

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL DOS BLOCOS OPERATÓRIOS

Relatório Final

BLOCO OPERATÓRIO:
Estado da arte no HFF e em Portugal

2015

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





Sumário executivo

- **Bloco Operatório (BO) é uma** 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).
- **Não há legislação única e integrada para BO** quer para o setor público quer para o privado, nem para a vertente de cirurgia convencional e ambulatória.
- **O BO é grande consumidor de RH, logísticos e financeiros.**
- O custo médio por hora de sala reportados por estudos internacionais, varia entre 450€ a 1054€/h (Grau, 2003; Weinbrou, 2003). Nos EUA, os resultados distanciam-se claramente, atingindo valores de 3.165€ a 5.275€/h.
- No HFF 1h/sala cirúrgica custa 331€¹ e uma cirurgia-padrão (120min) custa 976€¹.
- Importa por isso, garantir eficiência e eficácia na organização dos prestadores e dos recursos utilizados no BO com racionalização das despesas, diminuição do desperdício, a par duma exigente promoção e controlo de qualidade.

¹Relatório final, "Avaliação da situação nacional dos Blocos Operatórios", 2015

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL DOS BLOCOS OPERATÓRIOS

Relatório Final


FERNANDO FONSECA
HOSPITAL

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

- Realidade do BO do HFF?

Realidade intra-hospitalar: Capacidade física instalada

- **Localização:**

Piso 2.

Ligação direta à UCIP e à esterilização.

- **Certificação:**

Serviço clínico com ACREDITAÇÃO (CHKS) 2015

ISSO 9001:2008

- **Horário de funcionamento:**

Dias úteis: 8.00-20.00h, durante 48* semanas/ano = **2880 h/ano, 60h/sem**

Sala de urgência: 24h por dia, 365 dias por ano.



**Das 4 semanas de férias estivais o BO funcione a 50% , retira-se ainda mais 2 semanas correspondentes a períodos de feriados e outras contingências).*

Realidade intra-hospitalar: Capacidade física instalada

▪ Estrutura física:

11 suites cirúrgicas.; múltiplas salas de apoio (salas de indução, arrecadações, secretariados, copa...)

Recobro com 11 camas.

UCA com 15 camas e 13 cadeirões.

UCA-Velha: 4 suites operatórias e 3 recobros (5 camas; 13 cadeirões p/Oft. e PC)

▪ **RH:** 84 enfermeiros; 6 assistentes técnicos; 33 assistentes operacionais

▪ Prestador de serviços clínicos

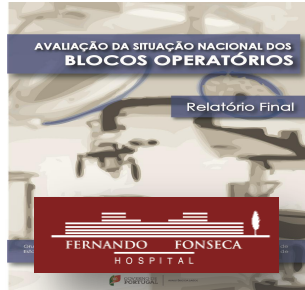
Especialidades cirúrgicas: Cir. geral, ORL, OFT, URO, ORT, C. Plástica, Ginecologia, Maxilo-facial, Cir. Pediátrica.

Especialidades médicas: Psiquiatria, Nefrologia

▪ Prestadores de serviços ao BO:

Gestão hoteleira; Armazém, Logística- estruturas e equipamentos; Farmácia;





Realidade intra-hospitalar : Produtividade

CASUÍSTICA	2015	2016
Cirurgia eletiva internamento	6904	8330
Cirurgia ambulatório	6045	8368
Cirurgia de urgência	1509	1424
Pequenas cirurgias	432	1591
TOTAIS	14.890	19.713

INDICADORES DE DESEMPENHO	2015	2016	2017
Taxa Ocupação do Bloco	73%	77%	80%
Taxa de ocupação do Bloco - Cirurgia Adicional			85%
% Cir. ambulatório no total de cirurgia programada (GDH) em procedimentos ambulatorizáveis	60%	75%	77%
% Cirurgias em ambulatório p/ procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3,3%	5%	6%
Taxa de registo da cirurgia segura			100%
Taxa de Marcação do Local Cirúrgico (PR:0287/T.GGR)			100%
Taxa de Cancelamentos em Horário por Estrutura do BO	3,0%	2,9%	2,0%
Taxa de Cancelamento em Horário por RH do BO			1,0%
Tempo médio de turnover	0:24	0:25	0:22
Tempo médio de turnover - Cirurgia Adicional			0:14
Média diária de Hora de início de intervenção cirúrgica	9:11	9:09	8:30
Média diária de hora de fim de intervenção cirúrgica			14:45
Taxa de Utilização de Sala BO			60%
Taxa de Utilização de Sala BO-Urgência			100%
Taxa de Tempo médio de sala inativa (livre) por dia (min)			< 1%
Taxa de reaproveitamento de salas não utilizadas			30%
Taxa de Regresso Não Programado ao BO			< 2%
Nº de reclamações	3	3	0

