele a prestação de cuidados aos seus beneficiários e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso (Glossário MGIC - ACSS, 2011)*

Lotação praticada - Número de camas (incluindo berços de neonatologia e de pediatria) disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, discriminadas por especialidade / valências num estabelecimento de saúde. Excluem-se as camas do berçário, da Urgência, do recobro e dos hospitais de dia, nomeadamente da hemodiálise. Este valor resulta da média aritmética do número de camas contadas no último dia de cada trimestre do ano. (DGS, 2015).

Modalidade Remuneratória Alternativa (MRA) - cirurgia paga em modalidade remuneratória alternativa. Produção contratada e realizada pela equipa cirúrgica fora do seu horário de trabalho estabelecido (ACSS - MGIC, 2011).

Modalidade remuneratória convencional (MRC) - representada pelos vencimentos dos colaboradores que no âmbito dos seus horários normais de trabalho ou horas extraordinárias executam cirurgias.

Pé direito útil - É a altura livre entre o piso e o teto ou o teto falso.

Pequena cirurgia - Intervenção cirúrgica com valor de K inferior a 50 K, conforme a tabela da Ordem dos Médicos (DGS, 2015).

Percentagem de tempo de inatividade face ao tempo total disponível – corresponde ao rácio entre o **tempo de sala inativa** (ou livre)⁷ e o tempo efetivo de disponibilidade de sala.

Peso Relativo - Média do peso relativo do GDH dos episódios operados (programado) no ano em análise 2014 (ACSS - Relatórios SIGIC).

Produção adicional – “...*produção que excede a produção base contratualizada com os hospitais do SNS, bem como a efetuada pelas entidades convencionadas no âmbito do SIGIC.*”

Produção cirúrgica padrão - número de episódios com cirurgia realizada ajustados à complexidade cirúrgica (média do peso relativo) (ACSS - MGIC, 2011).

Recobro 1 - UCPA, corresponde à zona de recobro anestésico. Esta sala ficará em zona imediatamente a seguir às salas de operações e deverá estar equipada, no mínimo, com duas camas por cada uma destas salas e respetivo equipamento de monitorização. (ACSS, 2011)

Esta sala ficará em zona imediatamente a seguir às salas de operações e deverá estar equipada no mínimo com duas camas por cada uma destas salas e respetivo equipamento de monitorização.

Recobro 2 - Poderá ser organizada em *open space* ou compartimentada em box individuais onde os utentes poderão ter a presença dos acompanhantes, se assim o desejarem, e caso não haja indicação médica em contrário. Tratando-se de um período mais prolongado, o ritmo de realização de cirurgias está dependente da capacidade de acolhimento de utentes em situação de recobro (ACSS, 2011).

Assim, é desejável que, em função da capacidade pretendida e do espaço disponível, se preveja quatro ou cinco boxes por sala de operações (ACSS, 2011).

Recobro 3 - Sala de cadeirões, corresponde à sala de recobro tardio. Nesta sala, os utentes sentados em cadeirões, e preferencialmente acompanhados pelos seus familiares, são submetidos aos processos de verificação dos designados requisitos pré- alta (ACSS, 2011).

⁷ Tempo de sala inativa (ou livre) corresponde ao período que decorre entre o final de tempo de sala de um episódio e o início de tempo de sala do seguinte

Sala de indução anestésica - Sala que se situa no percurso do doente entre o *transfer* e a sala de operações (ACSS, 2011).

Sala de operações – (o mm que sala de operações, sala cirúrgica ou sala de cirurgia) É a unidade imobiliária e mobiliária destinada às intervenções cirúrgicas. Define-se como sala fechada, especificamente dedicada a procedimentos cirúrgicos e dotada de equipamento de anestesia.

Sala equipada, integrada em bloco operatório, que permite a execução de intervenções cirúrgicas e de exames que requeiram anestesia geral ou loco regional e elevado nível de assepsia (DGS, 2015)

Sala de recobro - Sala onde os doentes intervencionados (cirurgia ou outro procedimento) permanecem durante algum tempo sob vigilância sistemática e organizada, podendo estar monitorizados (DGS, 2015).

Taxa de disponibilidade efetiva face ao padrão – corresponde ao rácio entre tempo efetivo de disponibilidade de sala e o tempo padrão de disponibilidade de sala (60horas semanais em 48 semanas ano).

Taxa de disponibilidade efetiva face ao plano – corresponde ao rácio entre o tempo efetivo de disponibilidade de sala e tempo planeado de disponibilidade de sala.

Taxa de ocupação de sala – Corresponde ao coeficiente entre o tempo de utilização de sala e a disponibilidade de sala *standard*.

Tempo anestésico - período que decorre entre o final do tempo anterior e o momento em que o anestesiológista confirma que o doente está em condições para abandonar a sala. Neste tempo identificam-se duas parcelas: Tempo de indução anestésica e Tempo de acordar. Os dois tempos anteriores acrescidos do tempo cirúrgico totalizam o tempo anestésico.

Tempo cirúrgico – período que decorre entre o momento em que o anestesiológista informa o cirurgião que pode iniciar a intervenção inclui posicionamento desinfeção colocação de pensos e o momento em que o cirurgião dá a cirurgia por terminada (penso cirúrgico incluído).

Tempo da responsabilidade do BO – corresponde ao tempo de sala subtraído do tempo da responsabilidade dos serviços cirúrgicos e anestésicos, e de atrasos de serviços externos (ex: esterilização), acrescido do tempo de inatividade.

Tempo da responsabilidade dos Serviços anestésicos - é contabilizado o tempo anestésico subtraído do tempo cirúrgico, acrescido o tempo de inatividade ou de sala que possa decorrer de atrasos dos anestesiológicos.

Tempo da responsabilidade dos Serviços cirúrgicos - é contabilizado o tempo cirúrgico acrescido do tempo de inatividade ou do de sala que possa decorrer de atrasos dos cirurgiões ou da chegada do doente ao BO.

Tempo de acordar - período que decorre entre o final do tempo cirúrgico e o final do tempo anestésico.

Tempo de admissão na sala - período que decorre entre a entrada na sala e o momento em que o doente, devidamente instalado na marquesa operatória, é entregue aos cuidados do anestesiológico, ou ao cirurgião no caso de cirurgias locais sem apoio anestésico.

Tempo de admissão no BO – período que decorre entre a chegada do utente ao BO e a sua entrada na sala de operações.

Tempo de atraso para o início da atividade - No primeiro utente do dia, o “Tempo de sala inativa” contabiliza-se entre a hora oficial de admissão do utente e a entrada efetiva em sala do primeiro utente. No caso de o utente entrar em sala antes ou no exato momento da hora oficial de início este tempo contabiliza zero. Pelas suas características especiais, nestas situações, apesar de contribuir para o tempo médio de sala inativa, o Tempo de atraso para o início da atividade é também identificado isoladamente.

Tempo de chegada ao BO – Corresponde ao período que decorre entre a chamada do utente por parte do BO e a chegada do utente ao bloco

Tempo de desperdício na transição de utentes – É o valor obtido pela subtração entre o tempo de sala inativa e a soma do tempo de subutilização no final da atividade com tempo de atraso para o início da atividade.

Tempo de excesso de permanência na UCPA – período que decorre entre a entrada do utente, dada pelo anestesiológico, na unidade de cuidados pós anestésicos e a sua saída efetiva.

Tempo de indução anestésica - período que decorre entre o final do tempo de admissão à sala e o início do tempo cirúrgico.

Tempo de intervenção cirúrgica - Período durante o qual o doente é submetido a uma ou mais intervenções, simultâneas ou consecutivas (DGS, 2015).

Tempo de preparação de sala – período que decorre entre a saída do doente e a sala ficar preparada para receber novo utente.

Tempo de sala - Para efeitos de normalização, o Tempo de Sala corresponde, de acordo com SIGIC, ao período que decorre entre a entrada do doente em sala e ponto em que a sala fica em condições para outro utente entrar (em minutos). O valor padrão considerado é de 120 minutos (Relatórios SIGIC).

Tempo de sala inativa (ou livre) - período que decorre entre o final de tempo de sala de um episódio e o início de tempo de sala do seguinte.

Tempo de subutilização no final da atividade - No último utente do dia, o “Tempo de sala inativa” contabiliza-se entre a hora oficial em que a sala é dada como preparada e a hora oficial de encerramento das atividades. Se as atividades se prolongarem para além da hora oficial de encerramento este tempo contabiliza zero. Pelas suas características especiais, nestas situações, apesar de contribuir para o tempo médio de sala inativa, o Tempo de subutilização no final da atividade é também identificado isoladamente.

Tempo de utilização extraordinária de sala (sobre utilização) – contabiliza o tempo utilizado de sala fora dos horários oficiais estabelecidos e corresponde ao período que decorre entre a entrada em sala do primeiro utente e a hora de estipulada para o início de atividades, acrescido do período entre a hora estipulada para o fim de atividade e hora de fim de sala do último utente intervencionado.

Tempo efetivo de disponibilidade de sala – Corresponde ao tempo de sala que o BO atribuiu efetivamente aos serviços clínicos.

Tempo global no BO - corresponde, ao período que decorre entre a chegada do utente ao BO e a sua saída, incluindo o tempo de recobro cirúrgico no BO.

Tempo médio de sala por cirurgia padrão – corresponde à média do somatório dos tempos de sala⁸ face ao número de cirurgias padrão⁹ realizadas.

⁸ Período que decorre entre a entrada do doente em sala e o momento em que a sala fica em condições para receber outro utente.

Tempo médio de sala por episódio cirúrgico – corresponde à média do somatório dos tempos de sala¹⁰ face ao número de episódios cirúrgico.

Tempo operatório (ou dos procedimentos cirúrgicos) – Período parcial que se inicia com os procedimentos invasivos e termina quando estes se concluem.

Tempo planeado de disponibilidade de sala – Corresponde ao tempo de sala que é atribuído, no plano de atividades ou documento equivalente do BO, aos serviços clínicos.

UCPA - Locais onde se prestam cuidados destinados à otimização do período pós-operatório e/ou pós-anestésico e também à observação, monitorização e tratamento de doentes, recém-submetidos a cirurgia e/ou procedimentos invasivos. São áreas em que o tempo de internamento é de curta duração (DGS, 2003).

Urgência cirúrgica – Situação de urgência (situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais (DGS, 2001).

⁹ Cirurgia com peso relativo igual a um, em função do agrupamento em GDH dos códigos de diagnóstico e procedimentos relevantes na cirurgia e no que respeita a tempos relativos à sala de operações está estabelecido 1,5h por cirurgia padrão.

¹⁰ Período que decorre entre a entrada do doente em sala e o momento em que a sala fica em condições para receber outro utente.

4. METODOLOGIA

Os trabalhos que conduziram ao relatório iniciaram-se com uma revisão de literatura nacional e internacional sobre a otimização dos blocos operatórios, incluindo levantamento do enquadramento legislativo e normativo existente neste âmbito e *benchmarking* ACSS internacional.

Foi desenhado um modelo de questionário, pelo grupo de trabalho, com vista a proceder ao levantamento e caracterização de todos os blocos operatórios existentes nos hospitais do SNS no continente, incluindo os hospitais PPP. Para efeito de inquérito foi considerado o período de um ano, correspondente ao ano de 2014. Foi considerado o período de um ano decorrente do fato de que nos últimos 5 anos ocorreram um conjunto vasto de reorganizações na estrutura hospitalar que dificultaria uma análise mais fiável. Optou-se igualmente por trabalhar com dados até 31 de Dezembro por se considerar que todos os hospitais tinham os seus dados estatísticos encerrados a esta data e como tal com maioria garantia de fidedignidade e comparabilidade.

Posteriormente, foi recolhida a informação disponível nos serviços centrais do Ministério da Saúde e os dados foram solicitados às 51 entidades hospitalares que compõem o SNS através do referido questionário (com campos pré preenchidos) (Anexo 1)

Este questionário foi acompanhado de um detalhado manual de instruções, que incluía a clarificação de conceitos e de valores padrão a adotar e que fazem parte integrante deste relatório. O questionário permitiu validar alguns dos dados existentes a nível central e reunir um conjunto de informação não disponível.

Os dados foram solicitados aos Presidentes dos respetivos Conselhos de Administração e são da sua inteira responsabilidade.

Os dados coletados foram submetidos a uma análise crítica e a uma confrontação com outras fontes de informação oficial. Identificaram-se inúmeras incoerências, as respetivas instituições foram confrontadas com esta situação e induzidas a corrigir a informação. A correspondência a este pedido foi, por parte das instituições, variável causando dificuldades acrescidas na concertação dos dados.

Esta observação reforça a perceção anterior relativa à fraca capacidade das instituições em obterem e analisarem informação elementar de gestão.

Após o primeiro envio dos dados foram identificadas falhas gerais, as quais foram enviadas às entidades, acrescidas de esclarecimentos, dando a oportunidade de verificarem os seus dados. Numa terceira fase, continuando a verificar-se incoerências, foram explicitamente indicados os campos que nos pareciam carecer de verificação possibilitando novamente a validação e ou eventual alteração por parte das entidades. Ao longo de todo o processo foram ainda estabelecidos diversos contatos telefónicos e por *email*, a fim de dirimir quaisquer dúvidas e incongruências.

Os dados que constam do presente relatório correspondem aos dados do questionário enviados pelas entidades na terceira fase, à exceção das entidades que não responderam em tempo útil.

De uma forma geral podemos considerar que o trabalho se desenvolveu segundo três grandes etapas:

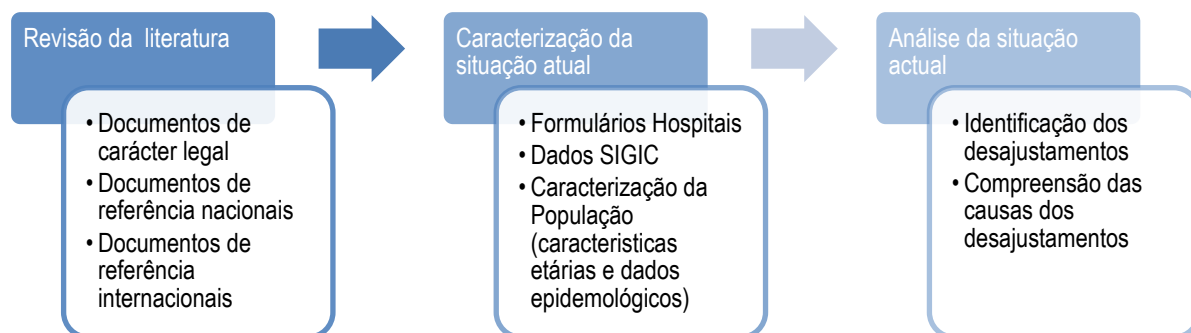


Figura 2: Etapas Macro da avaliação dos blocos operatórios

Com base na análise detalhada da situação atual à luz do que se entende pelas melhores práticas nacionais e internacionais foram estabelecidas um conjunto de propostas e recomendações.

4.1. Fontes de dados

- a. Censos 2011 (INE, 2011)
- b. Inquérito aos hospitais (Anexo 1);
- c. Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), dados provisórios de 2014 extraídos a 16.01.2015, dados provisórios de capacidade instalada de 2014 extraídos a 29.05.2015.

4.2. Critérios de inclusão e exclusão

A análise incide nos blocos operatórios do SNS, incluindo PPP, de Portugal continental. Não foram considerados os hospitais convencionados, considerada a dificuldade de recolha de dados e dificuldade em separar dados de atividade convencionada e não convencionada. Também não foram considerados o hospital da Cruz Vermelha nem o Hospital da Prelada.

4.3. Indicadores

A caracterização dos blocos operatórios foi efetuada de acordo com as seguintes dimensões apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Quadro resumo dos indicadores utilizados para a caracterização da situação atual dos blocos operatórios

Dimensão	Indicadores
Estrutura Física	<ul style="list-style-type: none"> • Número de BO e de salas de operações; • Rácio de BO e de salas de operações por 100.000 habitantes ; • Rácio de operados padrão por sala de operações, por camas e por camas de cuidados intensivos; • Tipos de BO; • Modelo arquitetónico de BO; • Requisitos mínimos;
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgiões padrão ajustados • Rácio entre as horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO face às horas de trabalho dos cirurgiões; • Anestesiologistas padrão ajustados; • Rácio entre as horas ajustadas de anestesiologistas afetas ao BO face às horas de trabalho dos anestesiologistas;
Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de Sistemas e Protocolos de melhoria contínua da Qualidade; • Percentagem de Operados TE> TMRG; • Mediana do TE da LIC;
Produção	<ul style="list-style-type: none"> • Número de cirurgias programadas; • Número de cirurgias urgentes; • Tempo de sala; • Tempo médio de preparação de sala; • Produção cirúrgica-padrão; • Percentagem de operados em ambulatório; • Custo médio por hora de sala; • Custos imputáveis ao BO;
Produtividade	<ul style="list-style-type: none"> • Produção cirúrgica padrão ajustada por cirurgião padrão ajustado; • Produção cirúrgica padrão ajustada por anestesiologista padrão ajustado; • Produção cirúrgica padrão por sala de operações;

O racional dos indicadores mais simples encontra-se descrito no glossário. Relativamente aos indicadores mais complexos, descreve-se o racional da sua construção antes dos respetivos resultados de modo a facilitar a sua análise.

4.3.1. Estrutura física do bloco operatório

Quanto á estrutura física do bloco operatório, foi selecionado um conjunto de requisitos mínimos, tendo por base as portarias do licenciamento de unidades privadas (Portarias nº 290/2012 de 24 de setembro e nº 111/2014 de 23 de maio) e que reuniram consenso entre o grupo de trabalho. Consideram-se que, no mínimo os blocos operatórios, para garantirem a qualidade e segurança devem observar os seguintes critérios:

Quadro 2. Requisitos mínimos do BO

Área	Critério	BO de Cirurgia de Ambulatório	BO de Cirurgia Convencional
Área livre	Transferência de doentes,	X	X
	Zona de desinfecção / parque de camas		X
	Transferência de materiais (entrada);	X	X
Área Restrita	Sala de Operações com mínimo de 36m ²	X	X
	Sala de sujos	X	X
	Zona de desinfecção (preparação pré cirúrgica das mãos)	X	X
Recobro	Rácio camas UCPA/Salas BO (UCPA min 1,5 ou 2 camas por sala de operações)		X
	Rácio camas UCPA 2 / Salas BO (UCPA min 2 camas por sala de operações)	X	
	UCPA 1 / - área por cama (UCPA com área mínima por cama de 12m ²)	X	X
	Zona de roupa limpa;	X	X
	Zona de material de consumo	X	X
	Zona de material de limpeza	X	X
	UCPA 2, se aplicável – Área de cama/Sala BO	X	
	UCPA 3, se aplicável - cirurgia do ambulatório - área por cadeirão (mínimo de 4m ² por cadeirão)	X	
Equipamentos	Autonomia da UPS	X	X
	Monitorização de temperatura e humidade	X	X
	Pressão positiva nas salas	X	X
	Alarme de incêndio	X	X
	Monitorização de gases anestésicos	X	X
	Equipamento de via aérea difícil	X	X

Numa primeira fase, foi verificado o cumprimento de cada requisito em cada BO, respetivamente para os BO de ambulatório e para os BO de cirurgia convencional. Para determinar a percentagem de cumprimento dos requisitos por BO foram divididos o número de critérios cumpridos pelo total de critérios mínimos definidos no quadro anterior, respetivamente 18 para os BO de ambulatório e 17 para os restantes BO. Posteriormente foi efetuada uma média de

cumprimento dos requisitos entre os BO da mesma entidade, no sentido de obter um valor global por entidade.

Num outra perspetiva, para verificar a observação dos critérios na globalidade dos BO, contaram-se os BO que cumpriam cada requisito e dividiu-se esse valor pelo total de BO, respetivamente de ambulatório e convencional conforme o requisito se adequasse aos BO de ambulatório ou convencional ou fosse comum a ambos.

4.3.2. Recursos humanos,

O conjunto de indicadores referentes aos recursos humanos, foram calculados com base nos dados SIGLIC.

4.3.3. Qualidade

Quanto aos indicadores de qualidade, foi feita uma análise descritiva para cada um os indicadores de acreditação e sistemas e protocolos facilitadores da qualidade, por grupo de *benchmarking*, relativamente à sua existência e implementação. Posteriormente, foi descrita a percentagem de cumprimento do conjunto destes sistemas e protocolos em cada entidade.

Os indicadores de acesso, por entidade, foram também descritos, em função das respostas apresentadas pelas entidades.

4.3.4. Produção

Na produção, apresenta-se a descrição dos resultados reportados pelas entidades e foram observados os dados dos tempos face aos valores padrão.

Neste capítulo, além da descrição dos dados dos custos reportados por entidade, foi ainda efetuada uma análise comparativa entre grupos de *benchmarking* para as principais rubricas de custos definidas.

A partir dos dado reportados, descrevem-se os custos médios por hora de sala.

Foi selecionada uma amostra de 19 entidades, tendo o critério de seleção sido as entidades com a totalidade das principais rubricas preenchidas, para analisar a distribuição dos custos fixos e variáveis e a composição dos custos por hora disponibilizada de BO.

4.3.5. Produtividade

Para analisar a produtividade, recorreu-se a um conjunto de indicadores complexos, cujo BI pode ser consultado no (Anexo 4)..

4.4. Modelo de comparabilidade

A realidade dos hospitais portugueses difere numa multiplicidade de aspetos, desde a sua estrutura física, ao nível de diferenciação, ao financiamento, bem como também diferem as características da população que cada hospital serve, entre outros aspetos, pelo que os mesmos não são diretamente comparáveis.

Quadro 3. Grupos de benchmarking ACSS (ACSS)

Grupo de Benchmarking	Entidade
A	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede ULS Baixo Alentejo, EPE ULS Nordeste, E.P.E. ULS Norte Alentejano, EPE ULS Matosinhos, E.P.E. Hospital José Luciano de Castro - Anadia ULS Alto Minho, E.P.E. ULS Guarda, EPE ULS Castelo Branco, EPE Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto Centro Hospitalar do Oeste Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P
B	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. ULS Litoral Alentejano, E.P.E. Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E. Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P
C	Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E. Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, E.P.E. Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. Centro Hospitalar Leiria - Pombal, EPE Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. HPP Hospital de Cascais, P.P.P
D	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE Hospital de Faro, E.P.E. Hospital de Braga, P.P.P Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora
E	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. Centro Hospitalar de S. João, EPE Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.
F	Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E. Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E. Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.

Com a finalidade de orientar e apoiar a elaboração dos planos estratégicos, foi publicado um relatório de *benchmarking* ACSS dos hospitais EPE e PPP (ACSS, 2013), que propõe a agregação das entidades em grupos de características semelhantes, e desse modo, comparáveis entre si. Os grupos homogêneos foram obtidos com recurso a análise de *clusters* hierárquico, após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos, seguida de análise de componentes principais.

Apesar das suas possíveis limitações e pelas razões descritas em epígrafe, os hospitais serão pois comparados entre os seus pares do mesmo grupo homogéneo. O quadro 3 ilustra a distribuição das entidades pelos grupos de *benchmarking* ACSS. Note-se que o grupo A inclui entidades heterogéneas entre si, pelo que a análise deste grupo deve ser sempre feita com precaução. Optou-se por manter este conjunto de entidades uma vez que a sua produção é significativa para a análise.

Em situações específicas e de acordo com o despacho que constitui o grupo de trabalho, será efetuada uma comparação por regiões de saúde.

4.5. Avaliação da capacidade instalada

Após a caracterização geral, identificam-se os hospitais que se desviam do padrão.

Conhecendo as entidades que se desviam do padrão, analisou-se caso a caso e/ou casos semelhantes e com os dados disponíveis, quais as possíveis razões do desvio. Por exemplo, relativamente ao indicador “grau de ajuste entre as horas de cirurgião afetas ao bloco e as horas de disponibilidade de sala” se há um desajuste entre as horas de cirurgião afetas ao bloco e as horas de disponibilidade de sala, pode indicar que ou existem horas de cirurgião em excesso ou horas de sala disponíveis em défice.

Quanto às entidades que se encontram abaixo do padrão, identificaram-se as possíveis causas, quanto àquelas que se encontram acima do padrão, podem constituir referência quanto às práticas a adotar para otimizar os blocos operatórios.

4.6. Pressupostos

4.6.1. Alterações estruturais na rede de entidades a nível nacional

A análise dos dados terá sempre em consideração a substituição de alguns hospitais por edifícios novos e a construção os novos hospitais. Estas alterações geram flutuações da atividade, que serão consideradas aquando a análise dos hospitais, conforme se descreve no

Quadro 4:

Quadro 4. Hospitais substituídos ou novos hospitais desde o ano 2010

Entidade	Hospital	Estado	Data de início de funcionamento
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	A Entidade Gestora assumiu a gestão do antigo Hospital de Cascais a 1 de janeiro de 2009. O novo edifício hospitalar entrou em funcionamento em fevereiro de 2010	fevereiro 2010
Hospital de Braga	Hospital de Braga	A Entidade Gestora assegurou a gestão do atual hospital a 1 de setembro de 2009. O novo edifício hospitalar entrou em funcionamento em maio de 2011	maio 2011
Hospital Beatriz Ângelo	Hospital Beatriz Ângelo	Hospital novo	janeiro 2012
CH Tâmega e Sousa, E.P.E	Hospital de Amarante	Hospital de substituição – novo edifício	dezembro 2012
CH Trás os Montes e Alto Douro	Hospital de Lamego	Hospital de substituição – novo edifício	fevereiro 2013
Hospital de Vila Franca de Xira	Hospital de Vila Franca de Xira	A Entidade Gestora assumiu a gestão do antigo hospital a 1 de junho de 2011 e o novo edifício hospitalar entrou em funcionamento em março de 2013	março 2013

4.6.2. Contabilização dos recursos

No caso da cirurgia convencional, considera-se o horário normal de funcionamento do bloco das 8h-20h, 5 dias/semana, 60h/semana, durante 48 semanas por ano (admite-se que das 52 semanas do ano durante a 4 semanas de férias estavais o BO funcione a 50% (retiram-se pois 2 semanas) retira-se ainda mais duas semanas correspondentes a períodos de feriados e outras contingências). Pressupõe-se que sejam efetuadas 12h/dia de atividade efetiva incluindo limpeza. A limpeza das salas ocorre após cada cirurgia e é parte necessária e integrante do

tempo de sala. Quaisquer operações de manutenção, incluindo limpezas de outra natureza devem ser efetuadas fora do horário de serviço normal do BO neste caso a partir das 20h.

Para efeito de cálculo de produção, em cirurgia programada é considerado como valor médio 2 cirurgiões por episódio cirúrgico, no pressuposto que cirurgias mais simples necessitam apenas de 1 cirurgião, que ajudantes internos contabilizam para a estatística apenas $\frac{1}{2}$ cirurgião, que haverá cirurgias mais complexas que poderão necessitar da presença de 3 ou mais cirurgiões

Para efeito de cálculo de produção, na cirurgia de ambulatório é considerado 1,5 cirurgião por cirurgia (SIGIC).

De acordo com os estudos elaborados na ACSS e consequentes relatórios publicados do SIGIC, tem-se vindo a considerar como padrão a realização de uma cirurgia padrão¹¹ por quatro horas de cirurgião (2 horas de cirurgião principal + 2 hora de cirurgião ajudante). Este padrão é válido para a tabela de preços do SIGIC – portaria 271/2012 de 4 de Setembro, com a utilização do agrupador da 3M®, versão 27. Este padrão será atualizado face aos novos agrupadores que se prevê utilizar em 2015. Considera-se ainda necessárias duas horas de cirurgião (uma hora de interno conta meia hora) por cada hora de sala. Considera-se ainda que o *standard* de disponibilização de horário para o BO corresponde a 30% (sendo considerado adequado o intervalo de variação entre 25% e 50%).

No cálculo dos indicadores relativos aos recursos humanos, a análise efetuada por este grupo de trabalho, da situação atual, consideram-se 35 horas de trabalho semanais para o cálculo dos ETC. As publicações da ACSS têm tido em conta esta referência de carga horária, prevê-se a partir de 2015 por razões de alteração do tempo normal de trabalho passar a considerar 40h semanais como referência.

Quando se considera a atividade dos anestesiólogistas, nos relatórios do SIGIC, estabeleceu-se como padrão, uma hora de anestesiólogista por cada hora de sala (em que a presença de internos de anestesia não é contabilizada). Considera-se ainda que o *standard* de disponibilização destes profissionais para o BO corresponde a 50% (sendo considerado adequado o intervalo de variação entre 40 a 60). Contudo, tendo em conta os resultados do

¹¹ Cirurgia com peso relativo igual a um, em função do agrupamento em GDH dos códigos de diagnóstico e procedimentos relevantes na cirurgia.

inquérito realizado no âmbito do trabalho deste grupo, considera-se a hipótese de alterar o *standard* para 60% (sendo considerado adequado o intervalo de variação entre 50% a 80%).

Consideram-se 44 semanas de trabalho (SIGIC) que se referem às 52 semanas anuais, às quais se retiram 5 semanas de férias, uma semana de feriados e duas semanas de comissões de serviço (Formação). Quantificando o trabalho em dias, temos 260 dias úteis de trabalho por ano, por médico, aos quais se retiram 25 dias úteis de férias e 5 dias de feriados e 10 dias úteis de comissões de serviço.

Tal como é definido nos sistemas de informação do SIGIC, na contabilidade destes especialistas só são considerados os cirurgiões alocados em serviços cirúrgicos e só são considerados os anestesiológicos alocados a serviços de anestesia ou cirurgia com atividade no BO. Na contabilidade dos profissionais é considerado o tempo afeto ao serviço (descontam-se os tempos afetos ao serviço de Urgência (externa ou interna) e convertido o tempo em profissionais ETC e em seguida em profissional padrão que entra em conta o estatuto de especialista ou interno.

Na atividade nos serviços o tempo afeto dos profissionais às várias funções (atividade cirúrgica, consulta, internamento, MCDT, gestão/governança, ensino) é variável em função das valências em causa e dos objetivos traçados. Não obstante para hospitais gerais existe nas médias uma regularidade que permitiu determinar padrões que são utilizados no SIGIC. Assim, para profissionais médicos de serviços cirúrgicos, considera-se que 30% do tempo é afeto ao Bloco operatório. Para anestesiológicos considera-se que 50% é afeto ao Bloco operatório.

Para efeitos de cálculo de produtividade no BO considera-se que uma cirurgia padrão ocupa um tempo de sala de 2 horas incluindo o tempo de limpeza e troca de utentes, considera-se ainda *standard* médio 2 cirurgiões por sala e um anestesiológico. Tendo em conta a afetação média ao bloco considera-se que um cirurgião padrão tem 10,5 horas atribuídas ao bloco operatório e um anestesiológico padrão 17,5 horas. Nas condições enunciadas é considerado como *standard* para os cirurgiões padrão 5,25 participações em cirurgia por semana (2,6 cirurgias padrão por semana), para os anestesiológicos padrão são consideradas 8,75 participações em cirurgia por semana

5. CARATERIZAÇÃO DOS BLOCOS OPERATÓRIOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos a partir do questionário efetuado às entidades sobre os seus BO. Faz uma caracterização de todos os blocos operatórios, que até à presente data não existia e pretende funcionar como um ponto de partida para conhecer os fatores que geram maior eficiência e qualidade na atividade cirúrgica, bem como os fatores que concorrem para um desempenho menos adequado dos blocos operatórios.

5.1. Capacidade física instalada

5.1.1. Tipos de Bloco Operatório

Apresentam-se os resultados por grupo de *benchmarking* ACSS e região de saúde, quando assim se justifica. Em Portugal continental e no universo SNS, existem um total de 170 BO, os quais contêm 569 salas de operações, distribuídos por 45 entidades (CH, ULS, hospitais) e por 82 unidades hospitalares. Apesar de não ter sido efetuada nenhuma questão sobre a exclusividade dos BO a determinada área clínica, a partir dos nomes dos BO e do número de salas dedicadas à urgência face ao número de salas totais do BO, identificam-se 9 BO destinados exclusivamente a partos/obstetrícia, 5 BO exclusivamente a pediatria e 1 BO exclusivamente dedicado à urgência.

O próximo quadro identifica o número de BO em cada região.

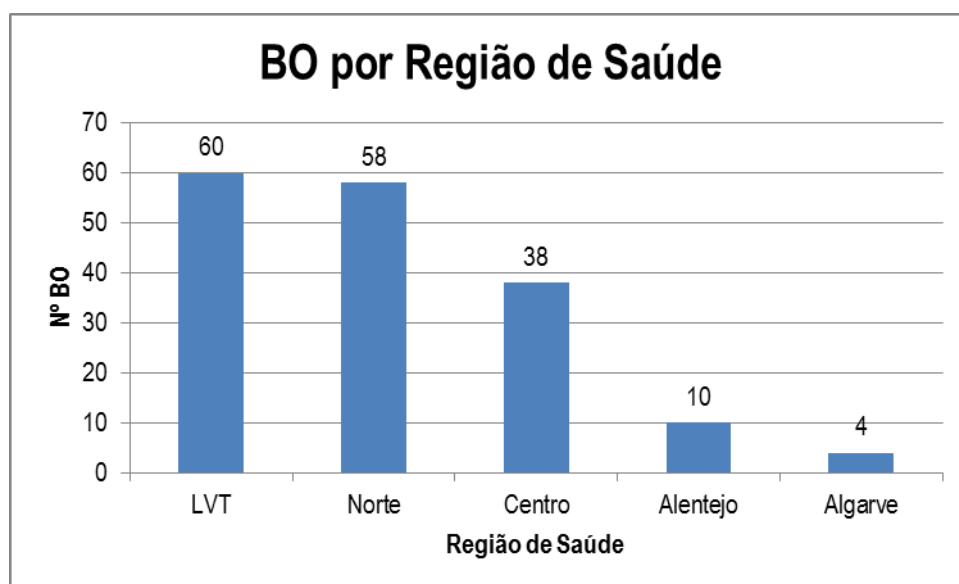


Figura 3. Distribuição dos blocos operatórios por Região de Saúde

Quando considerada a distribuição por regiões de saúde, verifica-se que LVT é a região com maior número de BO e o Algarve a região com menor número de BO.

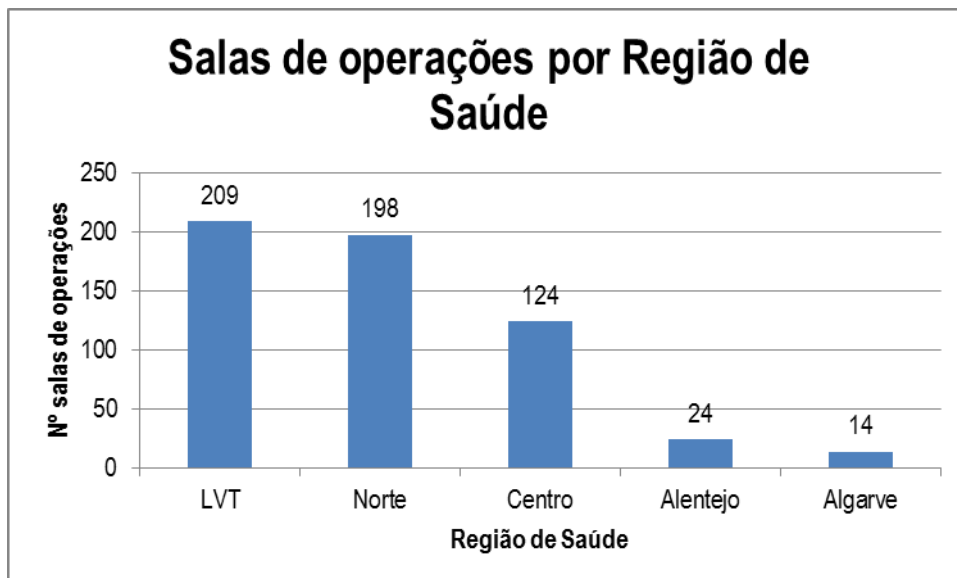


Figura 4. Distribuição das salas de operações por Região de Saúde

A região de LVT é aquela na qual existem mais salas de operações (209), em oposição à região do Algarve a qual tem o menor número de salas (14).

A distribuição geográfica destes 170 blocos relativamente à população de área de influência direta, atentos às regiões de saúde onde se encontram, é a seguinte:

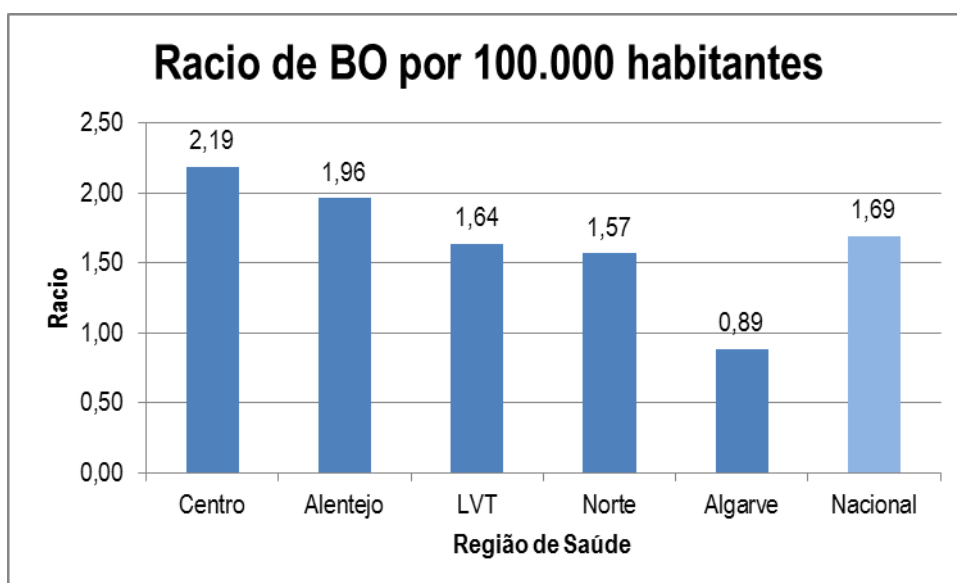


Figura 5. Número de blocos operatórios por cada 100.000 habitantes da população de área de influência direta

Quando considerado o rácio de BO por população de área de influência direta (Figura 5) verifica-se que a região Centro é aquela com um maior rácio (2,19) e a região do Algarve a região com o menor rácio (0,89) de BO por população.

O ratio utilizado internacionalmente (Funk, 2010) corresponde ao ratio de salas de operações por 100.000 habitantes. A distribuição geográfica das 569 salas de operações relativamente à população de área de influência direta, ainda segundo as regiões de saúde onde se encontram, é a seguinte:

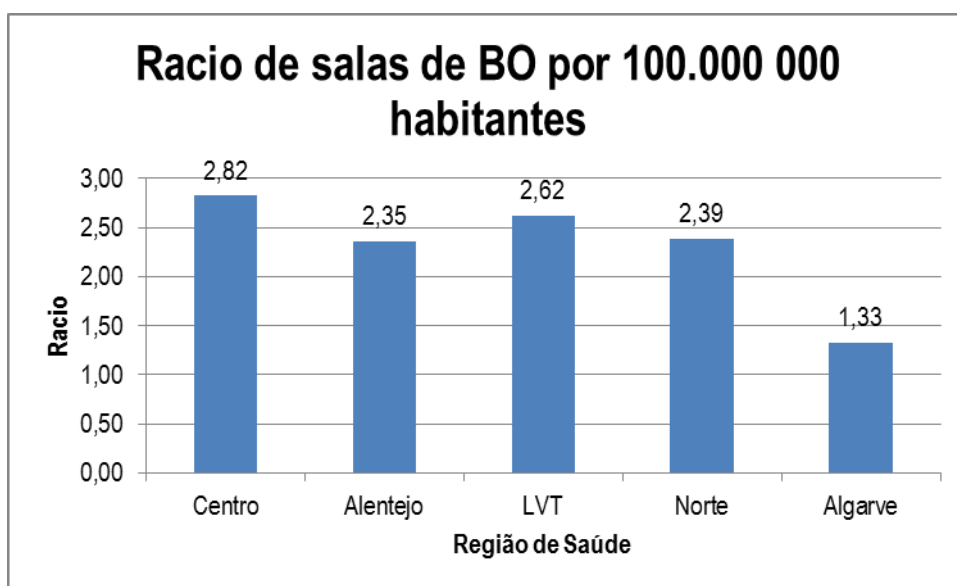


Figura 6. Número de salas de blocos operatórios gerais e especializadas por cada 100.000 habitantes da população de área de influência direta

No que concerne as salas de operações, o cenário mantém-se, verificando-se o maior rácio de salas de Operações por população de área de influência direta (Figura 6), na região centro (2,82) e o menor rácio na região do algarve (1,33), verificando-se contudo uma troca de posição relativa entre a ARS do Alentejo e a ARS Norte.

No que diz respeito ao número de operados por sala de BO/ ano, ajustado pela complexidade (operado padrão), obtém-se o resultado do quadro abaixo. O ajustamento pela complexidade é efetuado através do conceito de operado padrão.

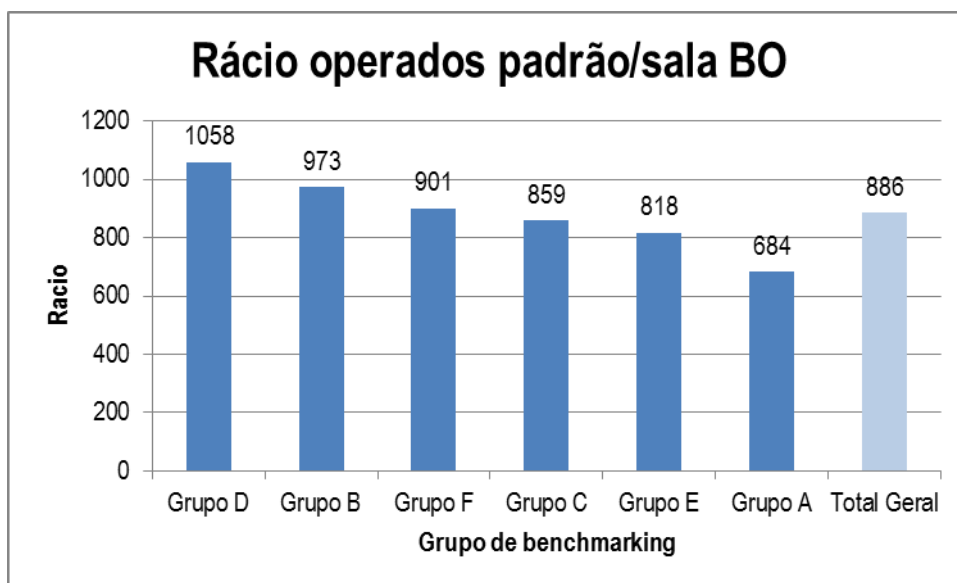


Figura 7. Número de operados padrão por sala de bloco operatório em cada Grupo de benchmarking ACSS.

Observamos o Grupo D com um valor máximo (1.058), estando as unidades do Grupo A no termo inferior (684). O grupo que faz mais cirurgias por sala de operações é o grupo D, em oposição ao grupo A que é aquele que faz menos cirurgias por sala.

No que se refere ao número de salas de Operações por operado padrão, tendo em atenção os diversos grupos de benchmarking ACSS, o mesmo é:

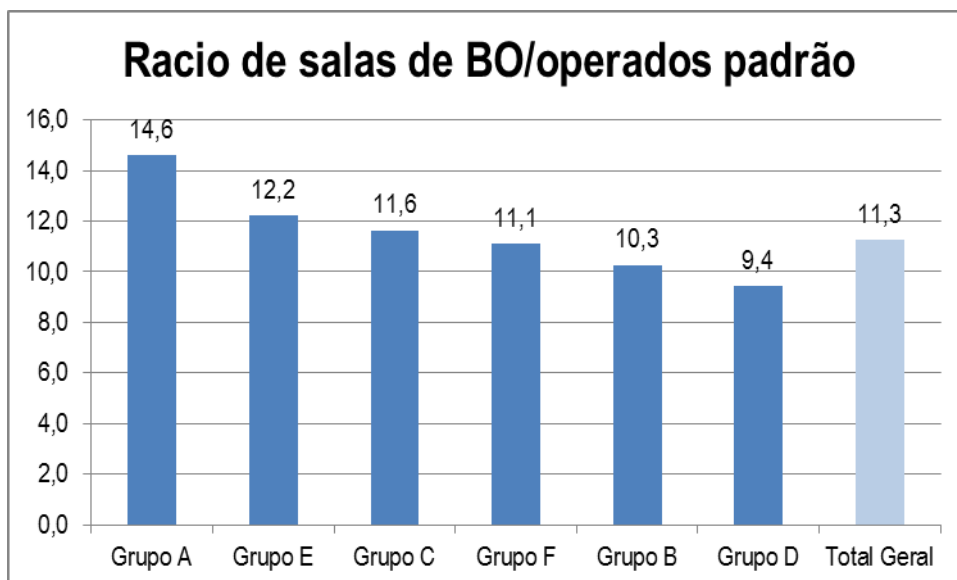


Figura 8. Número de salas de operações por operado padrão

Nele se verifica uma variação entre 14,6 salas por operado padrão nas unidades do Grupo A e 9,4 nas do Grupo D. este gráfico indica que existe uma maior oferta de salas de operações no grupo A e menor no grupo D.

O próximo gráfico apresenta, para cada região e país, a Taxa de Produtividade das Unidade Operacionais Padrão em 2014. A Taxa de Produtividade das Unidade Operacionais Padrão ou Taxa da produção real padronizada face à teórica que otimizaria os recursos compara o rendimento obtido com a produção teórica considerando os recursos com afetação ao bloco *standard*, (1h unidade de recurso – 2h de cirurgião, 1h de anestesiológista, 3h de enfermeiro e 1h de sala de bloco).

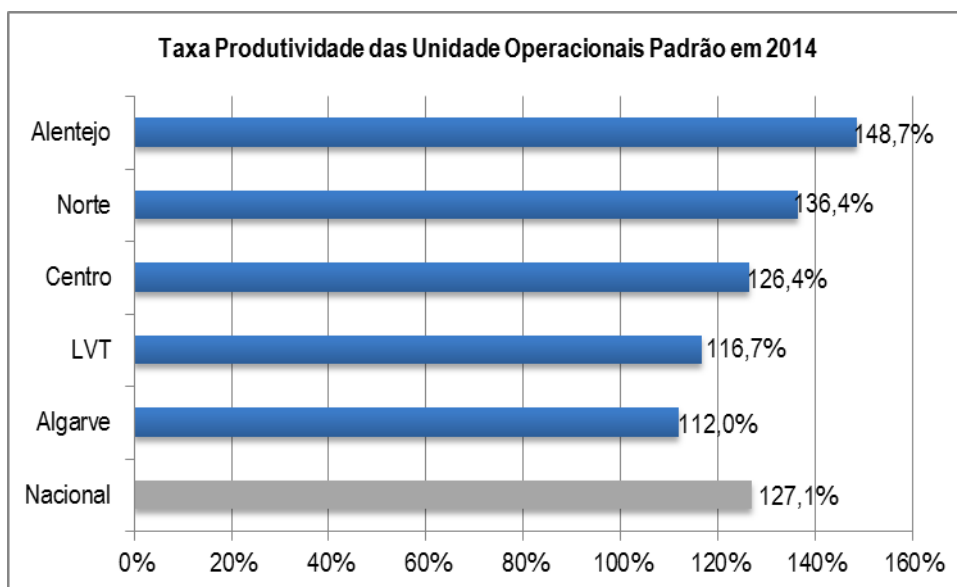


Figura 9. Taxa de Produtividade das Unidade Operacionais Padrão em 2014 por Região

O próximo gráfico apresenta, para cada instituição hospitalar, a Taxa de Produtividade das Unidade Operacionais Padrão em 2014.

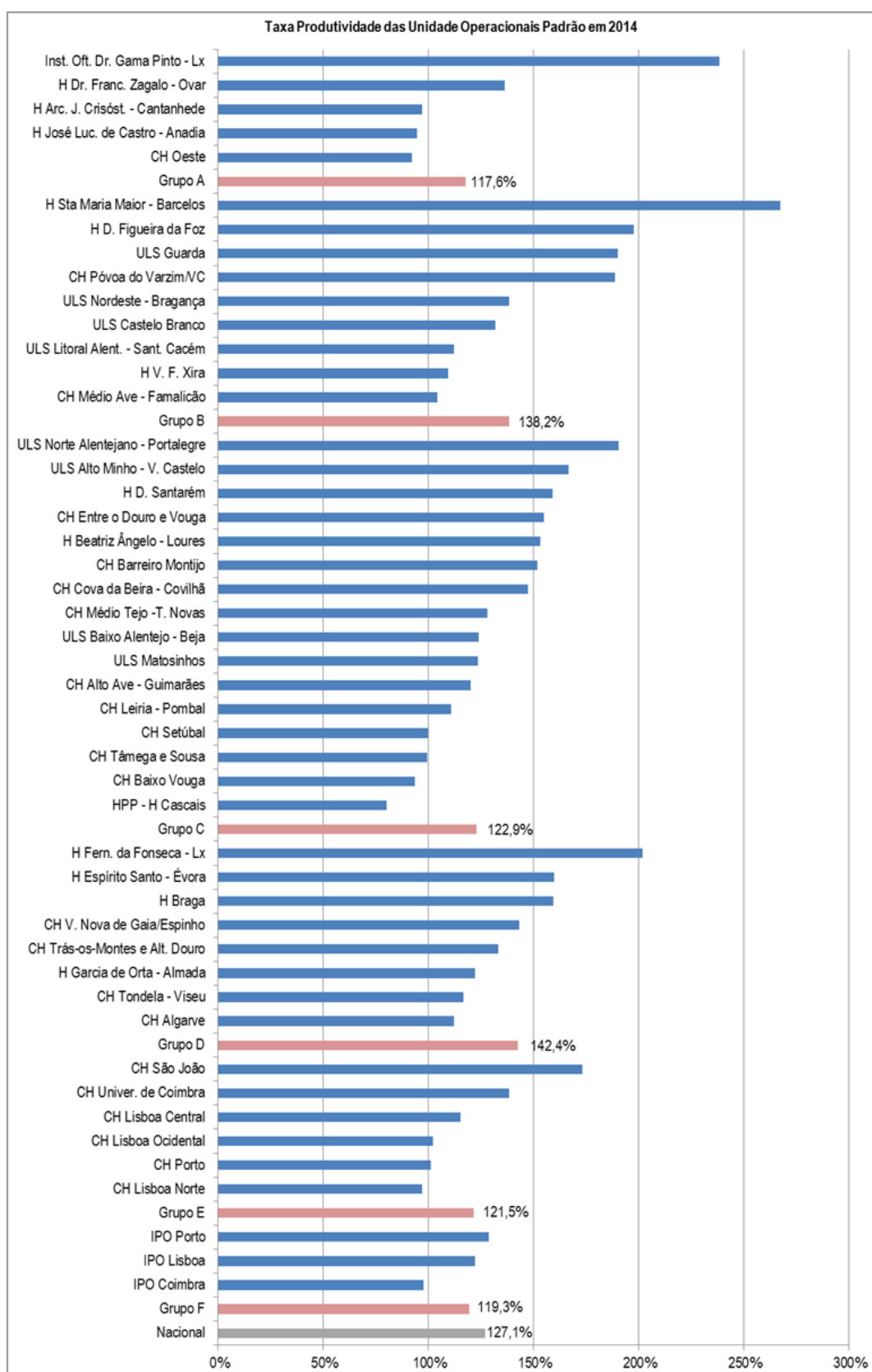


Figura 10. Taxa de Produtividade das Unidades Operacionais Padrão em 2014 por Instituição Hospitalar

Das 47 instituições consideradas só 9 apresentam resultados reais abaixo dos teóricos considerados tendo em conta o seu recurso limitante. O cruzamento deste conhecimento com o referente às taxas de produtividade cirurgiões, anestesiológista e sala revela que muitos problemas de ineficiência decorrem de rácios inadequados entre os vários recursos necessários à realização da cirurgia. Na maior parte dos hospitais (76,6%) é o número de anestesiológista o recurso limitante, condicionando o desperdício teórico dos restantes recursos.

Quanto ao número de salas de operações para cada 100 camas de internamento de agudos (lotação praticada), um rácio superior indica um valor elevado de salas de operações em relação ao valor de camas de enfermaria ou um número de camas muito reduzido face ao número de salas de operações.

