

Bloco Operatório Central

Auto-Avaliação EFQM



2007

Contexto da avaliação

Este documento foi elaborado no âmbito de um projecto académico que implica uma avaliação com base nos critérios do modelo da EFQM. A avaliação inicial pretende identificar as áreas de melhoria para a elaboração de um plano de acção e implementação cíclica de melhorias.

História

O Hospital Distrital de Santarém (HDS) foi constituído como hospital originalmente em 1426 por obra de João Afonso de Santarém. Em 1974 foi planeado o actual edifício que ficou concluído em 1983. As salas do bloco operatório ficaram com marquesas e sistemas de iluminação mas sem uso até 1985, quando o hospital foi ocupado na sua totalidade em 1985. Verificou-se alguma degradação dos equipamentos por não ser usado.

No edifício anterior o Bloco Operatório Central (BOC) estava dotado com três salas. Não existia uma sala específica para as urgências. Quando acontecia uma situação de urgência interrompia-se uma sala com actividade programada.

Com o novo edifício o BOC passou a estar dotado de quatro salas operatórias. A sala de gessos foi transformada em

sala operatória e está permanentemente disponível para a realização de intervenções urgentes. As restantes quatro salas estão dirigidas para a actividade programada e estão equipadas para melhor dar resposta a especialidades específicas.

Com o desenvolvimento da actividade cirúrgica foram adaptados mais espaços às necessidades: em 1987 foi aberto o Recobro cirúrgico, em 1996 foi aberta a Unidade de Cuidados Intensivos e em 1997 foi criado um espaço específico para a actividade cirúrgica em ambulatório.

As preocupações com o desempenho do BOC são antigas e fundamentam-se no impacto que este serviço tem no resultado global do HDS. Os diferentes programas de combate às listas de espera cirúrgicas reforçaram o papel do BOC para o desempenho de todo o hospital.

O Contexto do Bloco Operatório Central

O BOC existe no âmbito da realidade hospitalar e sofre as influências que a afectam.

Durante muitos anos houve uma estabilidade própria dos serviços públicos. Esta estabilidade terminou com a constituição dos Hospitais SA e depois com

a conversão em Hospitais EPE. Estes dois momentos significaram um corte com a postura anterior de serviço público e uma aproximação a uma cultura de empresa.

Nos últimos anos houve uma continuidade no modelo EPE com a possibilidade de maximizar a estabilidade no novo contexto empresarial.

As salas do BOC estão dotadas de um espaço de indução anestésica que permite preparar os utentes (quando se entende necessário).

No BOC há uma unidade de Cuidados pós-anestésicos cujo funcionamento é da responsabilidade do Director do Serviço de Anestesiologia.

Actividade no BOC

A missão do BOC é, conforme foi definida em 2004:

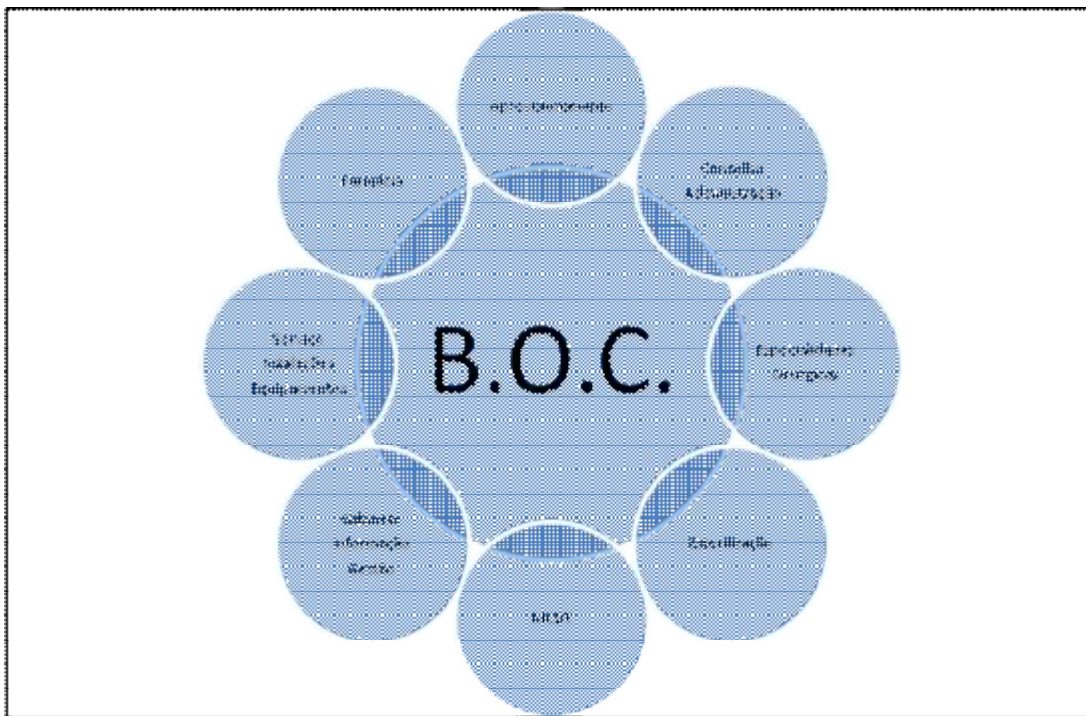
- “Criar condições de excelência para que os procedimentos médico-cirúrgicos e cuidados de enfermagem sejam efectuados de acordo com os mais elevados

parâmetros de qualidade e segurança para os doentes e profissionais desta unidade;

- Proporcionar a todos os profissionais de saúde que desempenham a sua actividade nesta unidade condições óptimas de realização pessoal e profissional;
- Esgotar a capacidade instalada da unidade, de forma a manter níveis de produtividade adequados;
- Combater o desperdício, fazendo uma correcta gestão dos recursos humanos e materiais.”