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL DOS BLOCOS OPERATÓRIOS

Relatório Final

2015

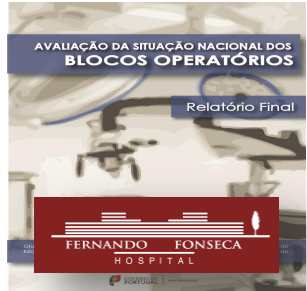
FERNANDO FONSECA
HOSPITAL

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

• Realidade dos Blocos Operatórios em Portugal

Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 4321/2013

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



Objetivos e metodologia do relatório

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

Objetivos

- Repensar a rede nacional de BO em torno da atividade cirúrgica.
- Propor medidas que permitam ganhos de eficiência, satisfação dos utentes e profissionais, e que promovam uma cultura de transparência, assente no mérito e na competência.
- Analisar e comparar os BO de acordo os grupos de *benchmarking* definidos pela ACSS.
- Identificar a tipologia e etiologia dos principais desajustamentos.

Metodologia

- O GT baseou-se nos referenciais técnicos e normativos existentes e em vigor, ou recorreu à experiência de peritos.
- Teve por base um questionário enviado às 51 unidades hospitalares SNS.
- Analisou dados hospitalares de 2014.



Critérios e indicadores

FONTE DE DADOS OFICIAIS:

- Censos 2011 (INE, 2011)
- Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC).
- Aos presidentes dos CA e confrontados com outras fontes de registo oficiais.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- BO 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.
- Não foram considerados o hospital da Cruz Vermelha nem o Hospital da Prelada.

INDICADORES

- **Estrutura Física; Recursos Humanos; Qualidade; Produção; Produtividade**



Estrutura física: Avaliação da Capacidade física instalada

É a quantidade máxima que pode ser produzida por unidade de tempo c/ a estrutura existente e equipamento, s/ a restrição de fatores variáveis.

Avaliação do grupo D (hospital não especializado) e do HFF:

- O HFF dispõe de 1 sala exclusiva para urgência.
- Horário de funcionamento de acordo com o recomendado.
- O HFF cumpre 79% dos RM. O HFF não cumprem os requisitos definidos p/ recobros da CA.
- O HFF tem menos camas de UCPA/sala do que o recomendado (1,8 vs 2 camas/sala para o grupo D).
- O grupo D tem os maiores rácios de operados/sala operatória ajustada à complexidade e de operados/cama de internamento.
- O HFF tem ↑ número de salas de operações/100 camas internamento de agudos, o que torna o seu funcionamento extremamente dependente da existência de camas cirúrgicas e essencial a dinamização da CA.
- O rácio de salas operatórias/100 camas de CI é a nível nacional 0,2, ou seja 1,3 camas CI/sala cirúrgica. No HFF é de 0,9, ou seja 1,6 camas CI / sala cirúrgica.



Recursos Humanos

Avaliação do grupo D (hospital não especializado) e do HFF:

- Em termos nacionais, o valor de afetação de tempo de cirurgião ao BO é de 30%, o que é considerado adequado.
 - **No HFF os cirurgiões afetam em média 47% do seu horário ao BO.**
 - Quanto à afetação do tempo do anestesiológico ao BO, todos os grupos no seu conjunto estão acima do valor *standard*. O grupo D é aquele que afeta mais tempo de anestesiológico ao BO (69%). Em termos nacionais o valor é de 62%.
 - **No HFF os anestesiológicos afetam 82% do seu horário ao BO.**
-
- De acordo com SIGIC para um hospital não especializado considera-se *standard* para um **cirurgião com 35h, afete 30% do tempo (10,5h) ao BO**, 30% (10,5h) ao internamento, 30% (10,5h) à consulta/MCDT e 10% (3,5h) a outras atividades. **Um anestesiológico deve afetar 50% (17,5h) do tempo ao BO (40-60%)**, fora as horas de urgência e 50% (17,5h) a outras atividades...consulta, medicina perioperatória.