Tendo em atenção os diversos grupos de *benchmarking* ACSS, o rácio apresenta-se da seguinte forma:

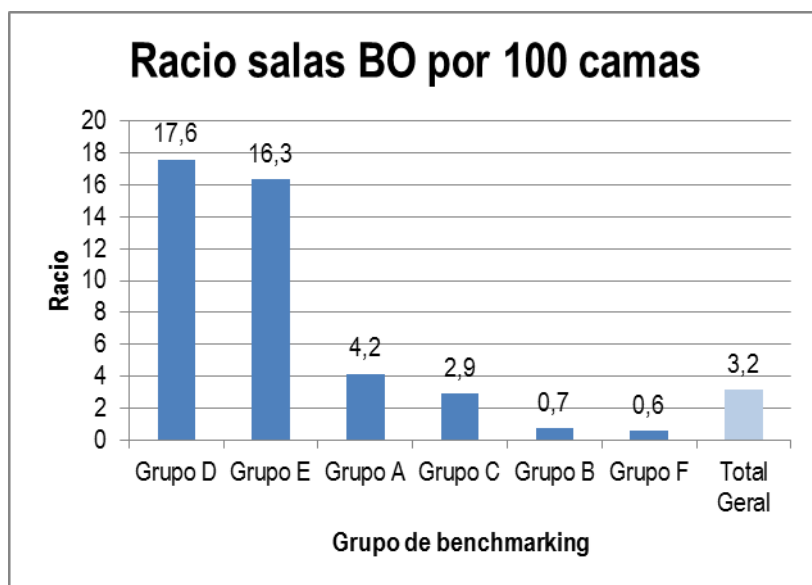
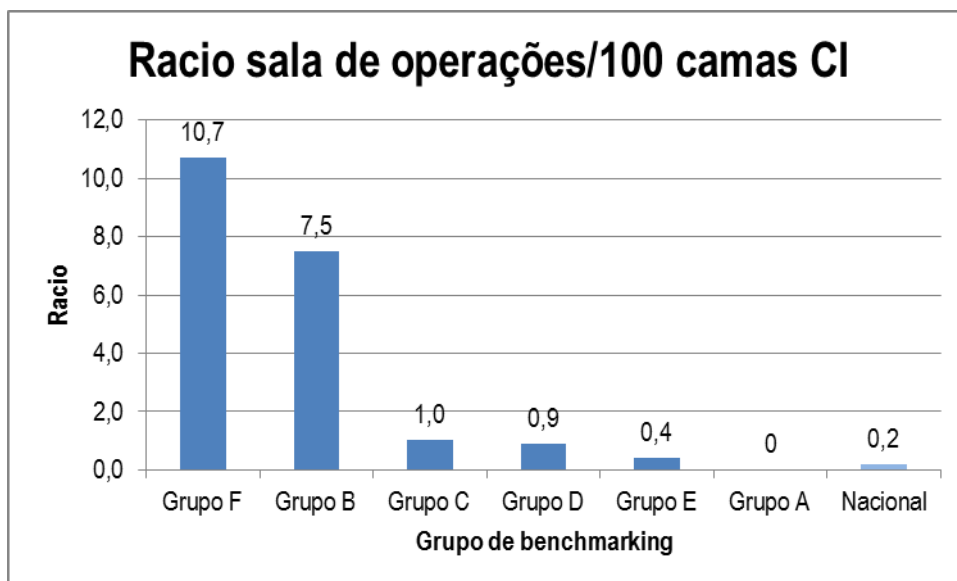


Figura 11. Número de salas de operações por cama (lotação praticada)

Este rácio varia entre valores superiores nas unidades do Grupo D (17,6) e inferiores nas do Grupo F (0,6), indicando que existem 3,2 salas de BO por cada 100 camas e 2,19 salas de BO por cada 100 camas de enfermaria respetivamente.

No que diz respeito ao número de camas de cuidados intensivos, algumas entidades não reportaram dados, pelo que se recorreu aos valores recolhidos pelo grupo de trabalho sobre os cuidados intensivos.

O número de salas de operações para cada 100 camas de cuidados intensivos, tendo em atenção os diversos grupos de *benchmarking* ACSS, apresenta-se da seguinte forma:



Nota: as camas de Cuidados Intensivos correspondem às camas reportadas pelas unidades no âmbito do GT sobre as Unidades de Cuidados Intensivos. Incluem camas de Cuidados Intensivos e camas de Cuidados Intermédios na dependência direta da Unidades de Cuidados Intensivos.

Figura 12. Número de salas de operações por 10 camas de cuidados intensivos, por Grupo de *benchmarking* ACSS

O rácio de salas de operações por 100 camas de CI varia entre cerca de 11 salas de operações por cada 100 camas de CI, no grupo F e 0,4 salas de operações por 100 camas de CI no grupo E.

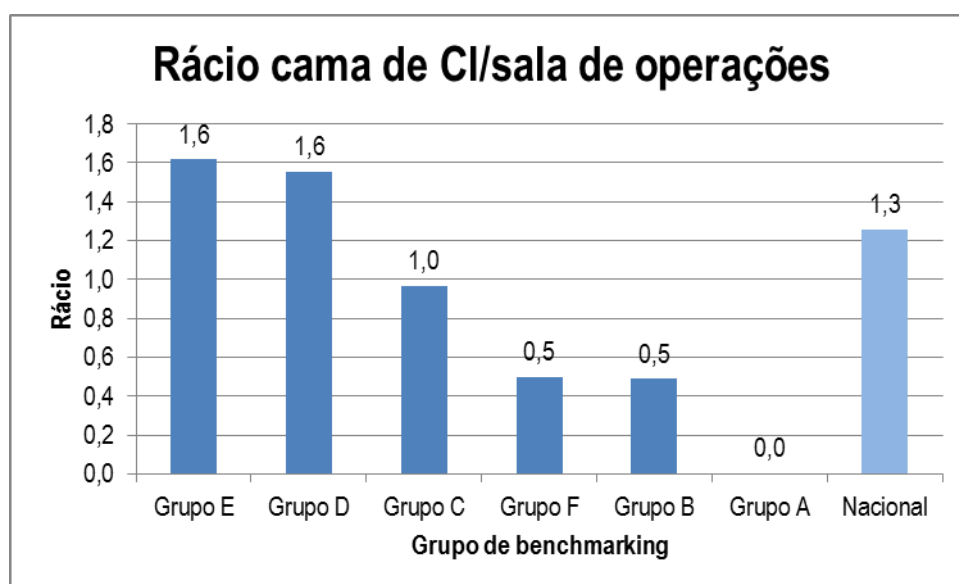


Figura 13. Número de camas de CI por sala de operações, por Grupo de benchmarking ACSS

Na Figura 13 pode observar-se uma variação entre cerca de 1,6 camas de CI por cada sala de operações, no grupo E e 0,5 no Grupo B.

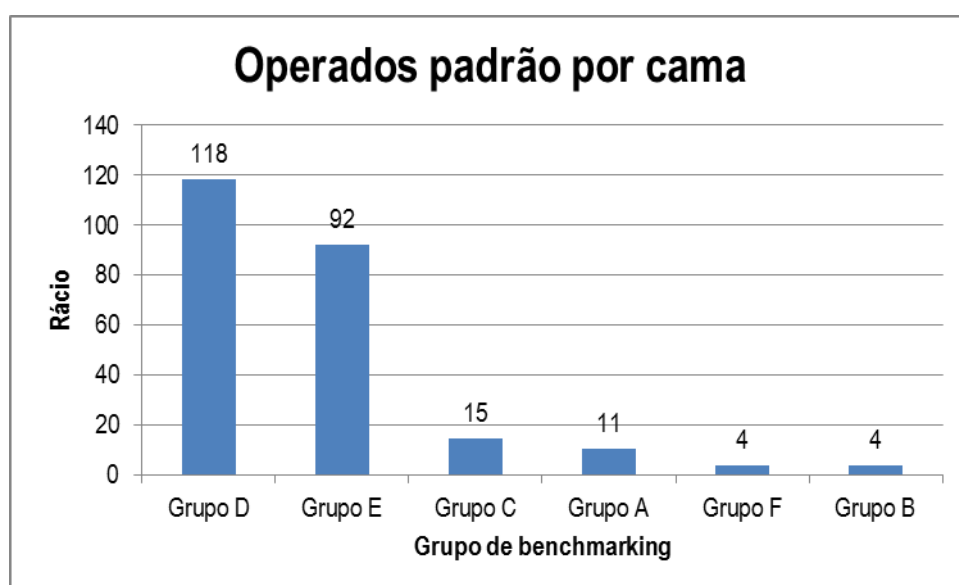


Figura 14. Número de operados padrão, em regime de internamento, por cama, por Grupo de benchmarking ACSS

O rácio varia entre o valor de 118 operados padrão por cama, nas unidades do Grupo D e de 4 operados padrão por cama no Grupo B. O grupo D é o que mais cirurgias produz por cada cama.

Relativamente ao número de operados padrão por cama de cuidados intensivos, também por grupo de *benchmarking* ACSS, pode ser descrito assim:

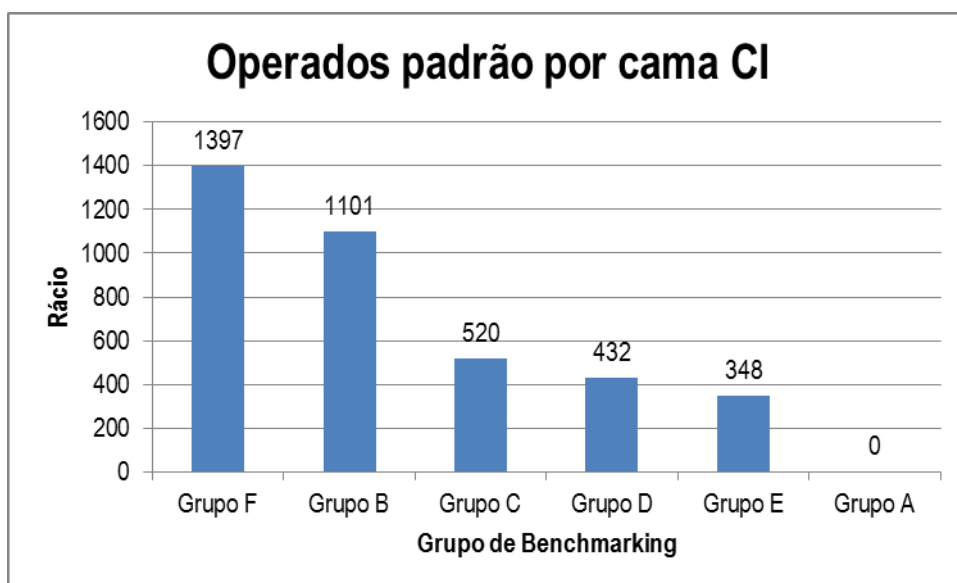


Figura 15. Rácio de operados padrão, em regime de internamento, por cama de cuidados intensivos, por grupo de *benchmarking* ACSS

Os valores são máximos (1.397) para as unidades do Grupo F e mínimos (348) nas do Grupo E. É de salientar que o grupo F, em que o índice de complexidade e risco é particularmente elevado, tem face aos dos grupos D, A, C e E.

O gráfico seguinte mostra a distribuição de BO periféricos, centrais e de ambulatório, nos respetivos grupos de *benchmarking* ACSS (Figura 16):

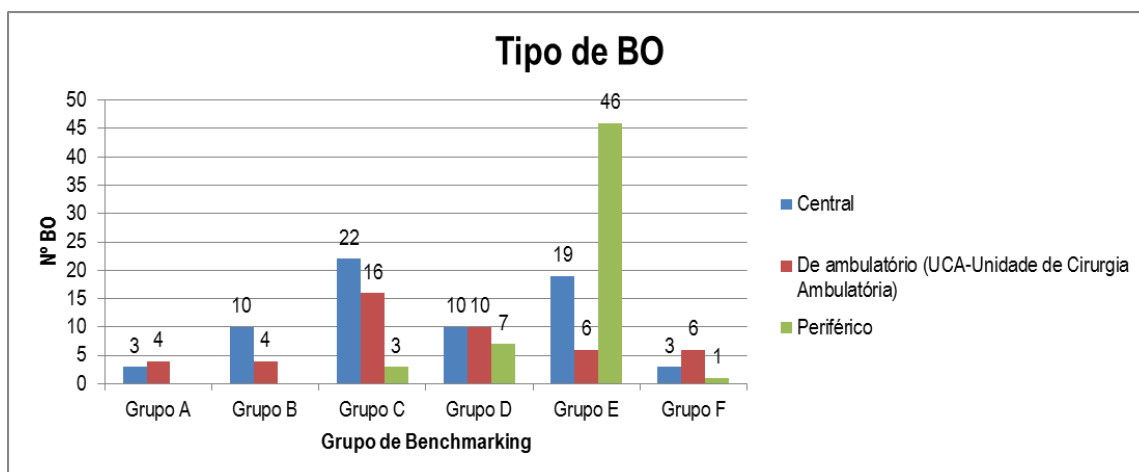


Figura 16. Distribuição do tipo de BO por grupo de benchmarking ACSS

Nesta distribuição entre BO centrais, de ambulatório e periféricos nos respetivos grupos de benchmarking ACSS (Figura 16), verifica-se que os grupos B, C e D se comportam de modo semelhante, apresentando maior número de BO centrais, seguido de blocos de ambulatório e menor número de BO periféricos.

No grupo E o número de BO periféricos é significativamente superior aos restantes. Tal distribuição pode ser justificada pela diferenciação das entidades que constituem o grupo E, como por exemplo CH São João, CH e Universitário de Coimbra ou CH Lisboa Central.

A maior proporção de BO de ambulatório encontra-se no grupo F (60%), seguido do grupo C (39%).

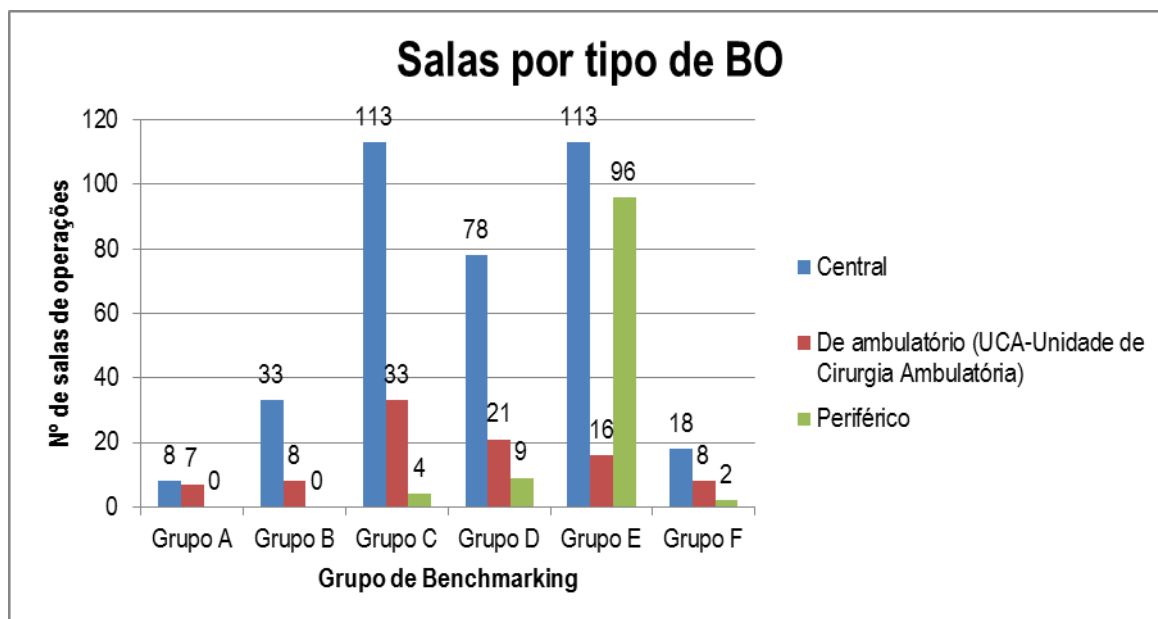


Figura 17. Distribuição das salas de operações por tipo de BO em cada grupo de benchmarking ACSS

Quanto ao número de salas por cada tipo de BO, verifica-se que a maior parte das salas se encontra em blocos centrais (64%). Por grupo de *benchmarking*, também se verifica a mesma tendência, seguida das salas em bloco de ambulatório e em menor quantidade em blocos periféricos. A exceção acontece no grupo E, no qual o maior número de salas em bloco periférico (43%) é superior ao número de salas em BO de ambulatório.

5.1.2. Modelo arquitetónico de bloco operatório

O gráfico da Figura 18 ilustra a distribuição dos modelos de BO atualmente existentes a nível nacional.

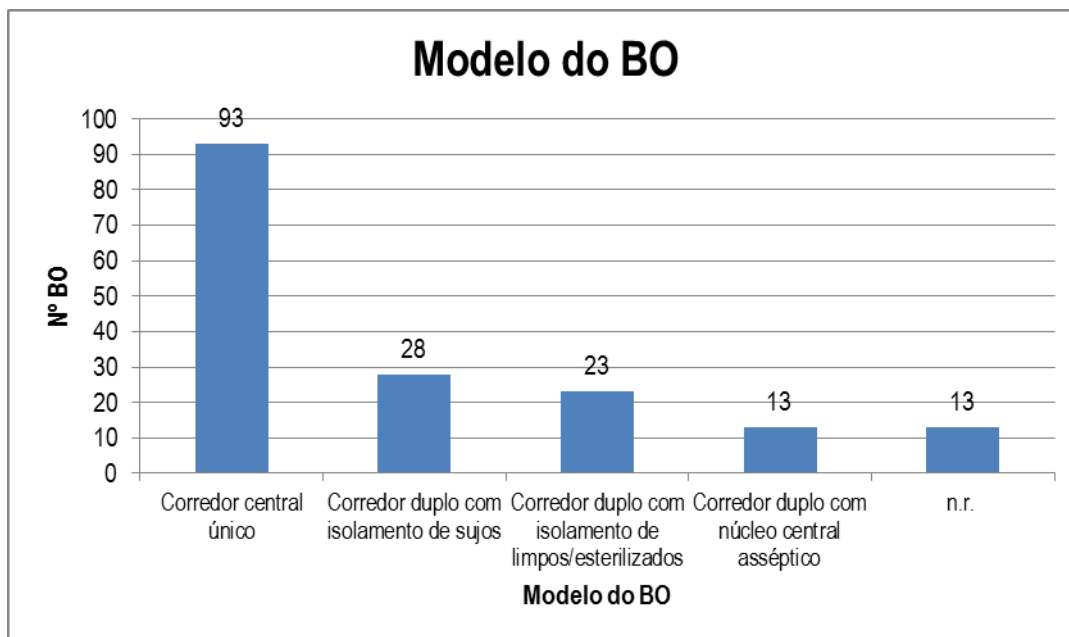


Figura 18. Distribuição dos modelos de bloco operatório em Portugal continental

No que se refere ao modelo de bloco operatório verifica-se que a maioria dos BO (55%) tem um corredor central único. Cerca de 8% (n=13) dos BO não responderam.

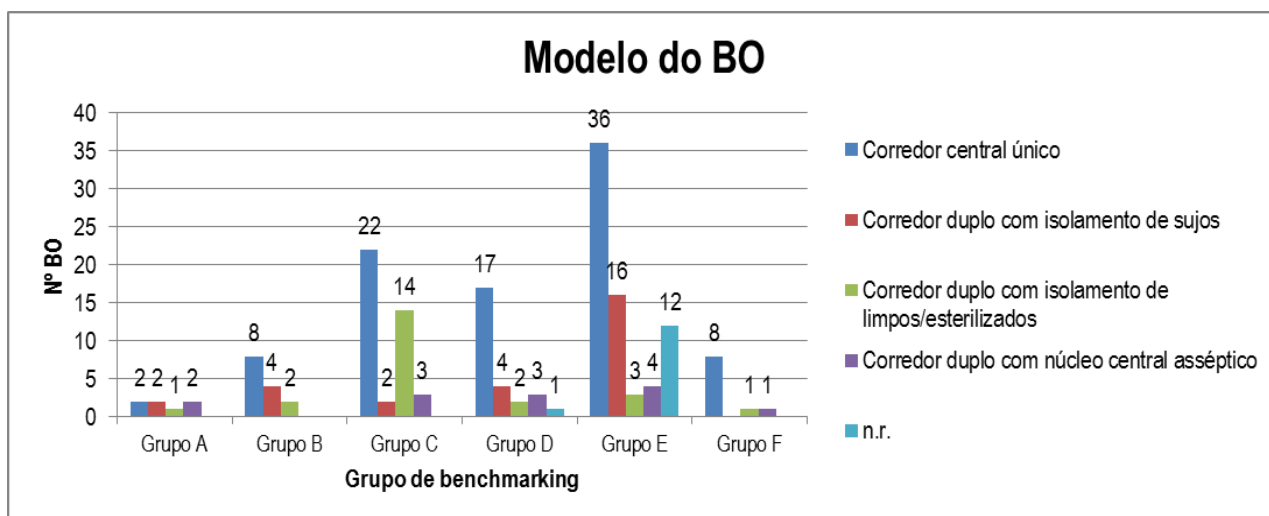


Figura 19. Modelo de BO por grupo de benchmarking ACSS

Proporcionalmente, é o grupo F que tem mais BO de corredor único (80%), seguido do grupo D (63%).

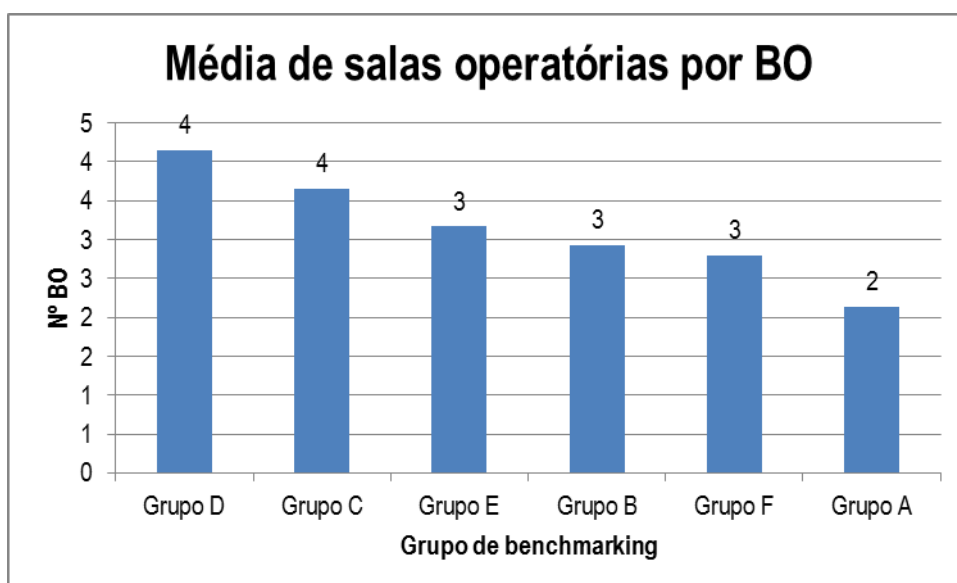


Figura 20. Salas operatórias por BO, por grupo de benchmarking ACSS

No global existem 4 BO por entidade hospitalar e uma média de 3 salas de operações por cada BO.

A nível nacional existem 47 BO (28%) com pelo menos uma sala dedicada à urgência.

Quadro 5. Número de Blocos por entidade

Entidade	Nº de Blocos
Alentejo	10
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	5
ULS Baixo Alentejo, EPE	1
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	2
ULS Norte Alentejano, EPE	2
Algarve	4
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	4
Centro	38
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	2
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	2
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	18
Centro Hospitalar Leiria, EPE	4
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	3
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	1
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	1
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	1
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	4
ULS Castelo Branco, EPE	2
LVT	60
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	2
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	15
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	12
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	3
Centro Hospitalar do Oeste	4
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	6
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	4
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P	1
Hospital de Cascais, P.P.P	2
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	1
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	2
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	3
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	2
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	1
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	2
Norte	58
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	3
Centro Hospitalar de S. João, EPE	12
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	4
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	4
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	6
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	2
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	8
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	2
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	3
Hospital de Braga, P.P.P	2
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	1
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	4
ULS Alto Minho, E.P.E.	2
ULS Matosinhos, E.P.E.	2
ULS Nordeste, E.P.E.	3
Total Geral	170^a

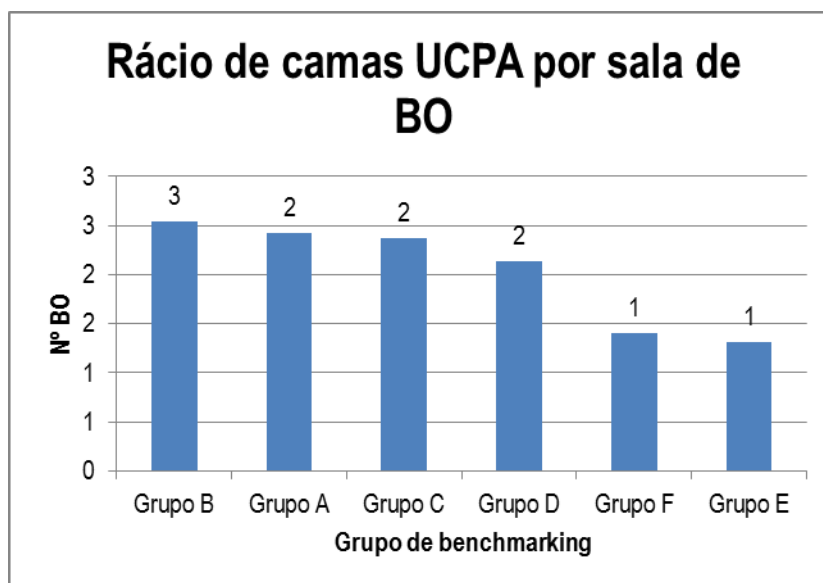


Figura 21. Rácio de camas UCPA por sala de BO, por grupo de benchmarking ACSS

O grupo B é aquele que tem mais camas de UCPA por sala de BO ($n=3$). Já o Grupo E é aquele que menos camas de UCPA tem por sala de BO ($n=1$).

5.1.3. Requisitos mínimos

Conforme referido na metodologia, salienta-se que os critérios selecionados para análise correspondem a uma seleção por parte dos peritos que constituem o grupo de trabalho, baseada nos requisitos mínimos das portarias dos licenciamentos (Portarias nº 290/2012 de 24 de setembro e nº 111/2014 de 23 de maio).

No quadro seguinte elencam-se os elementos Facilitadores da Organização e Qualidade, requisitos mais frequentemente observados. A metodologia seguida para obter estes resultados encontra-se descrita detalhadamente em capítulo próprio (metodologia).

A informação está ordenada do requisito mais cumprido entre os BO para o menos cumprido.

Quadro 6. Requisitos mínimos na totalidade dos BO

Requisitos mínimos	% de BO que cumpre o requisito
Zona desinfeção (preparação pré-cirúrgica das mãos)	98%
Alarme de incêndio	95%
Sala de sujos	95%
Autonomia da UPS	95%
Zona de material de consumo	91%
Pressão positiva nas salas	88%
Monitorização temperatura, humidade	88%
Zona de material de limpeza	87%
Zona de roupa limpa	86%
Monitorização de gases anestésicos	86%
Entrada (transfer in de doentes)	83%
Equipamento via área difícil	83%
Transfer de materiais (entrada)	73%
Rácio cadeirões/Sala BO (ambulatório)	65%
Rácio camas UCPA/Salas BO	41-53%
Desinfeção de camas/parque de camas (convencional)	46%
Recobro 2 - área por cadeirão $\geq 4\text{m}^2$ (ambulatório)	42%
Salas de Operações com Área útil $\geq 36\text{m}^2$	35%
Recobro 1 /UCPA - área por cama $\geq 12\text{m}^2$	30%

Os requisitos que são observados mais frequentemente (

Quadro 6) são, por ordem decrescente, a existência de zonas de desinfeção para preparação pré cirúrgica as mãos (98% dos BO), seguido da autonomia da UPS (95% dos BO), salas com pressão positiva e alarme de incêndio (88% do BO), monitorização de gases anestésicos (86%) e a existência de *transferência* de doentes (83%). Os requisitos menos frequentemente observados são a área por cama de UCPA (apenas 30% dos BO considerados cumpre este requisito) e área por cadeirão no recobro 2 (apenas 35% dos BO de ambulatório cumpre o requisito).

Relativamente à área das salas de operações, 35% das salas têm área útil igual ou superior a 36m².

Dos 137 BO que responderam à questão sobre área cama UCPA superior ou igual a 12m², responderam 137. Destes, 41 têm esta área ou superior (30%).

O quadro 7, abaixo, pretende resumir a percentagem de verificação dos requisitos mínimos dos BO em cada entidade.

A informação está ordenada da entidade que, em média, cumpre mais requisitos para a que cumpre menos requisitos.

Quadro 7. % de observação dos requisitos mínimos, por entidade

Entidades	Requisitos cumpridos (%)
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P	100%
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	94%
ULS Alto Minho, E.P.E.	89%
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	89%
Centro Hospitalar do Oeste	88%
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	84%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	84%
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	84%
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Mia do Conde, E.P.E.	84%
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	83%
Hospital de Braga, P.P.P	83%
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	81%
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	81%
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	79%
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	79%
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	78%
ULS Norte Alentejano, EPE	78%
Hospital de Cascais, P.P.P	78%
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	76%
Centro Hospitalar Setubal, E.P.E.	75%
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	75%
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	74%
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	74%
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	73%
ULS Matosinhos, E.P.E.	73%
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	73%
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	72%
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	71%
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	71%
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	71%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	70%
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	70%
ULS Nordeste, E.P.E.	69%
Centro Hospitalar de S. João, EPE	69%
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	69%
ULS Baixo Alentejo, EPE	67%
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	66%
ULS Castelo Branco, EPE	65%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	61%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	60%
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	57%
Centro Hospitalar Leiria, EPE	55%
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	50%
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	49%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	47%

O cumprimento dos requisitos varia entre 100% no Hospital Beatriz Ângelo, PPP e 47% no Instituto Português de Oncologia F. Gentil – Centro, EPE.

5.1.4. Recursos humanos

Considerando que para o funcionamento de um BO é necessária a existência de pelo menos cirurgiões, anestesiológicos, enfermeiros e assistentes operacionais, consideram-se neste quadro os dados dos hospitais referentes a cirurgiões e anestesiológicos.

Da análise do Quadro 8 referente ao número de horas afetas ao BO por diversos profissionais pode observar-se na segunda coluna o número de cirurgiões-padrão ajustados¹², o que corresponde ao número de cirurgiões por cada 35 horas de trabalho. Para o cálculo deste indicador são consideradas as horas semanais normais de trabalho dos cirurgiões acrescidas de 50% das horas semanais normais de trabalho dos cirurgiões internos por se considerar que estes últimos têm uma participação na atividade cirúrgica que pode substituir o cirurgião ajudante. Para além das horas normais de trabalho neste indicador são consideradas as horas teóricas semanais dos cirurgiões para a produção em modalidade remuneratória alternativa (MRA). As horas teóricas semanais dos cirurgiões para a produção em MRA¹³ têm como pressuposto que cada cirurgia padrão¹⁴ demora em média 2 horas, que tem a presença de dois cirurgiões e que num ano os cirurgiões trabalham 44 semanas¹⁵.

¹² **Cirurgiões padrão ajustados** – $[(\text{Horas semanais de trabalho Cirurgiões} + (\text{Horas semanais de trabalho Cirurgiões Internos} / 2)) + ((\text{Operados padrão MRA} / 44 \text{ semanas}) \times 2 \text{ horas} \times 2 \text{ cirurgiões})] / 35 \text{ horas}$.

¹³ **Horas teóricas semanais dos cirurgiões para a produção em MRA** – $[(\text{Operados padrão MRA} / 44 \text{ semanas}) \times 2 \text{ horas} \times 2 \text{ cirurgiões}]$

¹⁴ **Cirurgia padrão ou operado padrão ou produção cirúrgica padrão** – número de episódios com cirurgia realizada ajustados à complexidade cirúrgica (média do peso relativo). O peso relativo decorre do apuramento do GDH (constante na tabela de preço 2012, Portaria nº 271/2012/), da cirurgia corrigida na conclusão, do episódio terapêutico cirúrgico. Para efeitos de cálculos da média do peso relativo (MPR) não são tidos em conta episódios com peso relativo zero (situação que ocorre quando a codificação está errada e corresponde a grupos de diagnósticos. No entanto para cálculo dos operados padrão, todos os operados são tidos em conta sendo ajustados à média do peso relativo do grupo de episódios com valor apurado.

¹⁵ **Semanas anuais de trabalho** – 52 semanas no ano onde se subtrai 5 semanas de férias, 1 semana de feriados e 2 semanas de formação e outras atividades.

A terceira coluna do quadro 8 identifica o rácio entre as horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO face às horas de trabalho de cirurgiões¹⁶, o que corresponde à percentagem de horas de trabalho dos cirurgiões afetas ao bloco operatório. Para o cálculo deste indicador à semelhança da segunda coluna, no denominador, são consideradas as horas semanais normais de trabalho dos cirurgiões acrescidas de 50% das horas semanais normais de trabalho dos cirurgiões internos. Para além das horas normais de trabalho neste indicador são consideradas as horas teóricas semanais dos cirurgiões para a produção em MRA. As horas teóricas semanais dos cirurgiões para a produção em MRA têm como pressuposto que cada cirurgia padrão demora em média 2 horas, que tem a presença de dois cirurgiões e que num ano os cirurgiões trabalham 44 semanas. Para o cálculo do numerador são consideradas as horas semanais normais afetas ao BO dos cirurgiões acrescidas de 50% das horas semanais normais afetas ao BO dos cirurgiões internos. Para além das horas normais afetas ao BO também neste indicador são consideradas as horas teóricas semanais dos cirurgiões para a produção em MRA.

De acordo com SIGIC para um hospital não especializado considera-se *standard* para um cirurgião padrão 30% do tempo afeto ao BO (10,5h), 30% ao internamento (10,5h), 30% à consulta/MCDT (10,5h) e 10% afeto a outras atividades (3,5h).

Neste caso podemos observar que os dados indicam que 46,8% das entidades hospitalares afetam menos tempo de cirurgiões ao BO do que seria desejável. Isto é, por exemplo, o Hospital de Cascais afeta 17% do tempo dos seus cirurgiões ao BO, indicando que afeta menos tempo que o desejável (30%). Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, verifica-se que o grupo F é aquele que no conjunto afeta mais tempo de cirurgião ao BO (40%) e o que afeta menos tempo é o grupo A (23 %). Em termos nacionais, o valor de afetação de tempo de cirurgião ao BO é de 30%, estando no nível desejável.

A quarta coluna do quadro 8 identifica o número de anestesiológicos padrão ajustados¹⁷, o que corresponde ao número de anestesiológicos por cada 35 horas de trabalho. Para o cálculo deste indicador são consideradas as horas semanais normais de trabalho dos anestesiológicos. No

¹⁶ **Rácio entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO face às horas de trabalho de cirurgiões** – $\frac{[(\text{Horas semanais afetas ao BO dos Cirurgiões} + (\text{Horas semanais afetas ao BO dos Cirurgiões Internos} / 2)) + ((\text{Operados padrão MRA} / 44 \text{ semanas}) \times 2 \text{ horas} \times 2 \text{ cirurgiões})]}{[(\text{Horas semanais de trabalho Cirurgiões} + (\text{Horas semanais de trabalho Cirurgiões Internos} / 2)) + ((\text{Operados padrão MRA} / 44 \text{ semanas}) \times 2 \text{ horas} \times 2 \text{ cirurgiões})]}$

¹⁷ **Anestesista padrão ajustados** – $\frac{H \text{ Horas semanais de trabalho Anestesistas} + ((\text{Operados padrão MRA} / 44 \text{ semanas}) \times 2 \text{ horas} \times 1 \text{ anestesista})}{35 \text{ horas}}$

caso dos anestesiológicos não são consideradas as horas semanais normais de trabalho dos internos por se considerar que estes últimos quando têm uma participação na atividade cirúrgica não substituem o anestesiológico. Para além das horas normais de trabalho neste indicador são consideradas as horas teóricas semanais dos anestesiológicos para a produção em MRA. As horas teóricas semanais dos anestesiológicos para a produção em MRA ¹⁸ têm como pressuposto que cada cirurgia padrão demora em média 2h, que tem a presença de um anestesiológico e que num ano os anestesiológicos trabalham 44 semanas.

A quinta coluna do quadro 8 identifica o rácio entre as horas ajustadas de anestesiológicos afetas ao BO face às horas de trabalho de anestesiológicos ¹⁹, o que corresponde à percentagem de horas de trabalho dos anestesiológicos afetas ao bloco operatório. Para o cálculo deste indicador à semelhança da quarta coluna, no denominador, são consideradas as horas semanais normais de trabalho dos anestesiológicos. Para além das horas normais de trabalho neste indicador são consideradas as horas teóricas semanais dos anestesiológicos para a produção em MRA. As horas teóricas semanais dos anestesiológicos para a produção em MRA têm como pressuposto que cada cirurgia padrão demora em média 2h, que tem a presença de um anestesiológico e que num ano os anestesiológicos trabalham 44 semanas. Para o cálculo do numerador são consideradas as horas semanais normais afetas ao BO dos anestesiológicos. Para além das horas normais afetas ao BO também neste indicador são consideradas as horas teóricas semanais dos anestesiológicos para a produção em MRA.

De acordo com SIGIC para um hospital não especializado considera-se *standard* para um anestesiológico padrão 50% do tempo afeto ao BO (17,5h) e 50% a outras atividades (17,5h) consulta, internamento, etc.

Neste caso podemos observar que os dados indicam que 23,6% das entidades hospitalares afetam menos tempo de anestesiológicos ao BO do que seria desejável. Isto é, por exemplo, o Hospital de Cascais afeta 27% do tempo dos seus anestesiológicos ao BO, indicando que afeta menos tempo que o desejável (50%). Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, todos os grupos no seu conjunto estão acima do valor *standard*, no entanto verifica-se

¹⁸ Horas teóricas semanais dos anestesistas para a produção em MRA –

$$[(\text{Operados padrão MRA} / 44 \text{ semanas}) \times 2 \text{ horas} \times 1 \text{ anestesista}]$$

¹⁹ Rácio entre horas ajustadas de anestesista afetas ao BO face às horas de trabalho de anestesistas –
$$\frac{\{ \text{Horas semanais afetas ao BO dos anestesistas} + [(\text{Operados padrão MRA} / 44 \text{ semanas}) \times 1,5 \text{ horas} \times 1 \text{ anestesista}] \}}{\{ \text{Horas semanais de trabalho anestesista} + [(\text{Operados padrão MRA} / 44 \text{ semanas}) \times 1,5 \text{ horas} \times 1 \text{ anestesista}] \}}$$

que o grupo D é aquele que no conjunto afeta mais tempo de anestesiolista ao BO (69%) e o que afeta menos tempo é o grupo B (56%). Em termos nacionais o valor é de 62%, estando acima do *standard*.

Há que salvaguardar que não é uniforme entre todos os hospitais a forma como é contabilizado o tempo dedicado pela Anestesiologia ao Serviço de Urgência nem o formato como o mesmo está organizado. A produção de urgência é pois, por vezes, de difícil cruzamento com as horas disponíveis pelos recursos.

A leitura das colunas – recursos padrão – deve ser equacionada à luz da produção do respetivo hospital. Não obstante, para hospitais com atribuições e áreas de referência semelhantes seria de esperar encontrar valores semelhantes.

Na leitura das colunas – Rácios ... - não se pode extrapolar os valores para considerar profissionais isolados ou mesmo serviços isolados. Na atividade dos cirurgiões, as consultas, o acompanhamento dos doentes no internamento e outras tarefas são muito importantes, pelo que uma parte do tempo global deve ser utilizada nestas tarefas. O mesmo se passa com os anestesiolistas que têm a função de realizar um acompanhamento perioperatório e as consultas de anestesia.

Quadro 8. Percentagem das horas afetas ao BO face ao total de horas de trabalho para os cirurgiões e anestesistas, por entidade hospitalar para 2014.

Entidade	Cirurgiões padrão ajustados	Rácio entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO face às horas de trabalho de cirurgiões	Anestesistas padrão ajustados	Rácio entre horas ajustadas de anestesistas afetas ao BO face às horas de trabalho de anestesistas
CH Oeste	69	20%	14	46%
H Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	6	43%	2	69%
H Dr. Franc. Zagalo - Ovar	7	41%	4	78%
H José Luc. de Castro - Anadia	3	39%	1	48%
Inst. Oft. Dr. Gama Pinto - Lx	27	21%	3	71%
GRUPO A	113	23%	25	57%
CH Médio Ave - Famalicão	62	25%	14	47%
CH Póvoa do Varzim/VC	19	54%	8	69%
H D. Figueira da Foz	23	31%	5	86%
H Sta Maria Maior - Barcelos	14	31%	2	59%
H V. F. Xira	67	22%	24	37%
ULS Castelo Branco	39	27%	7	64%
ULS Guarda	32	25%	6	82%
ULS Litoral Alent. - Sant. Cacém	30	18%	6	41%
ULS Nordeste - Bragança	43	38%	10	75%
GRUPO B	329	28%	82	56%
CH Alto Ave - Guimarães	87	36%	27	81%
CH Baixo Vouga	106	20%	22	50%
CH Barreiro Montijo	47	29%	8	97%
CH Cova da Beira - Covilhã	40	31%	6	78%
CH Entre o Douro e Vouga	80	41%	23	85%
CH Leiria - Pombal	94	27%	24	52%
CH Médio Tejo - T. Novas	65	28%	13	31%
CH Setúbal	108	31%	22	74%
CH Tâmega e Sousa	112	25%	32	54%
H Beatriz Ângelo - Loures	100	24%	19	52%
H D. Santarém	60	32%	8	83%
HPP - H Cascais	61	17%	19	27%
ULS Alto Minho - V. Castelo	72	34%	15	71%
ULS Baixo Alentejo - Beja	37	24%	6	79%
ULS Matosinhos	103	29%	25	54%
ULS Norte Alentejano - Portalegre	27	35%	5	67%
GRUPO C	1.198	28%	273	62%
CH Algarve	100	38%	23	75%
CH Tondela - Viseu	102	35%	40	65%
CH Trás-os-Montes e Alt. Douro	80	35%	18	85%
CH V. Nova de Gaia/Espinho	136	43%	40	96%
H Braga	162	24%	40	49%
H Espírito Santo - Évora	102	25%	16	57%
H Fern. da Fonseca - Lx	77	47%	18	82%
H Garcia de Orta - Almada	132	25%	22	43%
GRUPO D	890	33%	218	69%
CH Lisboa Central	366	35%	81	63%
CH Lisboa Norte	239	29%	69	45%
CH Lisboa Ocidental	224	23%	45	58%
CH Porto	222	31%	87	48%
CH São João	306	36%	62	84%
CH Univer. de Coimbra	343	27%	74	66%
GRUPO E	1.701	30%	418	60%
IPO Coimbra	40	40%	13	76%
IPO Lisboa	71	33%	27	51%
IPO Porto	72	48%	24	66%
GRUPO F	183	40%	64	61%
Nacional	4.414	30%	1.079	62%

Fonte: SIGLIC, dados provisórios de capacidade instalada de 2014 extraídos a 29.05.2015.

Nota 1: Neste quadro no caso dos cirurgiões são contabilizadas metade das horas dos internos. No caso dos anestesistas não são incluídos os internos.

Nota 2: Nos indicadores deste quadro são consideradas para além das horas semanais normais de trabalho, as horas teóricas semanais para a produção em MRA.

5.2. Qualidade

5.2.1. Acreditação/certificação

Para maior facilidade na leitura dos gráficos, salienta-se que as questões/quadros solicitados aos BO correspondem à legenda dos gráficos. Nos casos em que tal não acontece, explicita-se na análise qual a questão efetuada.

O gráfico seguinte representa, por região de saúde, a percentagem de unidades hospitalares acreditadas/certificadas.

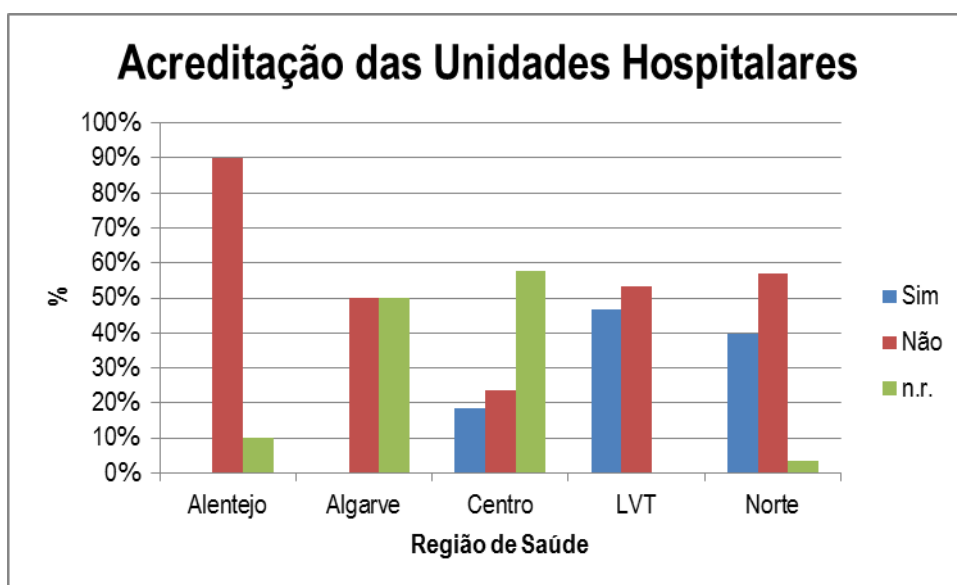


Figura 22. Unidades Hospitalares Certificadas

Para a questão “A Unidade Hospitalar é Acreditada/Certificada?”, verificou-se que 7% das unidades hospitalares não responderam. Relativamente às restantes unidades hospitalares, constata-se que apenas 36% são certificadas/acreditadas.

Nas regiões do Alentejo e Algarve não existem unidades hospitalares acreditadas/certificadas. No que respeita às outras três regiões de saúde (Centro, LVT e Norte), a proporção de unidades certificadas é inferior à proporção de unidades hospitalares não certificadas (Figura 22).

Da mesma forma, pode visualizar-se no quadro seguinte a percentagem de blocos operatórios acreditados/certificados.

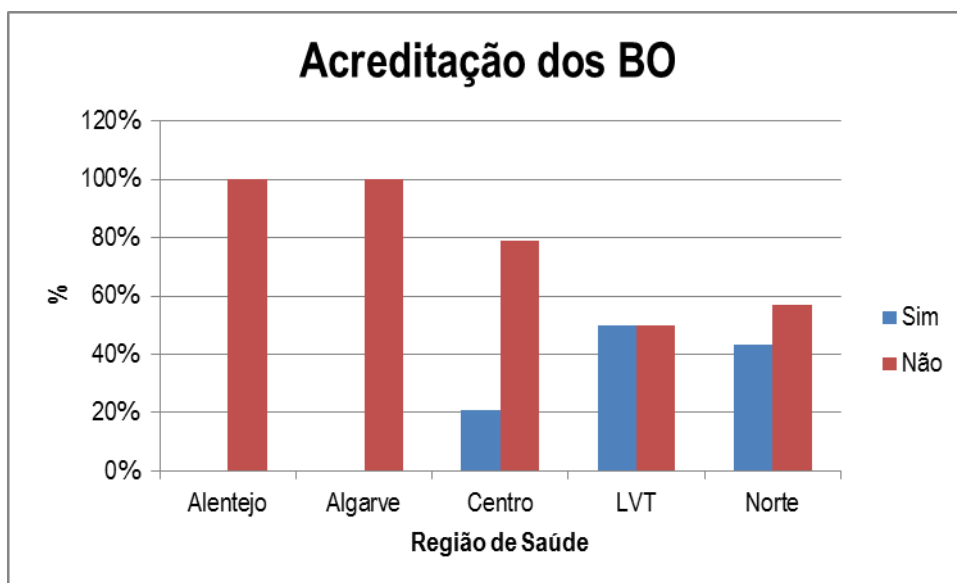


Figura 23. Blocos operatórios certificados

Em relação à acreditação dos BO (“O Bloco Operatório é Acreditado/Certificado?”), dos 98% BO que responderam a situação é semelhante às unidades hospitalares, ou seja, não existindo BO certificados/acreditados nas regiões do Alentejo e Algarve. De igual modo, nas restantes regiões de saúde, a proporção de BO acreditados/certificados é inferior à proporção de BO não certificados (Figura 23).

5.2.2. Elementos facilitadores da organização e qualidade

Sistemas

O quadro que se segue reporta a situação relativa ao agendamento operatório informatizado:

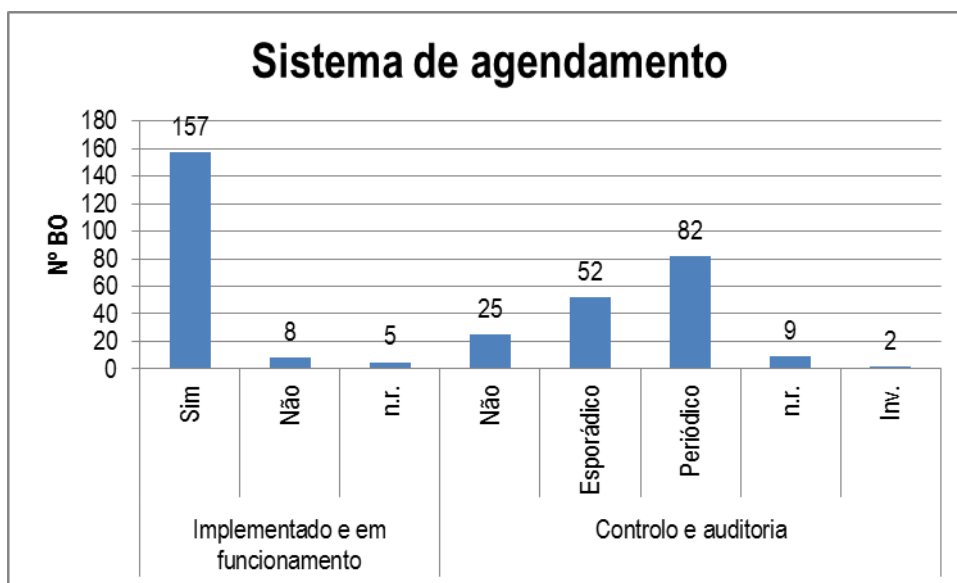


Figura 24. Sistema de agendamento operatório informatizado

Entre os respondentes quanto à existência de sistema de agendamento informatizado, a maioria dos BO refere a existência deste sistema (92%; n=157). Em 157 BO o sistema está implementado e em funcionamento e em 82 (48%) BO o controlo e auditoria do sistema de agendamento é periódico.

A seguir, o quadro apresentado, reflete a situação de existência, implementação e funcionamento de regulamento nos blocos operatórios.

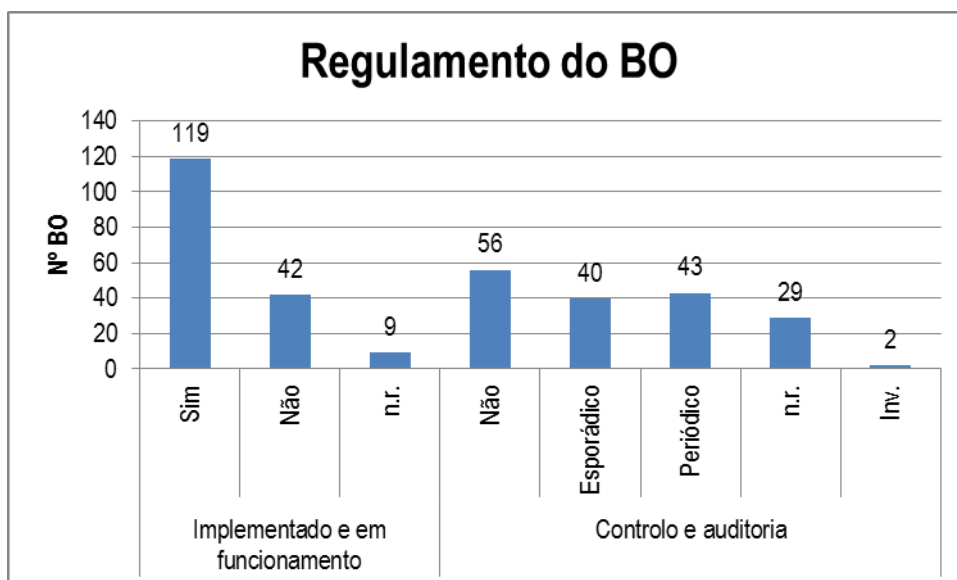


Figura 25. Regulamento do bloco operatório

Quanto ao regulamento do BO, verifica-se que está implementado e em funcionamento em 119 BO (70%) e é um elemento sujeito a controlo e auditoria periódico em 43 BO.