Clientes: São considerados clientes externos os utentes que são intervencionados, bem como as suas famílias. A Surgimed – empresa privada que aluga tempos operatórios – é outro cliente externo. Os clientes internos são os cirurgiões das especialidades cirúrgicas do HDS; pontualmente, Das médicas que aí realizam alguns procedimentos mais diferenciados; Unidade de Cuidados Intensivos.

Fig.1 - Principais envolvidos na actividade do BOC.



Nota: a lista apresentada não exclui outros envolvidos.

Fornecedores: São fornecedores internos o Serviço de Anestesiologia; Aprovisionamento; Farmácia; Serviços de Apoio e Equipamentos; Gabinete de Informação para a Gestão; Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico; Esterilização; Unidade de Cuidados Intensivos; Serviço de Sangue; Urgência. Os fornecedores externos são os prestadores de serviços de manutenção e de anestesiologia contratados por esta modalidade; os fornecedores de mate-

riais de consumo clínico e de equipamentos.

A condução das actividades desenvolve-se pelas intervenções realizadas no BOC. Estas podem ser programadas, urgentes, ligadas a projectos de redução das listas de espera, ou reintervenções quando há a necessidade de operar um doente para resolver problemas emergentes no pós-operatório. As reintervenções são ocorrências pontuais e são tratadas como urgências.

O resultado esperado com a actividade do BOC é garantir a resposta às solicitações colocadas pelas diferentes espe-

cialidades. Espera-se conseguir uma taxa de utilização dos tempos operatórios ao nível óptimo (85%) e uma actividade em número de doentes e intervenções realizadas consistente com a capacidade instalada.

Quadro N.º1 – Actividade Cirúrgica do Bloco Operatório Central

| Intervenções | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Urgentes | 2043 | 1947 | 2133 |
| Programadas | 4164 | 4062 | 3866 |
| Adicional | 1290 | 558 | 776 |
| Outras | 14 | 66 | 25 |
| Total | 7514 | 6633 | 6800 |

Número de Intervenções.

Recursos e Financiamento

O financiamento da actividade do BOC depende do financiamento do hospital. Os recursos são alocados de acordo com as necessidades dos doentes e não da capacidade financeira. Este princípio é o que se impõe um serviço de saúde. No entanto, este facto não diminui a responsabilidade de manter um controlo apertado dos consumos e das possibilidades de melhoria de produtividade.

Entre 2004, 2005 e 2006 os centros de custos do BOC foram responsáveis por um custo directo de 3.725.980 €, 5.043.501 € e 5.137.664 € respectivamente. Estes custos são principalmente

gerados pelas rubricas de Material de Consumo Clínico e Custos com Pessoal. Quadro N.º2 – Custos Analíticos do Bloco Operatório Central

| Rubrica | 2004 (a) | 2005 | 2006 |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Medicação | 189.852 | 210.662 | 231.277 |
| Material Consumo Clínico | 1.137.686 | 1.246.700 | 1.292.544 |
| Pessoal | 2.155.100 | 3.149.303 | 3.263.437 |
| Custos Directos Totais | 3.725.980 | 5.043.501 | 5.137.664 |

Valor em Euros.

(a) Os valores de custos com pessoal não reflectem em 2004 os relativos aos cirurgiões das especialidades.

Organização do BOC

O BOC está organizado como um serviço que disponibiliza recursos altamente diferenciados. As equipas de enfermagem, administrativa e de pessoal auxiliar são específicos do BOC e prestam o seu trabalho exclusivamente nesta unidade. Os médicos distribuem a sua actividade por diferentes serviços do hospital: os cirurgiões utilizam o BOC para realizar as suas intervenções, os anestesistas actuam principalmente no BOC mas deslocam-se por outros serviços do hospital (Consulta de Anestesiologia ou da Dor e Cirurgia de Ambulatório, por exemplo).

Governança do BOC

O BOC tem um Director e um Enfermeiro-Chefe como chefias funcionais directas. O Director do serviço reporta directamente ao Coordenador da Anestesiologia, da Cirurgia de Ambulatório, Bloco Operatório Central e Esterilização (CABE) e ao Director Clínico em termos funcionais. Como médico também tem autonomia técnica. O Enfermeiro-Chefe reporta directamente à Direcção de Enfermagem pela via profissional e ao Director de Serviço pela via funcional. Goza de autonomia técnica em relação ao Director de Serviço.

Para o auxílio nas tarefas de gestão há uma Adjunta para a Gestão que trata da gestão do pessoal administrativo, e das tarefas de controlo de gestão.

A figura do CABE foi criada em 10/08/2005 e reporta directamente ao Conselho de Administração (CA).

A função do Director do BOC é acompanhar e promover o desempenho do BOC em termos de produção, qualidade e custos globais. Quando se verificam desvios intervém se tal for necessário. Existe um *empowerment* do Enfermeiro-chefe para as decisões tácticas. Quando há decisões mais complexas a

participação do Director é sempre efectiva.

A função do Enfermeiro-chefe é a da gestão das pessoas ao nível do pessoal de enfermagem e auxiliar. Gere os materiais no que concerne à sua disponibilização para os tempos operatórios e esterilização. Embora tenha um papel limitado na selecção dos materiais utilizados, é o responsável pela sua disponibilização nas salas quando são necessários. Em última análise garante que os recursos certos estão nos locais certos quando são necessários.

A função do Coordenador do CABE é garantir que a interligação dos anestesistas é efectiva entre os vários serviços em que são necessários. Coordena os recursos nos diferentes blocos no que diz respeito aos investimentos e coordenação de procedimentos.

Nos termos do artigo 7.º do Regulamento de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho do HDS, o Director de Serviço e o Enfermeiro Chefe têm responsabilidades na identificação e gestão do risco.