Recursos Humanos

- **Enfermeiros**

A sua atividade está afeta a prestação de cuidados diretos (tempo cirúrgico) e indiretos (tempo não cirúrgico, gestão e suporte) ao doente cirúrgico.

A nível nacional:

25% dos BO não têm garantida a presença de enfermeiro instrumentista,

12% não têm garantida a presença de enfermeiro circulante,

8% não têm garantida a presença de enfermeiro de anestesia.

O GT identificou 2.975 enfermeiros atribuídos ao perioperatório.

O HFF cumpre a dotação recomendada para a prestação de cuidados diretos, mas não cumpre a dotação recomendada para os cuidados indiretos. (Dotação recomendada pela OE e AESOP).



Analise dos resultados (capacidade instalada e RH)

- Com a capacidade instalada do SNS e uma taxa de utilização 80%, seria possível efetuar + 1152 cirurgias-padrão/sala, a nível nacional, o que significa \uparrow 22,8% da produção cirúrgica.
- A nível nacional o número de cirurgiões no seu todo não é limitante. A capacidade instalada de cirurgiões/cirurgia-padrão permitiria a produção de + 67.732 cirurgias.
- O número de anestesiólogos no seu todo é limitante. A capacidade instalada de anestesistas/cirurgia-padrão ficaria em falta 30.045 cirurgias, só contornável com \uparrow para 60% da permanência no BO e/ou utilizações com alta taxa de rentabilidade das salas de BO (1,5 horas por cirurgia-padrão).
- Tendo em conta que as áreas das salas cirúrgicas é dos menos cumpridos RM, questiona-se a real capacidade dos BO em suportar a prática atual, sem constantes remodelações e adaptações ... custos. Quanto à redução de áreas nos recobros coloca-se em questão a qualidade da atividade assistencial.
- A disponibilidade de camas cirúrgicas condiciona a produtividade cirúrgica se já estiver esgotada a capacidade de ambulatorização.



Qualidade e Acreditação

- 7% das unidades hospitalares não responderam. Das que responderam apenas 36% têm BOs certificados/acreditados.
- ***Existência de elementos facilitadores da organização e qualidade, por ordem decrescente:***

Agendamento informatizado 92%; Regulamento BO- 70%; Gestão do risco 75% ; Sistema de notificação 82%; Processo clínico eletrónico 62%; Implementação do programa cirurgia segura 87%; **Segurança de hemoderivados 54%**; Digitalização de imagens 95%; Informatização da patologia clínica 96%; Sistema de comunicação integrado 64%; Sistema de controlo e gestão 73%; Sistema de gestão de *stocks* informatização 81%; Sistema de apoio à logística de gestão de fármacos informatizado 86%:

No entanto, o controlo e auditoria periódicos destes elementos varia entre 35% - 60%.

HFF cumpre 100% em todos os elementos, exceto quanto à Informatização de gestão de stocks e informatização da gestão de fármacos, com uma média final de 85%.



Qualidade e Acreditação (Protocolos)

Profilaxia antibiótica, tromboembolismo, P. anestésicos, higienização das mãos, controlo da infeção, verificação da transferência de cuidados, Recobro, cirurgia ambulatória, Contingência, Manutenção de equipamento, Inventário

- A região LVT têm a maior implementação de protocolos, 92%. O Algarve a menor, 70%.
- A maioria dos protocolos está implementada na maioria dos BO.
- Os protocolos mais implementados são os de higienização (96%) e controlo de infeção (95%).
- Os protocolos menos implementados são os aplicáveis à CA (76%) e existência de plano de contingência (80%).
- 27% dos BOs não possuem qualquer sistema de controlo de gestão.
- 13% das salas de BO não têm implementado o programa —Cirurgia Segura, Salva Vidas.
- O HFF apresenta-se com taxa 100% na avaliação dos protocolos, ainda que com taxa de auditorias <50%



Produção-global nacional

URGÊNCIA

- Em Portugal, no ano 2014, foram produzidas 94.841 cirurgias urgentes.
- O valor nacional de cirurgias provenientes do serviço de urgência é 16%.
- Grupo D 16%; **HFF 25%** vs Braga 10%

AMBULATÓRIO

- Dados do SIGLIC, a média nacional da percentagem de operados em regime de ambulatório é de 56%.
- Grupo D 53%; **HFF 6%**

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).