Seguidamente, o gráfico representa a situação dos blocos operatórios no que respeita à existência de um sistema de gestão de risco.

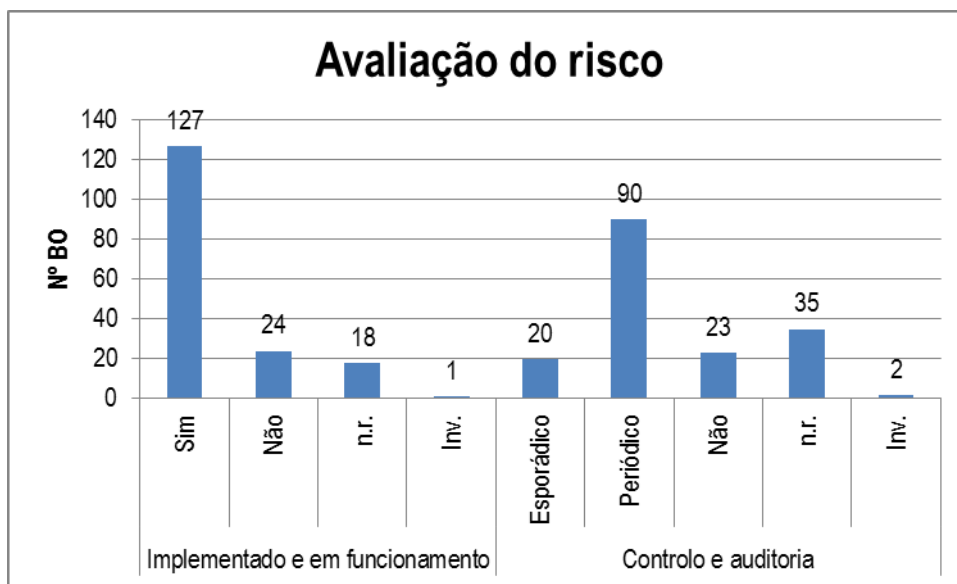


Figura 26. Sistema de avaliação do risco

No que concerne o sistema de gestão do risco, com aplicação no BO, 75% (n=127) dos BO têm um sistema de avaliação do risco implementado e em funcionamento. Este item é sujeito a controlo e auditoria periódicos em 90 BO (Figura 26).

O gráfico seguinte apresenta a situação atualmente existente no que se refere à existência de um sistema de gestão de incidentes.

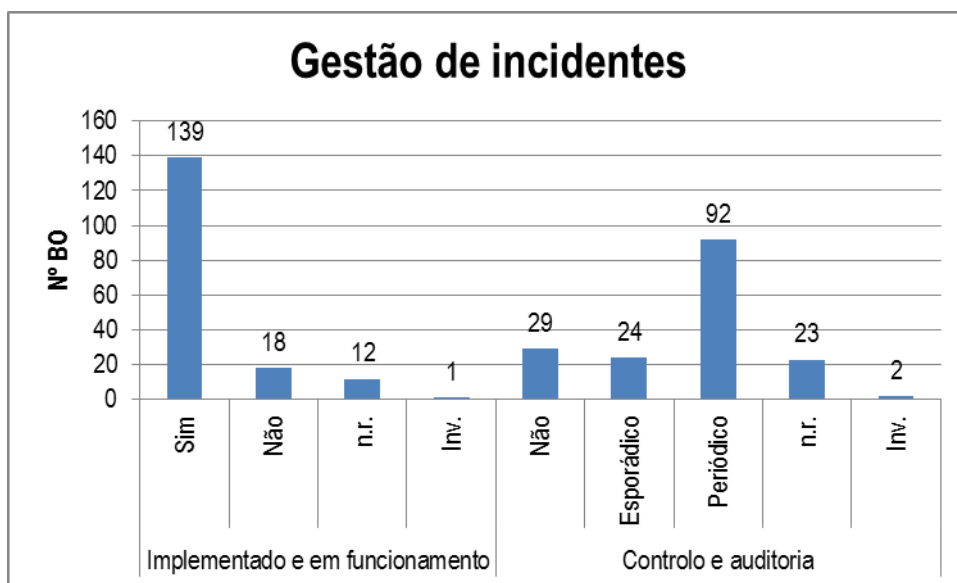


Figura 27. Sistema de gestão de incidentes

Quanto ao sistema de gestão de incidentes (Figura 27), está implementado e em funcionamento em 82% (n=139) dos BO e é alvo de auditoria e controlo periódicos em 92 BO.

Estes dados indicam assim que nem todos os BO têm as duas componentes de gestão do risco implementadas

No que se refere à implementação e funcionamento do processo clínico eletrónico, a figura que se segue apresenta a situação presente.

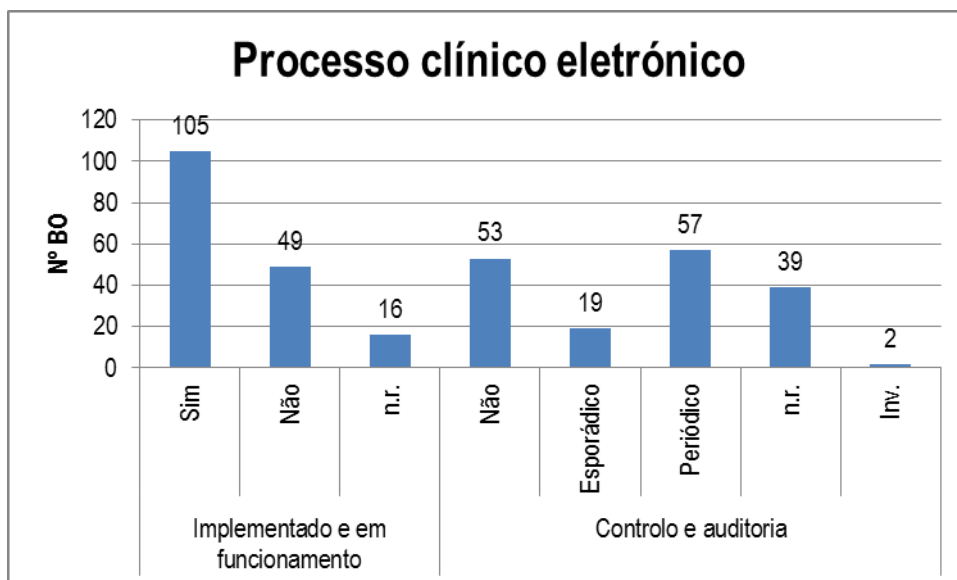


Figura 28. Processo clínico eletrónico com módulo de BO

Apenas cerca de 62% dos BO a nível nacional (n=105) têm processo clínico eletrónico implementado e em funcionamento.

Seguidamente, a figura mostra a situação existente relativamente ao programa “ Cirurgia Segura”.

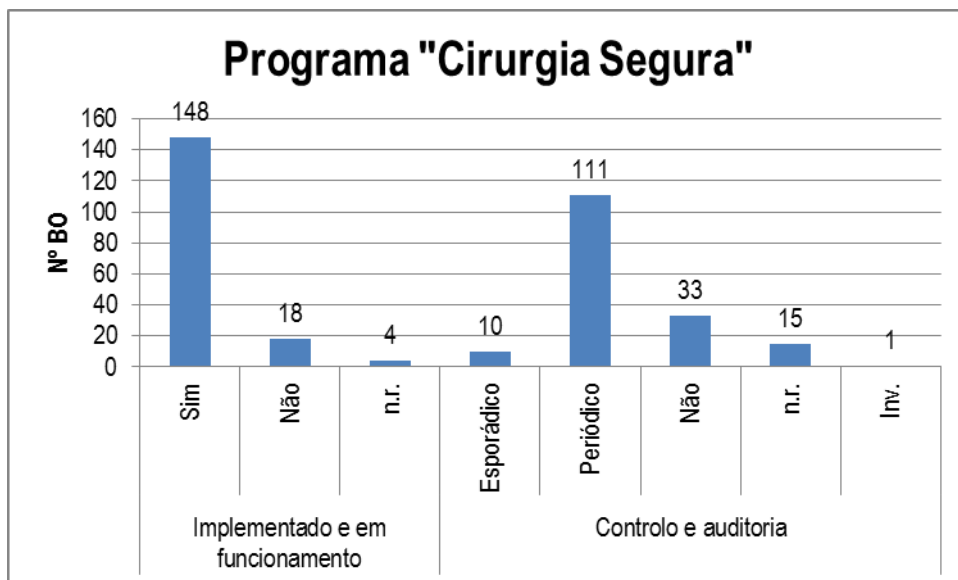


Figura 29. Programa Cirurgia Segura informatizado

O programa “Cirurgia Segura” está implementado e em funcionamento em 148 BO (87%). Apenas em 111 BO este elemento é sujeito a controlo e auditoria periódicos.

A figura seguinte refere-se ao sistema de imagem digital informatizado.

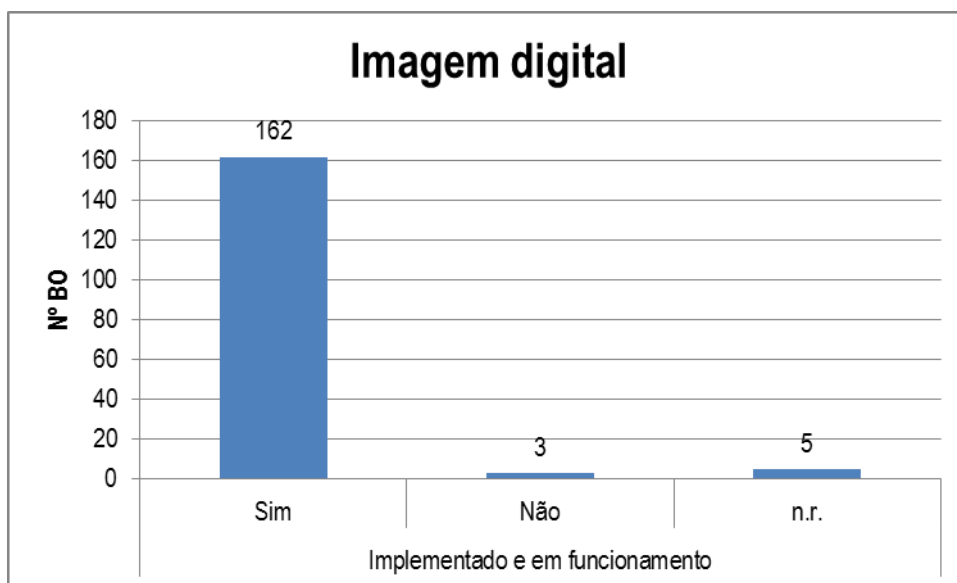


Figura 30. Sistema de imagem digital informatizado

Quanto ao sistema de imagem digital informatizado, verifica-se a sua implementação e funcionamento na maioria dos BO (95%; n=162), conforme Figura 30.

A próxima figura retrata a situação existente relativa ao sistema de patologia clínica informatizado.

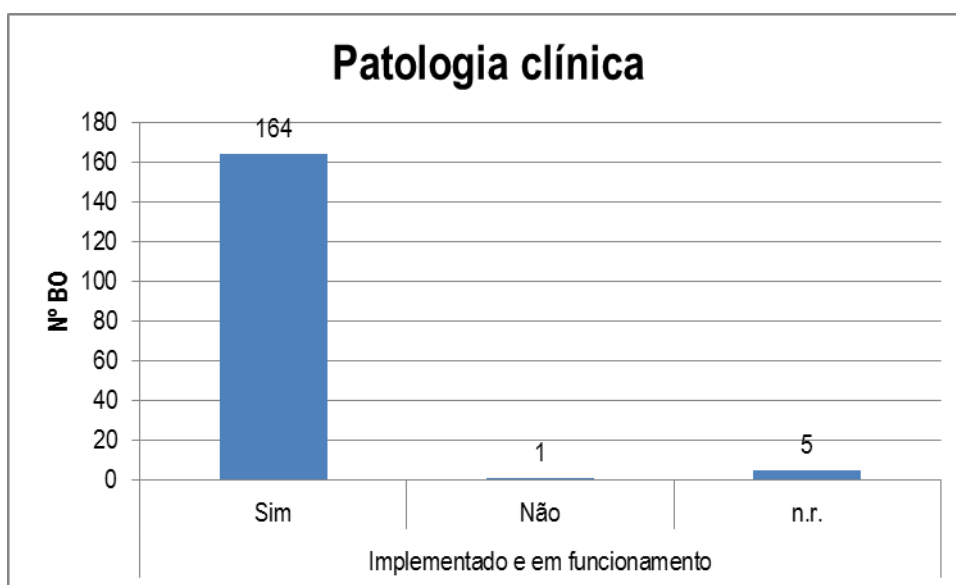


Figura 31. Sistema de patologia clínica informatizado

Em 164 (96%) BO está implementado e em funcionamento um sistema de patologia clínica informatizado.

A figura seguinte apresenta a fotografia atual quanto ao sistema de comunicação integrado nos blocos operatórios.

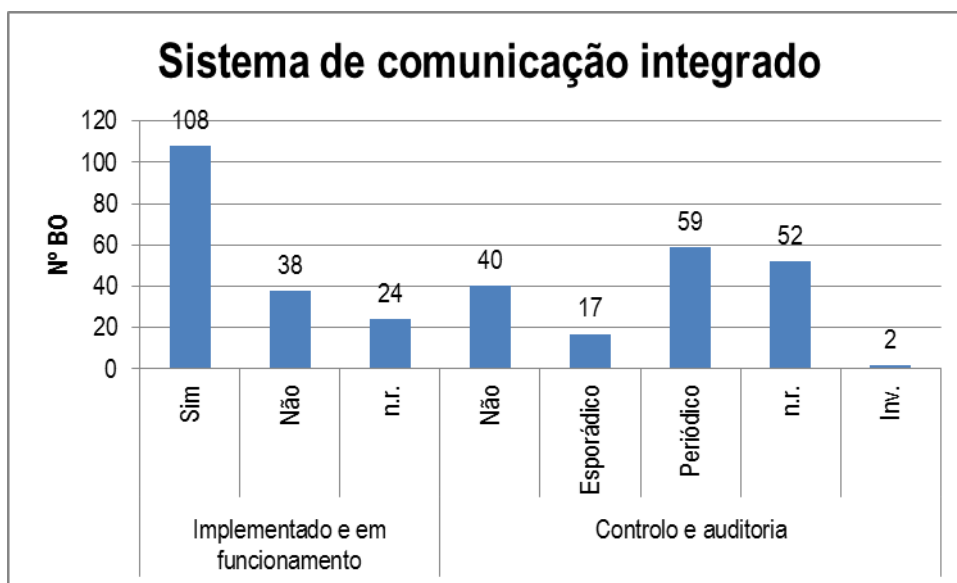


Figura 32. Sistemas de comunicação integrado

Perante a análise do gráfico, verifica-se que mais de metade dos BO (64%; n=108) tem implementado e em funcionamento um sistema de comunicação integrado. No entanto, o controlo e auditoria periódicos destes elementos é efetuado em 59 BO (Figura 32) (35%).

Segue-se a situação relativa ao sistema de controlo de gestão.

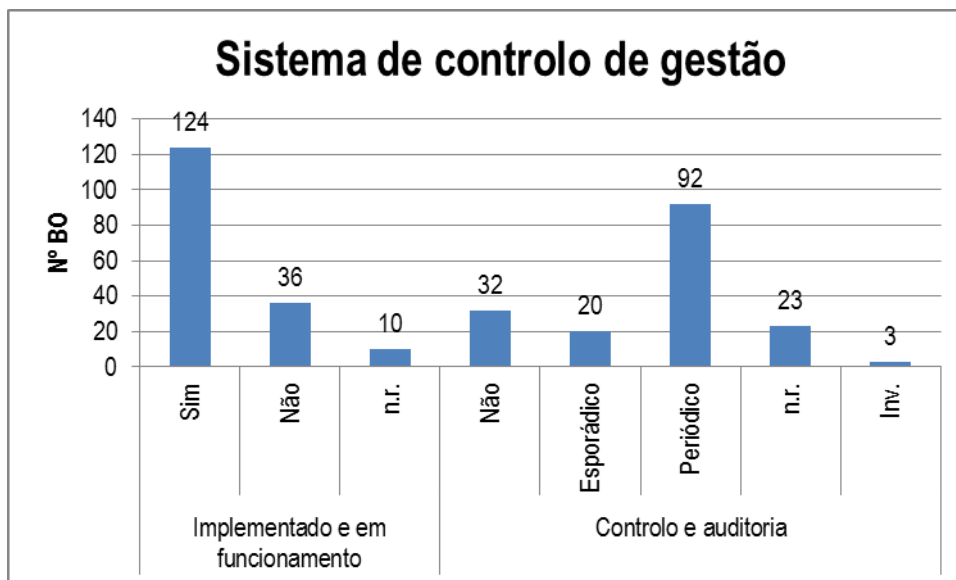


Figura 33. Sistema de controlo de gestão

Quanto ao sistema de controlo e gestão, os resultados indicam a sua implementação e funcionamento em 124 BO (73%), sendo sujeito a controlo e auditoria em 92 BO.

A figura seguinte apresenta o gráfico relativo à segurança de hemoderivados.

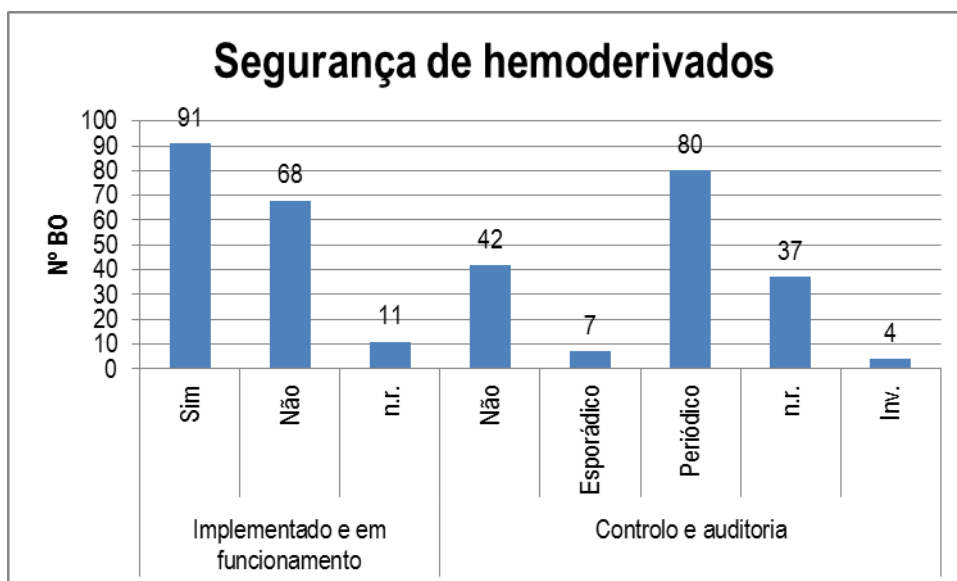


Figura 34. Sistema de segurança de hemoderivados informatizado

Relativamente ao sistema de segurança de hemoderivados está implementado e em funcionamento em apenas 91 BO (54%). Por outro lado, o controlo e auditoria são efetuados periodicamente em 80 BO (47%) (Figura 34).

Mostra-se a seguir o estado relativo à existência de um sistema de gestão de *stocks* informatizado nos blocos operatórios.

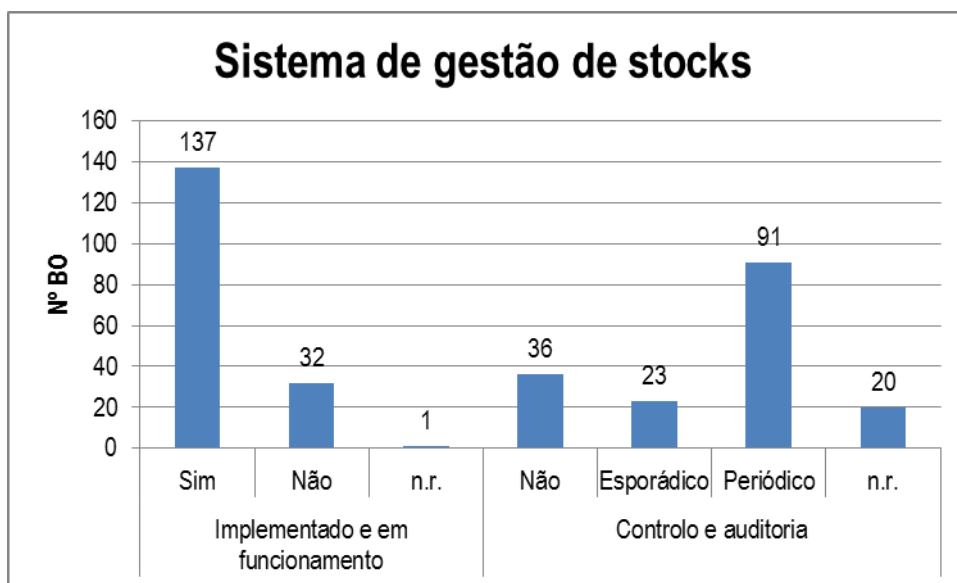


Figura 35. Sistemas de apoio à logística de gestão de stocks informatizado

No que respeita ao sistema de gestão de *stocks* informatizado, verifica-se a sua implementação e funcionamento em 137 BO (81%). Apenas em 91 (54%) BO este elemento é objeto de controlo e auditoria periódico.

O gráfico da figura seguinte reporta-se ao sistema informatizado de apoio à logística de gestão de fármacos.

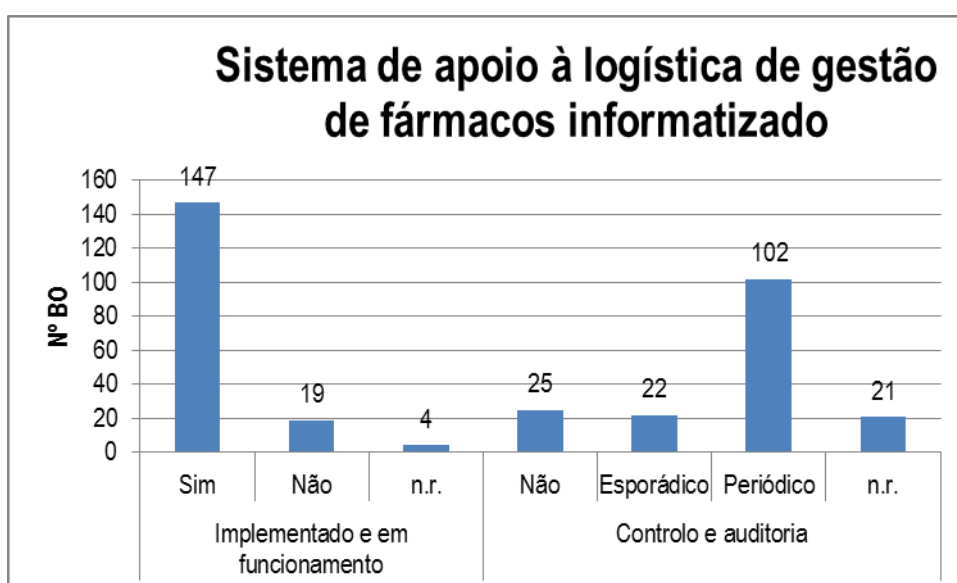


Figura 36. Sistemas de apoio à logística de gestão de fármacos informatizado

O sistema de apoio à logística de gestão de fármacos informatizado encontra-se implementado e em funcionamento em 147 BO (86%). Em 102 BO (60%) este elemento é alvo de controlo e auditoria periódico.

Protocolos

Mostra-se seguidamente a situação presente relativa à profilaxia antibiótica.

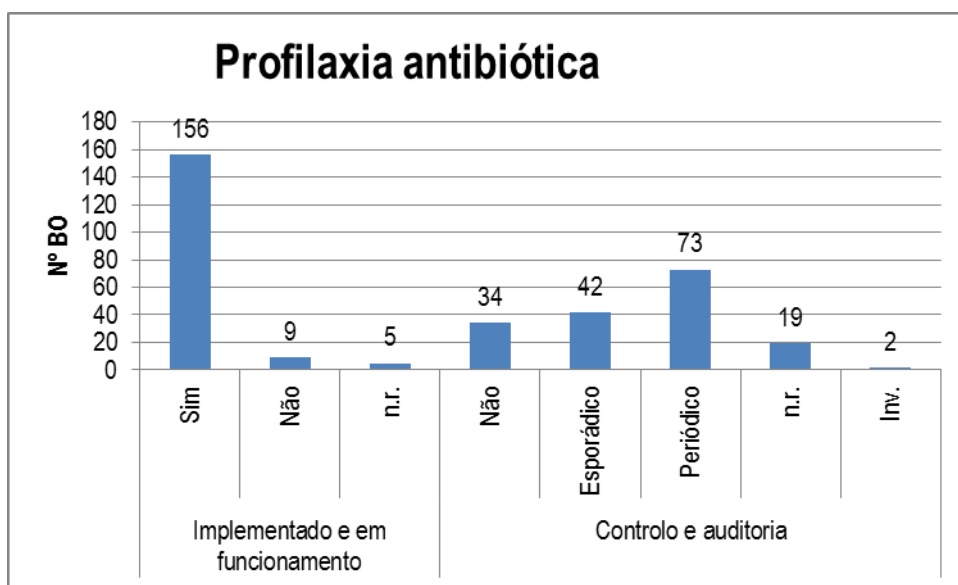


Figura 37. Protocolo de profilaxia antibiótica

Quanto aos protocolos de profilaxia antibiótica, estão implementados e em funcionamento em 156 BO (92%). Estes protocolos são sujeitos a auditoria e controlo periódicos em 73 BO.

Relativamente aos protocolos de profilaxia do trombo-embolismo, a situação atual é a que se demonstra na figura abaixo.

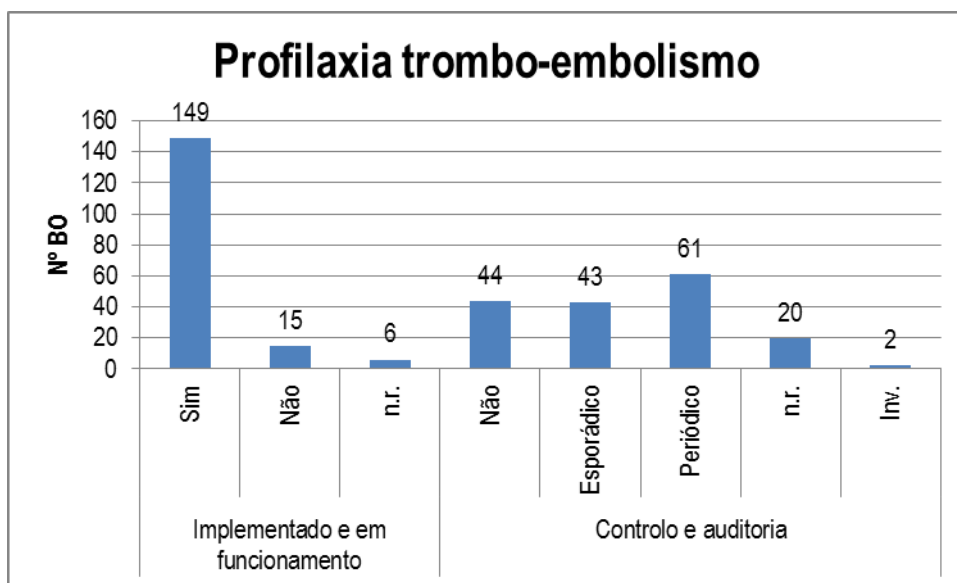


Figura 38. Profilaxia Trombo-embolismo

Os protocolos de profilaxia do trombo-embolismo estão implementados em 149 BO (88%). O controlo e auditoria periódica destes protocolos tem lugar em 61 BO.

O gráfico da figura seguinte reflete a situação presente relativamente aos protocolos anestésicos.

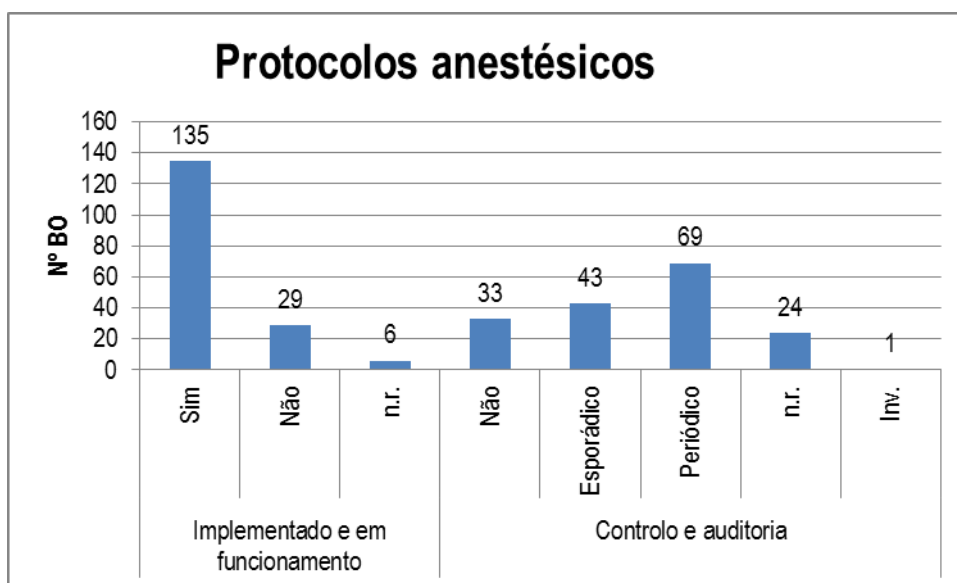


Figura 39. Protocolos Anestésicos

Quanto aos protocolos anestésicos verifica-se que estão implementados e em funcionamento em 135 BO (79%). O controlo e auditoria destes protocolos são efetuados periodicamente em 69 BO.

Mostra-se, em seguida a situação relativa aos protocolos de higienização.

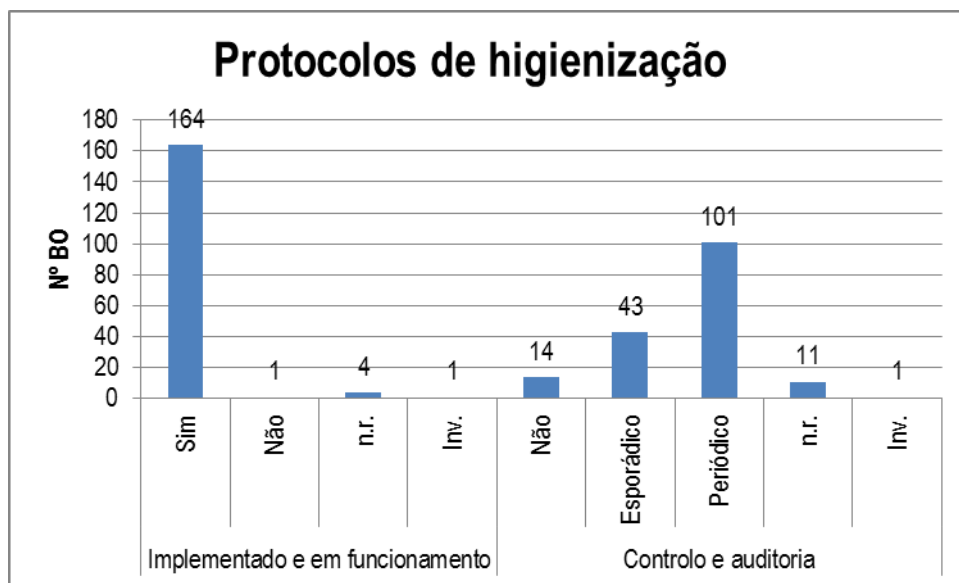


Figura 40. Protocolos de Higienização

Os protocolos de higienização estão implementados e em funcionamento em 164 BO (96%). Estes protocolos são sujeitos a auditoria e controlo periódicos em 101 BO (45%).

A figura que se segue é relativa aos protocolos de controlo da infeção.

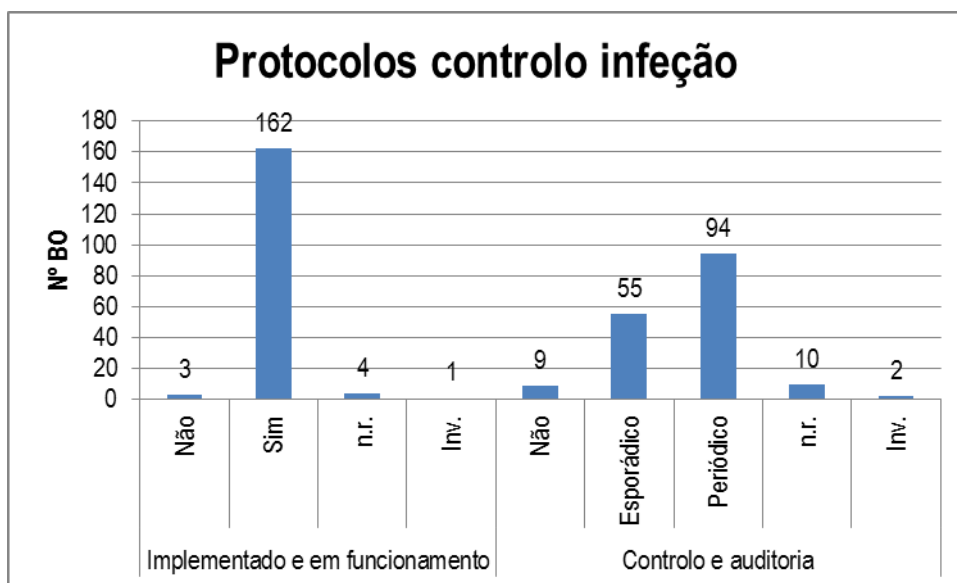


Figura 41. Protocolos de controlo de infeção

Os protocolos de controlo de infeção estão implementados em 162 BO (95%) e são sujeitos a controlo e auditoria periódicos em 94 BO.

Relativamente ao Protocolo de Verificação na transferência de cuidados (receção e alta de utentes), a situação é a que se evidencia na figura seguinte.

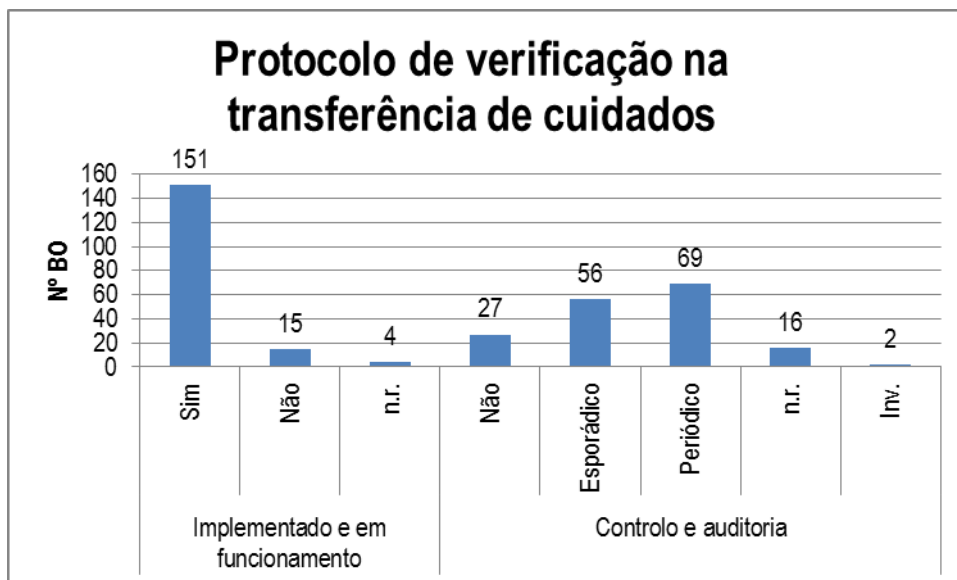


Figura 42. Protocolo de Verificação na transferência de cuidados (receção e alta de utentes)

O Protocolo de verificação na transferência de cuidados (receção e alta de utentes) encontra-se implementado e em funcionamento em 151 BO (89%). Este elemento é objeto de controlo e auditoria periódicos em 69 BO.

O gráfico da figura que se segue é respeitante aos protocolos relativos ao recobro.

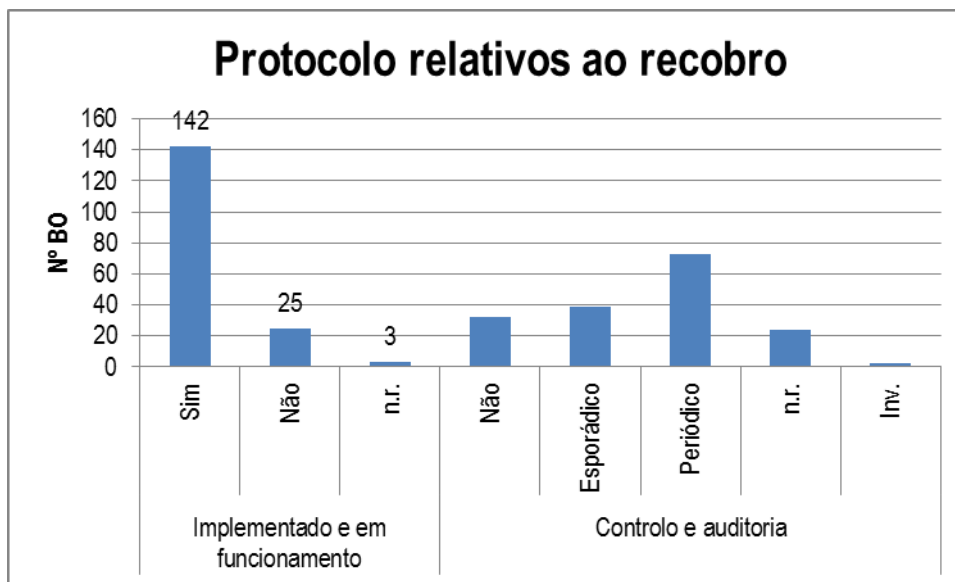
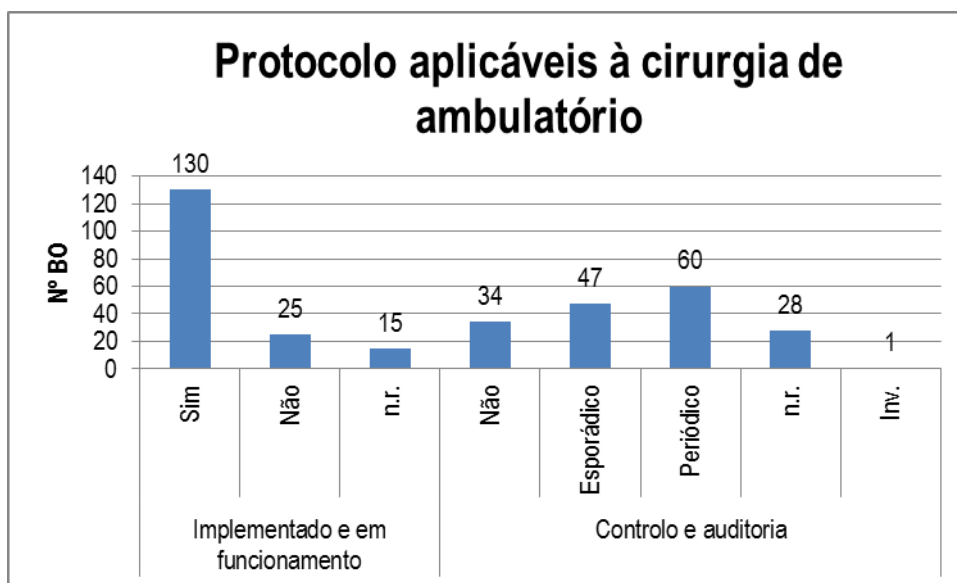


Figura 43. Protocolos relativos ao recobro

No que concerne os protocolos relativos ao recobro, verifica-se que os mesmos encontram-se implementados e em funcionamento em 142 (84%) BO. Em 66 BO, este elemento é alvo de controlo e auditoria periódico conforme a Figura 43.

Apresenta-se de seguida o estado de situação relativa aos protocolos aplicáveis à cirurgia de ambulatório.



Nota: Apenas 50 BO são de ambulatório, mas alguns deles não têm dedicação exclusiva ao ambulatório ou à cirurgia convencional, pelo que se consideraram aqui todos os BO que responderam e não apenas os BO de ambulatório.

Figura 44. Protocolos aplicáveis à cirurgia de ambulatório

Relativamente aos protocolos aplicáveis à cirurgia de ambulatório, verifica-se que estes estão implementados e em funcionamento em 130 BO (76%). 60 BO controlam e auditam periodicamente este item.

O gráfico seguinte apresenta o estado relativamente aos planos de contingência.

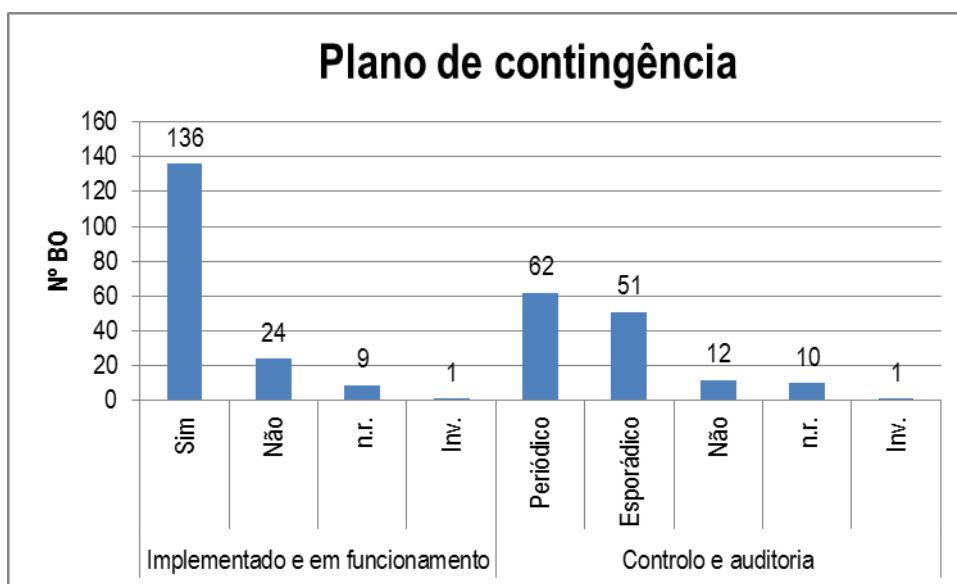


Figura 45. Planos de Contingência.

Os planos de contingência estão implementados e em funcionamento em 136 BO (80%). Este elemento é objeto de controlo e auditoria periódicos em 113 BO.

Em seguida mostra-se a situação atual no que respeita ao plano de manutenção do equipamento dos blocos operatórios.

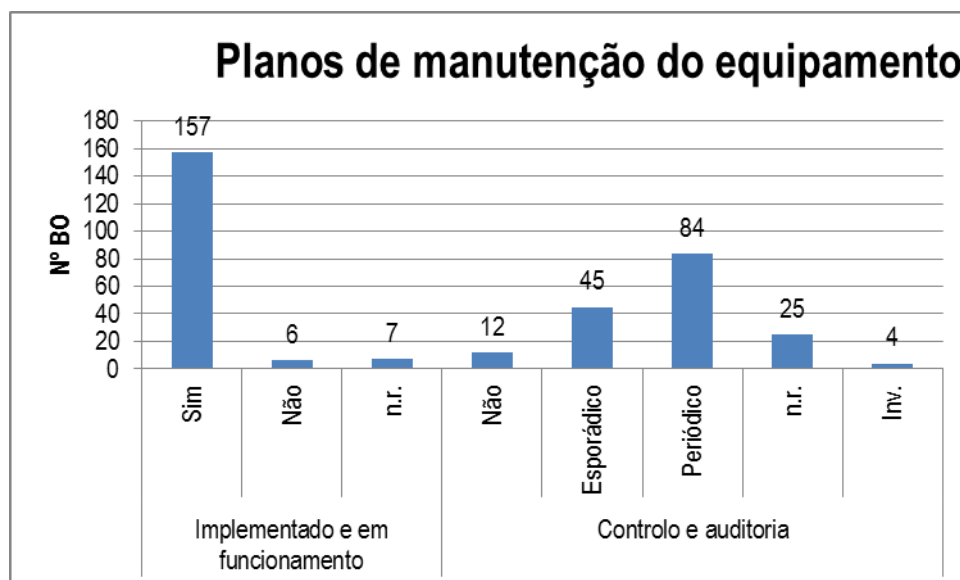


Figura 46. Plano de Manutenção do Equipamento.

No que respeita ao Plano de Manutenção do Equipamento, verifica-se que o mesmo está implementado e em funcionamento em 157 BO (92%). Da totalidade dos BO, 84 BO (49%) são alvo de controlo e auditoria periódicos.

A figura seguinte apresenta a situação relativa ao inventário.

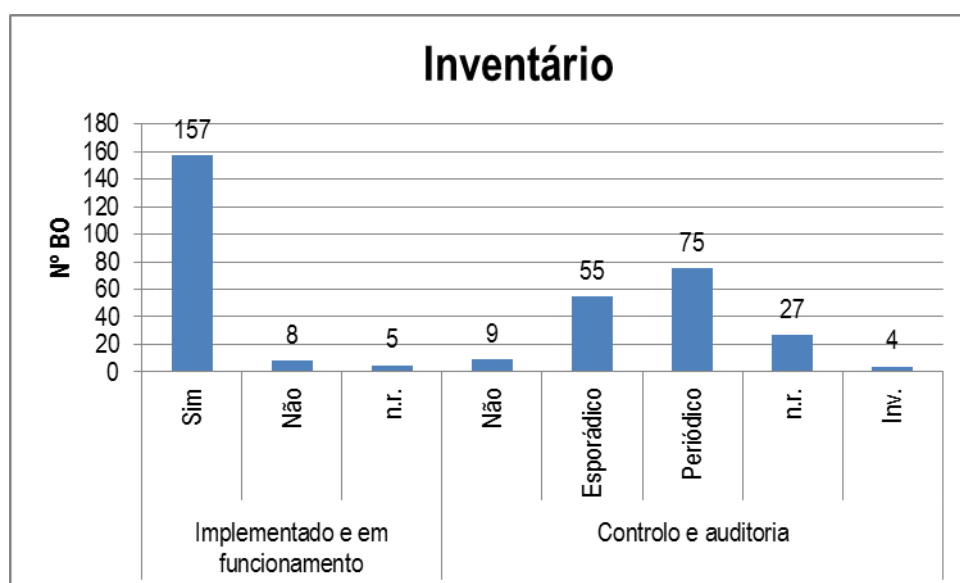


Figura 47. Inventário

O Inventário encontra-se implementado em 157 BO (92%). Este elemento é objeto de controlo e auditoria periódicos em 75 BO (44 %).

Os quadros abaixo (quadro 9 e quadro 10) pretendem resumir a percentagem de implementação dos diversos sistemas e protocolos relacionados com a qualidade. A informação está ordenada das entidades que têm uma maior percentagem de implementação para aquelas que têm uma menor percentagem (última coluna).

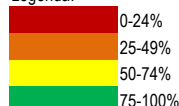
A linha das regiões corresponde à média da região. A última coluna corresponde à média da linha. O valor por entidade traduz a percentagem de implementação dos sistemas na totalidade dos BO que responderam dessa entidade.

Por exemplo, na região do Alentejo, em média, 100% dos BO tem implementado um sistema de agendamento. Nesta região, a percentagem média de implementação dos sistemas é de 80%. 100% dos BO do hospital do Espírito Santo de Évora, que responderam, tem o sistema de agendamento implementado. Esta entidade tem 100% dos sistemas implementados, sendo que não respondeu a dois deles e portanto não é possível determinar se estes estão ou não implementados.

Quadro 9. Percentagem de implementação dos diversos sistemas relacionados com a qualidade nos BO

	Sistema de agendamento	Regulamentação do BO	Avaliação do risco	Sistema de Gestão de incidentes	Processo clínico eletrónico	Programa "cirurgia segura"	Imagem digital	Patologia clínica	Sistema de comunicação	Controlo de gestão	Segurança de hemoderivados	Gestão de stocks	SI Gestão de fármacos	Por entidade
Alestejo	100%	10%	70%	80%	70%	80%	100%	100%	80%	70%	80%	100%	100%	80%
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	100%	20%	100%	100%	80%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	89%
ULS Baixo Alentejo, EPE	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	77%
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	100%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	54%
ULS Norte Alentejano, EPE	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	85%
Algarve	100%	50%	100%	100%	75%	50%	100%	100%	50%	50%	25%	50%	100%	73%
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	100%	50%	100%	100%	75%	50%	100%	100%	50%	50%	25%	50%	100%	73%
Centro	82%	61%	53%	68%	34%	84%	89%	89%	32%	47%	24%	68%	84%	63%
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	50%	100%	100%	81%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	61%	17%	33%	44%	11%	67%	78%	78%	11%	33%	17%	33%	67%	42%
Centro Hospitalar Leiria, EPE	100%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	75%	0%	100%	100%	87%
Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E.	100%	100%	100%	100%	33%	100%	100%	100%	100%	33%	100%	100%	100%	90%
Hospital Arcêbispo João Crisóstomo - Cantanhede	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	100%	100%	62%
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	100%	100%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	100%	0%	100%	100%	62%
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	92%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	100%	100%	69%
ULS Castelo Branco, EPE	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	0%	100%	0%	100%	100%	77%
LVT	93%	70%	68%	80%	53%	97%	97%	98%	62%	70%	68%	80%	77%	78%
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	100%	67%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	80%	80%	53%	53%	86%
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	100%	42%	0%	50%	0%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	69%
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	69%
Centro Hospitalar do Oeste	100%	100%	0%	50%	0%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	65%
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	83%	67%	67%	83%	33%	100%	83%	100%	33%	67%	33%	100%	67%	71%
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	100%	92%
Hospital Beatriz Angelo, P.P.P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	92%
Hospital de Cascais, P.P.P	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	92%
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	100%	50%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	81%
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	100%	100%	67%	0%	100%	67%	67%	100%	0%	0%	0%	67%	0%	51%
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	89%
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	100%	100%	0%	100%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	54%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	92%
Norte	97%	88%	95%	91%	86%	83%	97%	98%	84%	95%	55%	88%	95%	89%
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Centro Hospitalar de S. João, EPE	92%	100%	83%	100%	100%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	77%
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	100%	50%	100%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	81%
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	0%	100%	100%	85%
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	85%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	67%	67%	67%	67%	67%	0%	67%	67%	67%	67%	0%	0%	0%	46%
Hospital de Braga, P.P.P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	100%	100%	100%	100%	0%	100%	0%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	77%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	0%	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%
ULS Alto Minho, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	95%
ULS Matosinhos, E.P.E.	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	85%
ULS Nordeste, E.P.E.	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	85%
Nacional	92%	70%	75%	82%	62%	87%	95%	96%	64%	73%	54%	81%	86%	78%

Legenda:



A região que apresenta uma maior percentagem de implementação dos sistemas é a região norte (89%), sendo que a região onde se verifica a percentagem mais baixa de implementação é a região centro (63%). Das diversas as entidades que têm 100% dos sistemas implementados, apenas o Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, o Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia – Espinho e o Hospital de Braga responderam a todas as questões. As restantes entidades têm 100% dos sistemas implementados embora não tenham respondido a algumas das questões.

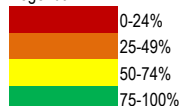
Considerando agora a implementação dos sistemas na globalidade dos BO e olhando para a mancha verde, verifica-se que a maioria dos sistemas está implementado na maioria dos BO. Os sistemas que reúnem maior percentagem de implementação são o sistema de patologia clínica

(96%) e o sistema de imagem digital (95%). Por sua vez os sistemas que têm uma percentagem mais baixa de implementação são o sistema de segurança de hemoderivados (54%) e o processo clínico eletrónico com módulo de BO (62%).