1 – Liderança: Os líderes excelentes desenvolvem e facilitam o alcance da missão e da visão. Desenvolvem os valores organizacionais e os sistemas necessários para o sucesso sustentado e implementam-nos através das suas acções e comportamentos. Durante os períodos de mudança mantêm uma constância de princípios. Quando adequado, estes líderes são capazes de mudar a direcção da organização e inspirar os outros a seguir a nova direcção.

Entende-se por liderança o comportamento e a actuação da equipa directiva e dos restantes responsáveis para guiar a organização. O critério reflecte como todos os que têm alguma responsabilidade na organização estimulam, apoiam e fomentam a gestão da qualidade para a melhoria contínua.

1,a - "Os líderes desenvolvem a missão, visão, valores e ética, e actuam como modelos de uma cultura de excelência".

A definição da missão do Bloco é feita no início de cada ano com a construção do plano de acção. A revisão deste pla-

no não tem trazido alterações na expressão da missão. O plano, bem como a missão, são definidos em consenso pelo topo estratégico da unidade: O Director do Serviço, o Enfermeiro-Chefe e o Adjunto para a Gestão. Tem-se em conta a expressão de Missão do Hospital e o interesse colectivo do que deveria ser o desempenho do BOC.

Os valores-chave defendidos pela equipa que gere o Bloco são a **Humanização** dos cuidados, **Segurança** do doente e a garantia do encontro das **Competências** com as **Tecnologias** para responder às necessidades dos diferentes clientes do BOC (Ver subcritérios 1.e; 2.a; 2.c).

1,b - "Os líderes estão pessoalmente envolvidos em assegurar que o sistema de gestão da organização é desenvolvido, implementado e melhorado de uma forma contínua".

A estrutura das áreas de prestação de espaço e tempos cirúrgicos foi objecto de uma revisão em 2005. Em Agosto desse ano foi criada a figura do CABE que teve como objectivo facilitar a interacção dos Blocos (Central e de Ambulatório) com os serviços que se servem do BOC e a Anestesiologia.

Existe um conjunto de indicadores que são fornecidos pelo Gabinete de Informação para Gestão com frequência mensal.

Para complementar o sistema existente foi criado um que informa sobre a taxa de utilização das diferentes salas, e que fornece uma estatística dos cancelamentos *on-line*.

Foi desenvolvido em 2006 um modelo que serve para registar a perspectiva dos diferentes envolvidos em relação aos cancelamentos de intervenções. Foi também estabelecido um procedimento que serve para avaliar as causas dos cancelamentos e permite reunir as percepções dos profissionais envolvidos.

São também reunidos indicadores de consumos que são fornecidos pelo aprovisionamento (Ver subcritérios 4.e; 5.e).

| |
|---|
| 1,c - "Os líderes estão envolvidos com os clientes, parceiros e representantes da sociedade". |
|---|

Todos os anos há reuniões com os principais envolvidos na actividade do BOC para o desenvolvimento do Plano de Acção. Estas reuniões são promovidas pelo CA e permitem identificar as metas das diferentes unidades em relação à sua

actividade cirúrgica e, por esta via, o que se espera que o BOC permita obter. São envolvidos o Director do Bloco e o Coordenador do CABE.

As reuniões são repetidas ao longo do ano para planear férias, épocas de crise como por exemplo quando há saída de pessoas relevantes para a actividade cirúrgica, ou desvios importantes face às metas contratadas pelo Hospital.

Nas situações em que é necessário intervir pontualmente para ocupar os tempos disponibilizados por qualquer especialidade é promovido o contacto com as Direcções de Departamento para promover a sua utilização por outra especialidade. Este procedimento tem permitido minimizar os desperdícios de recursos e é tão mais eficaz quanto mais precoce é o alerta. É mais frequente ser atingida uma perda nula de tempo operatórios nestas circunstâncias.

Para a concretização da actividade adicional há uma coordenação com a equipa que lidera o BOC no sentido de poder ser utilizado o último tempo programado ser utilizado para a realização de produção adicional (quando aprovado pelo CA).

É feito o acompanhamento da actividade do BOC com base nos indicadores

fornecidos pelos serviços de informação para a gestão do hospital.

A informação dos cancelamentos, assim como das taxas de utilização das salas é mantida e disponibilizada a todos os envolvidos. O topo estratégico da organização tem a possibilidade de fazer o acompanhamento e intervir quando entenda necessário junto dos responsáveis dos serviços que apresentem os indicadores mais desajustados. Esta aplicação de controlo da actividade das salas operatórias foi desenvolvida a pedido do topo estratégico aprovisionamento (Ver subcritérios 2.a; 2.c; 4.6; 8.b).

| |
|---|
| 1,d - "Os líderes reforçam a cultura de excelência junto das pessoas da organização". |
|---|

Todas as semanas há uma redução do tempo operatório para a realização de uma reunião ou formação de serviço para o pessoal de enfermagem e de Auxiliares de Acção Médica. A missão foi transmitida originalmente em 2004 numa destas reuniões e é reforçada pontualmente.

Nestas reuniões é também possível aos colaboradores expor os problemas que entenderem necessário. Esta forma de

dar voz aos colaboradores tem permitido identificar oportunidades de melhoria e permitir aos colaboradores exprimir as suas percepções em relação ao funcionamento do BOC.

A existência de um momento formal semanal para a comunicação com a chefia de enfermagem não diminui ou invalida a política de porta aberta que os líderes do BOC mantêm. Todos os agentes (clientes, colaboradores e fornecedores internos) podem expressar as suas apreensões ou transmitir sugestões. Esta medida tem sido útil para facilitar a resolução de problemas pontuais como o aproveitamento de tempos disponibilizados de forma inesperada por algumas especialidades, ou a resolução de problemas de gestão de materiais ou de gestão de pessoas.