2015

Total: 12949

46,6% CA

11,6% Cirurgia Urgente

2016

Total: 16122

51,9% CA

8,8% Cirurgia Urgente

Produtividade, acessibilidade e eficiência

Indicadores acessibilidade	Média nacional	Grupo D	HFF
Nº operados c/ tempo espera > TMRG*	7,4%	8,6%	7%
Mediana tempo espera da LIC	93 dias	98 dias	93 dias
Indicadores eficiência	Média nacional	Grupo D	HFF
Tempo de sala (O tempo padrão é de 120 min/cirurgia)	88 min	70 min	54 min
Turnover (padrão 20 min)	22min	16 min	17 min
Indicadores produtividade			
Por sala operações ajustado ao tempo disponível (Compara a produção efetuada por sala cirúrgica se disponível 60 h/semana).			
HFF abaixo do valor padrão.			
Por sala cirúrgica (Produção ajustada pela complexidade das cirurgias e dos doentes por sala cirúrgica e a produtividade esperada-padrão).			
HFF abaixo do valor padrão.			
Produtividade do anestesista ajustada ao tempo afeto ao BO: HFF acima do valor padrão, p/ as características do hospital			
Produtividade do cirurgião ajustada ao tempo afeto ao BO: HFF acima do valor padrão, p/ as características do hospital			

Tempos de sala muito baixos estão associados a entidades com predomínio de CA ou menor complexidade cirúrgica.



Análise de resultados (Qualidade, Produção, Produtividade)

- Todos os BOs têm % horas afetas dos anestesiólogos acima do valor padrão (50%). Em relação aos cirurgiões os resultados são variáveis.
- A principal causa de ineficiência BOs decorre de rácios inadequados entre os vários recursos necessários à prática cirúrgica. Em 76,6% dos hospitais o nº de anestesiólogos é o recurso limitante, condicionando o desperdício teórico dos restantes recursos.
- **CUSTOS...**
 - Não existe uma fórmula padronizada nas diversas instituições para reportar e analisar os custos.
 - O rácio custos diretos/indiretos têm média nacional 88% /12% respetivamente; **O HFF só tem reportado custos diretos.**
 - Por rubricas: RH 40% (**HFF 53%**); consumos (medicamentos, dispositivos médicos implantáveis e outros) 40 % (**HFF 38%**) e custos fixos (inclui roupa, esterilização, serviços externos, amortizações de equipamento e outros custos) 20% (**HFF 8%**).



Conclusões finais

- Há uma distribuição assimétrica dos BO a nível nacional.
- O indicador mais dispare relaciona-se com o cumprimento dos prazos.
- A maioria dos BO tem implementado > 75% dos sistemas de informação.
- Acessibilidade: Na generalidade todas as entidades têm tempos de acesso dentro dos valores definidos como padrão.
- Custos: ?? Revela dificuldade das entidades em reportar custos, ou não faz parte da rotina de gestão, ou por não haver um sistema de contabilidade organizado no SNS.
- Indicadores de produtividade: desfasamento entre os RH disponíveis e o número de salas existentes. É fundamental definir a procura para o SNS e a oferta que conseqüentemente deve existir, para se perceber se existem RH a menos ou capacidade instalada a mais.
- Ausência de clareza de conceitos e definição de padrões na análises sobre o funcionamento dos blocos operatórios. É necessário estabelecer um padrão de definições e métricas.