Quadro 10. Percentagem de implementação dos diversos protocolos nos BO

	Profilaxia antibiótica	Profilaxia tromboembolismo	Protocolos anestésicos	Protocolos higienização	Controlo infeção	Verificação transferência de cuidados	Protocolos relativos ao recobro	Protocolos aplicáveis à cirurgia do ambulatório	Plano de contingência	Plano de manutenção do equipamento	Inventário	Por entidade
Alentejo	80%	80%	80%	100%	80%	80%	70%	70%	100%	100%	100%	85%
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	98%
ULS Baixo Alentejo, EPE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	95%
ULS Norte Alentejano, EPE	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	36%
Algarve	100%	75%	50%	100%	100%	50%	100%	50%	50%	50%	50%	70%
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	100%	75%	50%	100%	100%	50%	100%	50%	50%	50%	50%	70%
Centro	82%	87%	66%	89%	87%	76%	55%	74%	66%	89%	84%	78%
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	72%	78%	39%	78%	78%	67%	22%	50%	33%	78%	72%	61%
Centro Hospitalar Leiria, EPE	100%	100%	75%	100%	100%	75%	25%	75%	100%	100%	75%	84%
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	91%
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ULS Castelo Branco, EPE	0%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	82%
LVT	95%	92%	85%	100%	100%	93%	93%	80%	87%	95%	97%	92%
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	91%
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	100%	87%	93%	100%	100%	100%	87%	53%	100%	100%	100%	93%
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%
Centro Hospitalar do Oeste	100%	100%	50%	100%	100%	25%	100%	100%	100%	100%	100%	89%
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	67%	67%	67%	100%	100%	83%	67%	67%	50%	67%	83%	74%
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	75%	100%	100%	100%	98%
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital de Cascais, P.P.P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	95%
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	67%	67%	67%	100%	100%	100%	100%	67%	0%	67%	67%	73%
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Norte	97%	86%	84%	97%	98%	97%	93%	78%	81%	93%	95%	91%
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Centro Hospitalar de S. João, EPE	92%	67%	92%	100%	100%	92%	92%	67%	75%	100%	100%	89%
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	100%	75%	50%	100%	100%	100%	100%	75%	100%	75%	50%	84%
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	67%	100%	100%	100%	97%
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	82%
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	100%	50%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	100%	100%	100%	86%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	67%	67%	33%	33%	67%	67%	67%	33%	67%	67%	67%	58%
Hospital de Braga, P.P.P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	0%	100%	100%	82%
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ULS Alto Minho, E.P.E.	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	91%
ULS Matosinhos, E.P.E.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ULS Nordeste, E.P.E.	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	67%	0%	100%	100%	79%
Nacional	92%	88%	79%	96%	95%	89%	84%	76%	80%	92%	92%	88%

Legenda:



A região que apresenta uma maior percentagem de implementação dos protocolos é a região LVT (92%), sendo que a região onde se verifica a percentagem mais baixa de implementação é a região Algarve (70%). As entidades que têm 100% dos sistemas implementados e que responderam à totalidade dos itens são o Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. e o Centro

Hospitalar Barreiro Montijo As restantes entidades têm 100% dos protocolos implementados embora não tenham respondido a algumas das questões.

Considerando agora a implementação dos protocolos na globalidade dos BO e olhando para a mancha verde, verifica-se que a maioria dos protocolos está implementada na maioria dos BO. Os protocolos que reúnem maior percentagem de implementação são os protocolos de higienização (96%) e controlo de infeção (95%). Por sua vez os protocolos que têm uma percentagem mais baixa de implementação são os protocolos aplicáveis à cirurgia de ambulatório (76%) e o plano de contingência (80%). Note-se, no entanto, que relativamente aos protocolos para a cirurgia de ambulatório, o denominador é a totalidade dos BO, sendo que nem todos os BO fazem cirurgia de ambulatório. Pressupõem-se que, fazendo cirurgia de ambulatório, mesmo que o BO não seja exclusivo, deva ter protocolos relativos à mesma. Logo, como já referido optou-se por incluir todos os BO na análise pois são diversos os BO que não são de ambulatório mas fazem cirurgia de ambulatório.

Na figura seguinte distribuíram-se as entidades em função da percentagem de implementação de sistemas relacionados com a qualidade.

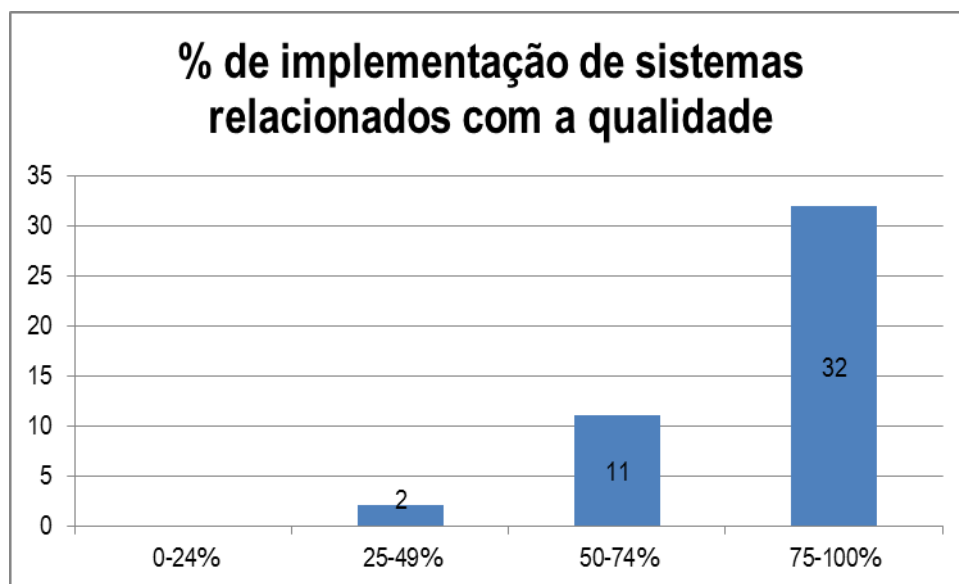
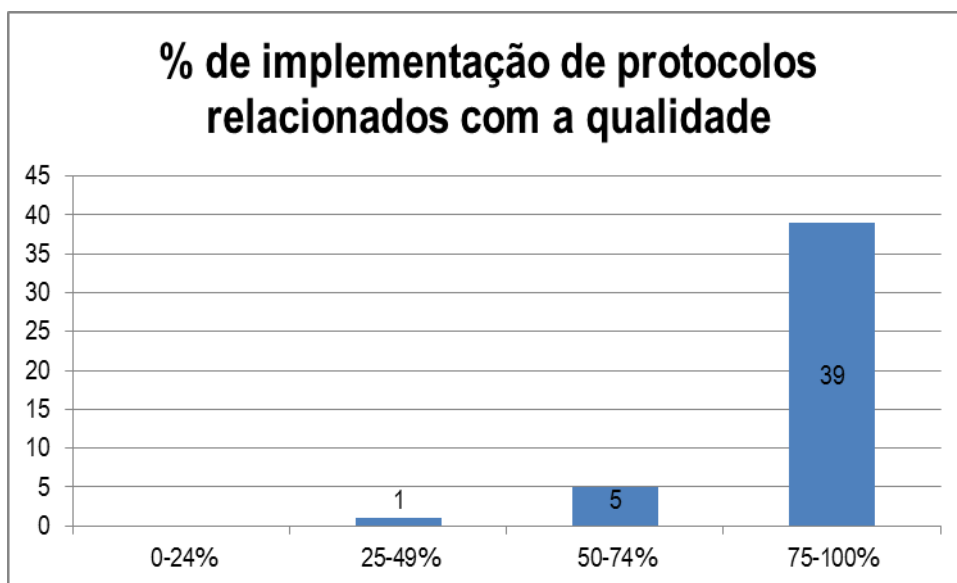


Figura 48. Distribuição das entidades por % de implementação de sistemas de qualidade

De acordo com o gráfico da figura 41 são 32 as entidades que têm implementados entre 75 e 100% dos sistemas. Apenas 2 entidades têm implementados entre 25-49% dos sistemas.

Seguidamente apresenta-se na figura 42 a distribuição das entidades consoante a % de implementação de protocolos relacionados com a qualidade.

Figura 49. Distribuição das entidades por % de implementação de protocolos de qualidade

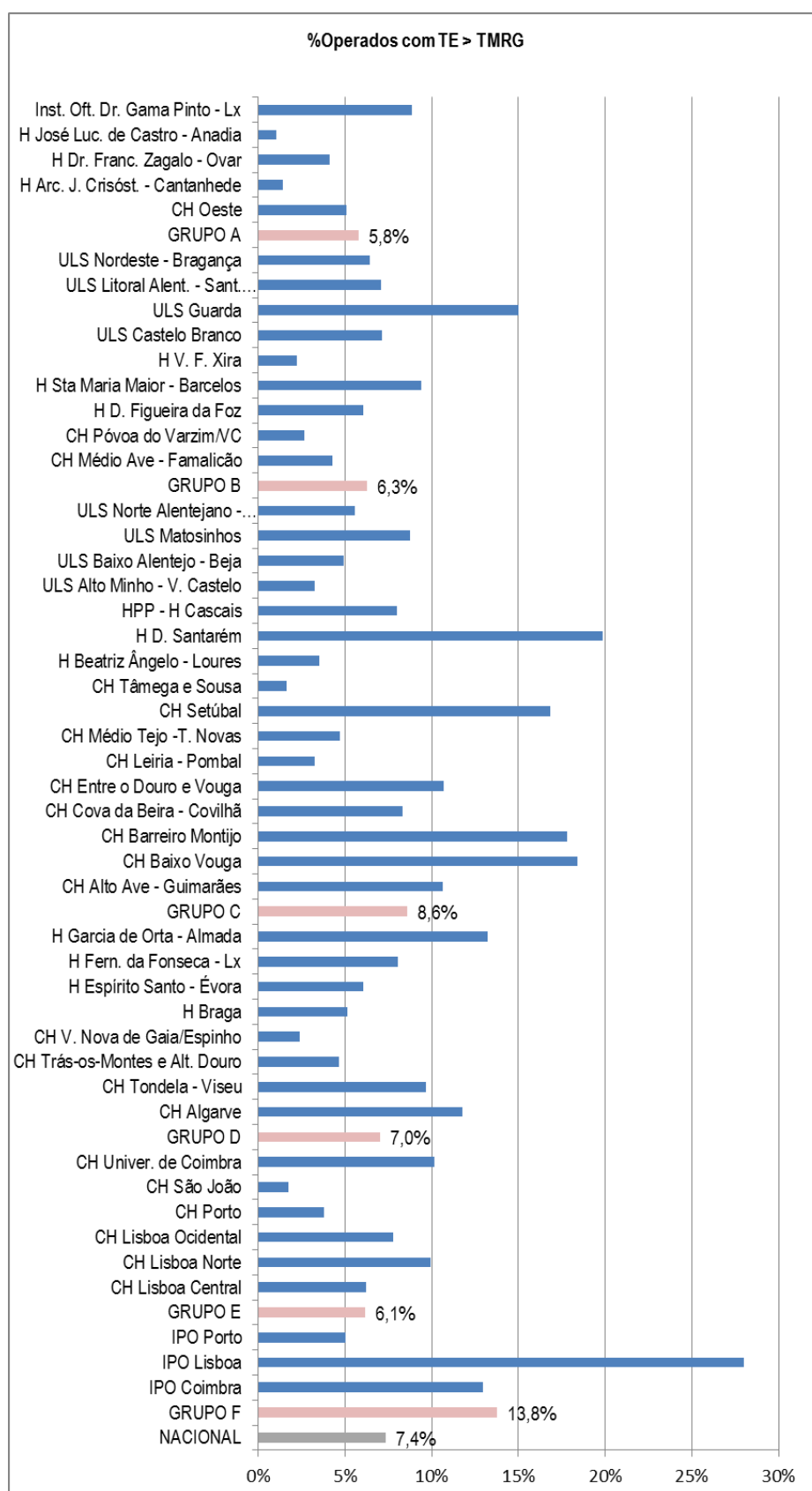


Constata-se que 39 entidades têm implementados entre 75 e 100% dos protocolos. Apenas 1 entidade tem implementados entre 25-49% dos protocolos.

5.2.3. Acesso

Selecionaram-se como indicadores de acesso a percentagem de operados com tempo de espera superior ao TMRG e a mediana do TE da LIC, os quais se apresentam nos gráficos abaixo.

A barra cinzenta traduz o valor nacional, as barras rosa traduzem o valor por grupo de *benchmarking* ACSS e as restantes traduzem o valor por entidade.

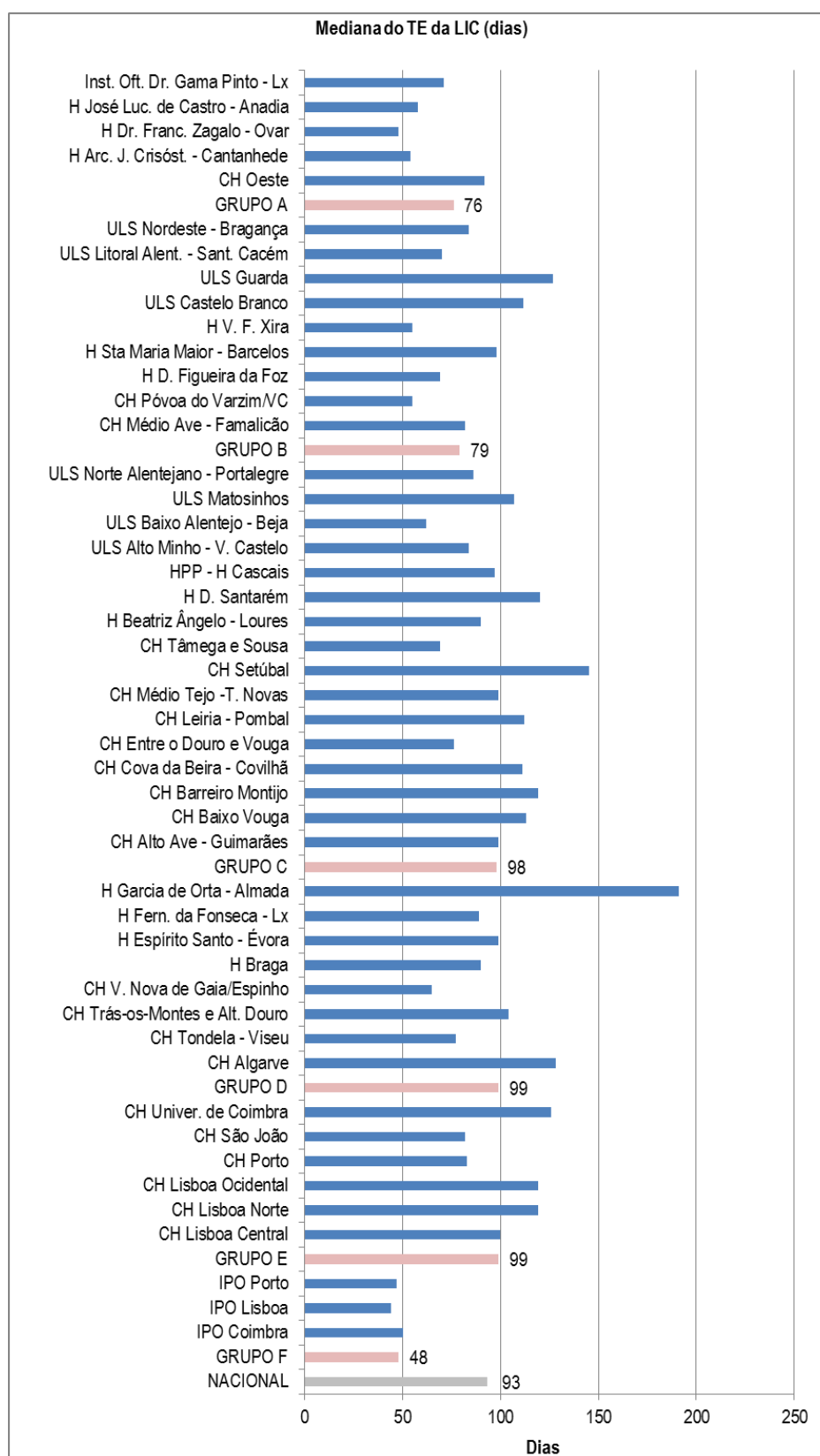


Fonte: SIGLIC, dados provisórios de 2014 extraídos a 16.01.2015.

Figura 50. Doentes operados em tempo de espera superior ao TMRG em 2014

Considerando o indicador da

Figura 50, verifica-se que os episódios operados com TE superior ao TMRG a nível nacional é de 7,4%, em média, variando entre 13,8% no grupo F e 5,8% no grupo A. Quando se estreita a análise ao nível das entidades os valores variam entre 28% no Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E. e 1,1% no Hospital José Luciano de Castro – Anadia.



Fonte: SIGLIC, dados provisórios de 2014 extraídos a 16.01.2015.

Figura 51. Mediana do TE da LIC em dias a 31.12.2014

De acordo com a Figura 51, a mediana nacional do TE da LIC é cerca de 93 dias, variando entre 48 dias no grupo F e 99 dias no grupo D e E. Quando se estreita a análise ao nível das entidades os valores variam entre 191 dias no Hospital Garcia de Orta. e 44 dias no IPO de Lisboa.

5.3. Produção

Em Portugal, no ano 2014, foram produzidas 94.841 cirurgias urgentes. O valor nacional de cirurgias provenientes do serviço de urgência é 16%. Entre grupos de *benchmarking* ACSS a variação é reduzida, entre 17% no grupo E e 15% no grupo A. O Grupo F constitui a exceção, com 1% de cirurgia provenientes do serviço de urgência.

Assume-se a eventual discrepância deste valor pela dificuldade em homogeneizar em todas as instituições o conceito de cirurgia urgente.

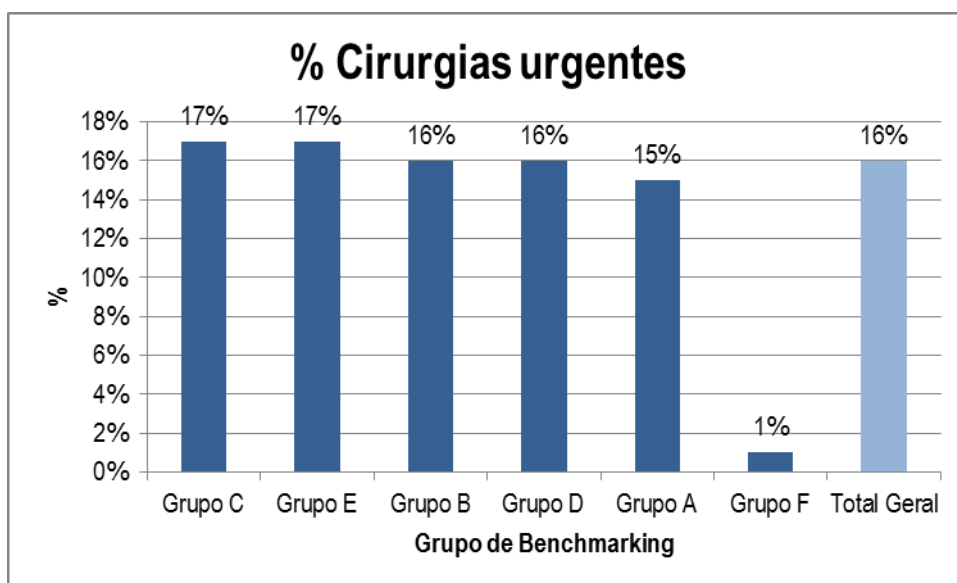


Figura 52. Produção cirúrgica

O quadro seguinte detalha os resultados previamente apresentados por entidade hospitalar.

Quadro 11. Produção cirúrgica

Entidade hospitalar	Nº Operados em cirurgia programada+nº cirurgias urgentes	Nº cirurgias urgentes	% cirurgias urgentes
Grupo A	14.826	2.164	15%
Centro Hospitalar do Oeste	7.919	2.164	27%
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	1.005	0	0%
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	1.289	0	0%
H José Luc. de Castro - Anadia	475	n.r.	-
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	4.138	0	0%
Grupo B	52.247	8.194	16%
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	8.305	1.453	17%
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	5.659	1.212	21%
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	9.521	1.143	12%
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	4.966	793	16%
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	3.077	143	5%
ULS Castelo Branco, EPE	4.525	969	21%
ULS Guarda	5.675	n.r.	-
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	3.349	663	20%
ULS Nordeste, E.P.E.	7.170	1.818	25%
Grupo C	165.958	28.321	17%
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	6.098	743	12%
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	4.840	858	18%
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	16.383	2.513	15%
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	14.335	2.241	16%
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	10.704	2.023	19%
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	8.813	1.589	18%
Centro Hospitalar Leiria, EPE	12.859	2.722	21%
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	10.283	1.703	17%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	16.526	2.939	18%
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P	12.913	857	7%
Hospital de Cascais, P.P.P	8.439	1.620	19%
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	7.253	1.623	22%
ULS Alto Minho, E.P.E.	12.954	2.769	21%
ULS Baixo Alentejo, EPE	4.551	1.181	26%
ULS Matosinhos, E.P.E.	14.377	1.999	14%
ULS Norte Alentejano, EPE	4.630	941	20%
Grupo D	138.300	22.049	16%
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	13.261	2.351	18%
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	22.229	2.693	12%
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	12.570	2.402	19%
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	16.518	2.560	15%
Hospital de Braga, P.P.P	27.410	2.723	10%
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	11.086	1.599	14%
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	13.814	2.288	17%
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	21.412	5.433	25%
Grupo E	201.923	33.846	17%
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	41.306	7.975	19%
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	22.494	3.039	14%
Centro Hospitalar de S. João, EPE	43.273	5.306	12%
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	34.313	5.457	16%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	41.812	7.841	19%
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	18.725	4.228	23%
Grupo F	22.794	267	1%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	4.486	0	0%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	7.286	267	4%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	11.022	0	0%
Total Geral	596.048	94.841	16%

Fonte: ACSS, SIGIC, dez. 2014, extraído em 16.01.2015.

Nota: Os dados das cirurgias urgentes correspondem à resposta das entidades hospitalares ao questionário

Apesar de a variação de cirurgias provenientes do serviço de urgência não parecer significativa entre grupos de *benchmarking* ACSS, esta assume outras proporções quando analisada entre entidades do mesmo grupo, ou seja entre entidades semelhantes. A maior variação acontece no grupo C, com 26% na ULS do Baixo Alentejo e 7% no Hospital Beatriz Ângelo. No grupo D, a proporção de cirurgias do serviço de urgência varia entre 25% no Hospital Fernando da Fonseca e 10% no Hospital de Braga.

Também no grupo E, as cirurgias do serviço de urgência variam entre 23% no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e 12% no Centro Hospitalar de São João.

O quadro seguinte diz respeito à percentagem de operados em regime de ambulatório. Embora estes dados não tenham sido recolhidos via questionário, consideram-se de pertinência tal que jamais poderiam deixar de constar deste relatório. Posto isto, recolheu-se a referida informação a partir do SIGLIC, e não de outra base, uma vez que se têm utilizado número de operados ao longo de todo o relatório e não número de cirurgias. Para o SIGIC não existe diferença entre estes dois conceitos. O que se mede é o número de doentes operados o que é igual a número de intervenções cirúrgicas e número de episódios cirúrgicos, não medimos o número de procedimentos pois este conceito não está estabilizado

Quadro 12. Percentagem de operados em ambulatório

Entidade Hospitalar	Operados	Operados em ambulatório	% Operados em Ambulatório
Grupo A	12.662	9.715	77%
Centro Hospitalar do Oeste	5.755	3.280	57%
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	1.005	1.005	100%
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	1.289	817	63%
H José Luc. de Castro - Anadia	475	475	100%
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	4.138	4.138	100%
Grupo B	44.053	26.841	61%
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	6.852	4.158	61%
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	4.447	2.214	50%
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	4.173	2.335	56%
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	2.934	1.944	66%
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	8.378	5.564	66%
ULS Castelo Branco, EPE	3.556	1.836	52%
ULS Guarda	5.675	3.790	67%
ULS Liberal Alentejano, E.P.E.	2.686	1.560	58%
ULS Nordeste, E.P.E.	5.352	3.440	64%
Grupo C	137.637	81.105	59%
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	12.094	6.671	55%
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	8.681	5.356	62%
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	5.355	2.855	53%
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	3.982	1.945	49%
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	13.870	7.813	56%
Centro Hospitalar Leiria, EPE	10.137	5.989	59%
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	7.224	4.103	57%
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	8.580	5.467	64%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	13.587	8.202	60%
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P	12.056	7.163	59%
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	5.630	3.264	58%
Hospital de Cascais, P.P.P	6.819	4.958	73%
ULS Alto Minho, E.P.E.	10.185	6.062	60%
ULS Baixo Alentejo, EPE	3.370	1.919	57%
ULS Matosinhos, E.P.E.	12.378	7.432	60%
ULS Norte Alentejano, EPE	3.689	1.906	52%
Grupo D	116.251	62.047	53%
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	10.168	5.098	50%
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	13.958	8.916	64%
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	10.910	7.477	69%
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	19.536	11.730	60%
Hospital de Braga, P.P.P	24.687	15.245	62%
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	9.487	5.493	58%
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	15.979	893	6%
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	11.526	7.195	62%
Grupo E	168.077	90.414	54%
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	33.331	18.067	54%
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	19.455	8.738	45%
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	14.497	7.292	50%
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	28.856	17.164	59%
Centro Hospitalar de S. João, EPE	37.967	21.140	56%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	33.971	18.013	53%
Grupo F	22.527	9.925	44%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	4.486	1.615	36%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	7.019	2.418	34%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	11.022	5.892	53%
Total Geral	501.207	280.047	56%

Fonte: SIGIC, 2014, extraído em 16.01.2015

Nota: os operados correspondem aos operados programados (convencional+ambulatório)

Assim, de acordo com os dados, SIGLIC, a média nacional da percentagem de operados em regime de ambulatório é de 56%, variando entre 44% no grupo F e 77% no grupo A. Quanto à análise por entidade a percentagem de operados em ambulatório, excluindo os hospitais que

fazem exclusivamente cirurgia de ambulatório, varia entre 6% no Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca e 73% no Hospital de Cascais.

O quadro seguinte pretende ilustrar o desvio das entidades face ao tempo de sala considerado padrão.

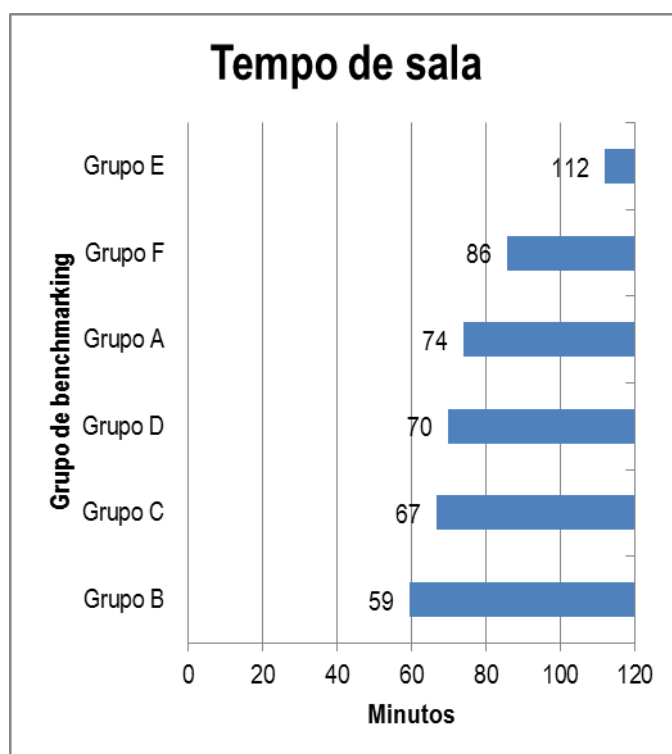
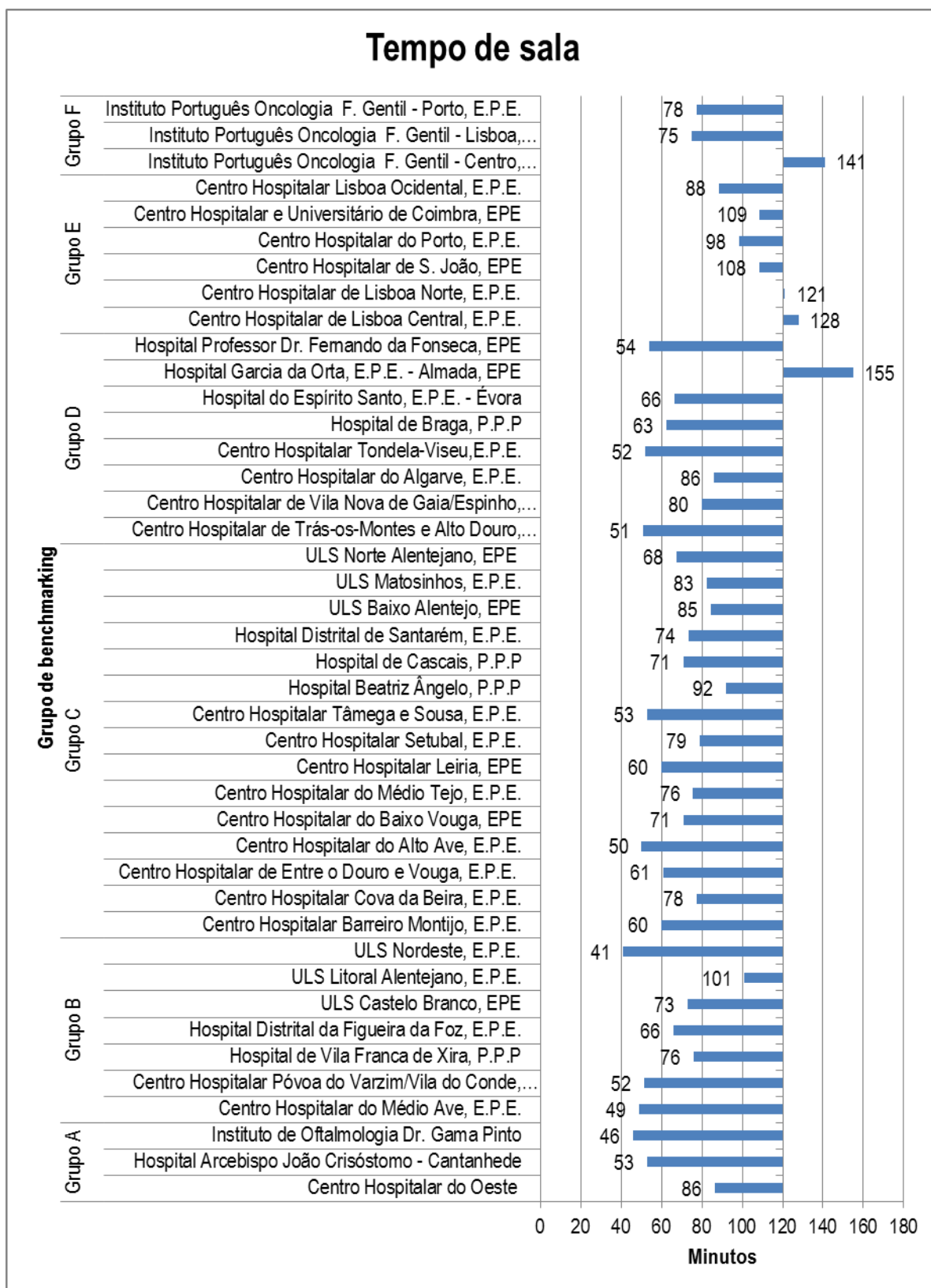


Figura 53. Tempo de sala por grupo de benchmarking ACSS

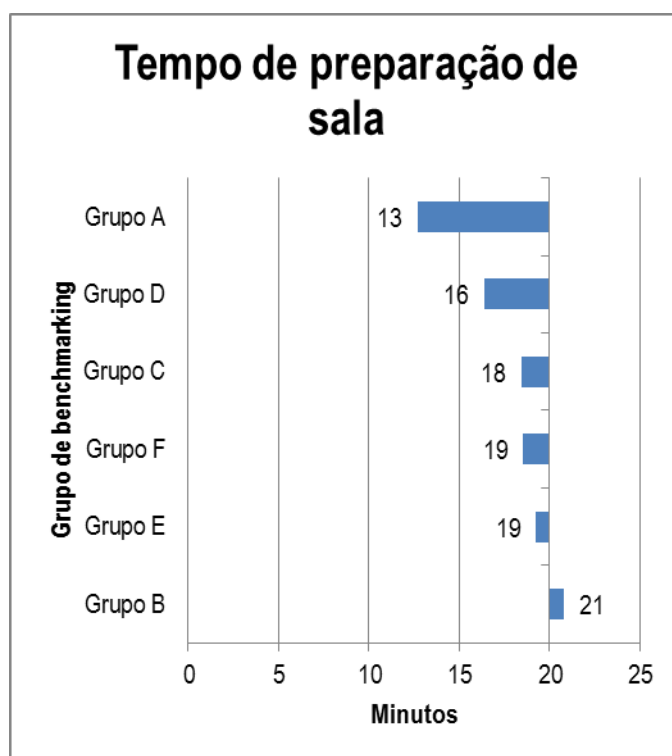


Nota: as entidades que não constam do gráfico, não responderam a esta questão.

Figura 54. Tempo de sala por entidade

A média nacional do tempo de sala é de 88 minutos, considerando as entidades que responderam à questão. Entre os grupos de *benchmarking* ACSS a média do tempo de sala varia entre 59 minutos no grupo B e 112 minutos no grupo E.

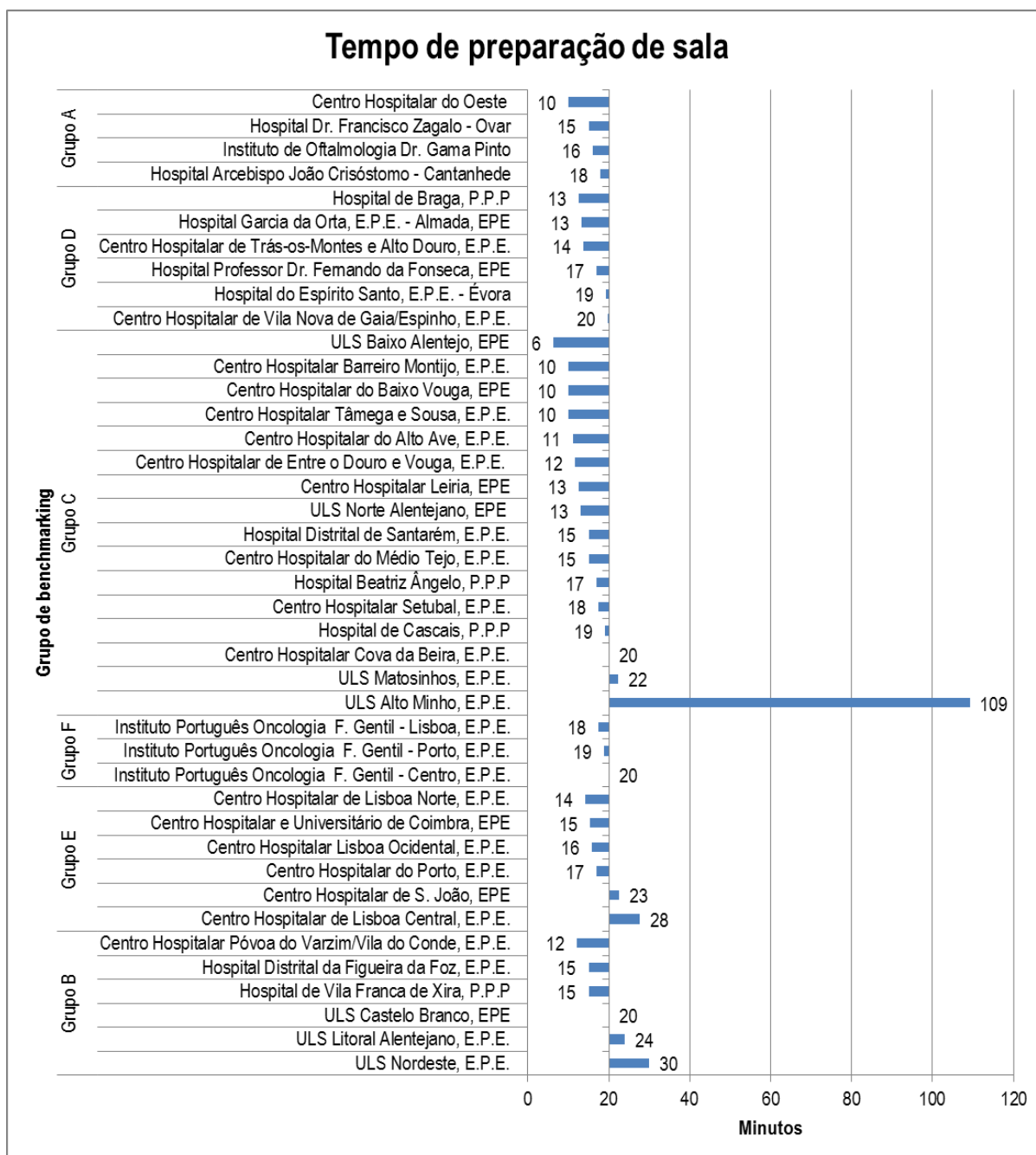
A figura seguinte representa o desvio face ao padrão do tempo de preparação de sala, assumindo que o padrão é de 20 minutos. O tempo de preparação de sala diz respeito ao tempo médio entre a saída do doente e a sala preparada para receber novo utente, em minutos.



Nota: as entidades que não constam do gráfico, não responderam a esta questão.

Figura 55. Tempo médio de preparação de sala por grupo de *benchmarking* ACSS

Particularizando por entidade, o tempo de preparação de sala varia entre 6 minutos na ULS Baixo Alentejo, E.P.E. e 109 minutos na ULS Alto Minho, E.P.E. Entidades que exercem 100% da sua atividade em ambulatório, como o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, Hospital José Luciano de Castro – Anadia e Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede, apresentam tempos de sala mais baixos.



Nota: as entidades que não constam do gráfico, não responderam a esta questão.

O valor aparentemente discrepante da ULS do Alto Minho, E.P.E. foi confirmado pela entidade em questão.

Figura 56. Tempo médio de preparação de sala por entidade

A média nacional do tempo de preparação de sala é de 22 minutos, considerando as entidades que responderam a esta questão (91%). O grupo de *benchmarking* ACSS que apresenta um tempo médio de sala superior é o grupo E com cerca de 44 minutos e os grupos que apresentam

um tempo inferior são o A e o D, com 13 e 16 minutos. As entidades do mesmo grupo são relativamente homogêneas quanto a este indicador, embora no global varie entre 133 minutos no Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. e 6 minutos no ULS Baixo Alentejo, E.P.E..

Quadro 13. Tempo médio de sala disponível

Entidade Hospitalar	Horas semanais disponíveis no BO	Nº de salas de operações	Nº médio de horas semanais por sala de operações	Operados padrão	Operados padrão por sala disponível no BO
Grupo A	557	13	43	10.254	1.105
Centro Hospitalar do Oeste	241	6	40	5.112	1.273
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	46	1	46	693	905
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	108	1	108	1.174	652
H José Luc. de Castro - Anadia	22	1	22	337	920
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	140	4	35	2.937	1.259
Grupo B	1.439	41	35	39.899	1.664
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	313	7	45	5.635	1.080
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	162	2	81	4.194	1.553
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	109	2	55	3.642	2.005
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	65	2	33	2.412	2.227
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	230	5	46	7.875	2.054
ULS Castelo Branco, EPE	142	4	36	3.574	1.510
ULS Guarda	150	6	25	4.727	1.891
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	84	3	28	2.543	1.817
ULS Nordeste, E.P.E.	184	10	18	5.297	1.727
Grupo C	4.618	132	35	128.799	1.673
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	409	13	31	12.047	1.767
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	232	7	33	7.817	2.022
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	183	6	31	4.930	1.616
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	153	6	26	3.342	1.311
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	572	10	57	13.796	1.447
Centro Hospitalar Leiria, EPE	389	19	20	10.223	1.577
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	214	6	36	6.215	1.743
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	328	8	41	8.461	1.548
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	344	9	38	12.263	2.139
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P	487	8	61	11.121	1.370
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	220	7	31	5.126	1.398
Hospital de Cascais, P.P.P	162	5	32	5.636	2.087
ULS Alto Minho, E.P.E.	302	7	43	9.656	1.918
ULS Baixo Alentejo, EPE	147	4	37	2.974	1.214
ULS Matosinhos, E.P.E.	359	12	30	11.802	1.972
ULS Norte Alentejano, EPE	117	5	23	3.390	1.739
Grupo D	4.752	102	47	114.300	1.443
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	437	12	36	9.799	1.345
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	508	14	36	13.767	1.626
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	284	11	26	9.394	1.985
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	842	16	53	22.005	1.568
Hospital de Braga, P.P.P	788	11	72	24.681	1.879
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	320	6	53	9.894	1.855
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	1.019	21	49	14.301	842
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	554	11	50	10.460	1.133
Grupo E	7.878	215	37	185.677	1.414
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	1.790	58	31	35.906	1.204
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	1.172	29	40	25.875	1.325
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	708	23	31	17.641	1.495
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	1.005	21	48	25.953	1.549
Centro Hospitalar de S. João, EPE	1.512	32	47	41.113	1.631
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1.691	52	33	39.188	1.390
Grupo F	1.055	26	41	25.240	1.435
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	284	8	36	4.518	954
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	368	8	46	9.950	1.622
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	403	10	40	10.773	1.604

Fonte: SIGIC, 2014, extraído em 16.01.2015

5.4. Custos

Em qualquer atividade económica a análise regular e metódica dos custos é fundamental para uma boa gestão. Desejavelmente para que se possam comparar dados deveria existir uma base comum de classificação das rubricas e da formação de centros de custos. A contabilidade analítica é muito assimétrica entre as instituições e em geral não está orientada para formar informação para a governação clínica. Um exemplo desta realidade é o que se passa quando a atividade anestésica é efetuada através de serviços contratados a uma empresa, neste caso os custos são imputados à rubrica de serviços e fornecimento externos, quando nos restantes hospitais é imputada a custos de pessoal. Numa perspetiva de governação clínica o que importa é por exemplo, saber qual o custo da anestesia (recursos humanos, consumos, equipamento).

Neste trabalho optou-se pela construção dum questionário, dando liberdade às entidades sobre o reporte desta informação.

A análise dos resultados do inquérito sobre custos deve ter em conta um juízo sobre a coerência dos dados fornecidos e a exaustividade das respostas, bem como ter em atenção que as médias não refletem necessariamente a realidade nacional, já que para muitos itens não foram fornecidos dados por muitas das entidades.

O quadro abaixo refere-se aos custos diretos e indiretos associados aos BO, por entidade, reportados diretamente pelas mesmas. Os custos por entidade referem-se ao somatório dos custos por BO, da mesma entidade.

A coluna “soma dos custos por rubrica” consiste no somatório dos custos por rubrica dos BO. A coluna seguinte identifica os desvios encontrados entre os custos reportados e o somatório dos custos por rubrica.

Quadro 14. Custos diretos e indiretos imputáveis ao BO em 2014 reportados diretamente pelas entidades (€)

Entidades	Custos diretos	Custos indiretos	%Custos diretos	%Custos indiretos	Soma custos diretos e indiretos reportados diretamente	Soma dos custos por rubricas	Varição
Grupo A	8.430.496 €	1.726.656 €	83%	17%	10.157.153 €	9.165.043 €	992.109 €
Centro Hospitalar do Oeste	4.924.917 €	349.100 €	93%	7%	5.274.018 €	5.274.018 €	0 €
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	1.851.991 €	717.959 €	72%	28%	2.569.950 €	2.603.944 €	-33.994 €
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	1.132.456 €	452.982 €	71%	29%	1.585.438 €	559.335 €	1.026.103 €
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	521.132 €	206.615 €	72%	28%	727.747 €	727.747 €	0 €
Hospital José Luciano de Castro - Anadia	nr	nr	-	-	-	nr	-
Grupo B	33.049.326 €	3.360.397 €	91%	9%	36.409.723 €	41.515.777 €	-5.106.054 €
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	7.939.161 €	391.286 €	95%	5%	8.330.447 €	7.939.163 €	391.284 €
ULS Nordeste, E.P.E.	6.592.093 €	nr	-	-	6.592.093 €	13.184.187 €	-6.592.093 €
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	4.562.646 €	nr	-	-	4.562.646 €	4.562.646 €	0 €
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	3.534.106 €	525.233 €	87%	13%	4.059.339 €	3.534.106 €	525.233 €
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	3.012.661 €	777.731 €	79%	21%	3.790.393 €	3.790.393 €	0 €
ULS Castelo Branco, EPE	3.184.921 €	567.422 €	85%	15%	3.752.343 €	3.184.921 €	567.422 €
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	2.487.138 €	558.093 €	82%	18%	3.045.231 €	3.045.231 €	0 €
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	1.736.599 €	540.632 €	76%	24%	2.277.231 €	2.275.130 €	2.101 €
ULS Guarda, EPE	nr	nr	-	-	-	nr	-
Grupo C	100.089.607 €	15.847.423 €	86%	14%	115.937.030 €	121.029.038 €	-5.092.008 €
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	12.680.227 €	1.472.134 €	90%	10%	14.152.361 €	14.152.361 €	0 €
Centro Hospitalar Leiria, EPE	10.895.489 €	2.599.085 €	81%	19%	13.494.573 €	13.494.573 €	0 €
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	11.915.969 €	nr	-	-	11.915.969 €	11.915.969 €	0 €
ULS Matosinhos, E.P.E.	9.500.907 €	2.239.388 €	81%	19%	11.740.295 €	11.740.295 €	0 €
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	9.695.734 €	1.956.564 €	83%	17%	11.652.298 €	11.652.298 €	0 €
ULS Alto Minho, E.P.E.	9.631.296 €	1.910.795 €	83%	17%	11.542.091 €	11.542.091 €	0 €
Centro Hospitalar Setubal, E.P.E.	7.090.275 €	3.873.251 €	65%	35%	10.963.526 €	10.963.526 €	0 €
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	7.039.775 €	nr	-	-	7.039.775 €	5.958.584 €	1.081.192 €
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	6.537.022 €	nr	-	-	6.537.022 €	6.537.022 €	0 €
ULS Baixo Alentejo, EPE	3.327.309 €	1.031.466 €	76%	24%	4.358.775 €	4.358.775 €	0 €
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	3.518.041 €	764.739 €	82%	18%	4.282.780 €	4.282.780 €	0 €
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	4.234.107 €	nr	-	-	4.234.107 €	4.818.978 €	-584.871 €
ULS Norte Alentejano, EPE	4.023.457 €	nr	-	-	4.023.457 €	3.960.170 €	63.286 €
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	nr	nr	-	-	-	nr	-
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P	nr	nr	-	-	-	nr	-
Hospital de Cascais, P.P.P	nr	nr	-	-	-	5.651.615 €	-
Grupo D	116.281.626 €	8.561.131 €	93%	7%	124.842.758 €	157.709.746 €	-32.866.989 €
Hospital de Braga, P.P.P	22.585.224 €	229.127 €	99%	1%	22.814.351 €	23.238.447 €	-424.096 €
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	21.607.117 €	nr	-	-	21.607.117 €	21.607.117 €	0 €
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	16.075.974 €	nr	-	-	16.075.974 €	32.151.947 €	-16.075.974 €
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	10.154.712 €	5.698.278 €	64%	36%	15.852.990 €	31.705.980 €	-15.852.990 €
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	13.439.787 €	nr	-	-	13.439.787 €	13.953.736 €	-513.949 €
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	11.401.414 €	1.839.761 €	86%	14%	13.241.175 €	13.241.155 €	20 €
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	11.204.169 €	793.965 €	93%	7%	11.998.134 €	11.998.134 €	0 €
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	9.813.229 €	nr	-	-	9.813.229 €	9.813.229 €	0 €
Grupo E	146.214.704 €	29.132.576 €	83%	17%	175.347.280 €	257.445.059 €	-82.097.779 €
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	39.959.695 €	6.592.563 €	86%	14%	46.552.257 €	93.104.515 €	-46.552.257 €
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	33.049.334 €	10.188.130 €	76%	24%	43.237.464 €	43.237.464 €	0 €
Centro Hospitalar de S. João, EPE	19.624.180 €	8.191.222 €	71%	29%	27.815.402 €	27.816.944 €	-1.541 €
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	22.659.027 €	nr	-	-	22.659.027 €	22.659.026 €	1 €
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	16.935.974 €	4.160.661 €	80%	20%	21.096.636 €	21.096.636 €	0 €
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	13.986.495 €	nr	-	-	13.986.495 €	49.530.476 €	-35.543.981 €
Grupo F	16.499.751 €	433.737 €	97%	3%	16.933.487 €	19.312.770 €	-2.379.282 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	7.515.263 €	nr	-	-	7.515.263 €	4.492.749 €	3.022.514 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	4.909.841 €	34.118 €	99%	1%	4.943.958 €	10.318.167 €	-5.374.209 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	4.074.647 €	399.619 €	91%	9%	4.474.266 €	4.501.854 €	-27.588 €
Total Geral	420.565.511 €	59.061.920 €	88%	12%	479.627.431 €	606.177.434 €	-126.550.003 €

Notas fornecidas pelos hospitais:

- HVFXira – todos os serviços utilizadores do BO têm um centro de custos exclusivo referente à atividade cirúrgica ao qual são afetos os respetivos custos.
- FFoz - Os custos incluem custos com o recobro.
- HÉvora – bloco ambulatório e materno infantil os custos são imputados ao Bloco Central.

A coluna de custos correspondente à soma de diretos e indiretos deveria igualar a coluna soma dos custos por rubrica, no entanto a dificuldade de análise dos custos revelada pelos hospitais impede, em muitos, esta coerência.

Quando confrontados estes custos com a soma dos custos reportados por rubrica, se em algumas entidades os desvios são *minor*, noutras as diferenças são evidentes (42,6%), mesmo após ter sido solicitado às entidades que corrigissem os desvios identificados. Algumas

entidades apresentaram justificações para os referidos desvios, sendo de salientar o fato de as mesmas não terem o BO definido com um centro de custos ou não terem contabilidade analítica, bem como terem rubricas que se afastam das que foram solicitadas no questionário.

Cinco entidades não reportaram quaisquer custos. Das entidades que reportaram custos diretos, várias não o fizeram para todos os BO integrados na instituição hospitalar podendo concluir-se que os custos diretos com os BO estão subvalorizados na generalidade das entidades. Os custos indiretos foram reportados por uma menor proporção de entidades (62%), e de forma semelhante, também estão subvalorizados na medida que, na generalidade das entidades, nem todos os BO têm custos indiretos reportados.

Tendo em conta os valores reportados, a nível nacional, em média, 88% correspondem a custos diretos com o BO e os restantes 12% correspondem a custos indiretos. Entre grupos de *benchmarking* ACSS a variação é pequena.

No quadro seguinte agrupou-se a informação reportada nas principais rubricas.

A rubrica “RH” inclui apenas recursos humano, a rubrica “consumos” inclui consumos médicos, medicamentos, dispositivos médicos implantáveis e outros consumos e finalmente a rubrica “custos fixos” inclui roupa, esterilização, serviços externos, amortizações de equipamento e outros custos.

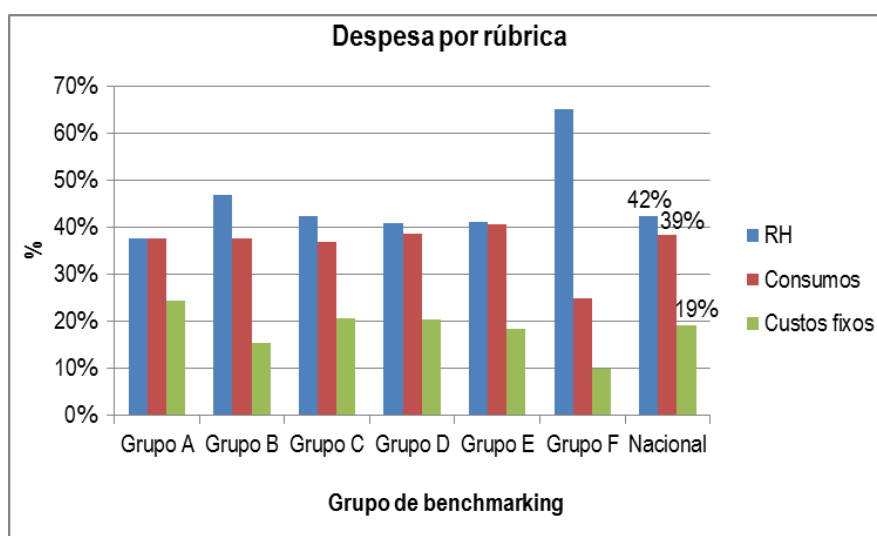


Figura 57. Percentagem da despesa média por rubrica nos grupos de *benchmarking* ACSS em 2014

Considerando as ressalvas acima, relativamente à média de custos nacional, verifica-se que, como expetável, a maior proporção de custos está relacionada com os recursos humanos, seguida da despesa com consumos e finalmente os “ custos fixos”. O grupo F destaca-se pela desproporção, face aos restantes, da rubrica de recursos humanos.