Desde este ano foi iniciada uma medida que permite a todos os colaboradores ter acesso à Modalidade Remuneratória Alternativa (MRA). A MRA estava limitada aos profissionais que fossem convidados para fazer parte das equipas de produção adicional. Este procedimento, que escapa aos líderes do BOC, permitia que os colaboradores que suportavam a produção base (condição para que possa haver MRA) não pudessem beneficiar da remuneração extra

associada à produção adicional. Foi negociado com o CA a possibilidade de se incluir um doente como MRA em horário normal de trabalho, desde que a produção base dessa especialidade estivesse concluída. (Ver subcritérios 3.d; 3.e).

| |
|---|
| 1,e – “Os líderes identificam e tutelam a mudança organizacional” |
|---|

Com a transição de Hospital SPA para Hospital SA, e depois EPE, o BOC passou de serviço que fornecia espaço e tempo operatório a unidade estratégica para os resultados do Hospital.

A evolução do valor do tempo operatório levou a direcção da unidade a estabelecer planos anuais de actividade. Estes planos incluem uma análise da capacidade do BOC bem como as necessidades de investimento.

Com a introdução dos Departamentos criou-se uma estrutura que permite um diálogo privilegiado com os clientes internos. A adopção do procedimento de incluir as metas dos departamentos na construção do plano permite um comprometimento mútuo e a constituição de uma parceria de recursos e de resultados.

A necessidade de acompanhar a actividade, com vista ao alcance das metas contratadas, levou à identificação da urgência da construção de um sistema de monitorização da utilização das salas do BOC. Este instrumento de gestão foi construído pelo Adjunto a pedido do CA e mediante o seu diagnóstico da sua necessidade (Ver subcritérios 1.a; 4.e;).

2 – Política e Estratégia: As organizações excelentes implementam a sua missão e visão desenvolvendo uma estratégia centrada nas entidades envolvidas, tendo em consideração a área em que actuam. As políticas, planos, objectivos e processos são desenvolvidos e implementados para cumprir a estratégia definida.

Refere-se à Missão, Visão, Valores e Gestão estratégica da organização, bem como a forma como se implementam os projectos organizacionais. Reflecte como o conceito de gestão pela qualidade é assumido no planeamento e na estratégia.

2,a - "A política e estratégia são baseadas nas necessidades e expectativas, presentes e futuras, das partes interessadas do Serviço".

As acções do BOC são orientadas pelas necessidades das diferentes especialidades e dos restantes clientes. Quando se elabora o plano de acção para um ano este reflecte a expectativa dos diferentes envolvidos.

Todos os anos é realizada uma reunião no CA em que são comunicadas as metas da actividade das especialidades cirúrgicas. Com base nestes dados é elaborado o plano do BOC.

As acções para conseguir desenvolver a estratégia são:

- Construção de relações de proximidade com as Direcções de Departamento;
- As novas técnicas operatórias são orientadoras da formação em serviço;
- Os procedimentos relativos à segurança são revistos e os resultados são orientadores de medidas correctivas e da formação em serviço.

Quando há a implementação de uma nova técnica o BOC assume o projecto de implementação dessa técnica facultando a formação necessária aos seus colaboradores. Um exemplo deste facto observou-se com a introdução de técnicas de Ortopedia, foi feita formação para permitir às pessoas dominar as técnicas e dar uma resposta às solicitações da especialidade com segurança e com qualidade técnica.

Como resultado da observação da prática dos enfermeiros circulantes, e depois

de constatada a necessidade, foi iniciado um ciclo de formação com vista a melhorar os procedimentos implementados.

(Ver subcritérios 1.a; 1.e; 3.b; 5.c).

2,b - "A política e estratégia são baseadas em informações sobre a medida do desempenho, investigação, aprendizagem e actividades externas relacionadas".

As metas da actividade cirúrgica que são negociadas pelo CA reflectem o histórico da actividade hospitalar, os compromissos políticos do governo e as variações na capacidade instalada.

São consideradas a listas de espera por especialidade, a actividade possível de ser desenvolvida para a capacidade instalada e a tentativa de obtenção de resultados políticos (por parte da tutela), principalmente em relação às listas de espera (em tempo e em número de pessoas em espera).

São acompanhados indicadores como a utilização das salas, como indicador interno de actividade, assim com do número de utentes intervencionados por especialidade,

por tempo operatório e por tipo de agendamento.

Para melhor identificar os padrões de incidentes que mais contribuem para a ineficiência do BOC (número e as causas de cancelamentos, subutilização e sobreutilização de tempos) foi criada uma aplicação em rede. (Ver subcritério 1.a).

2.c- "A Política e Estratégia são desenvolvidas, revistas e actualizadas."

Todos os anos o plano de actividades do BOC é revisto em função das orientações de produção que são comunicadas pelo CA e/ou pelos serviços. Esta plano, operacional, não tem acarretado alterações no plano estratégico.

2,d - " A Política e Estratégia são comunicadas e implementadas através de uma rede de processos-chave."

Depois de elaborado o plano de acção é comunicado ao CA.

A comunicação do plano de acção aos colaboradores e restantes clientes internos para cada ano é informal.

É feito o acompanhamento mensal da actividade do BOC. Os mapas de acom-

panhamento são elaborados pelo Gabinete de Informação para a Gestão e entregues por via electrónica todos os meses. Estes mapas são analisados pelas chefias do BOC, pelo CA e pelas Direcções de Departamento que são clientes do BOC. Da análise dos resultados mensais pode sair um plano de correcção para as especialidades com maiores desvios em relação ao projectado (ver subcritério 9.a e 9.b).

3 – Gestão de Pessoas: As organizações excelentes desenvolvem e libertam o potencial máximo das suas pessoas numa base individual, como equipas e na organização. Promovem a justiça e a igualdade, transferem poder de decisão e envolvem as suas pessoas. Cuidam, comunicam, premeiam e reconhecem, de forma a motivar e construir empenhamento, para usar as suas capacidades e conhecimento em benefício da organização.