Avaliação do grupo D (hospital não especializado) e do HFF:

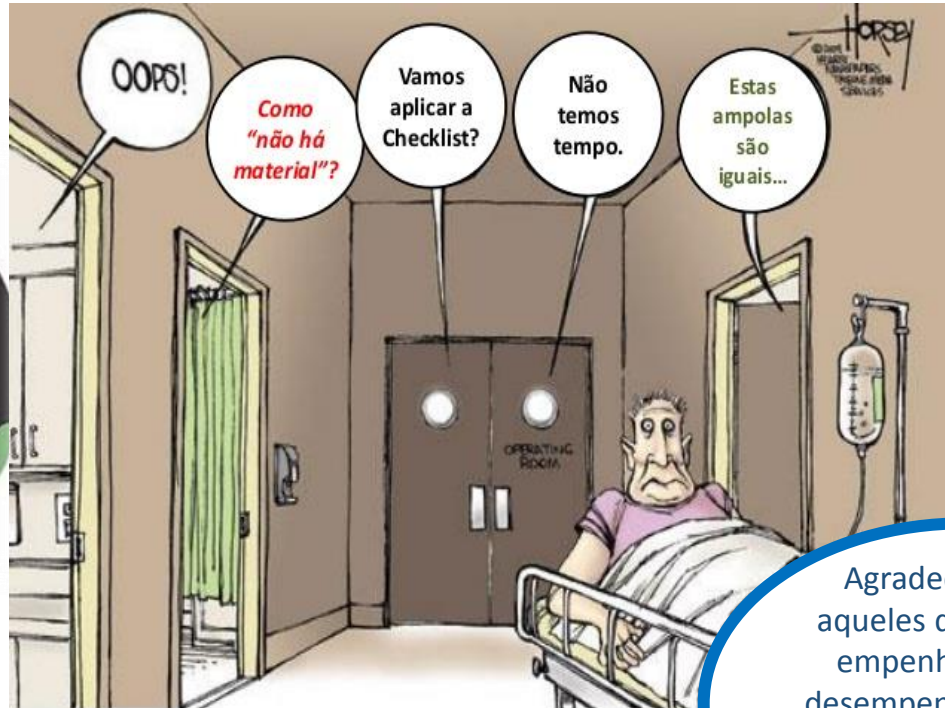
- O HFF foi BO com maior taxa de produção real em 2014, no grupo D.
- O BO do HFF, pode, com os RH necessários, rentabilizar mais as suas salas cirúrgicas, pois tem um nº de horas afetas ao BO de cirurgiões e anestesistas superior à media do grupo D, no entanto a produtividade por sala de BO e a produtividade ajustada ao tempo disponível é inferior á média nacional e do grupo D.



Recomendações identificadas

- **Criar novo modelo de governação para os BO**
- Melhorar a informação e normalizar o modelo de reporte
- **Definir mapa de indicadores de avaliação de BO**
- Desenvolver um sistema de *benchmarking* de BO
- **Implementar sistemas de contabilidade uniformizado para o SNS**
- Existência de um contrato de gestão para os BO
- Definir a estrutura de proveitos de um BO
- **Implementar sistema de incentivos c/base na melhor performance**
- Estabelecer um PA/plano de negócios anual para o BO
- Publicar um glossário de conceitos referentes a BO
- Compatibilizar e atualizar as diferentes normas referentes a BO
- Analisar a capacidade instalada no setor privado e social
- Reajustar o número de salas de BO necessárias

- **Promover plena utilização do BO e otimizar a produção cirúrgica**
- **Garantir a capacidade mínima em RH**
- Utilizar preferencialmente BO centrais
- Implementar rácio adequado entre salas UCPA e salas operatórias
- Atribuir reserva de sala dedicada à urgência
- Garantir requisitos mínimos para funcionamento dos BO
- Garantir o processo de acreditação/certificação de qualidade
- Implementar elementos facilitadores de organização e qualidade
- **Informatizar os BO**
- Desenvolver um S. de avaliação de cancelamento de agendamentos
- Publicitar as melhores práticas
- Melhorar os circuitos de intervenção ao nível dos processos
- **Melhorar o processo assistencial dos serviços de apoio e impacto BO**



Agradeço a todos aqueles que pelo seu empenho, ideias e desempenho tornam o BO do HFF um lugar mais seguro e de boas práticas clínicas.