O quadro seguinte traduz a distribuição dos custos pelas várias rubricas, por entidade. Os desvios ao padrão encontram-se assinalados a vermelho, tendo o padrão a seguinte estrutura, representativa da estrutura nacional:

40% Custos com RH

40% custos com consumos

20% outros custos (FSE e outros)

Quadro 15. Distribuição dos custos dos BO por rubrica em 2014

Entidade	RH	Consumos	Custos fixos
Grupo A	38%	38%	25%
Centro Hospitalar do Oeste	46%	41%	14%
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	34%	9%	57%
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	0%	68%	32%
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	31%	34%	36%
Grupo B	47%	38%	15%
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	48%	31%	21%
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	60%	30%	10%
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	46%	40%	15%
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	43%	33%	24%
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	33%	40%	27%
ULS Castelo Branco, EPE	48%	46%	6%
ULS Liberal Alentejano, E.P.E.	32%	41%	27%
ULS Nordeste, E.P.E.	55%	40%	6%
Grupo C	42%	37%	21%
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	53%	36%	11%
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	43%	32%	25%
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	44%	49%	7%
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	39%	45%	15%
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	39%	48%	12%
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.			
Centro Hospitalar Leiria, EPE	41%	34%	25%
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	34%	31%	35%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	36%	34%	30%
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P			
Hospital de Cascais, P.P.P	39%	47%	14%
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	61%	26%	13%
ULS Alto Minho, E.P.E.	48%	30%	22%
ULS Baixo Alentejo, EPE	44%	24%	32%
ULS Matosinhos, E.P.E.	39%	36%	25%
ULS Norte Alentejano, EPE	54%	34%	12%
Grupo D	41%	39%	20%
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	49%	33%	18%
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	52%	40%	8%
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	34%	27%	39%
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	25%	34%	41%
Hospital de Braga, P.P.P	38%	42%	20%
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	40%	40%	20%
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	34%	59%	7%
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	53%	38%	8%
Grupo E	41%	41%	18%
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	42%	40%	18%
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	31%	68%	1%
Centro Hospitalar de S. João, EPE	44%	19%	37%
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	49%	33%	19%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	42%	50%	8%
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	29%	46%	25%
Grupo F	65%	25%	10%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	58%	23%	18%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	54%	38%	8%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	85%	11%	4%
Total Geral	42%	39%	19%

Nota: Na coluna RH e na coluna consumíveis estão assinalados a vermelho os valores <30% e >50%. Na coluna custos fixos estão assinalados a vermelho os valores <10% e >30%.

No total nacional, bem como por grupo de *benchmarking* ACSS, a estrutura de custos enquadra-se naquela que se definiu como padrão (40% RH, 40% consumos e 20% FSE). Quando se detalha a análise, observando cada entidade, verificam-se marcadas assimetrias dentro do mesmo grupo. Como já referimos anteriormente algumas entidades imputam à rubrica de fornecimentos e serviços custos que habitualmente são contabilizados nos RH. A assimetria na rubrica de consumos, entre 0% e 85%, faz suspeitar de uma metodologia de imputação de custos muito distinta entre as instituições.

Na análise dos valores relativos efetuada nos quadros anteriores é necessário ter em conta que os valores absolutos reportados são muito diferentes, mesmo quando considerados por hora de sala disponível ou por cirurgia padrão.

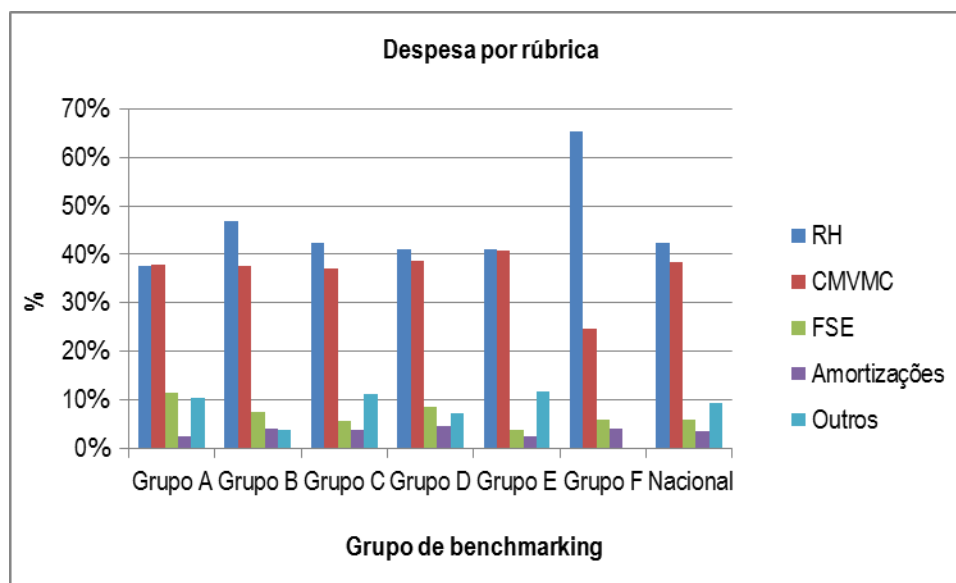


Figura 58. Percentagem da despesa média por rubrica nos grupos de *benchmarking* ACSS em 2014

Considerando as ressalvas acima, relativamente à média de custos nacional, verifica-se que, como expetável, a maior proporção de custos está relacionada com os recursos humanos, logo seguida da despesa com CMVMC, outros custos, FSE e finalmente amortizações.

Quando se considera a despesa por grupo de *benchmarking* ACSS, verifica-se um padrão relativamente à percentagem de custos com RH e CMVMC. No grupo A a posição relativa destes dois custos inverte-se, apresentando uma proporção de custos superior para os CMVMC. O grupo F apresenta uma grande variação entre os custos referentes aos RH e CMVMC.

A figura seguinte traduz o custo médio por hora de sala, diretamente reportado pelas entidades, a nível nacional e em cada grupo de *benchmarking* ACSS.

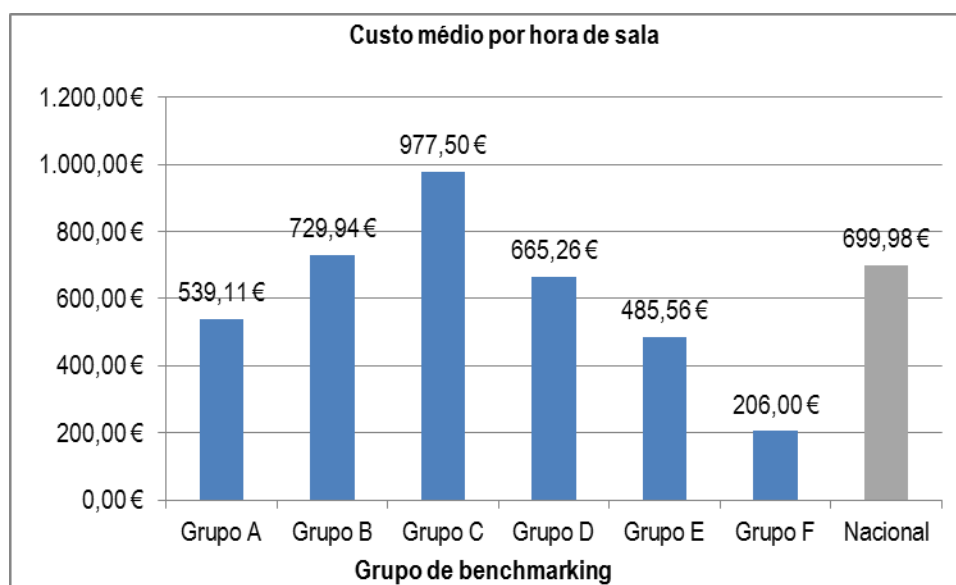


Figura 59. Custo médio por hora de sala dos blocos operatórios em 2014

Apenas 51,1% das entidades reportaram os dados relativos ao custo médio por hora de sala e destes nem todos os BO apresentam custos, pelo que estes valores apenas representam o referido conjunto e não o total as entidades a nível nacional.

A média nacional do custo médio por hora de sala é de 699,98€, variando entre 977,50€ no grupo C e 206,00€ no grupo F.

Quando se calcula este custo²⁰, de modo a confrontar com o valor reportado diretamente pelos hospitais, obtém-se um valor semelhante - 574,14€.

²⁰ Custo médio hora/sala = $\frac{\sum rubricas}{\sum horas\ sala * 44 semanas}$

Estas diferenças podem dever-se ao fato de algumas entidades terem considerado as 24h de funcionamento da sala de urgência, tendo reportado valores médios por hora de sala de 20,95€ num BO, por exemplo

Quadro 16. Custos médios por hora disponível de sala dos blocos operatórios

Entidade	Soma custos diretos e indiretos reportados diretamente	Custos diretos e indiretos reportados diretamente/ horas disponíveis BO	Custos por rubrica/ horas disponíveis BO
Grupo A	10.157.153 €	414 €	374 €
Centro Hospitalar do Oeste	5.274.018 €	497 €	497 €
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	2.569.950 €	417 €	423 €
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	1.585.438 €	334 €	118 €
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	727.747 €	360 €	360 €
Hospital José Luciano de Castro - Anadia			
Grupo B	36.409.723 €	575 €	656 €
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	8.330.447 €	823 €	785 €
ULS Nordeste, E.P.E.	6.592.093 €	814 €	1.628 €
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	4.562.646 €	331 €	331 €
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	4.059.339 €	569 €	496 €
ULS Liberal Alentejano, E.P.E.	3.790.393 €	1.026 €	1.026 €
ULS Castelo Branco, EPE	3.752.343 €	601 €	510 €
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	3.045.231 €	635 €	635 €
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	2.277.231 €	796 €	796 €
ULS Guarda, EPE			
Grupo C	115.937.030 €	571 €	596 €
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	14.152.361 €	786 €	786 €
Centro Hospitalar Leiria, EPE	13.494.573 €	788 €	788 €
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	11.915.969 €	473 €	473 €
ULS Matosinhos, E.P.E.	11.740.295 €	743 €	743 €
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	11.652.298 €	770 €	770 €
ULS Alto Minho, E.P.E.	11.542.091 €	869 €	869 €
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	10.963.526 €	760 €	760 €
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	7.039.775 €	727 €	616 €
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	6.537.022 €	640 €	640 €
ULS Baixo Alentejo, EPE	4.358.775 €	674 €	674 €
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	4.282.780 €	636 €	636 €
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	4.234.107 €	526 €	598 €
ULS Norte Alentejano, EPE	4.023.457 €	782 €	769 €
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.			
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P			
Hospital de Cascais, P.P.P			793 €
Grupo D	124.842.758 €	597 €	754 €
Hospital de Braga, P.P.P	22.814.351 €	658 €	670 €
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	21.607.117 €	583 €	583 €
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	16.075.974 €	836 €	1.672 €
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	15.852.990 €	709 €	1.418 €
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	13.439.787 €	300 €	311 €
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	13.241.175 €	940 €	940 €
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	11.998.134 €	960 €	960 €
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	9.813.229 €	403 €	403 €
Grupo E	175.347.280 €	506 €	743 €
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	46.552.257 €	591 €	1.182 €
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	43.237.464 €	978 €	978 €
Centro Hospitalar de S. João, EPE	27.815.402 €	418 €	418 €
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	22.659.027 €	439 €	439 €
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	21.096.636 €	677 €	677 €
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	13.986.495 €	188 €	666 €
Grupo F	16.933.487 €	365 €	416 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	7.515.263 €	424 €	253 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	4.943.958 €	305 €	637 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	4.474.266 €	358 €	360 €
Total Geral	479.627.431 €	537 €	679 €

Nota: As Linhas que não apresentam valor na segunda e terceira coluna, decorrem do não fornecimento por parte da instituição de dados sobre custos indiretos e por isso não foram considerados.

Na figura abaixo apresenta-se a média do custo médio por hora de sala, por grupo de *benchmarking* ACSS.

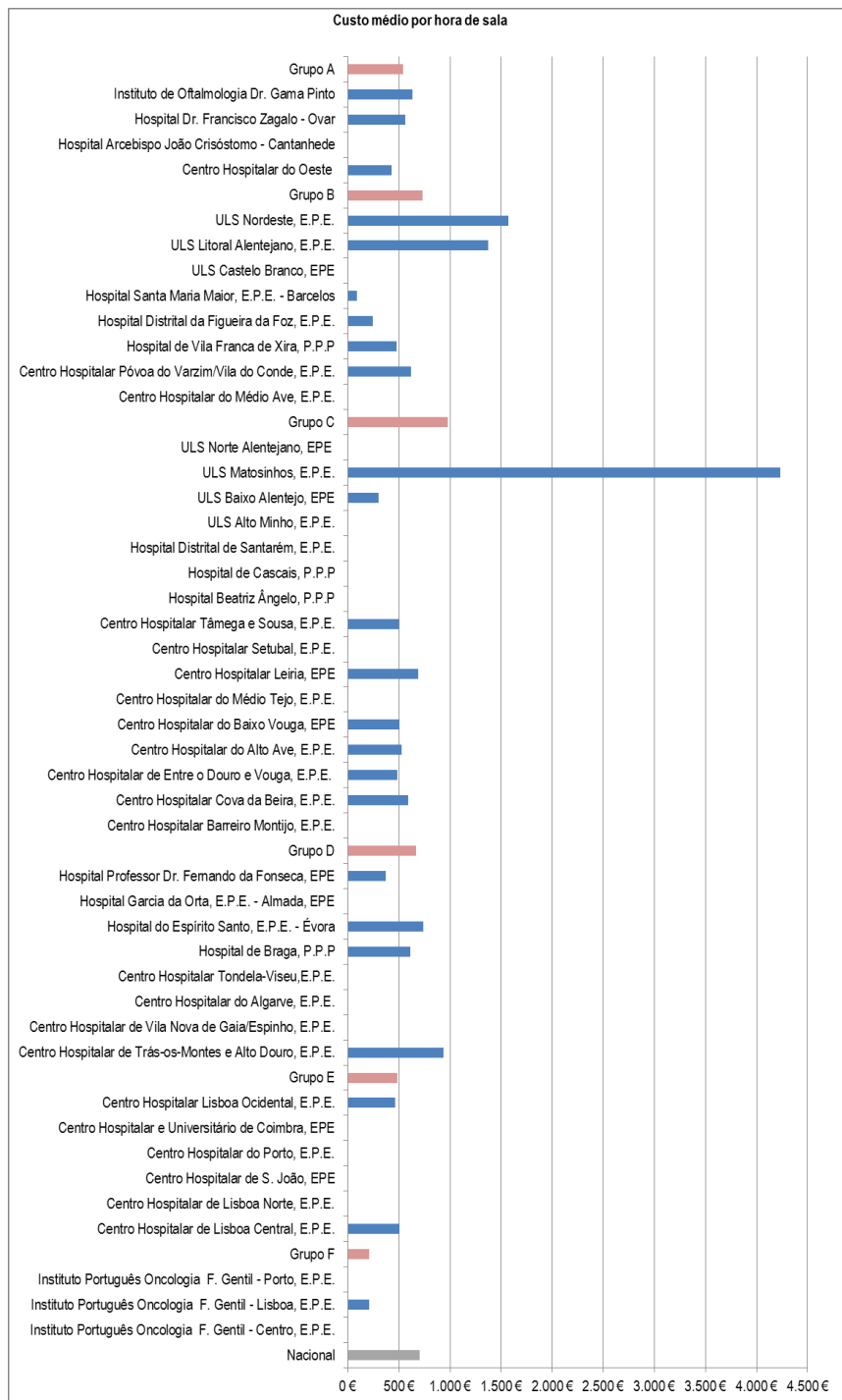


Figura 60. Custo médio por hora de sala reportado pelas entidades em 2014

45% das entidades não preencheram este campo. Das entidades que preencheram, nem todos os BO reportaram valores (a média não inclui as não respostas).

O grupo de *benchmarking* ACSS no qual o custo médio por hora de sala é mais elevado é no grupo C (977,50€) e o valor mais baixo verifica-se no F (206,00€). Por entidade, o custo médio mais elevado por hora de sala está associado à ULS Matosinhos (4.230€) e o mais baixo à H. Santa Maria Maior (91€).

O próximo quadro apresenta para cada entidade hospitalar o custo por episódio cirúrgico padrão. Esta representação é particularmente importante pois relaciona o custo de uma componente muito importante do serviço com o que representa o proveito institucional.

Quadro 17. Custos médios por episódio cirúrgico padrão em 2014

Entidade	Custos diretos e indiretos reportados diretamente/operado padrão	Custos por rubrica/operado padrão
Grupo A	991 €	894 €
Centro Hospitalar do Oeste	1.032 €	1.032 €
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	875 €	887 €
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	1.350 €	476 €
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	1.049 €	1.049 €
Hospital José Luciano de Castro - Anadia		
Grupo B	913 €	1.041 €
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	1.058 €	1.008 €
ULS Nordeste, E.P.E.	1.245 €	2.489 €
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	810 €	810 €
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	968 €	843 €
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	1.490 €	1.490 €
ULS Castelo Branco, EPE	1.050 €	891 €
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	836 €	836 €
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	944 €	943 €
ULS Guarda, EPE		
Grupo C	900 €	940 €
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	1.175 €	1.175 €
Centro Hospitalar Leiria, EPE	1.320 €	1.320 €
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	864 €	864 €
ULS Matosinhos, E.P.E.	995 €	995 €
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	950 €	950 €
ULS Alto Minho, E.P.E.	1.195 €	1.195 €
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	1.296 €	1.296 €
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	1.373 €	1.163 €
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	836 €	836 €
ULS Baixo Alentejo, EPE	1.466 €	1.466 €
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	1.282 €	1.282 €
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	859 €	977 €
ULS Norte Alentejano, EPE	1.187 €	1.168 €
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.		
Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P		
Hospital de Cascais, P.P.P		1.003 €
Grupo D	1.092 €	1.380 €
Hospital de Braga, P.P.P	924 €	942 €
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	982 €	982 €
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	1.641 €	3.281 €
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	1.152 €	2.303 €
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	940 €	976 €
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	1.338 €	1.338 €
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	1.277 €	1.277 €
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada, EPE	938 €	938 €
Grupo E	944 €	1.387 €
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	1.296 €	2.593 €
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	1.666 €	1.666 €
Centro Hospitalar de S. João, EPE	677 €	677 €
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	876 €	876 €
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	1.196 €	1.196 €
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	357 €	1.264 €
Grupo F	671 €	765 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	698 €	417 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	497 €	1.037 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	990 €	996 €
Total Geral	951 €	1.202 €

Nota: As Linhas que não apresentam valor na segunda coluna, decorrem do não fornecimento por parte da instituição de dados sobre custos indiretos e por isso não foram considerados.

Para otimização da gestão do BO é fundamental dispor de uma análise detalhada dos custos e poder controlar todas as fontes de desperdício.

A primeira grande conclusão dos dados reportados no inquérito é a da inexistência de uma fórmula padronizada nas diversas instituições para reportar e analisar os custos.

Foi solicitado aos hospitais que apresentassem a informação de custos de acordo com um conjunto pré definido de rubricas

Apesar de 100% das entidades terem reportado alguma informação sobre custos, nem todas apresentaram dados sobre as principais rubricas, selecionaram-se para uma análise restrita 19 que forneciam dados sobre as principais rubricas.

O próximo quadro identifica os hospitais e os custos por rubrica, por hora de sala disponibilizada reportados:

Quadro 18. Custos por rubrica, por hora de sala disponibilizada

Entidades	RH	Medicamento	Dispositivos Implantados	Roupa	Consumos Medicos	Esterilização	Consumos Outros	Serviços Externos	Amortização Equipamento Proprio	Imputa Diversas	Total/hora/ sala
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	124 €	15 €	1 €	5 €	15 €	11 €	0 €	58 €	14 €	116 €	360 €
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	129 €	34 €	26 €	6 €	82 €	9 €	0 €	15 €	4 €	117 €	423 €
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	273 €	39 €	94 €	7 €	76 €	30 €	2 €	18 €	16 €	81 €	635 €
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	326 €	62 €	199 €	9 €	152 €	69 €	6 €	58 €	11 €	132 €	1.026 €
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	318 €	35 €	85 €	1 €	90 €	0 €	2 €	24 €	42 €	0 €	598 €
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	271 €	40 €	89 €	7 €	74 €	15 €	2 €	46 €	1 €	91 €	636 €
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	311 €	32 €	201 €	4 €	122 €	5 €	2 €	9 €	18 €	83 €	786 €
Centro Hospitalar Leiria, EPE	322 €	60 €	76 €	6 €	130 €	33 €	5 €	23 €	20 €	113 €	788 €
ULS Baixo Alentejo, EPE	299 €	28 €	25 €	6 €	104 €	43 €	5 €	17 €	36 €	110 €	674 €
ULS Matosinhos, E.P.E.	290 €	30 €	7 €	11 €	224 €	10 €	4 €	21 €	19 €	128 €	743 €
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	471 €	46 €	89 €	7 €	161 €	64 €	24 €	36 €	63 €	0 €	960 €
Hospital de Braga, P.P.P	252 €	40 €	126 €	2 €	116 €	19 €	3 €	92 €	21 €	0 €	670 €
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	378 €	45 €	141 €	6 €	178 €	28 €	10 €	24 €	52 €	79 €	940 €
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	166 €	26 €	18 €	1 €	74 €	11 €	3 €	0 €	6 €	8 €	311 €
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	247 €	39 €	56 €	1 €	142 €	7 €	1 €	10 €	12 €	76 €	591 €
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	138 €	68 €	64 €	2 €	164 €	0 €	2 €	0 €	0 €	0 €	439 €
Centro Hospitalar de S. João, EPE	183 €	12 €	18 €	3 €	47 €	4 €	4 €	19 €	12 €	116 €	418 €
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	474 €	37 €	121 €	3 €	141 €	22 €	19 €	42 €	34 €	85 €	978 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	173 €	15 €	12 €	1 €	90 €	1 €	4 €	9 €	13 €	0 €	319 €

A próxima figura apresenta para os 19 hospitais considerados a distribuição média pelas rúbricas

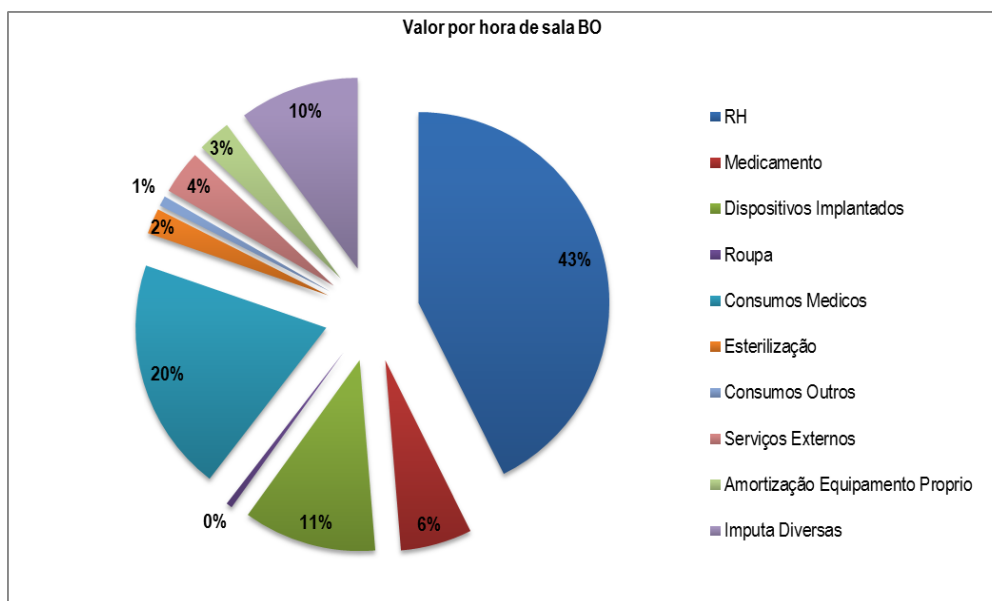


Figura 61. Valor por hora de sala de operações

De acordo com esta figura conclui-se que os custos do BO mais representativos são os relativos a RH, seguidos dos consumos clínico e de imputações diversas.

O próximo quadro mostra a distribuição entre custos médios -fixos e variáveis. Consideraram-se custos fixos os que ocorrem independentemente do tempo disponibilizado da sala de operações ser ou não utilizado, no pressuposto que a capacidade instalada está dimensionada no BO e nos serviços para os tempos afetos a cada serviço. Neste sentido consideraram-se custos fixos os relativos a recursos Humanos (RH), serviços e fornecimentos externos (SFE), Amortizações e imputações diversas e como custos variáveis os restantes.

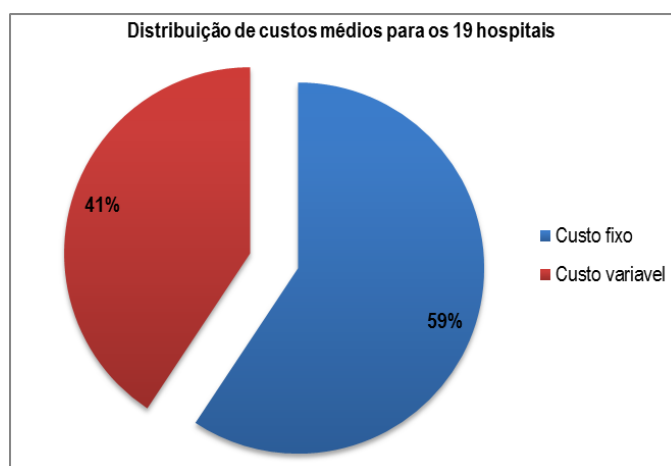


Figura 62. Distribuição dos custos médios

Pode concluir-se do gráfico que a maior componente é a dos custos fixos que corresponderá a cerca de 59%. Este conhecimento é importante pelo que revela o desperdício envolvido na não utilização cabal dos tempos de sala disponibilizados.

O próximo quadro apresenta a distribuição dos custos por hora de sala entre fixos e variáveis para cada instituição.

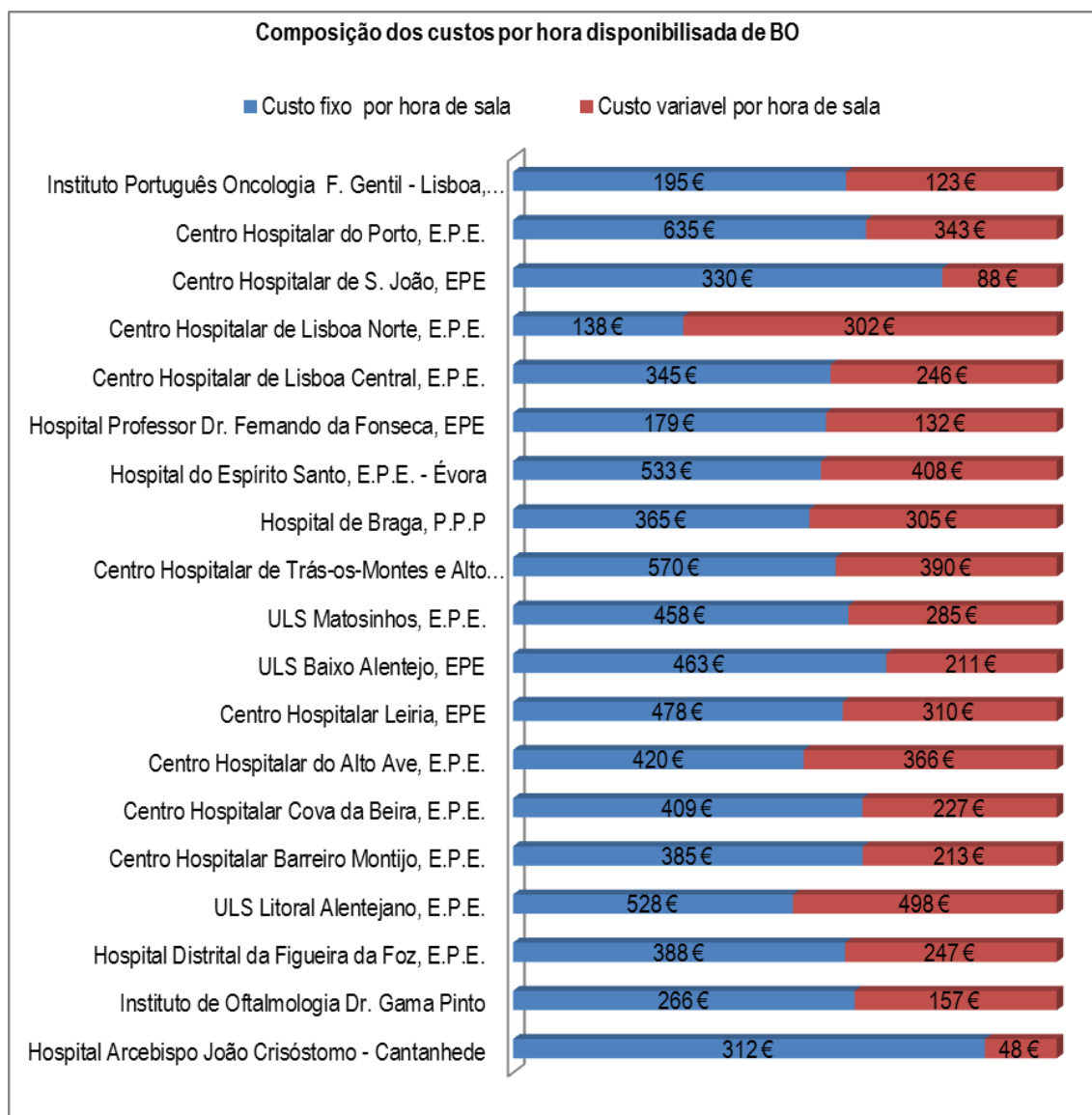


Figura 63. Distribuição dos custos por hora de sala para cada instituição.

Outro fator determinante para uma boa gestão é o conhecimento do custo hora de sala e o custo por cirurgia padrão. Para prestações equivalentes e graus de diferenciação semelhantes esperar-se-ia encontrar custos próximos, no caso do doente padrão a ponderação pelo índice de complexidade permite uma leitura comparada ainda mais válida. Por fim conhecer qual a fração que representa o custo do BO nos proveitos apurados na linha de financiamento cirúrgico é determinante para concluir sobre a sustentabilidade do processo.

Quadro 19. Custos por hora de sala e custos por cirurgia padrão, por entidade

Entidades	Custos por Hora de Sala	Custos por Cirurgia Padrão
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	360 €	1.049 €
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	423 €	887 €
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	635 €	836 €
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	1.026 €	1.490 €
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	598 €	977 €
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	636 €	1.282 €
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	786 €	1.175 €
Centro Hospitalar Leiria, EPE	788 €	1.320 €
ULS Baixo Alentejo, EPE	674 €	1.466 €
ULS Matosinhos, E.P.E.	743 €	995 €
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	960 €	1.277 €
Hospital de Braga, P.P.P	670 €	942 €
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	940 €	1.338 €
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE	311 €	976 €
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	591 €	1.296 €
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	439 €	876 €
Centro Hospitalar de S. João, EPE	418 €	677 €
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	978 €	1.666 €
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	319 €	519 €

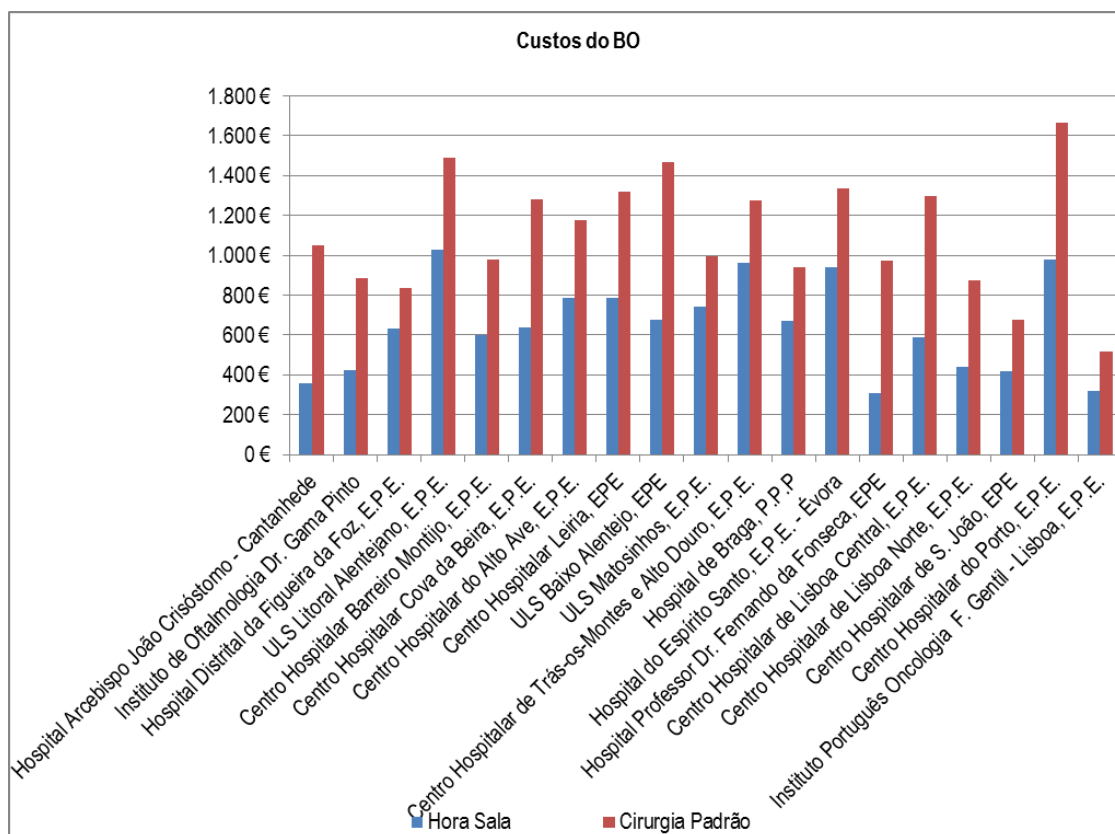


Figura 64. Custos do bloco

Pode observar-se que estes hospitais têm custos por cirurgia padrão entre 519€ e 1.666€ e custos por hora de sala entre os 311 e os 1.026€ é no entanto curioso observar-se que não há uma correlação estreita entre custo hora e custo por cirurgia padrão, seria interessante estudar as razões subjacentes.

Estudo espanhol (Grau,2003) sobre os custos de sala refere-se a cerca de 450€/hora o que representa quase 3/4 da média apurada nestes 19 hospitais. Em estudos relativos aos EUA (Giroto,2010), os custos médios por hora de sala podem variar entre US\$60 a US\$100 /minuto, o equivalente a valores entre 3.165€/hora a 5.275€/hora. Em hospitais nacionais estes valores podem variar entre 7 a 11€/minuto, o equivalente a 420€/hora a 660€/hora (CHLC, Hospital de Santa Marta, 2010)

5.5. Produtividade

O próximo quadro apresenta a produtividade por cirurgião, anestesiológista e sala de operações face a um valor padrão. Os valores considerados padrão estão plasmados nos limites presentes nas últimas duas linhas do quadro, estes só podem ser assumidos válidos observando a instituição no seu todo, não podendo ser extrapolados para serviços ou unidades individuais. As colunas presentes no quadro avaliam a situação da instituição, as células encontram-se coloridas de vermelho se a situação for negativa, de verde se for favorável e sem cor nas situações em torno do padrão.

A primeira coluna identifica a instituição.

A segunda coluna do Quadro 20 observa a produtividade do cirurgião ajustada. Ou seja, indica se os cirurgiões estão a produzir o esperado (padrão), em excesso ou em défice, ajustado pela complexidade das cirurgias/dos doentes.

A terceira coluna observa a produtividade do cirurgião ajustada ao tempo afeto ao BO²¹. Esta coluna permite comparar a produção dos cirurgiões com tempos de afetação ao BO distintos, isto é, número de operados padrão por cada um cirurgião padrão se este estivesse afeto 10,5 horas²² afeto ao BO.

A segunda e terceira coluna devem de ser analisadas em conjunto, assim como com o rácio entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO face às horas de trabalho de cirurgiões presente na terceira coluna do Quadro 20. Por exemplo o Centro Hospitalar Barreiro Montijo tem uma percentagem de horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO muito perto do considerado desejável (29,2%) e como tal os valores da segunda e terceira coluna do Quadro 20. Resumo dos indicadores de produtividade cirúrgica no BO em 2014 são muito semelhantes 106e 108 respetivamente. Outro exemplo o Centro Hospitalar do Baixo Vouga tem 19,6% das horas dos cirurgiões afetas ao BO por isso quando observamos o valor da produção cirúrgica padrão por

²¹ **Produtividade do cirurgião ajustada ao tempo afeto ao BO** – Produtividade do cirurgião ajustada x (10,5h/Tempo real de afetação ajustada ao BO de um cirurgião).

²² De acordo com SIGIC para um hospital não especializado considera-se *standard* para um cirurgião padrão 30% do tempo afeto ao BO (10,5h), 30% ao internamento (10,5h), 30% à consulta/MCDT (10,5h) e 10% afeto a outras atividades (3,5h).

cirurgião padrão ajustado (2ª coluna) este é de 74, se este tivesse a produção equivalente mas com 10,5 horas afetas ao BO por cada cirurgião padrão este produziram 113. Quando o valor da terceira coluna é superior à segunda coluna significa que a percentagem de afetação ao BO dos cirurgiões é inferior à desejada (10,5 horas) e que estes teriam maior capacidade de produção, como seria o caso da entidade do exemplo anterior.

Por outro lado, por exemplo no Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga observa-se o inverso, este tem 40,6% de horas afetas ao BO dos seus cirurgiões padrão. Por isso o valor da terceira coluna é inferior à segunda significando que se estes reduzissem a percentagem de horas afetas para 30% (10,5 horas) e produzissem o equivalente apenas teriam realizado 127 cirurgias padrão por cirurgião padrão.

Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, os grupos A, B e C poderiam produzir mais se tivessem o valor desejado afeto ao BO.

A quarta coluna do Quadro 20 observa a produtividade do anestesiolgista ajustada. Ou seja, indica se os anestesiolgistas estão a produzir o esperado (padrão), em excesso ou em défice, ajustado pela complexidade das cirurgias/dos doentes.

A quinta coluna observa a produtividade do anestesiolgista ajustada face ao tempo afeto ao BO²³. Esta coluna permite comparar a produção dos anestesiolgistas com tempos de afetação ao BO distintos, isto é, número de operados padrão por cada anestesiolgista padrão se este estivesse afeto 17,5 horas²⁴ afeto ao BO.

Tal como descrito no caso dos cirurgiões, no caso dos anestesiolgistas a análise deve ser feita da mesma forma mas considerando a terceira e quinta coluna, assim como com o rácio entre horas ajustadas de anestesiolgistas afetas ao BO face às horas de trabalho de anestesiolgistas presente na quinta coluna. Neste caso podemos observar que 23,4% das

²³ **Produtividade do anestesista ajustada ao tempo afeto ao BO** – Produtividade do anestesista ajustada x (17,5h/Tempo real de afetação ajustada ao BO de um anestesista).

²⁴ De acordo com SIGIC para um hospital não especializado considera-se *standard* para um anestesista padrão 50% do tempo afeto ao BO (17,5h) e 50% a outras atividades (17,5h) consulta, internamento, etc.

entidades se tivessem o tempo de afetação ao BO dos anestesiólogistas no valor desejável que poderiam operar mais.

Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, todos os grupos no seu conjunto já têm a percentagem de horas afetas ao BO dos anestesiólogistas acima do valor padrão (50%).

A sexta coluna do Quadro 20 observa a produtividade por sala de operações. Ou seja, indica se produção, ajustado pela complexidade das cirurgias/dos doentes por sala de operações é a esperada (padrão), em excesso ou em défice.

A sétima coluna observa a produtividade por sala de operações ajustado ao tempo disponível ²⁵. Esta coluna permite comparar a produção efetuada por sala de operações com tempos de disponibilidade distintos, isto é, número de operados padrão por cada sala de operações se este estivesse disponível 60 horas²⁶.

A sexta e a sétima coluna devem de ser analisadas em conjunto. Podemos observar que apenas quatro (8,5%) hospitais têm disponibilidade de BO acima das 60 horas pois o valor da sétima coluna é inferior ao da sexta coluna. Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, todos os grupos no seu conjunto têm uma disponibilidade inferior às 60 horas.

²⁵ **Produtividade por sala de BO ajustado ao tempo disponível** – produtividade por sala de BO x (60h/Tempo real de disponibilidade do BO).

²⁶ De acordo com o SIGIC considera-se *standard* para uma sala de operações uma disponibilidade de 12 horas, 5 dias por semana.

Quadro 20. Resumo dos indicadores de produtividade cirúrgica no BO em 2014

Hospital	Produtividade					
	Produtividade do cirurgião ajustada	Produtividade do Cirurgião ajustada ao tempo afeto ao bloco	Produtividade do anestesista ajustada	Produtividade do anestesista ajustada ao tempo afeto ao bloco	Produtividade por sala de bloco	Produtividade por sala de bloco ajustada ao tempo disponível
CH Oeste	75	114	354	381	852	1.273
H Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	107	74	373	270	693	905
H Dr. Franc. Zagalo - Ovar	157	114	298	190	1.174	652
H José Luc. de Castro - Anadia	109	84	281	295	337	920
Inst. Ot. Dr. Gama Pinto - Lx	108	157	918	643	734	1.259
GRUPO A	91	117	416	368	789	1.105
CH Médio Ave - Famalicão	91	109	401	424	805	1.080
CH Póvoa do Varzim/VC	218	122	553	400	2.097	1.553
H D. Figueira da Foz	157	151	760	441	1.821	2.005
H Sta Maria Maior - Barcelos	178	172	1.030	879	1.206	2.227
H V. F. Xira	118	159	330	442	1.575	2.054
ULS Castelo Branco	92	103	507	395	894	1.510
ULS Guarda	146	173	732	444	788	1.891
ULS Litoral Alent. - Sant. Cacém	85	140	432	530	848	1.817
ULS Nordeste - Bragança	123	96	533	357	530	1.727
GRUPO B	121	129	487	434	973	1.664
CH Alto Ave - Guimarães	139	116	453	281	927	1.767
CH Baixo Vouga	74	113	360	360	1.117	2.022
CH Barreiro Montijo	105	108	584	302	822	1.616
CH Cova da Beira - Covilhã	83	79	568	366	557	1.311
CH Entre o Douro e Vouga	172	127	596	352	1.380	1.447
CH Leiria - Pombal	109	120	427	412	538	1.577
CH Médio Tejo - T. Novas	96	104	492	801	1.036	1.743
CH Setúbal	78	77	384	259	1.058	1.548
CH Tâmega e Sousa	110	130	382	353	1.363	2.139
H Beatriz Ângelo - Loures	111	141	590	563	1.390	1.370
H D. Santarém	86	81	613	368	732	1.398
HPP - H Cascais	92	162	303	570	1.127	2.087
ULS Alto Minho - V. Castelo	134	120	642	453	1.379	1.918
ULS Baixo Alentejo - Beja	80	99	477	301	743	1.214
ULS Matosinhos	115	119	476	439	983	1.972
ULS Norte Alentejano - Portalegre	127	109	733	550	678	1.739
GRUPO C	108	113	472	382	976	1.673
CH Algarve	98	77	431	287	817	1.345
CH Tondela - Viseu	135	117	342	265	983	1.626
CH Trás-os-Montes e Alt. Douro	117	101	512	300	854	1.985
CH V. Nova de Gaia/Espinho	162	115	551	288	1.375	1.568
H Braga	152	194	614	631	2.244	1.879
H Espírito Santo - Évora	97	117	615	538	1.649	1.855
H Fern. da Fonseca - Lx	186	118	777	477	681	842
H Garcia de Orta - Almada	79	96	471	545	951	1.133
GRUPO D	128	118	524	380	1.121	1.443
CH Lisboa Central	98	85	444	352	619	1.204
CH Lisboa Norte	108	112	373	413	892	1.325
CH Lisboa Ocidental	79	104	393	340	767	1.495
CH Porto	117	115	297	308	1.236	1.549
CH São João	134	112	667	398	1.285	1.631
CH Univer. de Coimbra	114	126	532	404	754	1.390
GRUPO E	109	107	445	371	864	1.414
IPO Coimbra	113	84	346	229	565	954
IPO Lisboa	141	127	366	361	1.244	1.622
IPO Porto	149	94	450	340	1.077	1.604
GRUPO F	138	102	393	320	971	1.435
Nacional	114	113	467	377	953	1.490
Limites	< 92	< 92	< 308	< 308	< 1152	< 1152
	≥ 138	≥ 138	≥ 462	≥ 462	≥ 1728	≥ 1728

Fonte: SIGLIC, dados provisórios de 2014 extraídos a 16.01.2015, dados provisórios de capacidade instalada de 2014 extraídos a 29.05.2015.

Nota 1: Neste quadro no caso dos cirurgiões são contabilizadas metade das horas dos internos. No caso dos anestesiólogistas não são incluídos os internos.

Nota 2: Nos indicadores deste quadro são consideradas para além das horas semanais normais de trabalho, as horas teóricas semanais para a produção em MRA.

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo observa-se a realidade das instituições nacionais face aos objetivos estabelecidos, às melhores práticas, às normas e aos pareceres dos peritos. Sempre que possível, é efetuada uma reflexão sobre as causas dos desajustes verificados.

6.1. Capacidade física instalada

O número de salas de operações por 100.000 habitantes varia entre um máximo de 2,82 na ARS Centro e 1,33 na ARS Algarve. Importa também ter em conta que o número de inscrições em lista cirúrgica por 1000 habitantes residentes é de 87,3 no centro e 44,9 no Algarve no ano de 2013.

Em termos nacionais no SNS (Portugal Continental), o número de salas de BO por 100.000 habitantes ($569 \text{ salas} \times 100.000 / 10.047.621 \text{ hab.} = 5,66$). A este número acresce uma capacidade instalada, não avaliada e da qual não há registo, no setor privado e social. Esta é uma capacidade que deveria ser conhecida e detalhada de forma a poder existir uma visão adequada da realidade nacional e passível de avaliar as eventuais necessidades.

A disponibilidade de camas de enfermaria pode ser elemento fundamental para a otimização do BO, uma vez que a existência de défice de camas pode condicionar a produção do BO se já estiver esgotada a capacidade de ambulatorização.

Importa esclarecer que apesar de alguns hospitais não terem enfermarias dedicadas exclusivamente a serviços cirúrgicos ou médicos na contabilização das designadas camas de enfermaria adstritas a serviços cirúrgicos este problema está resolvido pela metodologia de cálculo o que permite a correta contabilização dos dados em formato comparável entre instituições.

A existência de mais salas de BO por cama de enfermaria no grupo F decorre duma capacidade real de otimizar os tempos médios de internamento. O grupo E também apresenta um rácio elevado de salas de BO por cama de enfermaria o que se traduz por uma taxa de utilização de sala menor.

No que diz respeito às salas de BO por camas de cuidados intensivos (CI) o grupo B tem mais salas de BO ($n=24$) que camas de CI ($n=8$) em oposição ao Grupo E ($n=228$, $n=303$ respetivamente). Paradoxalmente os hospitais do grupo F, com patologia complexa e doentes de

risco, são dos que apresentam um valor relativo menor de salas de CI, logo após o grupo B, com valores inferiores a metade de hospitais locais e distritais (D e C). Os hospitais do Grupo E sendo hospitais de fim de linha, é natural que tenham um número mais elevado de cama de CI. Quando se analisa o rácio de operados por cama de CI as conclusões são semelhantes.

O rácio de operados padrão por camas de enfermaria é superior no grupo F em oposição ao grupo A, o que provavelmente se correlaciona com a maior eficiência destes hospitais, retratadas em vários documentos (Relatório de *Benchmarking* ACSS e relatórios do SIGIC da ACSS).

No que respeita aos tipos de bloco, ressalta o grande número de blocos periféricos nos hospitais do grupo E, o que decorre da maior diferenciação e dimensão de determinadas especialidades. Este grupo detém um total superior de salas de BO o que se torna necessário por se tratar de hospitais de maior complexidade, com urgências polivalentes e cuidados de elevada diferenciação.

Em síntese e em tese, ultrapassando questões sobre a qualidade dos dados que necessariamente terão de ser aferidas, a capacidade instalada em salas de BO nos hospitais do SNS, no pressuposto de terem um funcionamento padrão (2880 horas por ano) considerando que uma taxa de utilização de 80% é a adequada (importa ter flexibilidade para absorver flutuações diárias e sazonais) considerando uma ocupação média de 2 horas por cirurgia padrão (25% inferior a serviços de alta rentabilidade considerados standard) seria possível intervencionar 1152 episódios padrão por sala o que nas 508 (569) salas do país significa que seria possível efetuar 585.216 (655.488) cirurgias padrão 22,8% a mais do que o que foi efetivamente realizado em 2012 (108.749 episódios padrão a mais do que os realizados nas 48 entidades). Também o número de cirurgiões no seu todo não é limitante, assim no pressuposto duma utilização padrão (462 horas por cirurgião padrão/ano) desta capacidade instalada as 2.176.794 horas de cirurgiões disponíveis no BO permitiria a intervenção em 544.199 cirurgias padrão (considerando uma rentabilidade sub-ótima de 1 cirurgia padrão por cada 4h de cirurgião padrão). Com estes pressupostos a capacidade instalada de cirurgiões permitiria a produção de mais 67.732 episódios cirúrgicos. O número de anestesiológicos no seu todo, para uma rentabilidade sub-ótima seria limitante, assim no pressuposto duma utilização padrão (770 horas por anestesiológico padrão/ano) desta capacidade instalada as 892.843 horas de anestesiológicos disponíveis permitiria a intervenção em 446.421 cirurgias padrão (1 cirurgia padrão por cada 2 horas de anestesiológico padrão), ficando em falta 30.045 episódios (esta

questão seria contornável quer passando a considerar o tempo médio de disponibilidade de 60% ou para utilizações com alta taxa de rentabilidade das salas de BO (1,5 horas por cirurgia padrão).

Porque a capacidade global do SNS está repartida por 48 entidades e a mobilidade não tem sido muito efetiva importa analisar cada caso. O próximo quadro apresenta por instituição a rentabilidade de cada tipo de recurso face aos pressupostos atrás enunciados e estabelece o potencial de ganho tendo em conta o fator limitante.

6.1.1. Modelo arquitetónico de BO

Existe uma grande diversidade de modelos de BO em Portugal decorrentes de evoluções históricas das instituições e das características estruturais condicionadas pelas suas origens. Muitos deles sofreram alterações ao longo dos anos, nem sempre a nível estrutural.

São diversas as recomendações internacionais e, a nível nacional. Em Portugal as recomendações técnicas principais estão vertidas em vários textos legais e em normativos da ACSS que apontam para alguns princípios e regras que devem ser tidos em conta no planeamento de um BO.

Relativamente ao modelo arquitetónico de bloco operatório, já podem desde já elencar-se duas razões para cerca de 55% dos BO tenham um corredor central único. Uma das razões prende-se com a época de construção em que os conceitos de isolamento, de circuitos ou controlo de infeção tinham pouco impacto no desenho arquitetónico dos blocos operatórios, sendo este modelo mais comum entre os hospitais mais antigos.

Por outro lado, em hospitais mais recentes as razões podem prender-se com razões financeiras de construção, pois para um mesmo número de salas de operação o corredor duplo implica maior área de implantação e de construção.

As referências nacionais, que incluem revisão da evidência internacional, não apontam para um tipo de BO em particular desde que sejam asseguradas as recomendações técnicas mínimas que qualquer modelo deve integrar (ACSS, 2011).

Não constituindo a sala de indução anestésica requisito obrigatório das portarias de licenciamento, é um elemento controverso que merece discussão. Num trabalho previamente

realizado pela ACSS (não publicado) com uma amostra de hospitais, o rácio de salas de indução anestésica/salas de operação varia entre zero e doze.

6.1.2. Requisitos mínimos

Neste ponto salienta-se que os requisitos que menos se verificam são as áreas. Quanto às salas de operações, salienta-se um indicador de requisito mínimo com impacto decisivo na efetividade da atividade cirúrgica, no controlo de infeção e segurança e na capacidade de integrar a evolução da prática futura.

Áreas com valores muito aquém das recomendações nacionais e internacionais desde há vários anos, colocam questões sobre a real capacidade dos BO em suportar a prática atual, bem como, a limitação do desenvolvimento e/ou a exigência de remodelações e adaptações constantes, sendo necessário estarem desajustadas e avaliados os custos económicos.