Este critério refere-se a como a organização utiliza o máximo potencial dos seus colaboradores para melhorar continuamente.

3,a – "Os recursos humanos são planeados, geridos e melhorados".

Existe a preocupação em manter as pessoas actualizadas em relação aos conhecimentos técnicos. Esta necessidade pode resultar da implementação de novas técnicas (pessoal de enfermagem e auxiliar) ou da formação para o desempenho de funções mais diferenciadas (enfermeiros instrumentistas).

Todas as segundas-feiras é reduzido o tempo de actividade do BOC para a realização de reuniões que podem ser de formação no serviço.

Os anestesistas recorrem às formações específicas e formais da sua condição médica. Têm dispensa de serviço para o fazer.

Foram implementadas passagens de turno para as AAM que permitem um ganho de qualidade, sentido de responsabilidade e construção de um espírito de trabalho contínuo em equipa.

3,b – "Os conhecimentos e competências das pessoas são identificados, desenvolvidos e sustentados".

Existe a preocupação em garantir a formação necessária aos envolvidos na implementação de novas técnicas cirúrgicas nos enfermeiros que dão apoio às equipas envolvidas.

Dada a necessidade de aumentar o número de enfermeiros instrumentistas, tem sido feito o desenvolvimento de alguns colaboradores nesta área.

Na definição dos horários são reconhecidas as competências das pessoas que vão participar nas equipas de urgência e nas equipas das salas. Há a preocupação de garantir alguma estabilidade na atri-

buição das especialidades (para Enfermeiros e Auxiliares) para permitir a constituição de um espírito de equipa e o aproveitamento das competências desenvolvidas com a experiência. Na nomeação dos chefes de equipa tem-se o cuidado de nomear pessoas que tem experiência e em que se delega o poder funcional e de decisão na ausência do Enfermeiro-chefe. É-lhes transmitido o poder de decisão (ver subcritérios 1.d; 2.a; 3.a;5.b).

3,c – "As pessoas são envolvidas e capacitadas".

Pela natureza do trabalho há rotação de funções (anestesia, circulante, instrumentista, recobro) o que obriga a que os elementos de enfermagem valorizem todos os papéis da equipa. As AAM também rodam por salas diferentes, embora tenham sempre o mesmo conteúdo funcional.

Nas reuniões semanais o facto de todos os participantes terem as mesmas oportunidades de intervir tem resultado em melhor entrosamento entre as pessoas que deixaram de ver estes momentos como de afirmação de hierarquias.

Um dos projectos de melhoria implementados foi o de formação de instru-

mentistas: Os primeiros a ser formados foram os que tinham mais experiência. Os restantes foram escolhidos em função da disponibilidade.

Na ausência do enfermeiro-chefe há um enfermeiro que fica responsável pelo BOC. Este enfermeiro está capacitado para assumir as decisões operacionais que competem ao enfermeiro-chefe e é indicado em função das suas competências.

3,d - "As pessoas e a organização dialogam".

Nos momentos de formação/reunião à segunda-feira são discutidas as melhores práticas relacionadas com a forma de desenvolver determinados procedimentos pelos colaboradores. Estas referem-se essencialmente aos Enfermeiros e aos Auxiliares.

Como resultado destas reuniões e formações há mudança de procedimentos em função das experiências dos colaboradores. Por exemplo: o resultado das investigações realizadas pelos enfermeiros da área de ortopedia resultou em alteração da forma de proceder na desinfeção da pele para aquela especialidade. Este trabalho de investigação foi apresentado nas Primeiras Jornadas do

Centro Hospital de Coimbra em 2003 e recebeu o prémio de comunicações livres.

Os momentos de reunião no serviço servem para aprofundar a análise de problemas identificados na acção do dia-a-dia.

O grupo profissional dos Médicos Anestesiologistas tem reuniões de serviço (também à segunda-feira) em que são trocadas experiências e os ensinamentos reunidos nos congressos e jornadas que vão frequentando.

No circuito do doente há vários momentos de comunicação formal. Nas situações em que há a passagem de responsabilidade do doente (mudança de turno de enfermagem, passagem pelo *transfer* à entrada ou à saída, saída para a UCPA) há uma comunicação profissional e estruturada da condição do doente. Para facilitar o momento de recepção do doente há uma *check-list* que assegura que a informação relevante é abordada. À saída do doente a *check-list* é a própria folha de registos clínicos do doente na UCPA. A utilização de *check-list* é uma mais-valia na segurança dos doentes e resultou de *bench-marking*. (Ver subcritérios 1.d; 8.a).

| |
|--|
| 3,e - "As pessoas são recompensadas, reconhecidas e apoiadas". |
|--|

As carreiras e os benefícios são definidos em legislação que é necessário cumprir. Não são desenvolvidas outras práticas.

A legislação permite a licença para a realização de formação profissional de até 10 dias por ano para cada colaborador, que é geralmente utilizado por quem o solicita. Permite também a obtenção de remuneração independente do tempo trabalhado através da realização de actividade adicional – Modalidade Remuneratória Alternativa.

A produção adicional é utilizada como forma de complementar a remuneração fixa das equipas. A recente filosofia de permitir que todos os colaboradores possam ser incluídos na produção adicional permite que todos possam obter, em pé de igualdade, um complemento na remuneração habitual. O facto de este complemento estar associado ao cumprimento das metas da produção base representa um incentivo à melhoria do desempenho global do BOC.

Assim, se não estiverem a ser cumpridas as metas da produção contratada base não vai haver lugar ao desenvolvimento de produção adicional. A acti-

vidade em adicional vai permitir recompensar os profissionais do BOC se o desempenho global dos serviços estiver a ser positivo.

A avaliação do desempenho é imposta para a lei e está enquadrada nas diferentes profissões de forma diferente.