Quanto às UCPA, e especificamente às áreas quer por cama no recobro 1, quer por cadeirão no recobro 2, mantém-se um indicador baixo, o que é corroborado pelas observações efetuadas por alguns hospitais que referem espaço reduzido de recobro, em alguns casos por utilização indevido de espaço atribuído a BO e utilizado para outras funções.

Vale a pena salientar ainda que o não cumprimento dos requisitos mínimos coloca em questão a qualidade da atividade assistencial.

6.2. Recursos humanos

A avaliação de recursos humanos em BO depende em muito de uma clara definição de quais as necessidades reais. Sem esta definição não é possível concluir da profissionais a mais ou a menos e blocos operatórios a mais ou menos. A conclusão de que um grupo profissional dedica pouco ou muito tempo ao bloco tanto pode derivar da capacidade instalada como da procura. Por outro lado o facto a utilização do BO deriva em muito do equilíbrio entre diferentes classes profissionais visto que o *deficit* em qualquer deles pode comprometer a rentabilidade de um bloco e as horas afetas por outras especialidades.

A análise que de seguida se efetua é estritamente factual e nada conclusiva pelos motivos acima referidos.

6.2.1. Cirurgiões

O rácio entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO face às horas de trabalho de cirurgiões desejável é de 30%.

Analisando os vários grupos de *benchmarking* ACSS dos hospitais verifica-se que apenas os grupos E e F atingem este desiderato, com 31,9% e 38,2% respetivamente, a que parece não ser alheio o número de salas de BO por 100 camas de enfermaria, que é também o mais elevado nestes dois grupos (7,11 e 7,33 respetivamente). Tal facto pode até verificar-se dentro do grupo E com o CHUC, entidade que mais se afasta do valor desejável, apresentando 23,2% de rácio entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO face às horas de trabalho de cirurgiões, mais uma vez explicáveis por um rácio de 5,39 do número de salas de BO por 100 camas de enfermaria.

No entanto, ao analisarmos individualmente estes grupos sobressai que no caso do E, o CH do Porto apresenta um rácio entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO face às horas de trabalho de cirurgiões de apenas 25,8% embora tenha um número de salas de BO por 100 camas de enfermaria bastante elevado de 10,18 o que leva a crer existir(em) outro(s) fator(es) que pode(m) influenciar este desempenho.

Claramente em algumas entidades os cirurgiões têm pouco tempo afeto ao BO, face ao desejável. Noutras entidades verifica-se o oposto. Curiosamente mesmo entre entidades do mesmo grupo de *benchmarking* ACSS, não se verifica um padrão.

6.2.2. Anestesiologistas

O rácio entre horas ajustadas de anestesiologistas afetas ao BO face às horas de trabalho de anestesiologistas desejável é de 50%.

Analisando os vários grupos de *benchmarking* ACSS dos hospitais verifica-se que em todos eles esta meta é ultrapassada.

Contudo, face a alguns dos resultados obtidos, como são exemplo o H. Dr. Francisco Zagalo (90%), a ULS Baixo Alentejo (95,1%), o HD Figueira da Foz (85,6%), o CH Entre o Douro e Vouga (95,7%) e o CH Tondela Viseu (100%), entre outros, leva-nos a sugerir uma reanálise deste item específico.

6.2.3. Enfermeiros perioperatórios

O rácio de enfermeiros perioperatórios inclui variáveis mais ajustadas, que por não caberem no âmbito deste estudo, impedem a definição do rácio nacional deste grupo profissional alocado exclusivamente ao contexto perioperatório, cuja atividade está afeta a prestação de cuidados diretos (tempo cirúrgico) e indiretos (tempo não cirúrgico, gestão e suporte) ao doente cirúrgico.

Dada a dificuldade de serem conhecidos os indicadores da atividade de urgência, entre outros, a nível nacional e em cada bloco operatório, impossibilita ainda o cálculo global deste indicador com base das horas necessárias e as horas disponíveis.

A AESOP apresentou, em 2010, um levantamento nacional que serviu de base à publicação das Práticas Recomendadas sobre “Dotações Seguras em Ambiente Perioperatório”, onde se identificou um decréscimo progressivo, na ordem de 43%, nas dotações seguras de 3 enfermeiros/sala de operações, do turno da manhã para o turno da noite. A nível nacional, em 25% dos BO não estava garantida a presença de enfermeiro instrumentista, em 12% não estava garantida a presença de enfermeiro circulante e em 8% não estava garantida a presença de enfermeiro de anestesia. Estes dados requerem actualização e recomenda-se a realização de um estudo nacional em que os dados recolhidos caracterizem a realidade portuguesa.

Com o valor apurado com este questionário, estão identificados 2.975 enfermeiros perioperatórios, um valor que merecerá um maior detalhe considerando a variabilidade constatada entre os diferentes operatórios.

6.3. Qualidade

6.3.1. Sistemas e protocolos

O regulamento do BO serve para estabelecer princípios de funcionamento e de gestão, assim como para regular a sua estrutura organizativa (Fragata, 2006). Pelo facto da inexistência de regulamento do BO em 30% dos casos e dado que os diversos profissionais que exercem a sua atividade no BO são dirigidos por diversas pessoas de diferentes setores, daí podem resultar metas fragmentadas e objetivos confundidos por incentivos individuais e que entram em conflito.

Todos os BO têm o seu modelo de gestão, algumas vezes intuitivamente organizado, muitas outras estruturalmente estudado e pensado para aumentar a rentabilidade e eficiência, com vista

à máxima utilização dos recursos existentes. No caso em análise verificámos que 27% dos BO não possuem qualquer sistema de controlo de gestão.

É também de salientar que cerca de 13% das salas de BO não têm implementado o programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas”.

De um modo geral, os dados recolhidos sobre os sistemas e protocolos implementados nos Blocos Operatórios das entidades hospitalares do SNS inquiridos, evidenciam que um elevado número de blocos operatórios têm os diversos sistemas e protocolos implementados e em funcionamento (Figura 65).

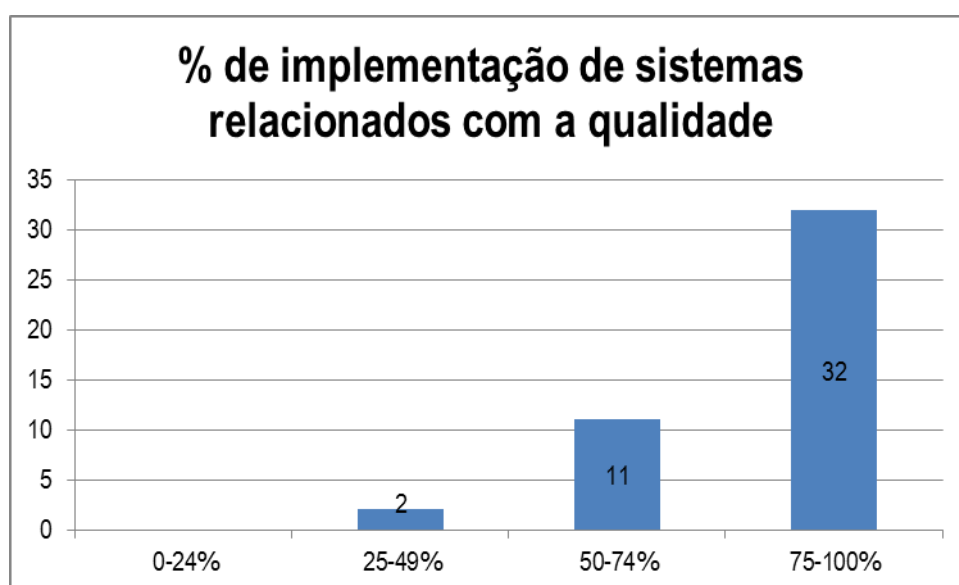


Figura 65. Percentagem de implementação dos sistemas relacionados com a qualidade

Relativamente ao controlo e auditoria, ao longo da análise dos gráficos, verifica-se que apesar de os sistemas e protocolos estarem implementados na quase totalidade das entidades/blocos operatórios, o mesmo não se verifica quanto ao controlo e auditoria em todos os domínios onde devam ocorrer.

6.3.2. Acesso

No que se refere ao acesso, constata-se que para o indicador da percentagem de operados com tempo de espera superior ao TMRG, verifica-se uma discrepância de valores percentuais pelas diferentes entidades hospitalares, como verificado na Figura 50. Esta variação é interpretada pelo nível de prioridade clínica e patologia, estipulado pelos critérios de seleção do sistema de

agendamento operatório informatizado, e exemplo disto são os três IPO, onde se compreende que os valores sejam mais elevados pelas prioridades mais apertadas para a doença oncológica.

Se sobrepusermos estes 2 gráficos e analisarmos por grupo de *benchmarking* ACSS, de fato é notável a divergência entre as diversas entidades hospitalares, destacando-se aquelas que se referem ao Grupo F, onde se registam os valores mais baixos de % de doentes operados em tempo superior ao TMRG, mas por outro lado um número elevado de doentes em espera, o que significa que não respondem devidamente à procura. As razões deste comportamento poderão ser exploradas adiante.

6.4. Produção

6.4.1. Tempos

A gestão dos tempos de sala é um dos aspetos primordiais a contribuírem para a eficiência do BO. Como já nos referimos no capítulo 5.4 os custos hora de sala são muito elevados pelo que se torna necessário enveredar todos os esforços para reduzir ao mínimo o desperdício.

Quanto ao tempo de sala (Figura 54) poderemos dizer que tempos mais baixos estão associados a entidades com maior predominância de ambulatório (Hospital de Cantanhede e Instituto Gama Pinto), ou com menor complexidade cirúrgica (media do peso relativo).

Neste relatório assumiu-se o indicador “tempo de preparação de sala” e o padrão de 20 minutos, o que é cumprido pela esmagadora maioria das entidades. Nas restantes, parece haver potencial para otimização do BO, através da redução deste período, pois nas entidades em que tal se verifica, aparentemente não se encontram justificações para que tal aconteça.

Importa também referir que tempos médios inferiores a 10 minutos podem significar um cuidado insuficiente nos processos de higienização das salas de operações devendo ser auditados estes casos.

6.5. Custos

O controlo de custos e o combate ao desperdício são circunstâncias que não podem deixar de ser levadas em linha de conta na gestão de uma unidade hospitalar e particularmente na gestão de um bloco operatório.

Nesse sentido é fundamental que cada unidade hospitalar conheça corretamente os custos de cada ato / procedimento. Para este efeito várias medidas podem contribuir, tais como um sistema de imputação direta dos custos ao doente, implementação de sistemas de RFID que permitem registar todas as entradas e saídas de dispositivos com monitorização individualizada. Estas tecnologias permitem uma melhor gestão de *stocks*, através de uma maior rastreabilidade e conhecimento em tempo real dos níveis de stock, permitindo uma gestão quase em tempo real, diminuindo os níveis de stock necessários.

Mas tão importante quanto o conhecimento e controlos internos é a possibilidade de comparabilidade dos custos entre instituições que permitam um verdadeiro *benchmark* das unidades do SNS. É fundamental que existam critérios uniformes de imputação de custos e que os fatores de imputação de custos sejam uniformes por forma a garantir a comparabilidade entre instituições.

Mesmo com todas estas reservas, o custo médio por hora de sala não difere muito de resultados reportados por estudos internacionais, variando entre 450€/hora e 1054€/hora (Grau, 2003; Weinbrou, 2003). Nos EUA, os resultados distanciam-se claramente, atingindo valores de 3.165€/hora a 5.275€/hora.

A nível nacional num estudo relativo ao CHLC, HSMarta, 2010, chegaram a valores de 7 a 12 €/min, o que corresponde a 420€/hora a 660€/hora.

A primeira grande conclusão dos dados reportados no inquérito é a da inexistência de uma fórmula padronizada nas diversas instituições para reportar e analisar os custos.

Apesar de 100% das entidades terem reportado alguma informação sobre custos, apenas 13 apresentaram dados sobre as principais rubricas, selecionaram-se para uma análise restrita 19 que forneciam dados sobre as principais rubricas. Importa no entanto salientar que em apenas 7 entidades as diferenças do “custo hora” de sala, determinado através dos dados parciais fornecidos e o valor enviado pelo hospital difere menos de 20%.

Reafirmamos assim a absoluta necessidade de definição de regras claras, transparentes, transversais e aplicáveis a todas as Instituições que garantam uma comparabilidade e reconhecimento dos melhores exemplos que permitam a recolha e implementação das melhores práticas.

6.6. Produtividade

O próximo quadro observa a relação entre os principais componentes da capacidade instalada e verifica a disponibilidade de cada um face a um valor padrão, avaliando também o equilíbrio entre estes componentes. Os valores considerados padrão estão plasmados nos limites presentes nas últimas duas linhas do quadro, estes só podem ser assumidos válidos observando a instituição no seu todo, não podendo ser extrapolados para serviços ou unidades individuais. As colunas presentes no quadro avaliam a situação da instituição, as células encontram-se coloridas de vermelho se a situação for negativa, de verde se for favorável e sem cor nas situações em torno do padrão.

A primeira coluna identifica a instituição.

As restantes colunas avaliam a situação da instituição, as células encontram-se coloridas de vermelho se a situação for negativa, de verde se for favorável e sem cor nas situações em torno do padrão.

A segunda coluna observa a adequação da relação entre os recursos disponíveis de cirurgião no BO e de salas de BO disponíveis. Isto é, por cada hora de sala disponíveis quantas horas de cirurgiões afetas ao BO dispomos. Uma vez que são necessários dois cirurgiões por cirurgia o valor ideal são duas horas de afetação ao BO de cirurgião por cada hora de disponibilidade de sala de operações. Por exemplo, o Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga por cada hora de disponibilidade de BO tem 2,0 horas de afetação ao BO de cirurgiões. Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, verifica-se que no conjunto os valores estão compreendidos entre 1,6 horas e 2,5 horas de cirurgião afeto ao BO por cada hora de sala disponível.

A terceira coluna apresenta a adequação da relação entre os recursos disponíveis de anestesiológista no BO e de salas de BO disponíveis. Isto é, por cada hora de sala disponíveis quantas horas de anestesiológinas afetas ao BO dispomos. Uma vez que é necessário um

anestesiologista por cirurgia o valor ideal é uma hora de afetação ao BO de anestesiologista por cada hora de disponibilidade de sala de operações. Por exemplo, a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco por cada hora de disponibilidade de BO tem 1,1 horas de afetação ao BO de anestesiologista. Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, verifica-se que no conjunto os valores estão compreendidos entre 0,9 horas e 1,3 horas de anestesiologista afeto ao BO por cada hora de sala disponível.

A quarta coluna observa a adequação da relação entre os recursos disponíveis de cirurgião no BO e os recursos disponíveis de anestesiologista no BO. Isto é, por cada hora de afetação ao BO de anestesiologista quantas horas de cirurgões afetas ao BO dispomos. Uma vez que são necessários dois cirurgões e um anestesiologista por cirurgia o valor ideal são duas horas de afetação ao BO de cirurgião por cada hora de anestesiologista. Por exemplo, a Unidade Local de Saúde da Guarda por cada hora de afetação de anestesiologista ao BO tem 1,5 horas de afetação ao BO de cirurgões. Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, verifica-se que no conjunto os valores estão compreendidos entre 1,9 horas e 2,1 horas de cirurgião afeto ao BO por cada hora de afetação de anestesiologista ao BO.

A quinta coluna identifica o desvio entre a disponibilidade de sala de operações e o considerado *standard*. De acordo com o SIGIC considera-se *standard* para uma sala de operações uma disponibilidade de 12 horas, 5 dias por semana. Por exemplo, podemos observar o caso do Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/ Vila do Conde que tem 135% de percentagem de disponibilidade de sala face ao *standard*, o que significa que os seus BO estão disponíveis mais de 60 horas por semana. Outro exemplo oposto seria o Centro Hospitalar do Médio Ave em que apenas tem 74,5%, o que indica que os seus blocos estão disponíveis menos de 60 horas por semana. Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, verifica-se que no conjunto dos valores o grupo C é o que apresenta menor percentagem de disponibilidade de sala face ao *standard* (58,3%). O grupo D é o que apresenta maior percentagem de disponibilidade de sala face ao *standard* (77,6%) apesar de também estar abaixo do valor padrão (100%) que é de 60 horas semanais.

A sexta coluna apresenta o desvio entre a disponibilidade de afetação ao BO dos cirurgões e o considerado *standard*. De acordo com SIGIC para um hospital não especializado considera-se *standard* para um cirurgião padrão 30% do tempo afeto ao BO (10,5h), 30% ao internamento (10,5h), 30% à consulta/MCDT (10,5h) e 10% afeto a outras atividades (3,5h). Por exemplo o

Centro Hospitalar do Oeste tem 65,7% de disponibilidade de cirurgião afetos ao BO face ao *standard* o que significa que os cirurgiões estão afetos menos de 30% (10,5 horas) do seu tempo de trabalho. Outro exemplo inverso é o caso do Centro Hospitalar de Lisboa Central em que os seus cirurgiões estão afetos ao BO mais de 30% do seu tempo de trabalho e neste caso tem 115,6% de disponibilidade de cirurgião afetos ao BO face *standard*. Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, verifica-se que no conjunto dos valores o grupo A é o que apresenta menor percentagem de disponibilidade de sala face ao *standard* (77,5%). O grupo F é o que apresenta maior percentagem de disponibilidade de sala face ao *standard* (134,9%), estando acima do padrão.

A sétima coluna apresenta o desvio entre a disponibilidade de afetação ao BO dos anestesiólogistas e o considerado *standard*. De acordo com SIGIC para um hospital não especializado considera-se *standard* para um anestesiólogista padrão 50% do tempo afeto ao BO (17,5h) e 50% a outras atividades (17,5h) consulta, internamento, etc. Por exemplo o Centro Hospitalar do Médio Tejo tem uma disponibilidade de anestesiólogistas afetos ao BO face ao *standard* abaixo do considerado desejável (61,5%). O Hospital Santa Maria Maior é um exemplo inverso em que o tempo de afetação dos anestesiólogistas é acima dos valores padrão (117,1%). Se compararmos os vários grupos de *benchmarking* ACSS, verifica-se que no conjunto dos valores todos eles estão acima dos 100%, isto é, todos têm uma disponibilidade de afetação ao BO dos anestesiólogistas acima do *standard*.

O próximo quadro identifica os hospitais e os custos por rubrica, por hora de sala disponibilizada reportados:

Quadro 21. Resumo dos indicadores de Otimização do BO em 2014

Hospital	Optimização de BO					
	Grau de ajuste entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO e horas disponíveis do BO	Grau de ajuste entre horas ajustadas de anestesistas afetas ao BO e horas disponíveis do BO	Grau de ajuste entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO e horas ajustadas de anestesistas afetas ao BO	% Disponibilidade de sala / standard	% Disponibilidade de cirurgião afetos ao BO/ standard	% Disponibilidade de anestesista afetos ao BO/ standard
CH Oeste	2,0	1,0	2,0	66,9%	65,7%	92,9%
H Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	2,1	1,0	2,2	76,7%	144,2%	138,5%
H Dr. Franc. Zagalo - Ovar	1,0	1,0	1,0	180,0%	137,9%	156,5%
H José Luc. de Castro - Anadia	1,9	0,9	2,1	36,7%	129,6%	95,2%
Inst. Oft. Dr. Gama Pinto - Lx	1,4	0,6	2,5	58,3%	69,1%	142,9%
GRUPO A	1,6	0,9	1,9	71,4%	77,5%	113,1%
CH Médio Ave - Famalicão	1,7	0,7	2,3	74,5%	83,8%	94,7%
CH Póvoa do Varzim/VC	2,2	1,1	2,0	135,0%	179,2%	138,2%
H D. Figueira da Foz	2,3	1,3	1,7	90,8%	103,8%	172,6%
H Sta Maria Maior - Barcelos	2,3	0,7	3,1	54,2%	103,7%	117,1%
H V. F. Xira	2,3	1,4	1,7	76,7%	74,0%	74,6%
ULS Castelo Branco	2,6	1,1	2,3	59,2%	89,5%	128,6%
ULS Guarda	1,9	1,2	1,5	41,7%	84,1%	164,6%
ULS Litoral Alent. - Sant. Cacém	2,3	1,0	2,3	46,7%	61,0%	81,6%
ULS Nordeste - Bragança	3,2	1,4	2,2	30,7%	128,2%	149,4%
GRUPO B	2,3	1,1	2,0	58,5%	94,1%	112,2%
CH Alto Ave - Guimarães	2,7	1,8	1,5	52,4%	119,6%	161,1%
CH Baixo Vouga	3,1	1,6	1,9	55,2%	65,5%	100,1%
CH Barreiro Montijo	2,6	1,6	1,7	50,8%	97,3%	193,2%
CH Cova da Beira - Covilhã	2,9	1,0	2,8	42,5%	103,9%	155,3%
CH Entre o Douro e Vouga	2,0	1,2	1,7	95,3%	135,3%	169,1%
CH Leiria - Pombal	2,3	1,1	2,1	34,1%	90,7%	103,7%
CH Médio Tejo - T. Novas	2,9	0,6	4,6	59,4%	92,5%	61,5%
CH Setúbal	3,5	1,7	2,0	68,3%	102,1%	147,9%
CH Tâmega e Sousa	2,9	1,8	1,6	63,7%	84,4%	108,2%
H Beatriz Ângelo - Loures	1,7	0,7	2,4	101,5%	78,5%	104,8%
H D. Santarém	3,0	1,1	2,7	52,4%	106,2%	166,5%
HPP - H Cascais	2,3	1,1	2,1	54,0%	57,0%	53,2%
ULS Alto Minho - V. Castelo	2,8	1,2	2,3	71,9%	111,8%	141,5%
ULS Baixo Alentejo - Beja	2,1	1,2	1,8	61,3%	80,6%	158,3%
ULS Mafosinhos	2,9	1,3	2,2	49,9%	96,6%	108,2%
ULS Norte Alentejano - Portalegre	2,8	0,9	3,0	39,0%	116,9%	133,3%
GRUPO C	2,6	1,3	2,0	58,3%	94,9%	123,4%
CH Algarve	3,1	1,4	2,2	60,7%	127,1%	150,2%
CH Tondela - Viseu	2,4	1,8	1,4	60,5%	115,1%	129,2%
CH Trás-os-Montes e Alt. Douro	3,4	1,9	1,8	43,0%	116,0%	170,7%
CH V. Nova de Gaia/Espinho	2,4	1,6	1,5	87,7%	141,7%	191,3%
H Braga	1,7	0,9	2,0	119,4%	78,5%	97,4%
H Espírito Santo - Évora	2,8	1,0	2,8	88,9%	83,3%	114,4%
H Fern. da Fonseca - Lx	1,2	0,5	2,4	80,9%	157,8%	163,0%
H Garcia de Orta - Almada	2,1	0,6	3,4	83,9%	83,0%	86,4%
GRUPO D	2,1	1,1	1,9	77,6%	109,2%	137,8%
CH Lisboa Central	2,5	1,0	2,5	51,4%	115,6%	126,0%
CH Lisboa Norte	2,1	0,9	2,2	67,4%	96,1%	90,3%
CH Lisboa Ocidental	2,5	1,3	2,0	51,3%	75,6%	115,6%
CH Porto	2,4	1,5	1,6	79,8%	101,8%	96,4%
CH São João	2,6	1,2	2,1	78,8%	120,3%	167,7%
CH Univer. de Coimbra	1,9	1,0	1,9	54,2%	90,7%	131,8%
GRUPO E	2,3	1,1	2,1	61,1%	101,6%	120,0%
IPO Coimbra	2,0	1,2	1,6	59,2%	133,9%	151,1%
IPO Lisboa	2,2	1,3	1,7	76,7%	110,7%	101,3%
IPO Porto	3,0	1,4	2,2	67,2%	158,9%	132,2%
GRUPO F	2,5	1,3	1,9	67,6%	134,9%	123,0%
Nacional	2,3	1,2	2,0	64,0%	101,5%	123,9%
Limites	1,5 < x > 2,5	0,75 < x > 1,25	1,5 < x > 2,5	80% < x > 120%	80% < x > 120%	80% < x > 120%
	1,5 ≥ x ≤ 2,5	0,75 ≥ x ≤ 1,25	1,5 ≥ x ≤ 2,5	80% ≥ x ≤ 120%	80% ≥ x ≤ 120%	80% ≥ x ≤ 120%

Fonte: SIGLIC, dados provisórios de 2014 extraídos a 16.01.2015, dados provisórios de capacidade instalada de 2014 extraídos a 29.05.2015.

Nota 1: Neste quadro no caso dos cirurgiões são contabilizadas metade das horas dos internos. No caso dos anestesiológicos não são incluídos os internos.

Nota 2: Nos indicadores deste quadro são consideradas para além das horas semanais normais de trabalho, as horas teóricas semanais para a produção em MRA.

Verifica-se que existe, de uma forma geral, uma disfuncionalidade entre os vários indicadores, tendo a maioria dos hospitais valores identificados a vermelho.

Esta análise não se esgota neste quadro nem neste relatório e como previamente referido, não traduz a realidade de serviços ou unidades individuais, mas sim a visão geral da entidade no seu conjunto. Para tal, seria necessário integrar outras variáveis como as condições físicas do BO, modelos de gestão, entre outros. Não obstante, parece relevante a análise que se segue, como um exercício que, com as suas limitações (pressupostos assumidos, indicadores, fiabilidade dos dados reportados) não pretende retirar conclusões, mas antes assinalar situações específicas que possam requerer um estudo mais aprofundado.

Previamente a uma análise por entidade, pode ser elencada uma observação transversal praticamente a todas as entidades. Prende-se como fato de, na generalidade, exceto Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar, Centro hospitalar Póvoa de Varzim Vila do Conde, EPE, Hospital Beatriz Ângelo – Loures e Hospital de Braga as entidades têm pouco tempo de sala disponível face ao padrão (60h/semana/sala). Esta situação pode ter duas leituras, nomeadamente, ou as entidades não têm recursos humanos suficientes para rentabilizar as salas de BO existentes ou têm excedente de salas de BO face aos recursos humanos existentes.

Prosseguindo agora para uma análise caso a caso, e com as ressalvas já colocadas na análise dos recursos humanos verifica-se o seguinte a título de exercício de análise:

O **Centro Hospitalar do Oeste** tem cerca de 66,9% do tempo de sala disponível face ao padrão, o que corresponderá a cerca de 40 horas/semana por sala. Verifica-se que há um potencial de rentabilização da sala se a entidade afetar mais tempo de cirurgião ao BO e também um pouco mais de tempo de anestesiológico, sem desequilibrar a relação entre estes dois recursos.

O **Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede** tem os recursos ajustados entre si. Apesar da disponibilidade de Sala estar abaixo do padrão, verifica-se que esta entidade aloca ao BO mais tempo de cirurgiões e anestesiológicos que o padrão.

O **Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar** apresenta cerca de 36,7% do tempo de sala disponível face ao padrão. Os recursos estão ajustados entre si. Sendo que a afetação ao BO dos cirurgiões é superior ao padrão, parece encontrar-se uma hipótese que pressupõe aumentar o tempo disponível de sala, para rentabilizar os anestesiológicos existentes, o que pressuporia ter mais cirurgiões.

O **Hospital José Luciano de Castro – Anadia** apesar de terem tempo de sala disponível inferior ao padrão (60h/sala/semana), não parece haver potencial de rentabilização da sala pois os anestesiológicos estão dentro do padrão e os cirurgiões afetos ao BO acima do padrão.

O **Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto – Lisboa** tem afetação dos cirurgiões acima do padrão e disponibilidade de sala e afetação dos anestesiológicos abaixo do padrão. Neste caso uma vez que os recursos não estão ajustados seria possível aumentar a disponibilidade de sala e cirurgiões.

O **Centro Hospitalar Médio Ave** ainda tem disponibilidade de sala por utilizar, os RH estão mais ou menos equilibrados sendo que ainda é possível ainda aumentar um pouco mais a afetação dos recursos humanos ao BO.

O **Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.** e o **Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga** têm os seus recursos ajustados entre si e afetos ao BO acima do padrão. Nestes casos não há potencial para aumentar.

O **Hospital da Figueira da Foz** tem os anestesiológicos afetos ao BO acima do padrão, sendo que para equilibrar os recursos será necessário aumentar a afetação dos cirurgiões, que já está no padrão, e a disponibilidade de sala ou baixar a afetação dos anestesiológicos.

O **Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos** tem potencial para aumentar o tempo de sala disponível, pois têm recursos acima do padrão.

O **Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P** tem potencial para aumentar a afetação dos recursos humanos ao BO e a disponibilidade de Sala.

A **ULS Castelo Branco** ainda tem 40% de sala por disponibilizar. Ainda há potencial de rentabilização e aumento da produtividade aumentando a disponibilidade de cirurgiões, afetos ao BO e de sala.

A **ULS Guarda, EPE** tem pouco tempo de sala disponível, face ao padrão e parece haver potencial para maior rentabilização, dado que os RH estão ajustados entre si e com a disponibilidade de sala. Apesar de haver potencial de crescimento para a disponibilidade de sala, poderia haver aumento dos dois RH, no entanto já há tempo de anestesiológico superior ao padrão.

Em relação à **ULS Litoral Alentejano**, o tempo de sala disponível é cerca de metade do *standard*, cerca de 28 horas por semana, o que corresponderá a menos de 6h/sala/dia. Existindo

anestesiologistas e cirurgiões suficientes, e tempo de sala por utilizar, o que permitiria ainda potencial de rentabilização.

A **ULS Nordeste** teria de aumentar a disponibilidade de sala para rentabilizar os recursos humanos que estão afetos acima do padrão e ligeiramente acima do grau de ajuste face a disponibilidade de sala.

O **CH do Alto Ave**, o **CH Baixo Vouga**, o **CH Barreiro Montijo**, o **CH Cova da Beira**, o **CH Setúbal**, o **Hospital de Santarém**, a **ULS Alto Minho**, a **ULS Matosinhos**, o **CH Algarve**, o **CH Tondela - Viseu**, o **CH Trás-os-Montes e Alto Douro**, o **CH Vila Nova de Gaia e Espinho**, o **CH Lisboa Central**, o **CH Porto**, o **CH São João do Porto** e o **IPO Porto** de forma a ajustarem o grau de ajuste entre RH e disponibilidade de sala, devem aumentar a disponibilidade de sala uma vez que esta está abaixo do padrão.

O **CH Leiria Pombal**, o **CH e Universitário de Coimbra**, o **IPO Coimbra** e o **IPO Lisboa**, apesar de terem tempo de sala disponível inferior ao padrão (60h/sala/semana), não parece haver muito potencial de rentabilização da sala pois os RH estão dentro do padrão.

O **Centro Hospitalar do Médio Tejo**, deve aumentar tempo de sala e anestesiologistas para rentabilizar os cirurgiões e criar o equilíbrio recursos.

O **Centro Hospitalar Tâmega e Sousa**, poderá potencialmente aumentar disponibilidade de sala e disponibilidade de cirurgião, para rentabilizar os anestesiologistas existentes.

O **Hospital Beatriz Ângelo** é um hospital recente, pelo que requer precaução na análise destes resultados. Aparentemente não há grande potencial de aumento pois os recursos estão ajustados.

No **HPP Hospital de Cascais, P.P.P** parece haver potencial para aumentar disponibilidade de sala, tempo de anestesiologista e de tempo de cirurgiões, pois estão em cerca de 50% do valor padrão e estão ajustados entre si.

A **ULS Baixo Alentejo** pode aumentar a disponibilidade de sala e cirurgião pois estão abaixo do padrão e não faria desajustar os recursos.

A **ULS Norte Alentejano** necessitará de anestesiologistas pois existe desajuste entre estes e os restantes recursos, estando o valor afeto ao BO acima do padrão.

O **Hospital de Braga**, não tem potencial para crescer. Os recursos estão ajustados. A disponibilidade de sala e anestesiológista estão nos valores padrão.

No **Hospital do Espírito Santo, E.P.E.** – Évora parece ser possível aumentar o tempo de afetação dos cirurgiões, para rentabilizar as salas, desde que com maiores capacidades anesthesiológicas.

O **Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE**, pode, com os RH necessários, rentabilizar mais as salas.

O **Hospital Garcia de Orta, EPE** pode aumentar a afetação ao BO dos anestesiológicos para criar equilíbrio entre recursos.

O **Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.** tem potencial para aumentar tempo de sala, desde que com os RH adequados.

O **Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.** ainda tem algum potencial para aumentar a disponibilidade de sala e melhor afetação dos RH ao BO.

7. RECOMENDAÇÕES

1. CRIAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO PARA OS BO

A eficiência é um requisito para a sustentabilidade e tem um dos seus focos na produção com otimização de recursos. Há pois uma responsabilidade acrescida pela eficiente utilização dos recursos que são confiados às instituições públicas. Assim, num contexto de recursos limitados, a ineficiência traduz-se na negação de serviços que poderiam e deveriam ser prestados, resultando incompreensível para o utente do SNS qualquer sonegação, atraso ou mitigação das prestações em saúde decorrentes de organizações mal geridas. A eficiência é pois uma via para a maximização da efetividade.

Por outro lado, só é possível criar sistemas eficientes e efetivos se pudermos responsabilizar instituições pelos resultados alcançados, a cada nível das prestações observadas. O conceito de *accountability*, aqui enunciado, implica a obrigação por parte de cada trabalhador, por parte de cada gestor e por parte de cada dirigente, em prestar contas relativas à atividade em que está envolvido, em função dos compromissos que assumiu.

Outro requisito da *accountability* é a capacidade de poder medir ou seja de poder comparar. Tal implica que a cada nível os objetos requeridos sejam mensuráveis pela tecnologia disponível. Por último, a implementação da *accountability* presume atos consequentes em função dos desempenhos observados, premiando os melhores e penalizando os piores desempenhos.

Por fim, apresenta-se o princípio da transparência que é um requisito essencial para a credibilização de todos os anteriores. Com efeito, só o conhecimento das necessidades, dos processos e dos resultados permitirá que os utilizadores optem em consciência, que os financiadores estabeleçam a correlação entre pagamento e valor acrescentado e selecionem os mais eficientes, que os profissionais comparem desempenhos e experiências e possam evoluir e que a sociedade reconheça as contrapartidas dos impostos a que está sujeita, através das publicações periódicas relativas ao acesso, à conformidade e às atividades das instituições e, ainda, às avaliações externas sobre os resultados obtidos.

O modelo que agora propomos vai ao encontro das orientações expressas na Lei de Gestão Hospitalar de 2002, no que respeita à estimulação do desempenho dos profissionais e à

autonomia dos Serviços²⁷. Este modelo, aqui circunscrito ao bloco operatório centra a responsabilidade dos serviços prestados na direção do Bloco operatório, com o qual o CA define níveis de serviço e com o qual estabelece um orçamento.

Para o correto funcionamento deste modelo importa poder medir os principais serviços e produtos produzidos pelo BO, estabelecer padrões que definam a qualidade esperada e os custos de exploração dos serviços prestados.

No modelo proposto o BO é uma estrutura orgânica do hospital, destinada primariamente a facultar as condições e serviços necessários às unidades clínicas cirúrgicas para a prática de procedimentos cirúrgicos com vista à melhor prestação de cuidados ao doente cirúrgico. O BO é, neste modelo, constituído por conjunto de recursos capaz de responder de forma integrada aos requisitos para efetuar cirurgia num ambiente seguro, dispondo para tal de todas as competências e os recursos necessários à abordagem dos aspetos centrais do problema. No modelo que se apresenta, o BO garante eficácia, qualidade e controlo de risco, é responsável pelos objetivos contratados e pelos custos previstos no seu orçamento.

O BO comporta a multidisciplinaridade necessária à assunção da responsabilidade pelos serviços que disponibiliza. Isto não significa que não possa recorrer a serviços externos, mas terá de deter os elementos fulcrais e uma visão integrada do conjunto de atos. O BO dispõe duma equipa multiprofissional que potencia as aptidões e competências de cada profissional e contribui para o estabelecimento de relações sinérgicas na prossecução de objetivos comuns. Nesta equipa, as competências, funções e responsabilidades de cada profissional estão estabelecidas, e é possível imputar a cada elemento o diferencial entre resultados obtidos e resultados esperados.

²⁷ Cf. o número 1, artigo 10, da Lei de Gestão Hospitalar n.º 27 de /2002, publicada em 8 de Novembro:

“d) Promoção de um sistema de incentivos com o objetivo de apoiar e estimular o desempenho dos profissionais envolvidos, com base nos ganhos de eficiência conseguidos, incentivos que se traduzem na melhoria das condições de trabalho, na participação em ações de formação e estágios, no apoio à investigação e em prémios de desempenho;

e) Articulação das funções essenciais da prestação de cuidados e de gestão de recursos em torno dos diretores de departamento e de serviço, sendo-lhes reconhecido, sem prejuízo das competências dos órgãos de administração, autonomia na organização do trabalho e os correspondentes poderes de Direção e disciplinar sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, com a salvaguarda das competências técnica e científica atribuídas por lei a cada profissão

O modelo prevê que o BO desenvolva a sua atividade com autonomia organizativa, funcional e técnica, coexistindo integrado em organizações de maior dimensão, estabelecendo parcerias para a complementaridade de cuidados que se venham a mostrar necessários e, também, para a partilha de conhecimento, de recursos e de processos. O Conselho de Administração da instituição tem a obrigação de, por um lado, alinhar o BO na estratégia global da instituição, controlando o prosseguimento dos objetivos e o cumprimento das normas e, por outro lado, de o dotar da logística necessária ao prosseguimento da sua missão.

São características basilares deste modelo a rigorosa definição dos serviços da responsabilidade do BO, os objetivos a que está acometido, sendo que a Direção do BO deve poder controlar as variáveis subjacentes. Este modelo prevê a contabilidade de todos os custos, com imputação a cada episódio cirúrgico. São considerados serviços prestados a disponibilização de salas de BO operacionais e respetivos serviços de apoio, às unidades cirúrgicas, sendo estes serviços contabilizados como proveitos.

2. MELHORAR A INFORMAÇÃO E NORMALIZAR O MODELO DE REPORTE

Outro aspeto crucial é o da definição de formulários de recolha de informação e reporte normalizado a nível nacional que permita um *benchmarking* entre instituições.

Esta estratégia permitirá manter o alinhamento das instituições com as políticas públicas, e garantirá a disponibilidade permanente e atualizada de informação qualificada de suporte à tomada de decisões.

Quando se pretende ter um conhecimento detalhado dos aspetos positivos e negativos de um bloco operatório em concreto, quando se pretende efetuar uma análise comparativa do desempenho, verifica-se que não existe disponível informação concertada, normalizada e validada suficiente para obter os dados necessários.

3. DEFINIÇÃO DE MAPA DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE BO

Deverá ser estabelecido um quadro único, a nível nacional, para avaliação mensal do funcionamento dos BO aos diferentes níveis da sua atividade, nomeadamente:

- qualidade;

- capacidade instalada;
- produção
- acessibilidade
- satisfação

O GT apresenta uma proposta concreta de mapa de indicadores que constitui o anexo 5 do presente relatório.

4. DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA DE BENCHMARKING

Na análise de alguns indicadores verificou-se que existem grandes variações entre os diferentes BO. No sentido de incentivar a otimização dos BO propõe-se que seja desenvolvido um *benchmarking* periódico (trimestral) de monitorização que permita identificar desajustes e incoerências e promover os casos de boas práticas em eficiência, qualidade e segurança.

Neste sentido, sugere-se uma lista de indicadores que podem ser utilizados para o acompanhamento da performance dos BO (anexo 5).

5. IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE CONTABILIDADE UNIFORMIZADO ENTRE ENTIDADES DO SNS

O GT recomenda que seja definido e implementado um sistema de contabilidade organizado, uniformizado entre as entidades do SNS.

Verificaram-se dificuldades, por parte das entidades, em reportar os custos referentes ao Bloco Operatório, conforme solicitado no questionário enviado.

A dificuldade em reportar custos comparáveis entre instituições e serviços, assim como a dificuldade em medir os custos por linha de atividade, implica desde logo a impossibilidade de comparabilidade e de incentivar as melhores práticas.

Nesse sentido o GT recomenda que seja definido e implementado um sistema de contabilidade analítica, com critérios de imputação uniforme para todas as entidades do SNS, permitindo a comparabilidade entre instituições, serviços e procedimentos

6. EXISTÊNCIA DE CONTRATO DE GESTÃO PARA OS BLOCOS OPERATÓRIOS

O modelo de funcionamento dos hospitais e os atuais modelos de contratualização deveriam implicar a existência de um contrato de gestão com os BO enquanto unidade de gestão autónoma que presta serviços aos utilizadores, em que estejam enunciados os requisitos de funcionamento, objetivos com metas estabelecidas e níveis mínimos de serviço.

Num ambiente de preocupação financeira só um modelo de gestão baseado na segurança, qualidade, efetividade, responsabilização, transparência, resultados e no mérito pode ter a pretensão de ser sustentável. O controlo eficaz garante o reconhecimento do mérito e a identificação das ações ineficientes, negligentes ou mesmo dolosas. Só com um sistema de controlo atuante podemos promover os melhores, melhorar os insuficientes e rescindir com os piores.

Torna-se indispensável garantir a existência de sistemas de informação de indicadores em tempo real associados a sistema de *business intelligence* que suportem o planeamento, a tomada de decisão e o acompanhamento da gestão dos recursos humanos, materiais, tempo, comunicação das equipas de saúde, documentação de cuidados e os resultados em saúde.

7. DEFINIR A ESTRUTURA DE CUSTOS DE UM BO

Para se poder estabelecer um orçamento é necessário conhecer a estrutura de custos dum BO, esta estrutura deve ser normalizada para se poderem coletar dados comparáveis de diversos BO.

Por esse motivo é fundamental a definição de regras claras, transparentes, transversais e aplicáveis a todas as Instituições que garantam uma comparabilidade e reconhecimento dos melhores exemplos que permitam a recolha e implementação das melhores práticas.

É para isso fundamental que os registos dos custos em cada unidade hospitalar obedeçam a critérios uniformes. A título de exemplo é importante definir a repartição analítica entre Custos Auxiliares e Custos de Estrutura e aprovar os fatores de repartição para custos dos centros auxiliares.

A codificação obrigatório dos Códigos de Dispositivos Médicos foi um importante passo mas outros tantos têm que ser dados para que verdadeiramente sejam comparáveis os custos por unidade, sejam auditados e posteriormente implementadas as melhores práticas.

8. IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INCENTIVOS COM BASE NA MELHOR PERFORMANCE

A utilização dos melhores exemplos a nível nacional, em termos de performance cirúrgica e respetivo custo, deveria ser uma das variáveis a utilizar na definição de incentivos às Instituições

A criação de um sistema de *benchmark* solidamente construído poderia permitir destacar as melhores instituições que se destacassem na organização do bloco operatório tendo por base indicadores de atividade, produtividade, custo por procedimento e qualidade associada. Assim, poderíamos associar sistemas de incentivo às instituições hospitalares que atingissem determinados patamares definidos anterior, em sede de Contrato Programa.

9. ESTABELECE UM PLANO DE AÇÃO/ PLANO DE NEGÓCIOS ANUAL PARA O BO

Qualquer unidade orgânica deve possuir um plano de ação que estabeleça as características gerais da atividade, os limites de atuação os propósitos e metas.

O Plano de negócios descreve e define a forma como decorre a atividade do Bloco operatório, contem elementos plurianuais e outros anuais e inclui:

- Plano estratégico plurianual que define se os princípios gerais de funcionamento incluindo o modelo de articulação com outros serviços, os recursos afetos, a carteira de serviços disponível, o plano de investimentos, o plano de comunicação, os níveis de serviço em que se enunciam as características essenciais dos serviços prestados;
- Contrato programa anual onde se estabelecem os objetivos, indicadores e metas a prosseguir anualmente, bem como o orçamento afeto.

Estes documentos estratégicos essenciais no desenvolvimento da atividade devem desejavelmente ser objeto de análise e discussão em sede de contratualização interna, em reuniões com o órgão máximo da Instituição pois constituem a base de ação das Direções destas Unidades Orgânicas.

10. PUBLICAÇÃO DE GLOSSÁRIO COM DEFINIÇÃO DE CONCEITOS REFERENTES AO BO

Deverão ser elaboradas fichas para cada indicador que explicita de forma inequívoca, pelo menos: o Nome do indicador; a Definição; os Objetivos; a Fórmula de cálculo; a Unidade de medida; a Dimensão; o Tipo de indicador; a Descrição; a População; a Fontes dos dados; o Período de medição; o Standard Padrão orientador; a difusão.

Pode ser de interesse incluir *tableau de bord* com os dados recolhidos no terreno para acompanhar, analisar e comparar.

Uma correta análise deste setor hospitalar exige obrigatoriamente uma correção na utilização de conceitos e métricas pelo que é imperioso a construção de um glossário de termos relativos ao BO, devendo o mesmo ser disponibilizado na web, em página oficial do Ministério da Saúde, para consulta fácil e universal.

O glossário, além da definição de conceitos, deverá disponibilizar os valores nacionais de referência para os diferentes indicadores a utilizar por todas as instituições a nível nacional.

11. COMPATIBILIZAÇÃO E ATUALIZAÇÃO PERIÓDICA DAS DIVERSAS NORMAS REFERENTES AO BO

Ao fazer uma revisão dos referenciais que serviram de base a este relatório, verificou-se que existe uma panóplia imensa de recomendações emitidas por diversas entidades com responsabilidade no sistema de saúde, como a DGS, ACSS, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, AESOP, CNADCA entre outras, existindo por vezes lacunas no que diz respeito à coerência entre elas. Ainda que se tratem de focos diferentes de análise, igualmente importantes, há que garantir que estas recomendações são compatíveis entre si pelo que deveria o Ministério da Saúde definir qual a entidade que deverá garantir esta coerência.

A saúde é um campo dinâmico em permanente alteração, o que leva a que conceitos, mas sobretudo valores padrão rapidamente fiquem desatualizados, requerendo por isso uma atualização periódica destes documentos de referência.

12. ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA NO SETOR PRIVADO E SOCIAL

Sendo que parte da produção cirúrgica nacional, nomeadamente a referente ao programa de gestão das listas de espera cirúrgica, se realiza no setor privado e social recomenda-se que a análise efetuada neste relatório seja estendida a estes sectores.

13. REAJUSTE DO NÚMERO DE SALAS DE BO NECESSÁRIAS

A análise ao número de salas de BO ao longo do país e as necessidades do país podem ser analisadas de acordo com várias perspetivas. Entre outras, pode analisar-se pelo *benchmarking* entre grupos hospitalares, pelo ratio número de salas/ população, procura e lista de espera, capacidade instalada, utilização e recursos disponíveis. A título de exemplo e ao analisar o rácio de salas de BO por 100.000 habitantes constatamos que o ratio oscila entre 2,82 (Região Centro) e 1,33 (Região do Algarve) o que claramente suscita a necessidade de promover uma análise micro mais exaustiva.

É também passível assumir que o SNS não tem de estar preparado para garantir cuidados permanentes a 100% da população considerando que uma parte dela usa outros recursos de saúde que não os do SNS. Deverá pois ser assumido futuramente qual a parte de cuidados que o SNS deve garantir exclusivamente e só depois definir as suas necessidades. Há igualmente que avaliar a capacidade instalada no setor privado e social e promover uma avaliação conjunta de procura e oferta.

Para a determinação de necessidade em número de salas de operações deverão ser calculadas com base em critérios fundamentados pela evidência e que integram variáveis como: população; n.º admissões previstas/ano; especialidades cirúrgicas; % doentes operados na especialidade; tempo médio cirurgia em minutos; dias úteis funcionamento cirurgia programada; horário de funcionamento/dia minutos; sessões operatórias dia/semana/ano ou % ocupação bruta.

Deverá também ser analisada a utilização plena de um BO de acordo com o considerado como valor de referência para horas disponíveis de bloco. Cada instituição deve analisar a realidade da sua capacidade instalada de acordo com os indicadores nacionais e adequá-la à procura. Deverá igualmente cada instituição concentrar atividade dos diferentes blocos operatórios disponíveis e não dispersá-la por vários.

O planeamento da capacidade instalada em instalações tem de ser obrigatoriamente acompanhada por um planeamento em recursos humanos de forma a garantir um equilíbrio entre ambas evitando desta forma uma sub-utilização de um recurso de elevado valor.

14. PROMOVER A PLENA UTILIZAÇÃO DAS SALAS DE BO DISPONÍVEIS, MELHORAR A PRODUÇÃO CIRÚRGICA

Ao analisar o rácio operados padrão/sala BO constata-se grandes diferenças entre os vários grupos de *benchmarking* constatando-se que são os hospitais do grupo D os que mais utilizam as salas e os do grupo A (menos diferenciados) os que menos doentes operam. Importa pois promover uma análise mais detalhada destas assimetrias de forma a corrigir situações de sub-aproveitamento de BO. Da análise realizada dos resultados ao inquérito realizado às diversas instituições hospitalares constata-se que existe uma clara margem de rentabilização da capacidade instalada a nível dos diferentes blocos operatórios. Apesar de ser necessária uma análise micro mais detalhada pode-se constatar que a atual capacidade instalada permitirá um acréscimo de produção significativa.

No que se refere à disponibilização de recursos humanos a nível cirúrgico recomenda-se uma maior dotação de horas de bloco atribuídas ao BO. A diversidade de situações e modelo de distribuição de horários a nível de anestesiológicos torna difícil retirar conclusões mais rigorosas quanto às necessidades a nível desta especialidade.

O rácio nacional dos enfermeiros perioperatórios (horas de cuidados de enfermagem necessários e horas de cuidados disponíveis), não pode ser identificado por ser desconhecido o número, distribuição e qualificações de enfermeiros perioperatórios, bem como, a diversidade dos contextos perioperatórios ao longo das 24 horas e o desconhecimento de alguns indicadores da atividade como os de urgência.

Recomenda-se igualmente a necessidade de um estudo mais aprofundado das realidades objetivas em cada bloco operatório e que no seu conjunto que caracterizam a realidade portuguesa.

15. GARANTIR A CAPACIDADE MÍNIMA EM RECURSOS HUMANOS

O funcionamento do BO depende em grande parte de uma correta articulação dos recursos existentes e necessários ao seu funcionamento. Tal funcionamento exige que os diversos elementos da equipa do BO estejam devidamente equilibrados sendo esta condição fundamental para a plena utilização das instalações disponíveis. A enorme interdependência profissional existente no BO implica que deficiências num qualquer grupo profissional tenham um impacto muito significativo na produção global. Por estes motivos as instituições e a ACSS devem desencadear os mecanismos necessários à disponibilização em recursos humanos necessária (em especial a nível de anestesiólogistas e enfermeiros de bloco operatório) a um pleno funcionamento dos mesmos.

Refira-se ainda a especificidade de formação e de competências próprias por parte de enfermeiros de peri-operatório pelo que o recrutamento destes profissionais se afigura de especial importância.

16. PREFERÊNCIA PELA UTILIZAÇÃO DE BO CENTRAIS

Dado que a alocação exclusiva dos blocos a uma especialidade dificulta a sua rentabilização, recomenda-se que tal prática seja desincentivada, sendo obviamente acauteladas as devidas especificidades e realidade locais. Constata-se um elevado número de BO periféricos no grupo E e que esses mesmos BO sejam dotados de um reduzido número de salas (no grupo E 46 BO correspondem a 96 salas o que corresponde a aproximadamente 2 salas por BO) o que pode implicar um elevado consumo de recursos a sugerir fortemente que nos hospitais deste grupo fosse reavaliada a possibilidade da concentração de blocos com o eventual encerramento de salas.

Na necessidade de existirem BO periféricos, seria importante que tivessem gestão conjunta com os BO centrais existentes na instituição, ao invés de autónoma, de forma a garantir uma melhor gestão de recursos.

17. ESTABELECIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO RÁCIO MÍNIMO ENTRE SALAS DE UCPA E SALAS DE OPERAÇÕES

O correto e seguro funcionamento do BO passa inequivocamente por uma correta relação entre o número de salas operatórias por BO e o número de camas/unidade de doente de UCPA disponíveis. Todas as unidades devem garantir no prazo de um ano que os rácios indicados pela ACSS e neste relatório sejam implementados.

18. ATRIBUIÇÃO DA RESERVA DE SALA DE OPERAÇÕES DEDICADA À URGÊNCIA

Recomenda-se que cada hospital que tenha urgência médico-cirúrgica ou polivalente tenha, pelo menos, uma sala dedicada à urgência 24 x 7.

19. GARANTIR O CUMPRIMENTO PLENO DOS REQUISITOS MÍNIMOS PARA O FUNCIONAMENTO DOS BO

Todos os BO do SNS devem garantir, no prazo de 12 meses o cumprimento de 100% dos critérios mínimos estabelecidos para o funcionamento de BO nas portarias de licenciamento e identificados no quadro 7 deste relatório sempre que aplicáveis. No que se refere aos critérios de áreas físicas de UCPA e BO devem ser analisados com o cuidado necessário dependente dos condicionalismos arquitetónicos existentes e da realidade de cada instituição.

20. GARANTIR O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO/CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE

A análise das respostas enviadas demonstra que das unidades hospitalares que responderam só 36% estão certificadas/ acreditadas. O processo de acreditação de qualidade é um processo que deverá trazer claros benefícios para o funcionamento das instituições que a elas se submetem. A acreditação de blocos operatórios raramente ocorre isoladamente e encontra-se normalmente enquadrado num processo mais amplo envolvendo toda a unidade.

Recomenda-se fortemente a todas as unidades ainda não acreditadas/ certificadas que iniciem este processo o mais precocemente possível.

21. PLENA IMPLEMENTAÇÃO DE ELEMENTOS FACILITADORES DE ORGANIZAÇÃO E QUALIDADE

O presente relatório avaliou um amplo conjunto de elementos facilitadores de organização e qualidade cuja implementação foi considerada relevante para um eficaz funcionamento do BO. No que se refere aos elementos identificados o GT recomenda a sua plena implementação em todos os BO nacionais no prazo de um ano. Refira-se que muitos dos elementos identificados são comuns a todo o hospital e não exclusivos do BO.

Os elementos a que esta recomendação se refere são os seguintes:

- regulamento do BO
- sistema de agendamento informático
- sistema de gestão de risco
- sistema de gestão de incidentes
- processo clínico eletrónico (com interoperabilidade garantida entre os sistemas)
- programa Cirurgia Segura, Salva Vidas
- disponibilidade de imagem digital
- informatização do sistema de patologia clínica
- sistema de comunicação integrado
- sistema de controlo de gestão
- sistema de segurança de hemoderivados
- sistema informático de gestão de stocks
- existência de protocolos, em especial de profilaxia antibiótica, anestésicos, higienização, controlo de infeções
- plano de contingência
- plano de manutenção de equipamento

22. DESENVOLVIMENTO DA INFORMATIZAÇÃO DO BO

A atividade cirúrgica, como qualquer outro sector do Hospital, requer o crescente investimento no adequado registo de dados. Esse registo deverá contemplar a vertente administrativa, clínica e financeira (com a codificação inerente à valorização financeira do trabalho clínico), sendo ainda um componente muito importante do sistema de qualidade.

O sistema informático utilizado no BO deve garantir as seguintes premissas:

Listagem tipificada de funcionalidades básicas: todos os sistemas informáticos, independentemente da sua origem, pública ou privada, devem obedecer a um conjunto de requisitos básicos/ mínimos em funcionalidades de forma a garantir que um *core set* de dados se encontra previsto e os mesmos possam ser tratados de forma igual (para que posteriormente as realidades sejam comparáveis). Os referidos sistemas devem ser devidamente certificados pelas entidades competentes do Ministério da Saúde apoiadas pelas entidades com competência técnica nas componentes médicas necessárias.

Interoperabilidade (interação entre diversos sistemas de informação eletrónica): uma característica importante para garantir que todos os dados são exportáveis, sendo os registos em apreço compatíveis com o restante processo clínico eletrónico da instituição e com bases de dados nacionais que venham a ser criadas para fins científicos ou outros.

Patient journey: todo o fluxo de encaminhamento e observação do doente deve estar registado e acessível, incluindo a observação em consulta (externa e interna) e, para além do relevante para o planeamento, prestação e transferência de cuidados perioperatórios, valorizar as diversas áreas de interesse da especialidade.

Juntas, estas características são determinantes para a existência de um verdadeiro sistema de informação. Um sistema adequado não apenas prevê formas de registo em campo livre mas que consigna parametrização da documentação com soluções exportáveis e facilmente pesquisáveis nas diversas dimensões a considerar.

Mais, esta informação e a facilidade da sua acessibilidade, integrando os dados recolhidos na consulta/ avaliação pré anestésica e o bloco operatório, é extremamente pertinente e valiosa para a valorização da patologia associada e relativa complexidade do doente, para a segurança

do procedimento, continuidade de cuidados e avaliação de resultados, com repercussões importantes e impacto na codificação GDH e identificação dos ganhos em saúde.

As salas de operações, unidades de doente (pré e pós operatória), locais de transferência de cuidados e gabinetes de documentação clínica (cirurgiões) devem estar equipados com terminais informatizados e monitorização que permitam a introdução de dados e visualização em tempo real sem se afastar do local de prestação de cuidados, mantendo comunicação visual com o doente e equipa.

O equipamento deve apresentar características que suportem descontaminação e desinfecção húmida, (como teclados impermeáveis e isolados) adequados ao ambiente perioperatório.

23. DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE CANCELAMENTO DE AGENDAMENTOS

Os cancelamentos continuam a constituir um dos fatores de baixa de produtividade para além de ser uma indesejável desconformidade na programação do BO. Existe ainda uma grande assimetria entre as diferentes instituições que deveria ser normalizada. A taxa de cancelamentos de agendamentos por motivo imputado à instituição hospitalar não deve ultrapassar os 2% em avaliação mensal.

24. PUBLICITAÇÃO DAS MELHORES PRÁTICAS

A diversidade de estruturas e culturas implica ser desaconselhável a definição de um único modelo de funcionamento de BO. Deve no entanto ser definidas, como já afirmado, um conjunto de regras mínimas de aplicação nacional, vertido em quadro legal, padronizado quantitativamente sempre que possível em vertido em sede de contrato programa.

É altamente recomendável nesta visão a difusão e o premiar de boas práticas desenvolvido a nível local ou regional enquanto forma de melhoria contínua.

25. MELHORIA DOS CIRCUITOS E INTERVENÇÃO A NÍVEL DOS PROCESSOS

Constata-se algum imobilismo no que se refere aos processos existentes nos diferentes blocos operatórios mantendo-se os mesmos muito dependentes das estruturas físicas existentes. Recomenda-se uma avaliação constante e permanente dos processos existentes e de uma reflexão com vista a garantir uma maior acessibilidade, maior eficiência, maior qualidade dos cuidados prestados e menor despesa.

26. DESENVOLVIMENTO DE RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS SOBRE SALAS HÍBRIDAS

O conceito de salas híbridas em bloco operatório tem vindo a ser implementado em todo o mundo nos hospitais mais diferenciados. Este conceito que envolve uma grande complexidade conceptual e de equipamentos envolvidos corresponde a um notável avanço naquilo que um bloco operatório pode oferecer de cuidados cirúrgicos. Em Portugal não existe legislação nem recomendações técnicas quanto ao seu desenvolvimento e implementação. O GT recomenda que seja aprovada legislação e as definições técnicas necessárias à futura implementação deste tipo de salas em Portugal.

27. MELHORIA DO DESENHO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS DOS SERVIÇOS PERIOPERATÓRIOS COM IMPACTO NO BO

O funcionamento de um BO não depende exclusivamente de si mesmo mas também de um conjunto de outros serviços clínicos e não clínicos com os quais interage. Esses serviços, que se podem agrupar debaixo de um conceito mais vasto de perioperatórios, influenciam decisivamente o funcionamento do BO. Por esse motivo o GT recomenda a existência de uma reflexão nacional e local no sentido de uma reformulação do desenho dos processos assistenciais inerentes ao funcionamento do BO de forma a poder incorporar este conceito de perioperatórios. Recomenda-se igualmente que os diferentes processos destes serviços perioperatórios sejam igualmente reanalisados ao abrigo deste conceito.

28. O CONCEITO DE BLOCO OPERATÓRIO DO FUTURO

Em toda a literatura sobre Blocos operatórios o tema do futuro tem vindo a desenvolver-se de forma impressionante.

Este conceito de Bloco Operatório do Futuro passa essencialmente pela construção de um bloco mais seguro, mais integrado, com maior capacitação ergonómica e com capacidade interativa. Em todo o mundo existem já alguns modelos, alguns dos quais em forma de projetos-pilotos, sendo as mais conhecidas as denominadas salas inteligentes.

O GT recomenda que seja promovido pelas entidades responsáveis um debate sobre o tema de forma a poder vir adaptar alguns dos BO mais complexos e com maior diferenciação a estes novos conceitos.

8. BIBLIOGRAFIA

8.1. Geral

1. ACSS. (2014) - Especificações Técnicas para Instalações de indicadores AVAC. ET 06/2008 V.2014,p.10-11.
2. ACSS. (2011) - Recomendações Técnicas para Bloco Operatório. UIIE
3. ACSS. (2013). Relatório de eficiência do benchmarking ACSS entre hospitais do SNS. [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20benchmarking ACSS 2012.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20benchmarking%20ACSS%202012.pdf).
4. AESOP. (2006). Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática dos cuidados. O Bloco Operatório/Departamento Cirúrgico, Cap.II, Lisboa:Lidel,2006.
5. AESOP. (2013). Práticas recomendadas para bloco operatório (3ª ed.).
6. AIA - American Institute of Architects Academy of Architecture for Health (2010) - Guidelines for design and construction of hospitals and outpatient facilities. Washington, D.C.
7. Aiken et al (2014)–The Lancet, -Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. February 26,.
8. Kaye, A.; Fox, C. & Urman, R. (2012) – Operating Room Leadership and Management, Cambridge Press
9. AORN (2012) - Recommended Practices for Traffic Patterns in the PerioperativePractice Setting,in “Standards and recommended Practices for Perioperative Nursing”, Denver, 2012,p.95-98.
10. Bilbao,M.; Fragata,I. (2006) - Gestão do Bloco Operatório, in Fragata,J.- Risco clínico-Complexidade e performance, Almedina.
11. Campling E A, Devlin H B,Lune J N (1990).- The report of the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths.1989, London: Disc to print; Lta
12. CHKS (2013)-International Hospitals Accreditation Programme,4th ed.
13. CKHS (2010) Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01.
14. CNADCA (2008). Relatório: Cirurgia de ambulatório, um modelo de qualidade centrado no utente. Lisboa: Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório.
15. ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) - Dotações seguras salvam vidas, Lisboa:Ordem dos Enfermeiros.
16. DGS (2012) Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)NOC29/2012DGS, 2012, e gestão de resíduos hospitalares)
17. DGS. (2009). Programa Nacional de suporte à gestão Acreditação em Saúde. Departamento de consumo clínico (valido)
18. DGS. (2013). Departamento de qualidade/acreditação e gestão de riscos, mandatório
19. DGS (2015) Portal da Estatística da Saúde. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>
20. Fragata, J. (2006). Risco clínico, complexidade e performance. Almedina.
21. Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 17-26.
22. Giroto, J., Koltz, P., & Drug, G. (2010). Optimizing your operating room: Or, why large, traditional hospitals don't work. International Journal of Surgery, 8, 359-367.
23. Gobierno de España . Ministerio Sanidad y Política Social (2009),Bloque quirúrgico Estándares y recomendaciones, Informes, estudios e investigación.

24. Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011) - Relatório Final "Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança". Novembro de 2011.
25. Hoet, T. (1985) -Le Bloc Opérateur contemporain -conception, realisation, utilisation. Bruxelles, 1985, 499 p. ISBN 2-8004-0859-6.
26. OEnf- Ordem dos Enfermeiros (1988) - Carta da Criança Hospitalizada –Instituto de Apoio à Criança, Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Fondation de France, EACH European Association for Children in Hospital. http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf 03.09.2014,13:04.
27. Ordem dos Enfermeiros (2004) – Tomada de Posição sobre as atribuições do enfermeiro circulante, http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf
28. OEnf. - Ordem dos Enfermeiros (2010) - Parecer Conselho de Enfermagem nº10/2010, aprovado na reunião de 08.06.2010
29. Ordem dos Enfermeiros (2006) – Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
30. Ordem dos Enfermeiros (2010) – Parecer nº10/2010- Dotação de enfermeiros no Bloco Operatório http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%2010_CE_08.06.2010_DotacaoEnfermeirosBO.pdf
31. Ordem dos Enfermeiros (2014) - Norma para o cálculo de Dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, Regulamento nº533/2014,DR 2ª serie, nº 233 de 2 de dezembro.
32. OM- Ordem dos Médicos (2012) - Parecer do Colégio da especialidade aprovado pelo CNE no dia 24 de Fevereiro de 2012 sobre anestesia em pediatria. <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ab817c9349cf9c4f6877e1894a1faa00&id=046ddf96c233a273fd390c3d0b1a9aa4>,03.09.2014,12:31.
33. OM- Ordem dos Médicos - Parecer do Colégio da especialidade aprovado pelo CNE no dia 24 de Fevereiro de 2012 sobre anestesia em pediatria. <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ab817c9349cf9c4f6877e1894a1faa00&id=046ddf96c233a273fd390c3d0b1a9aa4>,03.09.2014,12:31
34. Ordem dos Enfermeiros (1988) - Carta da Criança Hospitalizada –Instituto de Apoio à Criança, Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Fondation de France, EACH European Association for Children in Hospital. http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf 03.09.2014,13:04.
35. Ordem dos Enfermeiros (2014) - Norma para o cálculo de Dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, Regulamento nº533/2014,DR 2ª serie, nº 233 de 2 de dezembro.
36. Ordem dos Médicos (2007) - Regulamento sobre o acompanhamento e responsabilidade do anestesiolista pelo doente submetido a atos médicos de anestesia ou sedação (6 de Novembro de 2007).
37. Ordem dos Médicos (2014): O Conselho Nacional Executivo, reunido a 28 de Fevereiro de 2014, analisou os pareceres e recomendações existentes sobre a composição de equipas cirúrgicas tendo decidido reafirmar os princípios anteriormente aprovados e que se republicam. Orientações para a constituição das equipas por atos cirúrgicos ou equiparados
38. Weinbroum, A., Ekstein, P., & Ezri, T. (2003). Efficiency of the operating room suite. The American Journal of Surgery, 185, 244-250.

8.2. Enquadramento legislativo e normativo

8.2.1. Qualidade

- Decreto-Lei nº220/2008 de 12 de novembro - Quadro legal que suporta o plano de contingência para incêndios no que diz respeito ao regime jurídico de segurança contra incêndio em edifícios
- Portaria nº1532/2008 de 29 de dezembro - Determina o regulamento técnico de segurança contra incêndio em edifícios.
- Direção-Geral da Saúde - Norma DGS nº 38/2012 de 31 de dezembro – Utilização clínica do concentrado eritrocitário no adulto
- Despacho nº 2905/2013 de 22 de fevereiro – Reforça a aplicação da lista da verificação de segurança cirúrgica;
- Direção-Geral da Saúde - Norma DGS nº 11/2013 de 30 de julho – Abordagem da transfusão maciça
- Direção-Geral da Saúde - Norma DGS nº 2/2013 de 12 de fevereiro.
- Decreto-Lei nº 267/2007, de 24 de Julho, que transpõe para o enquadramento jurídico português as Diretivas da União Europeia sobre a qualidade e segurança do sangue.
- DGS - Norma nº 38/2012 de 31 de dezembro sobre a abordagem da transfusão maciça
- DGS - Norma nº 11/2013 de 30 de julho da DGS) e uma terceira norma sobre a seleção e uso de produtos terapêuticos para o tratamento de utentes com coagulopatias congénitas
- DGS - Norma nº 11/2014 de 31 de julho da DGS, atualizada a 3 de fevereiro de 2015
- DGS - Norma nº 31/2013 de 31 de dezembro sobre profilaxia antibiótica e suas indicações
- DGS - Norma nº24/2013 de 23 de dezembro
- DGS - Orientação nº007/2010 recomendando a elaboração de planos de emergência médica por todas as unidades do SNS

8.2.2. Cirurgia de ambulatório

- Despacho nº 30114/2008 de 21 de novembro – programas de cirurgia de ambulatório nos hospitais com adoção de critérios básicos e recomendações.
- Portaria nº290/2012 de 24 de setembro – Estabelece os requisitos mínimos para as unidades privadas que prestem serviços de saúde com internamento
- Portaria nº111/2014 de 23 de maio que altera a Portaria nº 291/2012 de 24 de setembro - Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para as unidades privadas que prossigam atividades no âmbito da cirurgia de ambulatório.

8.2.3. Recursos humanos

- Despacho nº 6263/2005, DR nº 58 II Série, 23 Março – Equipas cirúrgicas - Despacho nº 6263/2005, DR nº 58 II Série, de 23 Março – Equipas cirúrgicas Esclarece dúvidas quanto à forma de os hospitais recorrerem, para além da produção que decorre da atividade normal dos seus profissionais e que é efetuada no âmbito do seu vínculo jurídico à instituição, a equipas constituídas por profissionais contratualmente vinculados à instituição.
- Ministério Da Saúde – DRHS (2006)- *Circular Normativa nº 1 de 12/01/2006.*
- Ministério da Saúde – Ordem dos Enfermeiros (2011) – Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde - Indicadores e Valores de Referência, 2011.

- Acordo coletivo de trabalho n.º 5/2012 - Acordo Coletivo de Trabalho da carreira especial médica, entre as entidades empregadoras públicas e o Sindicato Independente dos Médicos e o Sindicato dos Médicos da Zona Sul;
- *Norma para o cálculo de Dotações seguras dos cuidados de Enfermagem*, Regulamento n.º 533/2014, DR 2ª série, n.º 233 de 2 de dezembro
- Ordem dos Enfermeiros (2014) - *Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, 30 maio.
- Ordem dos Enfermeiros (2015) - *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatórias*, 7 maio.

8.2.4. Financiamento

- Despacho n.º 3673/2009 de 29 de janeiro – Programa vertical de financiamento para apoio aos investimentos na qualificação das unidades de cirurgia de ambulatório.
- Portaria 132/2009 de 30 de janeiro – Tabela de preços a praticar pelo SNS.

8.2.5. Recomendações técnicas

- ACSS (2011) - Recomendações técnicas para bloco operatório.

8.2.6. SIGIC

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, DR n.º 147 I Série-B, 24 Junho - Cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).
- Despacho n.º 24 110/2004, DR n.º 275 II Série, 23 Novembro - Convenções - Aprova o clausulado tipo das convenções para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2005, DR n.º 14 I Série-B, 20 Janeiro - UCGIC - Estabelece a manutenção na responsabilidade da Unidade Central de Gestão Inscritos para Cirurgia (UCGIC) do Sistema Integrado gestão inscritos para cirurgia
- Portaria 426/2005 – Transferências e MCDT no SIGIC, DR n.º 74 I Série B, 15 Abril - Estabelece a responsabilidade sobre os encargos das transferências no âmbito SIGIC. Estabelece as normas relativas aos MCDT no SIGIC
- Despacho n.º 10 943/2005, DR n.º 94 II Série, 16 Maio - Transferências Determina a revogação dos Despachos n.º 16/1986 de 26 de maio de 1986, e n.º 17 381/2000 de 25 de agosto.
- Despacho n.º 9023/2005, DR n.º 79 II Série, 22 de Abril – Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia - Determina que o SIGIC se mantém na responsabilidade da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), que passará a desenvolver a sua atividade na dependência direta do Secretário de Estado da Saúde.
- Portaria n.º 45/2008, DR n.º 10 I Série B, 15 Janeiro - Regulamento SIGIC - Aprova o novo regulamento do SIGIC e revoga a Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro.
- Portaria n.º 852/2009, DR. N.º 152, I Série, 7 de Agosto - Tabela de Preços SIGIC - Aprova o Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais convencionadas
- Despacho n.º 16397/2010, 28 de Outubro – Estabelece obrigatoriedade dos registos das próteses usadas nas artroplastias no SIGIC

- Portaria n.º 271/2012, DR. N.º 171, I Série, 4 de Setembro - Tabela de Preços SIGIC - Aprova o Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais convencionadas.
- Portaria n.º179/2014, DR n.º175, I Série, 11 de Setembro – Atualização do regulamento do SIGIC, da Portaria n.º45/2008 – Garantir o acompanhamento das situações prioritárias e neoplásicas malignas
- Portaria n.º 260-B/2015, DR. N.º 164, I Série, 24 de Agosto – Alteração tabela de preços SIGIC – Pagamento em MRA a alguns elementos da equipa
- MGIC Manual de Gestão de Inscritos para cirurgia (MGIC-2011)

8.2.7. TMRG

- Decreto-Lei n.º106/2009 de 14 de setembro publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 178 — 14 de Setembro de 2009 - Estabelece o regime do acompanhamento familiar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde.
- Lei n.º15/2014, DR n.º57, I Série, de 21 de Março - Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde – Consolida os dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, incluindo a carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde.
- Portaria n.º 87/2015, DR n.º 57, I Série, de 3 de Março – Tempo máximo resposta garantida - Fixa os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e publica a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde

9. ANEXOS

Anexo 1. Questionário	221
Anexo 2. Montante financiado para requalificação das unidades de cirurgia de ambulatório	232
Anexo 3. Caracterização Hospitalar.....	235
Anexo 4. Indicadores	241
Anexo 5. Proposta de indicadores a incluir num <i>tableau de bord</i> para os BOs	263

Anexo 1. Questionário

Este inquérito é realizado no âmbito Despacho 4321/2013 de 15 de Março, o qual determina a criação de um grupo de trabalho para proceder à avaliação da situação nacional dos blocos operatórios em Portugal continental, nomeadamente:

- (i) analisar comparativamente as diferenças inter-regionais de otimização do bloco operatório, considerando os vários indicadores constantes no Relatório Final;
- (ii) identificar os principais desajustamentos;
- (iii) identificar as possíveis causas de desajustamento (e.g. adequação de recursos humanos, adequação da produtividade, adequação da capacidade física instalada, adequação da ocupação do bloco operatório);
- (iv) propor as medidas necessárias com vista à melhoria global do funcionamento dos blocos operatórios.

Instruções de Preenchimento do Formulário

É fundamental a leitura das instruções para o correcto preenchimento do presente formulário.

Em caso de dúvida, por favor contacte-nos através do email: bo.2013@acss.min-saude.pt

As instruções de preenchimento de cada folha encontram-se na folha precedente e estão identificadas a [Azul](#).

Algumas hipóteses de resposta são fechadas, pelo que basta seleccionar a opção que mais se adequar.

Alguns dados encontram-se previamente preenchidos. Solicita-se a sua validação ou eventual correção (a vermelho) ou comentários.

Na última folha, encontra-se um glossário, no qual estão descritos os conceitos/indicadores constantes ao longo do formulário.

O período de referência é sempre anual e relativo a **31 dezembro de 2014**, à exceção dos campos em que esteja identificado outro período.

A estrutura das folhas não deve ser alterada em qualquer circunstância. Se necessária informação adicional a mesma deve ser adicionada apenas no final das tabelas ou no campo observações.

1. Identificação

1.1. Nome da Organização Hospitalar	
1.2. Nome do Presidente do Conselho de Administração	
1.3. Endereço de correio eletrónico do Presidente do Conselho de Administração	
1.4. Direcção Técnica - Nome do Director Clínico	
1.5. Endereço de correio eletrónico do Diretor Clínico	
1.6. Elemento de contacto na entidade hospitalar	
1.7. Endereço de correio eletrónico e contacto telefónico do elemento de contacto	
1.8. Classificação da Organização Hospitalar (Grupos do relatório de benchmarking)	

2. Organização

2.1. Caracterização do bloco operatório

2.1.1. Identificação da Unidade Hospitalar: Indique, por favor, o nome da Unidade Hospitalar. Se um Centro Hospitalar é constituído por várias unidades, identifique a unidade hospitalar neste campo. Por exemplo, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, que é constituído por várias unidades hospitalares, deve inserir H. São José, H. Capuchos e assim sucessivamente.

2.1.2. Nome do Bloco: Indique por favor o nome do bloco. Por exemplo, bloco de oftalmologia.

2.1.3. Tipologia do bloco: Entende-se por bloco operatório as instalações e conjunto de equipamentos que partilham um mesmo espaço físico distinto, destinados à prática cirúrgica (salas de bloco operatório, recobro, vestiários, ...). Unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinados a garantir à pessoa submetida a procedimento cirúrgico, de diagnóstico, com ou sem anestesia, tratamento e cuidados realizados num ambiente de elevado nível de assepsia e de segurança." (AESOP 2006, ARSLVT 2006). Deve ser utilizada uma linha por bloco operatório. Por exemplo, o bloco de oftalmologia, é constituído por 3 salas operatórias gerais (coluna C), e 2 salas operatórias especializadas (coluna D).

2.1.4. Nº total de salas de operações

2.1.4.1. Nº de salas de operações Gerais: Indique o nº de salas de operações gerais, que não são dedicadas a uma especialidade.

2.1.4.2. Nº de salas de operações especializadas - Indique o nº de salas de operações especializadas, que são dedicadas exclusivamente a uma especialidade ou a um conjunto de especialidades.

2.1.5. Tipo de utilização:

2.1.5.1. Nº salas de operações dedicadas exclusivamente à urgência: Indique o número de salas de operações dedicadas exclusivamente à urgência;

2.1.5.2. Nº salas de operações dedicadas exclusivamente à cirurgia programada convencional: Indique o número de salas de operações dedicadas exclusivamente à cirurgia programada convencional;

2.1.5.2. Nº salas de operações dedicadas exclusivamente à cirurgia programada ambatório: Indique o número de salas de operações dedicadas exclusivamente à cirurgia de ambatório programada;

2.1.5.3. Nº de salas de operações mistas (programada + urgente): Indique o número de salas de operações mistas, ou seja, todas aquelas que não se enquadram nos três campos anteriores.

A soma das salas indicadas em 2.1.4. deve ser exatamente igual à soma das salas indicadas em 2.1.5.

2.1.6. Modelo do bloco operatório:

2.1.6.1. O desenho do bloco operatório refere-se ao (s) corredor (es). Selecione

2.3. Elementos facilitadores da Organização e Qualidade: normas, protocolos, auditorias,...

2.3.1. a 2.3.27. Indique para cada elemento (em linha) e em cada bloco operatório:

se está implementado e em funcionamento;

Se é um tópico sujeito a controlo e auditoria esporadicamente, periodicamente ou se não é alvo de controlo e auditoria.

2.4. Acreditação

As colunas com a identificação da Unidade Hospitalar e do bloco operatório encontram-se preenchidas de acordo com os pontos 2.1.1 e 2.2.2 da folha "II-Organização1".

Indique para cada Unidade Hospitalar e cada bloco operatório, respetivamente nos pontos **2.4.1** e **2.4.2.**, se são certificados/acreditados.

Nota: Cada item em linha corresponde a um bloco operatório

[illegible]

2.1.1. Identificação da Unidade Hospitalar	2.1.2. Nome do bloco	2.1.3. Tipologia do bloco	2.1.6. Circulação do Bloco Operatório
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	

2. Organização

2.3. Elementos facilitadores da Organização e Qualidade: normas, protocolos, auditorias,...										
Identificação da Unidade Hospitalar	0		0		0		0		0	
Nome do Bloco Operatório	0		0		0		0		0	
Identificação	Implementado e em funcionamento	Controlo e auditoria	Implementado e em funcionamento	Controlo e auditoria	Implementado e em funcionamento	Controlo e auditoria	Implementado e em funcionamento	Controlo e auditoria	Implementado e em funcionamento	Controlo e auditoria
2.3.1. Sistema de Agendamento Operatório informatizado										
2.3.2. Regulamento do BO										
2.3.3. Sistema de Gestão de Risco (com aplicação no BO)										
2.3.3.1. Programa de avaliação de risco										
2.3.3.2. Sistema de gestão de incidentes										
2.3.4. Processo clínico electrónico com módulo de BO										
2.3.5. Programa Cirurgia Segura informatizado										
2.3.6. Sistema de imagem digital informatizado										
2.3.7. Sistema de patologia clinica informatizado										
2.3.8. Sistemas de comunicação integrados										
2.3.9. Sistema de controlo de gestão										
2.3.10. Sistema de Controlo ILC (programa Hellics) informatizado										
2.3.11. Sistema de segurança de hemoderivados informatizado										
2.3.12. Sistema apoio à logística de gestão de stocks informatizado										
2.3.13. Sistema apoio à logística de gestão de farmacos informatizado										
2.3.14. Utilização de Linguagem classificada na documentação de cuidados de enfermagem (CIPE)										
2.3.15. Atribuição de incentivos										
Protocolos										
2.3.16. Profilaxia Antibiótica										
2.3.17. Profilaxia Trombo-embolismo										
2.3.18. Protocolos Anestésicos										
2.3.19. Protocolos de Higieneização										
2.3.20. Controlo Infecção										
2.3.21. Protocolo de Verificação na transferência de cuidados (recepção e alta de utentes)										
2.3.22. Protocolos relativos ao recobro										
2.3.23. Protocolos aplicáveis à cirurgia de ambulatório										
2.3.24. Planos de contingência										
Especifique										
2.3.25. Plano de Manutenção do equipamento										
2.3.26. Inventário										
2.3.27. Outros protocolos/ planos										

2.4. Acreditação

[illegible]

4. Capacidade Instalada

Cada linha corresponde a um bloco operatório.

4.1. Características físicas

Identificar no espaço próprio o nome da Unidade Hospitalar e do bloco operatório.

AREA I MRF

4.1. Entrada (transfer in de doentes) - Indique por favor, para cada bloco, se tem transferes de entrada de doentes.

4.2. Desinfeção de camas/parque de camas - Indique por favor, para cada bloco, se tem salas de desinfeção/parque de camas.

4.3. Transfer de materiais (entrada) - Indique por favor, para cada bloco, se tem transferes de entrada de materiais (não esterilizados).

ÁREA RESTRITA

4.4. Sala de operações - Indique o número total de salas de operações em cada bloco operatório

4.5 Sala de operações com área inferior a 36m² - Indique quantas das salas indicadas em 4.4. têm área superior a 36m²

4.6 Sala de Indução Anestésica - Indique para cada bloco, o número de salas de indução anestésica existentes

4.7 Sala de suícos - Indique para cada bloco se tem salas de suícos

4.8 Zona de infeção (preparação pré-cirúrgica das mãos) - Indique para cada bloco o número de zonas de desinfeção

RECORRO / LICPA

4.9 N° de camas de LICPA - Indique o número de camas de recobro 1 (LICPA)

4.10. A área por cama é igual ou superior a 12m²? - Indique se a área por cama de LICPA é superior a 12m²

4.11. Número de cadeirões de Recobro 2 (se cirurgia de ambulatorio) - Preencher apenas nos blocos onde se realiza cirurgia de ambulatorio. Indicar o número de cadeirões de recobro 2

4.12 A área por cadeirão é igual ou superior a 4m²? Indique se a área por cadeirão de ILCPA é superior a 4m²

4.13. Zona de roupa limpa - Indique se existem zonas específicas para roupa limpa

4.14. Zona de material de consumo - Indique se existem zonas específicas para material de consumo

4.15 Zona de material de limpeza - Indique se existem zonas específicas para material de limpeza

EQUIPAMENTOS

4.16. Indique se a UPS é autônoma para o bloco operatório em questão.

4.17. Indique se existe equipamento para via aérea difícil no bloco operatório em questão.

MATÉRIAS FUNCIONAIS

4.18. Indique se existe monitorização da temperatura e humidade

4.19. Indique se existe pressão positiva nas salas

4.20. Indique se é efetuada a monitorização dos gases anestésicos

4.21. Indique se existe alarme de incêndio

4.3. Capacidade Instalada

4.3.1. Indique qual a lotação praticada (nº de camas) da entidade hospitalar em 31 de dezembro de 2014.

4.3.2 Indique o número de enfermeiros perineonatorios alocados ao BQ no ano 2014

4.3.4. Indique o número de horas semanais de todos os enfermeiros alocados ao BO. Por exemplo, se estão 5 enfermeiros alocados ao BO e todos fazem 40h semanais, o valor a inserção 200h.

4.3.5. Indique o número de cirurgias provenientes do serviço de urgência no ano 2014.

4.3.6. Indique o número de cirurgias efetuadas em ambulatório no ano 2014

4. Capacidade instalada		
4.3. Capacidade em 2012 - Geral (consultar glossário)		
	Nº	OBS
4.3.1. Lotação praticada (nº camas)		
4.3.2. Enfermeiros Perioperatórios colocados no BO		
4.3.3. Horas (semanais) de Enfermeiros Perioperatórios colocados no BO		
4.3.4. Nº de cirurgias do serviço de urgência		
4.3.5. Nº de cirurgias de ambulatório		

6. Gestão

6.1. Gestão Orçamental

6.1.1. Em 2014 existiu um orçamento aprovado para o período em questão? Indique, por favor, para cada bloco operatório, se existiu em 2014 um orçamento aprovado.

6.1.2. A direção do BO tem capacidade para influenciar a estrutura de custos do mesmo? Numa escala de 0 a 5, indique qual o grau no qual a direção do bloco operatório tem capacidade para influenciar a estrutura de custos do mesmo. 0 - a direção do bloco operatório não tem capacidade para influenciar a estrutura de custos do bloco; 5 - a direção do bloco operatório tem a máxima capacidade para influenciar a estrutura de custos do bloco.

6.1.3. Valor dos custos diretos imputáveis ao BO em 2014. Se não for possível indicar o valor, por favor indique uma estimativa, em euros, dos custos diretos imputáveis a cada bloco operatório.

6.1.4. Valor dos custos indiretos imputáveis ao BO em 2014. Se não for possível indicar o valor, por favor indique uma estimativa, em euros, dos custos indiretos imputáveis a cada bloco operatório.

6.1.5. A direção do BO é responsável pela gestão financeira do orçamento do BO? Indique, por favor, para cada bloco operatório, se a direção do bloco é responsável pela gestão financeira do orçamento do bloco operatório.

6.1.6. Têm algum modelo de imputação de custos directos ao doente? Indique sim ou não.

6.2. Dados de Gestão

Indique, por favor, o nome da Unidade Hospitalar e do bloco operatório nos campos respetivos.

6.2.1. Relativamente ao bloco operatório indicar os recursos anuais despendidos com:

Incluir quadro dos anestesistas de suporte ao bloco operatório, peri operatório (consulta, medicação pré-anestésica, recobro, pós operatório). E ainda as atividades nos MCDT normalmente suportadas pelos recursos do bloco operatório.

6.2.1.2. Medicamentos: Referir se todas as drogas administradas no bloco operatório são imputadas ao bloco operatório, excluir eventuais imputações referentes a drogas administradas fora do bloco operatório, por exemplo no apoio a MCDT.

6.2.1.3. Dispositivos médicos implantáveis: Confirmar se todos os dispositivos médicos implantáveis são imputados ao bloco operatório.

6.2.1.4. Consumíveis e Instrumentais: Indicar o valor de materiais consumíveis e instrumentais usados.

6.2.1.5. Outros Consumíveis: indique outros consumíveis

Esterilização de material: Indicar o valor relativo à esterilização do material usado no bloco operatório.

6.2.1.7. Roupa: Indicar o valor relativo à roupa utilizada no bloco operatório

6.2.1.8. Serviços Externos: Indicar o valor relativo aos serviços externos utilizados pelo bloco operatório

6.2.1.9. Amortização de equipamentos próprios do BO: Indicar o valor relativo às amortizações de equipamentos próprios do BO.

6.2.1.10. Imputações diversas.

6.2.2.1. O Preço médio por hora de sala inclui receção do utente, recursos base de sala com anestesia (incluindo os fármacos anestésicos, soros, ...) e recobro.

6.2.1.1. Recursos Humanos:

6.2.1.6.

A soma dos valores inscritos em 6.1.3. e 6.1.4. deve ser igual à soma das rubricas (6.2.1.1. a 6.2.1.10.)

6. Gestão

6.1. Gestão Orçamental

Nome da Unidade Hospitalar	Nome do Bloco Operatório	6.1.1. Em 2012 existiu um orçamento aprovado para o	6.1.2. A direção do BO tem capacidade	6.1.3. Valor dos custos diretos imputáveis ao BO em 2012 (€)	6.1.4. Valor dos custos indiretos imputáveis ao BO em 2012 (€)	6.1.5. A direção do BO é responsável pela gestão financeira do orçamento do BO?	6.1.6. Tem algum modelo de imputação de custos directos ao doente?	Observações
0	0							
0	0							
0	0							
0	0							
0	0							
0	0							
0	0							
0	0							
0	0							
0	0							

6. Gestão

6.2. Dados de Gestão

Identificação da Unidade Hospitalar	0	0	0	0	0	0	0
Nome do BO	0	0	0	0	0	0	0
6.2.1. Despesa anual do BO no ano 2012	€	€	€	€	€	€	€
6.2.1.1. Recursos humanos							
6.2.1.2. Medicamentos							
6.2.1.3. Dispositivos médicos implantáveis							
6.2.1.4. Consumíveis médicos e instrumentais (compressas, instrumentos de utilização única ou limitada)							
6.2.1.5. Outros consumíveis							
6.2.1.6. Esterilização							
6.2.1.7. Roupa							
6.2.1.8. Serviços externos							
6.2.1.9. Amortização de equipamentos próprios do BO							
6.2.1.10. Imputações diversas							
6.2.2. Formação de preços unitários							
6.2.2.1. Custo médio por hora de sala							

7. Avaliação de desempenho

7.2. Processo

7.2.1. Existem mecanismos capazes de reafetar os Tempos de Sala a diversos serviços, em função da procura em cada valência e da capacidade de utilização de sala?

7.2.2. Tempo de sala: tempo desde que o doente entra na sala até que sai, em **minutos**. Valor médio por cirurgia.

7.2.3. Tempo médio de preparação de sala? Indique, por favor o tempo entre saída do doente e sala preparada para receber novo utente, em **minutos**. Valor médio por cirurgia.

7.2.4. Tempo médio de sala desocupada: tempo total de sala disponível - tempo de sala ocupada (com utente) - tempo de preparação de sala. Valor médio por cirurgia.

7.2.5. Tempo médio diário de disponibilidade de sala (**horas**) (programado) somatório das **horas** de bloco disponíveis para cirurgias programadas (média diária).

7. Avaliação de desempenho

	Nome do BO										
7.2. Processo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.2.1. Existem mecanismos capazes de reafetar os Tempos de Sala a diversos serviços, em função da procura em cada valência e da capacidade de utilização de sala?											
7.2.2. Tempo de sala médio: tempo desde que o doente entra na sala até que sai (min)											
7.2.3. Tempo médio de preparação de sala (entre saída do doente e sala preparada para receber novo utente) (min)											
7.2.4. Tempo médio de sala desocupada (livre) por dia (min)											
7.2.5. Tempo médio diário de disponibilidade de sala (horas) (programado)											

Anexo 2. Montante financiado para requalificação das unidades de cirurgia de ambulatório

ARS Norte

Hospital	Candidaturas aprovadas		Data
	Obras	Equipamento	
Centro Hospitalar Alto Ave, EPE	0€	332.672€	2009
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	173.980€	108.379€	2009
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	362.883€	203.876€	2009
Centro Hospitalar do Porto, EPE	15.000€	10.305€	2009
Centro Hospitalar do Porto, EPE	0€	229.200€	2010
Centro Hospitalar Póvoa Varzim Vila Conde	0€	255.480€	2009
Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro	0€	629.485€	2009
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	0€	240136€	2009
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	788.190€	576.723€	2009
Centro Hospitalar de São João	0€	116.969€	2009
Hospital de Santa Maria Maior	318.345€	173.537€	2009
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	1.291.540	0€	2009
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	556.898€	734.399€	2010
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	533.332€	0€	2009
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	887.532€	541.299€	2010
SubTotal participado	4.927.700 €	4.152.460 €	
Total participado	9.080.160 €		

Fonte: Relatório de acompanhamento e avaliação dos projetos de qualificação das unidades de cirurgia de ambulatório (Norte). 2011

ARS Centro

Hospital	Candidaturas aprovadas	Data
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1.273.369€	2008-2011
Centro Hospital de Tondela-Viseu, EPE	442.510€	
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	197.252€	
Centro hospital do Baixo Vouga, EPE	1.273.369€	2009 Não foi implementado
Total participado	1.913.131€	

Fonte: Relatório de acompanhamento e avaliação dos projetos de qualificação das unidades de cirurgia de ambulatório (Centro). 2012

ARS LVT

Hospital	Candidaturas aprovadas	Data
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	89.716	2009
Instituto Português de Oncologia	308.820 €	2010
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	870.623 €	2010
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	314.854 €	2010
Hospital de Santarém,	379.412 €	2010
Centro hospitalar de Lisboa Norte, EPE	1.767.243 €	2011
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	226.921 €	2011
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE	764.712 €	2011
Total participado	5.655.421 €	

Fonte: Relatório de acompanhamento e avaliação dos projetos de qualificação das unidades de cirurgia de ambulatório (LVT). 2012

ARS Alentejo

Hospital	Candidaturas aprovadas		Data
	Obras	Equipamento	
Hospital do Litoral Alentejano, EPE	9.683€	102.961,02	2008-2009
Total participado	90.115€		

Fonte: Relatório de acompanhamento e avaliação dos projetos de qualificação das unidades de cirurgia de ambulatório (Alentejo). 2012

Anexo 3. Caracterização Hospitalar

ARS Norte

Entidade	População da área de influência directa ^{a)}	Lotação Praticada	Demora Média	Internamento Cirúrgico	Internamento Médico	Ambulatório Cirúrgico	Ambulatório Médico	Taxa de Ocupação	Nº Total de Consultas Externas Médicas		Internamento (Nº de Doentes Saídos)	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Exames (Quantidade Total) sem ser ponderada		Nº Sessões de Hospital de Dia	Nº de Atendimentos Total – Urgência			
				ICM	ICM	ICM	ICM		1ªs Consultas	Consultas Subsequentes		Cirurgia Convencional	Cirurgia Ambulatória	Cirurgia Urgente	Realizados na instituição	Requisitados ao exterior		Geral	Ginec/Obstet	Pediátrica	Psiquiátrica
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. - Unidade Hospitalar de Fafe - Unidade Hospitalar de Guimarães	256.696	455	7,2	1,0	0,8	0,3	0,2	88,9	73.539	180.521	20.405	4.098	5.195	2.141	2.751.161	19.670	27.079	100.415	7.428	35.651	n.a.
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. - Hospital São Sebastião, EPE - Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis - Hospital Distrital São João da Madeira	274.859	356	5,3	0,8	0,9	0,3	0,2	80,5	116.832	192.142	19.724	8.452	7.941	2.648	2.713.566	25.708	25.442	134.698	9.146	34.929	n.a.
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. - Unidade Hospitalar de Santo Tirso - Unidade Hospitalar de Famalicão	244.361	281	6,4	0,6	0,7	0,3	0,2	77,0	46.481	124.417	12.425	4.586	8.495	2.113	1.555.525	23.225	6.748	88.731	4.677	30.911	n.a.
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. - Hospital Joaquim Urbano - Hospital Geral de Santo António	304.396	707	7,2	1,6	1,0	0,4	0,2	87,8	156.333	459.834	31.521	11.613	15.731	5.591	5.133.467	12.879	106.271	117.800	13.040	n.a.	n.a.
Centro Hospitalar de S. João, E.P.E. - Hospital N. Sra. da Conceição de Valongo - Hospital de S. João - Porto	330.386	1106	8,0	2,0	1,1	0,4	0,2	83,1	168.617	505.883	41.915	16.548	18.471	5.196	7.268.835	9.026	96.660	197.537	13.688	77.947	n.a.
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. - Hospital Padre Américo, Vale do Sousa - Hospital de Amarante	519.769	435	6,7	0,9	0,9	0,3	0,2	86,0	92.424	173.939	20.303	8.327	11.713	2.796	2.744.903	36.729	22.448	133.641	13.960	40.143	n.a.
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. - Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua - Hospital São Pedro de Vila Real - Unidade Hospitalar de Chaves - Unidade Hospitalar de Lamego	273.263	603	8,1	1,2	0,9	0,3	0,2	85,6	80.310	199.223	23.327	4.596	7.036	2.085	3.981.596	43.276	18.684	149.118	3.490	19.425	n.a.
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	334.081	550	7,9	1,6	0,9	0,7	0,2	89,9	130.731	314.425	22.825	7.905	10.744	2.660	3.708.579	54.116	41.715	112.210	11.637	45.292	n.a.
Hospital de Braga	290.407	705 ^{b)}	7,4	1,3	0,9	0,4	0,2	74,2	123.608	236.252	25.738	9.566	13.038	2.430	2.661.358	8.420	42.595	123.889	12.938	40.942	n.a.
Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	n.a.	319	8,6	1,8	1,4	0,5	0,2	86,4	77.960	192.963	11.662	4.918	4.541	523	2.096.830	658	47.217	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	244.836	426	6,9	0,9	0,9	0,4	0,2	85,5	66.985	144.681	19.177	4.633	5.425	2.317	1.925.366	9.784	21.953	124.863	5.484	22.648	n.a.
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. - Hospital Pedro Hispano	175.478	331	7,0	1,0	0,9	0,4	0,2	87,4	69.778	158.281	15.092	5.151	6.483	1.853	2.658.810	14.197	12.746	71.408	7.511	n.a.	n.a.
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. - Unidade Hospitalar de Bragança - Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros - Unidade Hospitalar de Miranda	143.564	390	8,1	0,8	0,9	0,3	0,2	73,1	35.621	66.057	12.889	2.499	2.504	1.920	1.519.160	19.814	4.203	119.760	n.a.	n.a.	n.a.
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE	142.941	143	n.a.	0,5	0,7	0,3	0,3	n.a.	26.440	44.871	7.349	3.240	4.315	1.099	786.493	54.757	1.630	78.469	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital Magalhães Lemos, EPE	n.a.	99	14,5	0,0	1,1	0,0	0,0	116,1	3.715	43.245	3.533	n.a.	n.a.	n.a.	8.125	23.620	23.930	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	154.645	124	7,1	0,7	1,0	0,3	0,2	81,7	19.407	47.998	5.192	1.205	2.073	378	555.162	18.897	3.819	51.336	n.a.	21.784	n.a.
Total ARS Norte	3.689.682	7030	116,4	16,7	15,0	5,6	3,3	1283,1	1.288.781	3.084.732	293.077	97.337	123.705	35.750	42.068.936	374.776	503.140	1.603.875	102.999	369.672	n.a.

Fonte: SICA – 2013/07/12, exceto: a) INE (dados definitivos da população dos Censos 2011); b) dados do Programa Funcional.

ARS Centro

Entidade	População da área de influência directa ^{a)}	Lotação Praticada	Demora Média	Internamento Cirúrgico	Internamento Médico	Ambulatório Cirúrgico	Ambulatório Médico	Taxa de Ocupação	Nº Total de Consultas Externas Médicas		Internamento (Nº de Doentes Saídos)	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Exames (Quantidade Total) sem ser ponderada		Nº Sessões de Hospital de Dia	Nº de Atendimentos Total – Urgência			
				ICM	ICM	ICM	ICM		1ªs Consultas	Consultas Subsequentes		Cirurgia Convencional	Cirurgia Ambulatória	Cirurgia Urgente	Realizados na instituição	Requisitados ao exterior		Geral	Ginec./Obstet	Pediátrica	Psiquiátrica
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. - Hospital Infante D. Pedro - Aveiro - Hospital Visconde de Salreu - Estarreja - Hospital de Águeda	285.846	426	7,6	1,0	0,8	0,4	0,2	89,5	66.651	133.616	18.235	4.049	4.314	2.314	1.640.108	21.370	12.613	133.031	6.066	37.799	n.a.
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. - Hospital Pêro da Covilhã - Hospital do Fundão	87.869	317	7,7	0,9	0,9	0,4	0,2	83,2	48.766	113.642	12.528	2.860	1.624	784	1.828.676	51.000	18.717	59.369	1.618	16.844	n.a.
Centro Hospitalar Leiria - Pombal, E.P.E. - Hospital Santo André, E.P.E. - Leiria - Hospital de Pombal	260.942	503	6,2	1,0	0,8	0,4	0,2	76,2	69.791	130.764	22.497	5.442	5.208	2.424	1.964.206	56.141	9.344	117.387	10.775	41.795	n.a.
Centro Hospitalar Tondela - Viseu, E.P.E. - Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu - Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	267.633	650	8,1	1,2	0,9	0,3	0,2	78,0	72.872	154.751	22.745	6.748	9.415	3.350	2.627.462	463	64.265	119.811	14.865	34.625	n.a.
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. - Hospital Geral - Hospital Pediátrico de Coimbra - Maternidade Bisaya Barreto - Maternidade Dr. Daniel de Matos - Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - Unidade de Arnes - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - Unidade Lorvão - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - Unidade Sobral Cid	368.938	1933	8,5	1,8	1,0	0,5	0,2	79,6	205.978	663.352	65.962	17.335	16.067	8.089	10.279.058	40.897	70.727	199.213	27.635	60.682	n.a.
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	88.296	144	6,5	0,8	1,0	0,4	0,2	79,3	25.275	62.428	6.393	3.153	3.340	936	936.301	8.431	5.811	52.261	n.a.	19.413	n.a.
Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.	n.a.	186	7,5	1,1	0,9	0,4	0,2	73,4	21.873	106.831	6.631	3.345	1.773	n.a.	1.346.828	15.679	14.177	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. - Hospital Ameto Lusitano	108.395	265	7,6	1,0	1,0	0,4	0,2	72,6	26.362	59.002	9.233	2.734	2.320	1.329	1.131.635	23.772	7.589	48.837	1.482	14.492	n.a.
Unidade Local de Saúde da Guarda	148.154	361	8,8	1,0	0,9	0,5	0,2	69,3	38.091	65.069	10.321	2.856	4.468	1.148	2.206.293	16.324	2.319	69.461	4.130	11.690	n.a.
Hospital Dr Francisco Zagalo - Ovar	55.398	35	9,6	0,6	0,9	0,4	0,3	64,3	9.955	20.369	856	491	1.400	n.a.	163.567	6.827	206	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital José Luciano de Castro - Anadia	29.150	n.a.	n.a.	0,0	0,0	0,4	0,3	n.a.	5.857	9.436	n.a.	n.a.	986	n.a.	61.354	26.467	28	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	36.595	n.a.	n.a.	0,0	0,0	0,4	0,3	n.a.	7.500	8.772	n.a.	n.a.	1.650	n.a.	139.026	5.516	186	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais	n.a.	96	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	90,1	1.613	2.205	246	n.a.	n.a.	n.a.	672.850	15.852	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Total ARS Centro	1.737.216	4916	206,5	10,4	9,1	4,9	2,7	855,4	600.584	1.530.237	175.647	49.013	52.565	20.374	24.997.364	288.739	205.982	799.370	66.571	237.340	n.a.

Fonte: SICA – 2013/07/12, exceto: a) INE (dados definitivos da população dos Censos 2011).