Para os médicos não é realizada avaliação do desempenho. Os enfermeiros têm uma avaliação específica que realiza a cada três anos. Os AAM e os administrativos têm avaliação anual específica.

4 – Recursos e Parcerias: As organizações excelentes planeiam e gerem as parcerias externas, os fornecedores e os recursos externos para apoiar a política e a estratégia e a eficácia dos processos. Durante o planeamento e durante a gestão as parcerias e os recursos mantêm presentes as necessidades actuais e as futuras da organização, da comunidade e do ambiente.

Este critério refere-se à gestão, utilização e conservação dos recursos, entendendo por recurso toda a entrada de materiais que se verifica na organização para a consecução das suas funções. Relaciona-se também com as relações de parceiras externas.

4,a - "As relações com as parcerias externas são geridas".

Os processos de aquisição tendem a ser padronizados para o cumprimento de um corpo legislativo específico. Há também um conjunto de fornecimentos pré-estabelecidos com negociação centralizada pelos serviços centrais dos ministérios e em relação aos quais não é

possível negociar ou envolver o fornecedor.

Não obstante estas limitações há uma procura de obter as melhores condições em termos de ofertas complementares (software, formação, livros técnicos, hardware). Através da construção de uma relação de proximidade, laboratório ofereceu livros técnicos, outro fornecedor cedeu formação complementar relacionado com fornecimentos de Ortopedia para os Enfermeiros do BOC. Esta formação tem uma periodicidade semestral.

Quando se tenta a implementação de novas técnicas cirúrgicas negocia-se no sentido de serem os laboratórios a suportar os custos de material e de formação. Desta forma estabelece-se uma relação *win-win* em que o fornecedor pode utilizar a nossa instituição como referência de uma implementação de sucesso. Pelo lado do BOC temos uma redução de custos com a implementação da nova técnica durante a curva de aprendizagem. Esta metodologia foi utilizada com a implementação das técnicas de cura cirúrgica de incontinência urinária (TVT e TVTO) e de hemorroidas. (Ver subcritérios das pessoas, da liderança relativa à inovação, e da estratégia relativa à inovação; 4.d)

4,b - "A gestão financeira é efectuada".

As actividades nucleares relacionadas com as decisões financeiras são tratadas ao nível do CA.

Existe um controlo de stocks que pode ter impacto financeiro que é tratado no sentido de caminhar para o modelo de consignação nos casos em que o custo associado à manutenção de existências é mais elevado. Na prática, resulta numa versão hospitalar de *lean-production* ou de stocks zero. Nos últimos anos esta modalidade foi implementada nas próteses e cavilhas de Ortopedia, próteses de Cirurgia Vascular e Lentes de Oftalmologia, material de Urologia (TVTO, *stents*) e algumas próteses de hernioplastia.

É feito um controlo de custos associados aos Centros de Custos do BOC. Esta análise é feita com uma periodicidade trimestral, e dela resulta uma comparação com anos anteriores. Identificam-se também nos mercados os materiais com custos mais baixos em relação aos consumidos. Quando se identificam estes produtos tenta-se que os cirurgiões

os experimentem e adoptem como padrão passada a fase de aprendizagem com os novos materiais. Ocorreu por exemplo com os *clips* de laparoscopia e material de suturas mecânicas que foram introduzidos por esta via (Ver subcritério 4.d).

4,c - "As instalações, equipamentos e materiais são geridos".

Recentemente adoptou-se uma política de fornecimento de materiais por Armazéns Avançados com uma reposição automática em função dos registos electrónicos dos consumos. O processo de aquisições e reposição de existências é feito com maior rapidez e com maior recurso às novas tecnologias. A reposição tornou-se mais rápida, embora ainda haja melhorias a conseguir, e há também menor probabilidade de erros nos pedidos.

A adopção de armazéns avançados representa mais-valia porque uma parte do *procurement* passa a ser feita de forma automática: pedido de reposição no serviço, encomenda electrónica ao fornecedor, controlo de custos e de níveis de stocks. O custo de manutenção de existências é inferior e o ciclo de reposição é menor.

Apesar das mais-valias indicadas, as pessoas ligadas ao ciclo de reposição não estão preparadas para lidar com as especificidades técnicas dos materiais – recebem material que não está em condições e como tal não deviam ser aceites, não percebem as especificidades de alguns materiais em termos de utilização e condições de estado aceitável.

A manutenção não é preventiva. Existe quando há a necessidade de responder a uma avaria. Estas avarias acarretam quase sempre que alguns doentes não sejam intervencionados. Este é o tipo de incidente mais grave para um BOC.

| |
|--------------------------------|
| 4,d - "A tecnologia é gerida". |
|--------------------------------|

As tecnologias e técnicas operatórias são implementadas por parte das especialidades que operam a sua actividade no BOC.

No sentido de obter informação mais rapidamente em relação aos incidentes de cancelamento e de desvios de utilização do BOC foi construída uma aplicação utilizando os recursos de rede que permite saber remotamente como foi a actividade de cada sala. Os registos são mantidos em rede e visualizados pelos membros do CA e da gestão do BOC.

Este sistema foi desenvolvido com base nos padrões identificados em deslocações do Adjunto para a Gestão em momentos de formação (primeiro congresso de Sistemas e Tecnologias de Informação para a Nova Rede Hospitalar e apresentação sobre módulos de gestão de blocos operatórios da empresa de consultoria Antares). Depois de identificada a necessidade de informação, e das potencialidades da rede informática fez a primeira versão do sistema implementado. Com o tempo, ainda no decurso do primeiro ano, a aplicação sofreu melhorias a pedido do CA e do Coordenador do CABE. Foi assim aumentado o número de intervenções que podem ser acompanhadas por cada dia de trabalho (de cinco para dez) e foram criados alertas automáticos para o primeiro tempo operatório.