ARS LVT

Entidade	População da área de influência directa ^{a)}	Lotação Praticada	Demora Média	Internamento Cirúrgico	Internamento Médico	Ambulatório Cirúrgico	Ambulatório Médico	Taxa de Ocupação	Nº Total de Consultas Externas Médicas		Internamento (Nº de Doentes Saídos)	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Exames (Quantidade Total) sem ser ponderada		Nº Sessões de Hospital de Dia	Nº de Atendimentos Total – Urgência			
				ICM	ICM	ICM	ICM		1ªs Consultas	Consultas Subsequentes		Cirurgia Convencional	Cirurgia Ambulatória	Cirurgia Urgente	Realizados na instituição	Requisitados ao exterior		Geral	Ginec/Obstet	Pediátrica	Psiquiátrica
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. - Hospital Nossa Senhora do Rosário - Hospital Distrital do Montijo	213.584	353	8,3	1,0	0,8	0,4	0,2	79,2	38.517	125.064	12.346	2.477	2.345	1.053	2.295.357	5.445	32.778	100.094	10.549	38.613	n.a.
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. - Hospital Dr. Manoel Constantino - Abrantes - Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar - Hospital Rainha Santa Isabel - Torres Novas	227.999	427	7,7	1,0	0,9	0,3	0,2	83,9	64.691	96.306	16.913	3.572	3.771	1.650	3.881.492	29.308	14.483	120.106	2.881	26.845	n.a.
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. - Hospital de Curry Cabral - Hospital Dona Estefânia - Hospital Santa Maria - Hospital Santo António dos Capuchos - Hospital São José - Maternidade Dr. Alfredo da Costa	428.191	1462	9,2	2,0	1,1	0,4	0,2	86,7	204.055	591.632	50.113	16.657	18.384	7.842	n.a.	n.a.	41.272	151.798	24.760	81.524	n.a.
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. - Hospital Santa Maria - Hospital Pulido Valente	154.208	1168	8,2	1,9	1,2	0,5	0,2	90,0	184.839	519.444	46.823	13.567	14.792	5.653	7.828.728	87.735	94.910	179.202	15.077	42.450	n.a.
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. - Hospital Egas Moniz - Hospital São Francisco Xavier - Hospital Santa Cruz	233.465	797	9,3	2,1	1,0	0,6	0,2	84,1	101.956	359.808	26.445	7.879	7.138	4.599	4.017.528	7.340	25.321	110.668	15.530	36.101	n.a.
Centro Hospitalar do Oeste - Hospital Termal Rainha D. Leonor - Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaca - Hospital São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche - Hospital Distrital Torres Vedras - Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras - Hospital Distrital Caldas da Rainha	349.040	201	7,1	0,8	0,8	0,3	0,2	87,3	46.448	96.325	16.645	3.275	2.262	2.559	2.158.074	77.221	19.131	147.358	14.000	55.515	n.a.
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. - Hospital Ortopédico Santiago do Oúlio - Hospital São Bernardo	184.016	380	7,8	1,2	0,8	0,5	0,2	79,6	63.220	149.670	14.250	3.589	3.568	1.524	1.994.197	16.489	26.371	76.131	12.316	39.998	n.a.
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	206.479	277	6,9	1,0	0,8	0,4	0,1	80,4	45.404	74.962	11.844	1.714	3.080	2.272	n.a.	n.a.	7.363	82.729	14.670	49.810	n.a.
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada	381.799	545	8,0	1,8	1,0	0,4	0,2	84,8	83.848	185.872	21.033	4.508	6.926	2.311	2.888.044	8.817	18.968	88.043	16.463	41.939	n.a.
Hospital Amadora/Sintra - Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, E.P.E.	552.971	772	7,9	1,0	1,0	0,4	0,2	89,8	88.469	185.675	32.224	8.375	10.264	7.580	3.032.669	23.536	16.332	171.729	19.365	61.210	n.a.
Hospital Loures - Hospital Beatriz Ângelo, S.A	287.119	418	7,6	1,2	0,9	0,4	0,2	70,6	63.894	57.176	14.161	1.440	3.586	570	n.a.	n.a.	4.659	89.005	6.805	38.751	n.a.
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	196.620	373	7,9	1,0	0,9	0,4	0,2	92,2	38.992	108.500	15.851	2.787	3.237	1.618	4.341.270	14.221	20.772	79.504	8.955	34.929	n.a.
Hospital de Vila Franca de Xira - Reynaldo dos Santos	244.377	221	6,6	0,8	0,8	0,3	0,2	88,2	40.517	50.541	10.851	2.557	2.793	1.234	74.679	214	3.725	67.154	4.304	32.715	n.a.
Instituto Português Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.	n.a.	261	6,2	1,9	1,2	0,6	0,2	81,3	41.062	181.373	12.498	4.978	2.094	306	3.126.917	1.602	87.576	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - Hospital Júlio de Matos	n.a.	140	16,7	0,0	1,2	0,0	0,0	72,3	4.866	58.119	2.371	n.a.	n.a.	n.a.	408.668	71	28.405	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Instituto de Oftalmologia Dr Gama Pinto	n.a.	5	2,3	0,4	0,7	0,5	0,0	11,2	28.447	25.130	88	70	3.540	n.a.	87.721	31.526	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Total ARS LVT	3.659.868	7800	127,4	19,1	15,1	6,4	2,7	1261,5	1.139.225	2.865.597	304.456	77.445	87.780	40.771	36.135.344	314.415	442.066	1.463.521	165.675	580.400	7.540

Fonte: SICA – 2013/07/12, exceto: a) INE (dados definitivos da população dos Censos 2011).

ARS Alentejo

Entidade	População da área de influência directa ^{a)}	Lotação Praticada	Demora Média	Internamento Cirúrgico	Internamento Médico	Ambulatório Cirúrgico	Ambulatório Médico	Taxa de Ocupação	Nº Total de Consultas Externas Médicas		Internamento (Nº de Doentes Saídos)	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Exames (Quantidade Total) sem ser ponderada		Nº Sessões de Hospital de Dia	Nº de Atendimentos Total – Urgência			
				ICM	ICM	ICM	ICM		1ªs Consultas	Consultas Subsequentes		Cirurgia Convencional	Cirurgia Ambulatória	Cirurgia Urgente	Realizados na instituição	Requisitados ao exterior		Geral	Ginec/Obstet	Pediátrica	Psiquiátrica
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	166.726	331	7,1	1,0	0,9	0,4	0,2	69,1	56.734	122.042	11.785	5.532	6.951	1.403	2.665.151	95.459	11.370	50.633	n.a.	19.047	n.a.
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. - Hospital José Joaquim Fernandes - Beja - Hospital São Paulo - Serpa	126.692	229	7,1	1,0	0,8	0,3	0,2	73,5	26.057	57.985	8.633	2.029	1.726	1.328	1.413.502	8.731	7.674	97.695	4.373	15.368	n.a.
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.	97.925	122	8,2	1,3	1,2	0,3	0,2	88,4	18.481	42.276	4.780	1.579	2.901	683	944.573	5.828	5.500	50.914	n.a.	n.a.	n.a.
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. - Hospital Santa Luzia de Elvas - Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	118.506	261	8,2	1,0	1,0	0,4	0,2	79,8	27.281	69.167	9.290	2.854	2.465	1.314	1.982.394	93.648	8.532	78.523	1.142	9.847	n.a.
Total ARS Alentejo	509.849	943	30,6	4,3	3,9	1,4	0,8	310,8	128.553	291.470	34.488	11.994	14.043	4.728	7.005.620	203.666	33.076	277.765	5.515	44.262	n.a.

Fonte: SICA – 2013/07/12, exceto: a) INE (dados definitivos da população dos Censos 2011).

ARS Algarve

Entidade	População da área de influência directa ^{a)}	Lotação Praticada	Demora Média	Internamento Cirúrgico	Internamento Médico	Ambulatório Cirúrgico	Ambulatório Médico	Taxa de Ocupação	Nº Total de Consultas Externas Médicas		Internamento (Nº de Doentes Saídos)	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Exames (Quantidade Total) sem ser ponderada		Nº Sessões de Hospital de Dia	Nº de Atendimentos Total – Urgência			
				ICM	ICM	ICM	ICM		1ªs Consultas	Consultas Subsequentes		Cirurgia Convencional	Cirurgia Ambulatória	Cirurgia Urgente	Realizados na instituição	Requisitados ao exterior		Geral	Ginec/Obstet	Pediátrica	Psiquiátrica
Hospital de Faro, E.P.E.	287.055	581	9,1	1,5	0,9	0,5	0,2	81,5	54.116	130.380	18.950	4.267	2.947	3.053	1.707.282	34.110	21.305	77.435	9.937	43.931	n.a.
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, EPE	163.951	325	8,6	0,9	0,8	0,3	0,2	89,1	36.338	75.914	12.205	2.354	3.191	1.483	1.399.603	15.135	25.916	76.385	1.873	31.590	n.a.
Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Total ARS Algarve	451.006	906	17,7	2,4	1,7	0,8	0,4	170,6	90.454	206.294	31.155	6.621	6.138	4.536	3.106.885	49.245	47.221	153.820	11.810	75.521	n.a.

Fonte: SICA – 2013/07/12, exceto: a) INE (dados definitivos da população dos Censos 2011).

Total de Portugal Continental

Total ARS	População da área de influência directa ^{a)}	Lotação Praticada	Demora Média	Internamento Cirúrgico	Internamento Médico	Ambulatório Cirúrgico	Ambulatório Médico	Taxa de Ocupação	Nº Total de Consultas Externas Médicas		Internamento (Nº de Doentes Saídos)	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Exames (Quantidade Total) sem ser ponderada		Nº Sessões de Hospital de Dia	Nº de Atendimentos Total – Urgência			
				ICM	ICM	ICM	ICM		1ªs Consultas	Consultas Subsequentes		Cirurgia Convencional	Cirurgia Ambulatória	Cirurgia Urgente	Realizados na instituição	Requisitados ao exterior		Geral	Ginec./Obstet	Pediátrica	Psiquiátrica
Total ARS Norte	3.689.682	7030	116,4	16,7	15,0	5,6	3,3	1283,1	1.288.781	3.084.732	293.077	97.337	123.705	35.750	42.068.936	374.776	503.140	1.603.875	102.999	369.672	n.a.
Total ARS Centro	1.737.216	4916	206,5	10,4	9,1	4,9	2,7	855,4	600.584	1.530.237	175.647	49.013	52.565	20.374	24.997.364	288.739	205.982	799.370	66.571	237.340	n.a.
Total ARS LVT	3.659.868	7800	127,4	19,1	15,1	6,4	2,7	1261,5	1.139.225	2.865.597	304.456	77.445	87.780	40.771	36.135.344	314.415	442.066	1.463.521	165.675	580.400	7.540
Total ARS Alentejo	509.849	943	30,6	4,3	3,9	1,4	0,8	310,8	128.553	291.470	34.488	11.994	14.043	4.728	7.005.620	203.666	33.076	277.765	5.515	44.262	n.a.
Total ARS Algarve	451.006	906	17,7	2,4	1,7	0,8	0,4	170,6	90.454	206.294	31.155	6.621	6.138	4.536	3.106.885	49.245	47.221	153.820	11.810	75.521	n.a.
Total de Portugal Continental	10.047.621	21595	498,6	52,9	44,8	19,1	9,9	3881,4	3.247.597	7.978.330	838.823	242.410	284.231	106.159	113.314.149	1.230.841	1.231.485	4.298.351	352.570	1.307.195	7.540

Fonte: SICA – 2013/07/12, exceto: a) INE (dados definitivos da população dos Censos 2011).

IPO

Entidade	População de Referência ^{a)}	Lotação Praticada	Demora Média	Internamento Cirúrgico	Internamento Médico	Ambulatório Cirúrgico	Ambulatório Médico	Taxa de Ocupação	Nº Total de Consultas Externas Médicas		Internamento (Nº de Doentes Saídos)	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Nº Intervenções Cirúrgicas -	Exames (Quantidade Total) sem ser ponderada		Nº Sessões de Hospital de Dia	Nº de Atendimentos Total – Urgência			
				ICM	ICM	ICM	ICM		1ªs Consultas	Consultas Subsequentes		Cirurgia Convencional	Cirurgia Ambulatória	Cirurgia Urgente	Realizados na instituição	Requisitados ao exterior		Geral	Ginec./Obstet	Pediátrica	Psiquiátrica
Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	3.689.682	319	8,6	1,8	1,4	0,5	0,2	86,4	77.960	192.963	11.662	4.918	4.541	523	2.096.830	658	47.217	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.	1.737.216	186	7,5	1,1	0,9	0,4	0,2	73,4	21.873	106.831	6.631	3.345	1.773	n.a.	1.346.828	15.679	14.177	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Instituto Português Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.	4.620.723	261	6,2	1,9	1,2	0,6	0,2	81,3	41.062	181.373	12.498	4.978	2.094	306	3.126.917	1.602	87.576	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Total IPO's	10.047.621	766	22,3	4,8	3,5	1,5	0,6	241,0	140.895	481.167	30.791	13.241	8.408	829	6.570.575	17.939	148.970	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Fonte: SICA – 2013/07/12, exceto: a) INE (dados definitivos da população dos Censos 2011).

Anexo 4. Indicadores

Capacidade instalada – espaço físico do BO

Nome	Horas disponíveis do BO
Definição	
Somatório das horas semanais disponíveis em todas as salas de todos os blocos operatórios (inclui BO de internamento e ambulatorio) para a realização de cirurgias programadas. São excluídas as salas exclusivas para urgência. Em caso de ser uma instituição com urgência médico cirúrgica ou polivalente 1 das salas do BO é considerada exclusiva de urgência	
Valor de referência	Cada sala deve funcionar 48 semanas/ano, 12 horas/dia (8h-20h), 5 dias/semana (=2880h). Exclui: urgências.
Fonte	SIGLIC

Nome	Horas semanais disponíveis nos blocos operatórios para cirurgia programada
Definição	
Somatório das horas semanais disponíveis em todas as salas de todos os blocos operatórios (inclui BO de internamento e ambulatorio).	
Inclui: horas de afetação do BO para produção em MRA. Exclui: São excluídas as salas exclusivas para urgência (considerando obrigatoriamente no mínimo uma sala para cada unidade hospitalar com urgência externa aberta).	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Nº Horas de sala disponíveis no BO por semana para produção em ambulatorio (exclusivo) em MRA – cirurgia adicional
Definição	
Somatório das horas de Bloco Operatório (em salas exclusivas para cirurgia de ambulatorio), disponíveis para cirurgias de ambulatorio em modalidade remuneratória alternativa (MRA), ou seja, para atividade cirúrgica remunerada às equipas por unidade de produção.	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Nº Horas de sala disponíveis no BO por semana para produção em ambulatorio (exclusivo) em MRC- cirurgia base
Definição	
Somatório das horas de Bloco Operatório (em salas exclusivas para cirurgia de ambulatorio),	

disponíveis para cirurgias de ambulatório em modalidade remuneratória convencional (MRC), ou seja, para atividade realizada no horário de trabalho dos colaboradores das equipas cirúrgicas.	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Nº horas disponíveis do BO para convencional em MRA
Definição	
Somatório das horas de Bloco Operatório disponíveis para cirurgias de internamento em MRA	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Nº horas disponíveis do BO para convencional em MRC
Definição	
Somatório das horas de Bloco Operatório disponíveis para cirurgias de internamento em MRC	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Sala padrão
Definição	
Valor de referência	12 horas/dia x 5 dias/semana
Fonte	SIGLIC

Qualidade

Nome	Taxa de mortalidade pós operatória ajustada
Definição	
Somatório da taxa de mortalidade, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, associada a cada GDH cirúrgico que origine Internamento no Hospital, ponderada pelo peso relativo do respetivo GDH no total das Intervensões Cirúrgicas que origine Internamento nos hospitais do Grupo de Referência selecionados para determinar o valor de referência anual	
$\sum_{k=1}^p Tx \text{ mortalidade pós operatória } GDHK_{hosp} \times PesoGDHK_{GrupoRef.}$	

<p>Em que:</p> <p> $Tx \text{ mortalidade pós-operatória } GDHk [Hosp] = \frac{N^{\circ} \text{ óbitos pós-operatórios } GDHk_{hosp}}{N^{\circ} \text{ total de doentes intervencionados } GDHk_{hosp}}$ </p> <ul style="list-style-type: none"> k, corresponde ao número do GDH cirúrgico, com produção registada no Hospital, durante o período em análise; <p>Em que:</p> <p> $N^{\circ} \text{ de óbitos pós-operatórios } GDHk [Hosp]$, corresponde ao número de óbitos, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; $N^{\circ} \text{ total de doentes intervencionados } GDHk [Hosp]$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; </p> <p> $\text{Peso } GDHk [\text{Grupo Ref.}] = \frac{\sum_{j=1}^m N^{\circ} \text{ de doentes intervencionados } GDHk_{hosp}}{\sum_{j=1}^m N^{\circ} \text{ de doentes intervencionados } GDH \text{ cir}_{hosp}}$ </p> <p>Em que:</p> <p> $N^{\circ} \text{ de doentes intervencionados } GDHk [Hospital j]$, corresponde ao número de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para o GDH cirúrgico k com produção registada no hospital, durante o período em análise; $N^{\circ} \text{ total de doentes intervencionados } GDH \text{ cir} [Hospital j]$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise; j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados </p>	
Valor de referência	<p>O valor de referência para a taxa de mortalidade pós-operatória ajustada corresponderá a:</p> $\frac{\sum_{j=1}^m N^{\circ} \text{ de óbitos pós-operatórios } GDH \text{ cir}_{hosp}}{\sum_{j=1}^m N^{\circ} \text{ de doentes intervencionados } GDH \text{ cir}_{hosp}}$ <p>Em que:</p> <p> $N^{\circ} \text{ de óbitos pós-operatórios } GDH \text{ cir} [Hospital j]$, corresponde ao número de óbitos, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise; $N^{\circ} \text{ total de doentes intervencionados } GDH \text{ cir} [Hospital j]$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise; j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados. </p>
	<p>Fonte</p> <p>Contrato de gestão das PPP</p>

Nome	Taxa de mortalidade durante o ato operatório ajustada
Definição	
<p>Somatório da taxa de mortalidade, durante o ato operatório, associada a cada GDH cirúrgico que origine Internamento no Hospital, ponderada pelo peso do respetivo GDH no total das Intervenções Cirúrgicas nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência anual.</p>	

Mais concretamente, a Taxa de Mortalidade Durante o Ato Operatório Ajustada calcula-se da seguinte forma:

$$\sum_{k=1}^p [\text{Tx mortalidade acto operatório GDHk}_{[Hosp]} \times \text{Peso GDHk}_{[Grupo Ref.]}]$$

Em que:

$$\begin{aligned} \text{Tx mortalidade acto operatório GDHk}_{[Hosp]} &= \\ &= \frac{N.º \text{ óbitos durante o acto operatório GDHk}_{[Hosp]}}{N.º \text{ total de doentes intervencionados GDHk}_{[Hosp]}} \\ &= \end{aligned}$$

— k, corresponde ao número do GDH cirúrgico com produção registada no Hospital, durante o período em análise.

Em que:

— *N.º de óbitos durante o acto operatório GDHk_[Hosp]*, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise;

N.º total de doentes intervencionados GDHk_[Hosp], corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise.

— *Peso GDHk_[Grupo Ref.]* =

$$\begin{aligned} &= \frac{\sum_{j=1}^m N.º \text{ de doentes intervencionados GDHk}_{[Hospitalj]}}{\sum_{i=1}^m N.º \text{ total doentes intervencionados GDH cir}_{[Hospitalj]}} \\ &= \end{aligned}$$

Em que:

— *N.º de doentes intervencionados GDHk_[Hospitalj]*, corresponde ao número de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise;

— *N.º total de doentes intervencionados GDHcir_[Hospitalj]*, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise;

— j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.

**Valor de
referência**

O valor de referência para a taxa de mortalidade durante o acto operatório ajustada corresponderá a:

$$\frac{\sum_{j=1}^m N.º \text{ óbitos durante o acto operatório GDH cir}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.º \text{ doentes intervencionados GDH cir}_{[Hospitalj]}}$$

Em que:

— *N.º de óbitos durante o acto operatório GDHcir_[Hospital j]*, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no hospital j, para os GDH

	<p>cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise;</p> <p>_ <i>N.º total de doentes intervencionados GDHcir[Hospital j]</i>, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise;</p> <p>_ <i>j</i>, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência selecionados.</p>
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Nome	Tempo médio de estadias pré cirúrgicas
Definição	
<p>[Número total de Dias de Internamento que antecedem a realização da Intervenção Cirúrgica convencional programada, para as altas de Internamento ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenção Cirúrgica convencional programada / Total de altas de Internamento, ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenções Cirúrgicas convencionais programadas]</p> <p>Inclui:</p> <p>_ Todos os Internamentos com realização de Intervenções Cirúrgicas programadas convencionais.</p> <p>Exclui:</p> <p>_ Intervenções Cirúrgicas subsequentes associadas a um Episódio de Internamento com Intervenção Cirúrgica convencional programada.</p>	
Valor de referência	1 dia
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Nome	Taxa de infeção de feridas cirúrgica em procedimentos cirúrgicos programados em utentes de risco 0
Definição	
<p>[Número de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infeção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada/ Número total de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada, durante o período em análise]</p> <p>Inclui:</p> <p>Os Utentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpas: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama e cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica e durante o primeiro ano no caso da aplicação de próteses osteoarticulares;</p> <p>_ Os Utentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpa-contaminadas: cirurgia do cólon ou da vesícula, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica.</p> <p>Exclui:</p>	

_ Os Utentes submetidos a cirurgia urgente, quer se trate de uma primeira intervenção, quer se trate de uma re-intervenção.	
Valor de referência	
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Nota: definição igual respetivamente para os níveis de risco 1,2,3 e 4

Nome	Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de intervenções cirúrgicas
Definição	
[Número de relatórios operatórios de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise/Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise]	
Inclui: Todas as Intervenções Cirúrgicas (Intervenção Cirúrgica convencional programada, Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada, Intervenção Cirúrgica urgente).	
Valor de referência	
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Nome	Taxa de regressos não programados ao bloco operatório
Definição	
[Número total de regressos não programados ao bloco operatório, durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à saída do bloco operatório, pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico) /Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas, durante o período em análise]	
Exclui: _ Regressos programados, sendo que nesse caso deverá ser registada, logo após a Intervenção Cirúrgica, a previsão de re-intervenção cirúrgica nas 48 horas após a realização da Intervenção Cirúrgica que lhe dá origem; _ Regressos após 31 dias da Intervenção Cirúrgica.	
Valor de referência	
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Nome	Taxa de ocorrência de complicações anestésicas???
Definição	
[Número de complicações à anestesia loco-regional ou geral, ocorridas nas salas de indução anestésica, nas salas operatórias ou nas salas de recobro, durante o período em análise / Total de anestésias loco-regionais e gerais administradas durante o período em análise]	
Exclui: _ Todas os procedimentos que se realizam com anestesia local, sedação mínima, sedação/analgesia consciente e sedação/analgesia profunda.	

Valor de referência	
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Nome	Taxa de ocorrência de apendicectomias com diagnóstico anatomopatológico compatível com a normalidade
Definição	
[Número de apendicectomias, realizadas durante o período em análise, com diagnóstico anatomopatológico compatível com a normalidade/ Total de apendicectomias realizadas durante o período em análise]	
Inclui:	
_ Total de apendicectomias (ablação cirúrgica do apêndice) cujo diagnóstico pré-operatório é de apendicite aguda, independentemente do diagnóstico se alterar durante a realização da Intervenção Cirúrgica, ou seja, uma vez revista a cavidade abdominal.	
Exclui:	
_ Intervenções Cirúrgicas com o diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda, sem que ocorra a ablação cirúrgica do apêndice.	
Valor de referência	
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Recursos Humanos

Nome	Anestesiologista Padrão
Definição	
Número de anestesiologistas com 35 horas semanais de trabalho exclui as horas utilizadas para produção em MRA (fora do horário normal de trabalho da equipa). Não são contabilizadas as horas dos anestesiologistas internos.	
As horas semanais de trabalho dos anestesiologistas correspondem às registadas na capacidade instalada (SIGLIC). Consideram-se as 44 semanas num ano.	
Valor de referência	
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Cirurgião Padrão
Definição	
Número de cirurgiões com 35 horas semanais de trabalho incluindo as horas utilizadas para produção em MRA (fora do horário normal de trabalho da equipa). Caso seja cirurgião interno contabiliza-se apenas metade das horas efetivas	
As horas semanais de trabalho dos cirurgiões são as registadas na capacidade instalada (SIGLIC). Consideram-se as 44 semanas num ano.	
Valor de referência	

Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC
--------------	-------------------------

Nome	Cirurgião Padrão Ajustado
Definição	Para o cálculo deste indicador são consideradas as horas semanais normais de trabalho dos cirurgiões acrescidas de 50% das horas semanais normais de trabalho dos cirurgiões internos por se considerar que estes últimos têm uma participação na atividade cirúrgica que pode substituir o cirurgião ajudante. Para além das horas normais de trabalho neste indicador são consideradas as horas teóricas semanais dos cirurgiões para a produção em MRA. As horas teóricas semanais dos cirurgiões para a produção em MRA têm como pressuposto que cada cirurgia padrão demora em média 2h, que tem a presença de dois cirurgiões e que num ano os cirurgiões trabalham 44 semanas.
Valor de referência	
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Anestesiologista Padrão Ajustado
Definição	Corresponde ao anestesiologista padrão acrescido do tempo teórico utilizado em atividade MRA Para o cálculo das horas teóricas de anestesiologista correspondente à produção em MRA é tido em conta a média semanal dos operados padrão em MRA multiplicado por 1,5 (correspondendo a 1,5 hora de sala multiplicado por 1 anestesiologista). Consideram-se as 44 semanas num ano.
Valor de referência	
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Disponibilidade padrão do cirurgião padrão
Definição	Em que um cirurgião padrão tem uma disponibilidade atribuída ao BO de 30%, à consulta de 30% e 10% a outras atividades
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Disponibilidade padrão dos anestesiologistas padrão
Definição	Em que um anestesiologista padrão tem uma disponibilidade atribuída ao BO de 50% e 50% a outras atividades (SIGIC)
Valor de referência	

Fonte	SIGLIC
-------	--------

Nome	ETC – Equivalente Tempo Completo
Definição	Nº de horários semanais de tempo completo, que resulta da conversão do número total de horas semanais do conjunto de profissionais de saúde da mesma área, em horários de tempo completo. Assume-se como horário de tempo completo 35h semanais
Valor de referência	1ETC=35h/semana
Fonte	SIGLIC

Nome	Horas afetas ao BO dos Anestesiologistas Internos
Definição	Somatório das horas semanais dos anestesiologistas internos afetas ao Bloco Operatório
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Horas afetas ao BO dos Anestesiologistas
Definição	Somatório das horas semanais dos anestesiologistas especialistas afetas ao Bloco Operatório
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Horas afetas ao BO dos Cirurgiões Internos
Definição	Somatório das horas semanais dos Médicos Internos de Serviços Cirúrgicos ou Médico-Cirúrgicos afetas ao Bloco Operatório
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Horas de trabalho dos Anestesiologistas Internos
Definição	Somatório das horas semanais de trabalho dos Anestesiologistas Internos
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Horas de trabalho dos Anestesiologistas
Definição	
Somatório das horas semanais de trabalho dos Anestesiologistas Especialistas	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Horas ajustadas de cirurgião afetas ao BO
Definição	
Corresponde ao número de horas de cirurgião afetas ao BO acrescida do número teórico de horas utilizadas em atividade MRA. Para o cálculo das horas teóricas de cirurgião correspondente à produção em MRA é tido em conta a média semanal dos operados padrão em MRA multiplicado por 4 (correspondendo a 4 hora de sala multiplicado por 2 cirurgiões).	
Valor de referência	$0,3 \times n^{\circ} \text{ cirurgiões padrão} \times 35h$
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Horas ajustadas de anestesiologistas afetas ao BO
Definição	
Corresponde ao número de horas de anestesiologista afetas ao BO acrescida do número teórico de horas utilizadas em atividade MRA. Para o cálculo das horas teóricas de anestesiologista correspondente à produção em MRA é tido em conta a média semanal dos operados padrão em MRA multiplicado por 4 (correspondendo a 2 hora de sala multiplicado por 1 anestesiologista).	
Valor de referência	$0,5 \times n^{\circ} \text{ Cirurgiões padrão} \times 35h$
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Nº Horas afetas ao BO dos Cirurgiões
Definição	
Somatório das horas semanais dos Médicos Especialistas de Serviços Cirúrgicos ou Médico-Cirúrgicos afetas ao Bloco Operatório	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Nº Horas de trabalho dos Cirurgiões Internos
Definição	
Somatório das horas semanais de trabalho dos Médicos Internos afetos a serviços Cirúrgicos ou	

Médico-Cirúrgicos	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Nº Horas de trabalho dos Cirurgiões
Definição	
Somatório das horas semanais de trabalho dos Médicos Especialistas afetos a Serviços Cirúrgicos ou Médico-Cirúrgicos	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Cirurgia Padrão
Definição	
Número de episódios operados de forma programada, ajustado à complexidade das cirurgias realizadas (média do pesos relativos das cirurgias). Considera-se a produção cirúrgica MRA e MRC programada, exclui a atividade imputada ao serviço de urgência externa ou interna. Inclui urgência diferida, isto é, cirurgia de urgência efetuada por cada serviço no seu horário normal de trabalho (MRC) ou produção MRA. Para efeitos da média não são tidos em conta os episódios com peso relativo a 0 ou a null, não conta no numerador nem no denominador. Operados x Média do peso relativo cirúrgico	
Valor de referência	
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Disponibilidade de sala de operações
Definição	
Disponibilidade das salas de BO corresponde ao \sum (Horas disponíveis para cada Sala).	
Valor de referência	
Fonte	ACSS- Relatórios SIGIC

Nome	Disponibilidade de sala de operações <i>standard</i>
Definição	
60h semanais ou 2880h anuais x nº salas	
Valor de referência	É considerado que o valor standard de disponibilidade de uma sala 12 horas por 5 dias (12 horas x 5 dias = 60 horas/semana) (48 semanas/ano = 2880h/ano
Fonte	ACSS- RELAT. SIGIC

Acesso

Nome	Mediana de Tempo de espera da LIC
Definição	Mediana do tempo de espera dos episódios a aguardar cirurgia em 31.12.2014 (em dias)
Valor de referência	<90 dias
Fonte	SIGLIC

Nome	Mediana do tempo de espera da 1ª consulta à intervenção LIC
Definição	Mediana do tempo de espera entre a 1ª consulta e a data de intervenção cirúrgica
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	% de Operados com tempos de espera (TE) superiores ao TMRG (%)
Definição	Número de episódios operados com tempo de espera superior ao tempo máximo de resposta garantido para a respetiva prioridade e patologia face ao total de episódios operados em 2014
Valor de referência	<10%
Fonte	SIGLIC

Nome	LIC
Definição	Número de episódios a aguardar cirurgia (LIC), a 31.12.2014
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Tempo médio de espera dos operados
Definição	Média do tempo de espera dos operados em 2014 (em dias)
Valor de referência	< 90 dias
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Tempo médio de espera par intervenção em cirurgia de ambulatório
Definição	[Somatório do tempo de espera, em dias, contado desde a data da solicitação pelo médico de

Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada até à data da respectiva intervenção, para as intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada realizadas no período em análise/ Número total de intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada, realizadas durante o período em análise]

Exclui:

- _ Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que tenham sido adiadas por solicitação do Utente;
- _ Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que tenham sido canceladas quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a Intervenção Cirúrgica;
- _ Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que tenham sido canceladas quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a Intervenção Cirúrgica.

Valor de referência	
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Produção

Nome	Percentagem de doentes operados em ambulatório-
Definição	
	Número de doentes operados em ambulatório/Número total de doentes operados (%)
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	% Disponibilidade de sala / <i>standard</i>
Definição	
	(Número total de horas de sala de BO ano / nº de salas) / 2880h. 60h por sala por semana ou 2880h por ano
Valor de referência	100%
Fonte	ACSS - Relatórios SIGIC

Nome	Peso Relativo CP
Definição	
	Média do peso relativo dos episódios operados em 2014
Valor de referência	
Fonte	

Nome	Taxa de utilização de sala
Definição	
Rácio entre Somatório dos tempos de sala utilizados e o Somatório do Número de Horas de Sala disponível (real). Corresponde ao rácio entre o tempo de sala e o tempo efetivo de disponibilidade de sala.	
Valor de referência	
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Taxa de utilização do bloco
Definição	
Soma do tempo que demora cada procedimento cirúrgico (incluindo a preparação do paciente na sala de operações, indução anestésica e emergência) mais o tempo de <i>turn over</i> , dividido pelo tempo disponível.	
Valor de referência	
Fonte	(Strum, Vargas, & May, 1999); (Donham, Mazzei, & Jones, 1996) (Tyler, Pasquariello, & Chen, 2003)

Nome	Tempo de sala
Definição	
Para efeitos de normalização o Tempo de Sala corresponde, de acordo com SIGIC ao período que decorre entre a entrada do doente em sala e ponto em que a sala fica em condições para outro utente entrar (em minutos). Este tempo é contabilizado na totalidade independentemente de ocorrer dentro ou fora do horário oficial estabelecido. Comporta os seguintes tempos parciais: Tempo de admissão na sala; Tempo anestésico; Tempo de indução anestésica; Tempo de acordar; Tempo cirúrgico, Tempo operatório (ou dos procedimentos cirúrgicos); Tempo de preparação de sala	
Valor de referência	120 minutos para uma cirurgia padrão
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Tempo médio de disponibilidade de sala (horas) (programado)
Definição	
Tempo de sala+tempo de preparação de sala	
Valor de referência	
Fonte	SIGLIC

Nome	Tempo médio de preparação de sala
Definição	
Tempo médio de preparação de sala (entre saída do doente e sala preparada para receber novo utente, em minutos).	
Valor de referência	20 minutos. O valor mínimo recomendado são 20 minutos, para permitir uma higienização adequada e assentamento de poeiras. Em situações de feridas conspurcadas de doentes com infeções multirresistentes ou em que a complexidade de equipamentos é elevada, estes tempos podem ser excedidos.
Fonte	SIGLIC

Otimização do BO/Eficiência

Nome	Grau de ajuste entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO e horas disponíveis do BO
Definição	
Coeficiente entre Horas ajustadas de cirurgião afetas ao BO (numerador) e Horas semanais disponíveis nos blocos operatórios para cirurgia programada (denominador). Reflete a relação entre estes dois recursos que tem de coexistir numa proporção que por norma se considera de dois para um, para poder ocorrer produção.	
Valor de referência	2
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Grau de ajuste entre horas ajustadas de anestesiólogistas afetas ao BO e horas disponíveis do BO
Definição	
Coeficiente entre Horas ajustadas de anestesiólogista afetas ao BO (numerador) e Horas semanais disponíveis nos blocos operatórios para cirurgia programada (denominador). Reflete a relação entre estes dois recursos que tem de coexistir numa proporção que por norma se considera de um para um, para poder ocorrer produção.	
Valor de referência	1
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	Grau de ajuste entre horas ajustadas de cirurgiões afetas ao BO e horas ajustadas de anestesiólogistas afetas ao BO
Definição	
Coeficiente entre Horas ajustadas de cirurgião afetas ao BO (numerador) e Horas ajustadas de	

anestesiologista afetas ao BO (denominador).	
Reflete a relação entre estes dois recursos que tem de coexistir numa proporção que por norma se considera de dois para um, para poder ocorrer produção.	
Valor de referência	2
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	% Disponibilidade de cirurgião padrão ajustado afetos ao BO/standard
Definição	
Horas semanais ajustadas de cirurgião afeto ao BO $((10,5 \times n^{\circ} \text{ cirurgiões padrão ajustado})$.	
Valor de referência	O valor padrão é 100%. Valores abaixo representam uma afetação ao BO inferior a 10,5 horas semanais.
Fonte	SIGLIC

Nome	% Disponibilidade de anestesiologista padrão ajustado afetos ao BO/standard
Definição	
Horas semanais ajustadas de anestesiologista afeto ao BO $((17,5 \times n^{\circ} \text{ anestesiologistas padrão ajustado})$.	
Valor de referência	O valor padrão é de 100%. Valores abaixo representam uma afetação ao BO inferior a 17,5 horas semanais.
Fonte	SIGLIC

Nome	Taxa de cirurgia de ambulatório
Definição	
Número de episódios de cirurgia de ambulatório/número de episódios cirúrgicos totais	
Valor de referência	45% (Contrato de gestão das PPP)
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Nome	Taxa de cancelamento de intervenções cirúrgicas
Definição	
Número de intervenções cirúrgicas programadas para o período em análise canceladas durante as 48h que antecedem a hora da intervenção programada/número total de intervenções programadas para o período em análise	
Valor de referência	3% (Contrato de gestão das PPP)
Fonte	Contrato de gestão das PPP

Produtividade

	Produtividade do cirurgião ajustada ou Produção cirúrgica padrão ajustada ao MRA por cirurgião padrão ajustado ao MRA
Definição	
<p>Coeficiente entre produção cirúrgica padrão (numerador) e cirurgião padrão ajustado (denominador).</p> <p>Este indicador dá uma produtividade média dos médicos afetos aos serviços cirúrgicos.</p> <p>O valor padrão é de 2,6 cirurgias padrão por cirurgião padrão por semana (ou seja 10,5h a dividir por 2h por cirurgia padrão a dividir por 2 cirurgiões na sala), logo considerando 44 semanas, a um cirurgião padrão deverá estar associado 114 cirurgias por ano ou seja 228 participações em cirurgias.</p>	
Valor de referência	114 cirurgias padrão/ano
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

	Produtividade do Cirurgião ajustada ao tempo afeto ao bloco ou Produção cirúrgica padrão ajustada ao MRA por cirurgião padrão ajustado ao MRA Padronizado a tempo standard de afetação ao bloco operatório
Definição	
<p>Este indicador deriva do indicador “Produção cirúrgica padrão ajustada (OPA) por cirurgião padrão ajustado (CPA)” mas permite comparar a produtividade de cirurgiões com tempos de afetação ao BO distintos, uma vez que os ajusta a uma disponibilidade padrão de 10,5h semanais (30% de 35h semanais)</p> <p>Exemplo: Um cirurgião com contrato de 35h sem urgência e com 14h semanais afetas ao Bloco que produza 4 cirurgias Padrão tem uma produtividade de 4 OPA/CPA e uma Produtividade ajustada ao tempo afeto ao bloco de 3 OPA/CPA; Um cirurgião com contrato de 35h sem urgência e com 7h semanais afetas ao Bloco que produza 2 cirurgias Padrão tem uma produtividade de 2 OPA/CPA e uma Produtividade ajustada ao tempo afeto ao bloco de 3 OPA/CPA ;</p> <p>Formula: (Produtividade do Cirurgião) x [(10,5h x nº de CPA) / Somatório dos tempo reais de afetação ajustada ao BO dos cirurgiões]</p>	
Valor de referência	114 cirurgias padrão/ano
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

	Produtividade do anestesiológista ajustada Produção cirúrgica padrão ajustada ao MRA por anestesiológista padrão ajustado ao MRA
Definição	
Coeficiente entre produção cirúrgica padrão (numerador) e anestesiológista padrão ajustado (denominador). Este indicador dá uma produtividade média dos anestesiológos afetos aos serviços cirúrgicos. O valor padrão é de 8,75 cirurgias padrão por anestesiológista padrão por semana (ou seja 17,5h a dividir por 2h por cirurgia padrão por 1 anestesiológista na sala), logo considerando 44 semanas, a um anestesiológista padrão deverá estar associado 385 cirurgias por ano.	
Valor de referência	385 cirurgias padrão/ano
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

	Produtividade por sala de operações ou Produção cirúrgica padrão ajustada ao MRA por sala de operações
Definição	
Coeficiente entre produção cirúrgica padrão (numerador) e sala de operações (denominador). Este indicador fornece o rendimento obtido de cada sala. O valor padrão é de 30 cirurgias padrão por sala de operações por semana, logo considerando 48 semanas, a uma sala deverá estar associado 1440 cirurgias por ano.	
Valor de referência	1440 cirurgias padrão/ano
Fonte	ACSS – Relatórios SIGIC

	Produtividade por sala de operações ajustado ao tempo disponível ou Produção cirúrgica padrão ajustada ao MRA por sala de operações padronizada a tempo standard de disponibilidade de bloco operatório
Definição	
Este indicador deriva do indicador “ Produção cirúrgica padrão ajustada (OPA) por sala de operações (SBO) ” mas permite comparar a produtividade por sala de operações com tempos de disponibilidade distintos, uma vez que os ajusta a uma disponibilidade padrão de 60h semanais (12h x 5 dias). Exemplo: Uma sala disponível 24h semanais que produza 8 cirurgias Padrão tem uma produtividade de 8 OPA/ SBO e uma Produtividade ajustada ao tempo de disponibilidade de sala de operações de 20 OPA/ SBO ; Uma sala disponível 12h semanais que produza 4 cirurgias Padrão tem uma produtividade de 4 OPA/ SBO e uma Produtividade ajustada ao tempo de disponibilidade de sala de operações de 20 OPA/ SBO ; Formula: (Produtividade por sala) x [(60 x nº de SBO) / Somatório dos tempo reais de disponibilidade de sala de operações]	

Valor referência	de	1400 cirurgias padrão/ano
Fonte		ACSS – Relatórios SIGIC

	<p>Produtividade do anestesiológista ajustada ao tempo afeto ao bloco ou Produção cirúrgica padrão ajustada ao MRA por anestesiológista padrão ajustado ao MRA Padronizado a tempo standard de afetação ao bloco operatório</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Definição

Este indicador deriva do indicador “**Produção cirúrgica padrão ajustada (OPA) por anestesiológista padrão ajustado (APA)**” mas permite comparar a produtividade de anestesiológistas com tempos de afetação ao BO distintos, uma vez que os ajusta a uma disponibilidade padrão de 17,5h semanais (50% de 35h semanais)

Exemplo: Um anestesiológista com contrato de 35h sem urgência e com 14h semanais afetas ao Bloco que produza 4 cirurgias Padrão tem **uma produtividade de 4 OPA/APA** e uma **Produtividade ajustada ao tempo afeto ao bloco de 5 OPA/APA**; Um anestesiológista com contrato de 35h sem urgência e com 7h semanais afetas ao Bloco que produza 2 cirurgias Padrão tem **uma produtividade de 2 OPA/APA** e uma **Produtividade ajustada ao tempo afeto ao bloco de 5 OPA/APA** ;

Formula: **(Produtividade do Anestesiológista) x [(17,5h x nº de APA) / Somatório dos tempo reais de afetação ajustada ao BO dos anestesiológistas]**

Valor referência	de	385 cirurgias padrão/ano
Fonte		ACSS – Relatórios SIGIC

Nome	<p>Taxa Produtividade das Unidade Operacionais Padrão Taxa da produção real padronizada face à teórica que otimizaria os recursos</p>
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Definição

Quociente entre a produção (operados) padrão real (OPR) e a teórica que otimizaria os recursos. Este indicador compara o rendimento obtido a produção teórica considerando os recursos com afetação ao bloco standard, (1h unidade de recurso – 2h de cirurgião, 1h de anestesiológista, 3h de enfermeiro e 1h de sala de operações). A produção (operados) teórica (OPT) é sempre limitada pelo recurso, mais parco.

OPR – Corresponde aos operados padrão (nº episódios com cirurgia realizada ponderados pelo peso relativo dos respetivos GDH (PR))

1h de **Unidade Operacionais Padrão Standard (UOPS)** = 2h de cirurgião P, 1h de anestesiológista P, 3h de enfermeiro e 1h de sala de operações.

Número de **Unidades Operacionais Padrão Standard (UOPS)** corresponde ao número

máximo de conjuntos possíveis considerando o número de salas disponíveis para a cirurgia programada (são consideradas 48 semanas x 12h diárias = 2880 horas por sala por ano), o número de horas de Médico (consideram-se 44 semanas por ano) afetas a serviços de cirurgias (será considerado 30% deste tempo é atribuído ao BO) ou de anestesia (será considerado que 50% deste tempo é atribuído ao BO) excluindo o tempo para a urgência e o número de horas de enfermeiro afeto ao BO (será considerado que 100% deste tempo é atribuído ao BO)

Nota: no presente o recurso de enfermagem não entra nos cálculos por não existir informação fiável.

A **OPT** é a produção possível efetuar em comportamento standard com os recursos existentes. Uma (1) **OPT** – corresponde a 2h de UOPS, ou seja são necessárias 2 horas de UOPS para produzir uma OPT

Fórmula: $[(OPR)/(OPT)] \times 100 \rightarrow$ resultado em %

O Standard para uma cirurgia é:

- 2h x 2 cirurgiões P
- 2h x 1 anestesiológista P
- 2h x 3 enfermeiros P
- 2h x 1 sala P

Unidade Operacionais Padrão Standard (UOPS) é calculado com base nas horas de afetação teóricas. A UOPS requiere funções de cirurgia, anestesia, enfermagem e sala. O número de horas teóricas disponíveis para cada uma destas funções é calculado tendo em conta:

Função de cirurgia = Nº cirurgiões padrão x 10,5horas / 2

Função de anestesiológista = Nº anestesiológinas padrão x 17,5horas

Função de enfermeiro = Nº enfermeiros padrão x 35horas / 3

Sala de operações disponível = Nº Salas x 5dias x 12horas

Exemplo: Um hospital com 1.880 operados padrão por ano e 2 salas de BO. Os Recursos Médicos afetos a serviços de cirurgia e anestesia são: 19,5 cirurgiões padrão, 3,3 anestesiológinas padrão.

☐ Horas semanais teóricas de cirurgião afeto ao BO= $19,5 \times 10,5\text{horas} / 2$ cirurgiões = 102

☐ Horas semanais teóricas de anestesiológista afeto ao BO= $3,3 \times 17,5\text{horas}$ = 58

☐ Horas semanais teóricas de sala de operações disponível = $2 \times 5\text{dias} \times 12\text{horas}$ = 120

Neste cenário o recurso limitante são os anestesiológinas.

A produção teórica (OPT) neste caso será 29 cirurgias padrão (58h teóricas de anestesiológista afeto ao BO a dividir por 2h necessárias para cada cirurgia padrão) x 44 (nº de semanas standard de trabalho de anestesiológista)

$[(1.800)/(1.276)] \times 100 = 141\%$

Valor referência	de	➤ >100%
Fonte	ACSS- RELAT. SIGIC	

Anexo 5. Proposta de indicadores a incluir num *tableau de bord* para os BOs

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
Qualidade	% de registos de cirurgia segura contratualizados	Número de cirurgias com registo de "Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica" face ao total de cirurgias.			Tendencialmente 100%	Valor padrão varia conforme o contrato programa de cada hospital.
	% de cancelamentos de agendamentos no próprio dia	Número de cancelamentos de agendamentos no próprio dia face ao total de agendamentos.	SIGLIC		<2%	
	% de cancelamentos de agendamentos por motivo imputado à instituição hospitalar	Número de cancelamentos de agendamentos por motivos imputados à instituição hospitalar face ao total de agendamentos.	SIGLIC		<2%	
	Taxa de cumprimento dos protocolos instituídos					
	% de não conformidades relacionadas com agendamentos e registos obrigatórios	Número de não conformidades relacionadas com o agendamento dos	SIGLIC e auditorias SIGIC		<5%	

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
		doentes e eventuais cancelamentos e com as atividades do BO nomeadamente os registos obrigatórios e normas de segurança de cirurgia segura face ao número de episódios operados.				
Utilização v.g Taxa de ocupação de sala	Tempo de sala	Período que decorre entre a entrada do doente em sala e ponto em que a sala fica em condições para outro utente entrar (em minutos).	SIGLIC		O padrão são 120 minutos por cirurgia padrão	
	Tempo médio de preparação de sala	Tempo entre a saída do doente e sala preparada para receber novo utente (min).	Hospital		O padrão são 20 minutos por episódio cirúrgico	
	Tempo médio de sala inativa (livre) por dia (min)	Tempo de sala desocupada depois da preparação da mesma	Hospital		Tendencialmente zero	Sugerimos como nomenclatura: Tempo médio de sala inativa pois o conceito comum de sala desocupada é o período em que o doente não está lá, e o verdadeiro desperdício é o tempo de sala desocupada depois da preparação. O valor padrão deve ser tendencialmente zero.
	Tempo médio semanal de disponibilidade	Somatório das horas	SIGLIC		55,4 horas/semana	O racional do valor padrão é:

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
	de sala (horas) (programado)	semanais disponíveis em todas as salas de todos os blocos operatórios (inclui BO de internamento e ambulatório) para a realização de cirurgias programadas. São excluídas as salas exclusivas para urgência.				5 dias x 12 horas, são consideradas 48 semanas ano pois considera-se que os períodos de férias e manutenção major de salas não permite manter salas a funcionar todo o ano. (5dx12h)x48s/52s
	% Disponibilidade de sala / standard	Disponibilidade das salas de BO face ao Standard (55,4h por sala por semana). Disponibilidade das salas de BO corresponde ao \sum (Horas disponíveis para cada Sala)	SIGLIC		100%	
Acessibilidade	% de cancelamentos de salas disponibilizadas em cede de contrato por motivo imputado ao BO	Número de horas efetivamente disponibilizadas ao serviço sobre o tempo de sala estabelecido em cede de contratação.	Hospital			
Gestão v.g Taxa de cancelamento cirúrgico	% de cancelamentos de agendamento por não comparência do doente	Número de cancelamentos de agendamentos por motivo de não comparência do	SIGLIC		<5%	

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
		doente face ao total de agendamentos.				
Capacidade Instalada	Taxa de reaproveitamento de salas não utilizadas	Horas de salas utilizadas por serviços distintos daqueles a que as salas estavam atribuídas face ao total de horas não utilizadas pelo serviço inicialmente previsto.	Hospital			
	Grau de ajuste entre horas ajustadas de cirurgias afetas ao BO e horas disponíveis do BO	Coeficiente entre Horas ajustadas de cirurgia afetas ao BO (numerador) e Horas semanais disponíveis nos blocos operatórios para cirurgia programada (denominador). Reflete a relação entre estes dois recursos que tem de coexistir numa proporção que por norma se considera de dois para um, para poder ocorrer produção.	SIGLIC		2	
	Grau de ajuste entre horas ajustadas de anestesiológicas afetas ao BO e horas disponíveis do BO	Coeficiente entre Horas ajustadas de anestesiológica afetas ao BO	SIGLIC		1	

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
		(numerador) e Horas semanais disponíveis nos blocos operatórios para cirurgia programada (denominador). Reflete a relação entre estes dois recursos que tem de coexistir numa proporção que por norma se considera de um para um, para poder ocorrer produção.				
	Grau de ajuste entre horas ajustadas de enfermeiros afetas ao BO e horas disponíveis do BO	Coefficiente entre Horas ajustadas de enfermeiros afetas ao BO (numerador) e Horas semanais disponíveis nos blocos operatórios para cirurgia programada (denominador). Reflete a relação entre estes dois recursos que tem de coexistir numa proporção que por norma se considera de três para um, para poder ocorrer produção. Nota:	SIGLIC		3	

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
		Nesta contabilização consideram-se todas as funções desempenhadas pelo enfermeiro no BO.				
	nº de horas de sala disponibilizadas por unidade de custo de RH					
	nº de horas de sala disponibilizada por unidade de custo total					
Produtividade	Produção cirúrgica padrão ajustada por anestesiológista padrão ajustado (inclui MRA)	<p>Coeficiente entre produção cirúrgica padrão (numerador) e anestesiológista padrão ajustado (denominador). Este indicador dá uma produtividade média dos anestesiológos afetos aos serviços cirúrgicos.</p> <p>O valor padrão é de 8,75 cirurgias padrão por anestesiológista padrão por semana (ou seja 17,5h a dividir por 2h por cirurgia padrão por 1 anestesiológista na sala), logo considerando 44 semanas, a um anestesiológista</p>	SIGLIC		8,75 cirurgias padrão por semana por anestesiológista padrão ajustado ou 385 cirurgias padrão por ano por anestesiológista padrão.	

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
		<p>padrão deverá estar associado 385 cirurgias padrão por ano.</p> <p>O Anestesiologista Padrão ajustado corresponde ao anestesiologista padrão acrescido do tempo teórico utilizado em atividade MRA</p> <p>Para o cálculo das horas teóricas de anestesiologista correspondente à produção em MRA é tido em conta a média semanal dos operados padrão em MRA multiplicado por 2 (correspondendo a 2 hora de sala multiplicado por 1 anestesiologista).</p>				
	Produção cirúrgica padrão ajustada por cirurgião padrão ajustado (inclui MRA)	<p>Coefficiente entre produção cirúrgica padrão (numerador) e cirurgião padrão ajustado (denominador). Este indicador dá uma produtividade</p>	SIGLIC		2,6 cirurgias padrão por semana por cirurgião padrão ajustado ou 114 cirurgias padrão por ano por cirurgião padrão.	

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
		<p>média dos médicos afetos aos serviços cirúrgicos.</p> <p>O valor padrão é de 2,6 cirurgias padrão por cirurgião padrão por semana (ou seja 10,5h a dividir por 2h por cirurgia padrão a dividir por 2 cirurgiões na sala), logo considerando 44 semanas, a um cirurgião padrão deverá estar associado 114 cirurgias por ano ou seja 228 participações em cirurgias padrão.</p> <p>O Cirurgião Padrão ajustado corresponde ao cirurgião padrão acrescido do tempo teórico utilizado em atividade MRA Para o cálculo das horas teóricas de cirurgião correspondente à produção em MRA é tido em conta a</p>				

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
		média semanal dos operados padrão em MRA multiplicado por 4 (correspondendo a 2 hora de sala multiplicado por 2 cirurgiões).				
	Produção cirúrgica padrão por sala do BO (inclui MRA)	<p>Coeficiente entre produção cirúrgica padrão (numerador) e sala de operações (denominador). Este indicador fornece o rendimento obtido de cada sala.</p> <p>O valor padrão é de 27,7 cirurgias padrão por sala de operações por semana, logo considerando 48 semanas, a uma sala deverá estar associado 1440 cirurgias padrão por ano.</p>	SIGLIC		27,7 cirurgias padrão por sala por semana ou 1440 cirurgias padrão por ano por sala. Considerando 48 semanas.	
Modelo de controlo	Número de protocolos e outras normas implementadas e auditados regularmente		Hospital			
Satisfação	Índice de satisfação dos utentes		Hospital			Inquéritos satisfação
	Índice de satisfação dos utilizadores do BO		Hospital			Inquéritos satisfação aos profissionais que utilizam o BO
	Índice de satisfação dos profissionais do		Hospital			Inquéritos satisfação aos

Dimensão	Indicador	Descrição	Fonte de dados	Periodicidade	Valor Padrão	Observações
	BO					profissionais que estão nos quadros do BO