Identificou-se a possibilidade de melhorar a tecnologia de informação associada aos custos por doente e por especialidade. Uma aplicação informática com estas potencialidades está a ser estudada para implementar no BOC a médio prazo.

Foi introduzida a reposição de stocks do BOC com base em registos e controlo de existência com uma aplicação informática em rede com o aprovisionamen-

to. Esta melhoria surge no contexto da informatização dos serviços de aprovisionamento. Este programa tem vindo a ser implementado ao longo de todos os serviços do HDS e chegou ao bloco depois de ser aplicado a serviços de menor complexidade. Baseia-se num sistema informático já disponível noutros hospitais. (ver subcritério 1.a; 2.a; 3.b, 4.a e 4.b).

| |
|--|
| 4,e - "A informação e o conhecimento são geridos". |
|--|

As chefias recebem informação trimestral sobre o cumprimento das metas de produção. Os indicadores são os que têm impacto no cumprimento do contrato programa. É feita uma análise sumária e raramente se alteram procedimentos no dia-a-dia em função desta informação.

Existem chamadas de atenção em relação aos desvios de custos com base na informação da Contabilidade Analítica e registo de consumos (ver subcritérios 9.a e 9.b).

Há uma estratégia de informação (informatização) que é implementada em função dos recursos: A necessidade de informação está identificada mas não há Sistema de Informação (SI) que a sustente (ver subcritério 4.d). O Gabinete de

Informação para a Gestão prepara mapas de informação estatística (histórica) para o CA e chefia do BOC com base no SONHO. Esta informação não passa para os colaboradores do BOC.

A informação identificada como necessária é a seguinte:

- *Turn-over* dos doentes;
- Erros de preparação dos doentes (Número e causa);
- Tempo de demora na chegada dos doentes dos serviços;
- Utilização dos tempos operatórios;
- Custos por doente operado (e não operado);
- Custo por hora de BOC;
- Cumprimento das metas contratadas;
- Impacto financeiro da actividade do BOC.

5 – Processos: As organizações excelentes desenham, gerem e melhoram os seus processos para satisfazer plenamente e gerar valor crescente aos clientes e outros envolvidos.

Este critério alude a como se identificam, gerem e revêem os processos, e como os mesmos se corrigem a fim de assegurar a melhoria contínua de todas as actividades da organização.

Um processo é entendido como um conjunto de actividades concatenadas que vão acrescentando valor, que serve para a prestação do serviço da organização aos seus clientes.

Os principais processos são descritos no fluxograma do circuito do doente. Inclui o acolhimento do doente, a avaliação anestésica do doente, a anestesia do doente, posicionamento do doente para a intervenção, a intervenção cirúrgica, recobro na UCPA e a saída do doente de volta para o serviço de onde veio ou a UCI.

Este procedimento foi revisto em 2005 quando o modelo de *Check-list* do BOC foi alterado pela última vez.

Fig. N.º 2 - Fluxograma do Circuito do Doente no Bloco Operatório Central

| Fluxograma do Circuito do Doente | | Passo | Intervenientes | Comentários |
|---|-----|-------|--|--|
| <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Bloco Operatório Central <small>Novas Sala de Processos UCI Circuito Interno - Operações</small> </div> | | | | |
| | 1. | | Enfermeiro e/ou AAM do Serviço. Pode ser também médico e/ou maqueiro se vier da Urgência ou UCI. | O doente chega de cama ou de maca. |
| | 2. | | | Há poucos casos de doente Emergente, cerca de três por ano. |
| | 3. | | Enfermeiro com maior disponibilidade recebe o doente. | Dada a emergência é quem tiver mais disponível. |
| | 4. | | | Dado que a sala de urgência é a mais pequena, se houver possibilidade de operar o doente noutra sala, as condições serão melhor. |
| | 5. | | Enfermeiro de Anestesia e o AAM da sala. | O doente é colocado na maca. É transmitida a informação clínica relevante para a equipa do BOC. |
| | 6. | | Enfermeiro de Anestesia e do serviço que traz o doente. | É verificada a ficha que serve de suporte ao registo da preparação do doente para a intervenção. |
| | 7. | | Enfermeiro de Anestesia e/ou Anestesia. | Verifica se a não conformidade é passível de correcção. |
| | 8. | | Enfermeiro de Anestesia e o AAM da sala com eventual ajuda da equipa da UCPA. | O doente pode ser colocado na UCPA para a realização de MCDT ou preparação em falta. |
| | 9. | | Anestésista da sala. | O doente é avaliado para determinar se pode ou não ser anestesiado. |
| | 10. | | | Não havendo condição anestésica, o doente é remetido de volta para o serviço de origem. |
| | 11. | | Enfermeiro de Anestesia e AAM da sala. | Só depois de confirmada a capacidade do doente em tolerar a anestesia é que o doente vai para a sala operatória. |
| | 12. | | Equipa Cirúrgica do BOC. | O doente é posicionado e intervencionado. |
| | 13. | | Enfermeiro de Anestesia, Anestésista, AAM. | O doente é levado para a sala de UCPA para recuperar da anestesia e da intervenção. |
| | 14. | | Enfermeiro e AAM da UCPA. | Depois de estabilizado o doente é levado para o transfer para ser conduzido ao serviço de internamento. |

5,a - "Os processos são sistematicamente concebidos e geridos".

Existem processos estabelecidos informalmente (baseados nas orientações da AESOP) e outros estabelecidos com uma base documental (descrição das funções e das práticas a desenvolver por cada elemento de enfermagem da equipa cirúrgica). O processo de revisão das normas e critérios de actuação escritas não é feito desde 2000 para os Enfermeiros, para os AAM existe uma versão de Março de 2007.

Existe suporte documental para alguns processos (ex: check-list de admissão ao BOC, estabelecida em 2003, revista em 2005 e não mais depois disso).

5,b - "Os processos são melhorados, à medida das necessidades, através da inovação, de forma a satisfazer completamente e a gerar valor acrescentado aos clientes e outras partes interessadas".

Quando é identificado um problema este é levado à discussão nas reuniões de serviço e pode também servir para

orientar os momentos de formação em serviço.

Embora não haja um processo formalizado de identificação, análise e discussão cíclica dos processos desenvolvidos, há exemplos da sua implementação:

- Criação de um espaço específico para as necessidades de crianças e sua família;
- Desenvolvimento de uma unidade de Cuidados Intensivos para responder às necessidades de cuidados altamente diferenciados de alguns utentes;
- Desenvolvimento e posterior autonomização da Unidade de Cirurgia de Ambulatório;
- Desenvolvimento de uma unidade de Cuidados Pós-Anestésicos para responder às necessidades específicas dos doentes no pós-operatório imediato;
- Reposição de existências com base em sistemas informáticos para redução de imobilizado e redução do risco de quebras de existências;
- Desenvolvimento de um sistema de indicadores em rede para garantir um acompanhamento

mais efectivo por parte dos envolvidos internos na actividade do BOC;

- Formação desenvolvida sobre os procedimentos dos enfermeiros circulantes.

Estas actividades de melhoria tiveram por base a identificação das melhores práticas e a sua configuração em face da realidade dos espaços físicos e as disponibilidades do BOC. A sua implementação passou pela discussão da sua importância com o CA.

Identificado como passível de melhoria no médio prazo está a informatização das salas operatórias no sentido de permitir um melhor controlo da actividade e dos custos associados a cada intervenção e especialidade.

5,c - "Os produtos e serviços são concebidos e desenvolvidos com base nas necessidades e expectativas dos clientes".

A revisão dos procedimentos associados às necessidades das crianças e sua família resultou na criação de um espaço específico para garantir o acompanhamento de um familiar e a criação de um espaço mais reservado para estes

utentes. Tratava-se de uma lacuna que, ao ser colmatada, permitiu cumprir com o mais alto padrão no cuidado à criança e família.

A criação da Unidade de Cuidados Intensivos, da Unidade de Cirurgia de Ambulatório e da Unidade de Cuidados Pós-anestésicos resulta da identificação da necessidade criar espaços e recursos específicos para os utentes.

Em relação aos clientes internos, para além das reuniões de negociação de metas, apostamos numa política de proximidade. Estas duas metodologias permitem obter informalmente a informação de retorno sobre as expectativas e necessidades dos cirurgiões e anestesistas que operam no BOC.

5,d - "Os produtos e serviços são produzidos, entregues e acompanhados".

Aquando do agendamento de doentes que acarretem a utilização de materiais específicos (por exemplo próteses especiais de Ortopedia) a sua disponibilidade é garantida com base num procedimento específico despoletado pela comunicação dos serviços clientes. Este procedimento permite garantir que o

material necessário será disponibilizado pelo BOC quando necessário.

A auscultação dos clientes não está formalizada. A sua realização é informal. As contribuições dos utentes têm reflexo nas opções em relação à aquisição de material de consumo clínico e nos equipamentos, por exemplo.

Está a ser estudada a implementação de uma aplicação informática que vai permitir o acompanhamento em rede dos agendamentos no BOC para cada sala operatória. Esta aplicação vai permitir também imputar os custos a cada episódio cirúrgico permitindo uma melhor monitorização dos custos.

| |
|--|
| 5,e - "As relações com os clientes / utentes são geridas e realçadas". |
|--|

A auscultação é informal e realiza-se numa base diária. Não há um instrumento formalizado para a recolha das percepções dos clientes internos ou externos.

6 – **Resultados nos clientes:** As organizações excelentes medem de forma sistemática e conseguem resultados que sobressaem em relação aos seus clientes.

Neste critério avalia-se o que consegue a organização em relação aos **seus clientes externos**. São clientes externos os doentes e os profissionais (cirurgiões) que se servem dos recursos que o Bloco disponibiliza.

A satisfação é medida de forma directa e indirecta. As medições directas (6,a) fazem-se pela percepção dos clientes, sendo por isso subjectivas. As medições indirectas (6,b) são avaliações objectivas e complementares das primeiras.

6,a - "Medidas de Percepção de Satisfação dos Clientes".

Não são realizadas medidas sobre a percepção de satisfação dos clientes em procedimento formalizado. São recolhidas informalmente as informações dos clientes do BOC quer em reuniões de trabalho ou em momentos sociais.

6,b - "Indicadores Factuais de Satisfação".

Não há medidas implementadas para obter esta informação de forma estruturada.

7 – Resultados nas Pessoas: As organizações excelentes medem de forma sistemática e atingem resultados que sobressaem no que toca às suas pessoas. Reflecte o que a organização consegue atingir em relação à satisfação dos seus colaboradores.

Tal como acontecia com a satisfação dos clientes, também a satisfação dos colaboradores comporta uma avaliação subjectiva (7,a) relacionada com a percepção, e outra objectiva (7,b) relacionada com os indicadores internos.

7,a - "Medidas de Percepção de Satisfação dos Colaboradores".

Não são realizadas medidas sobre a percepção de satisfação dos colaboradores em procedimento formalizado. São recolhidas informalmente as informações nas reuniões semanais.

7,b - "Indicadores Factuais de Satisfação".

Não há medidas implementadas para obter esta informação de forma estruturada.

8 – Resultados na sociedade: As organizações excelentes medem sistematicamente e atingem resultados que sobressaem no que diz respeito à sociedade. Faz referência ao que é conseguido pela organização na satisfação das necessidades e expectativas da sociedade em geral e da sua envolvente em particular.

Divide-se em medidas de percepção (8,a) e de performance interna (8,b). As questões relacionadas com a percepção podem ser colocadas também relativamente às medidas internas.

8,a – “Medidas de Percepção”.

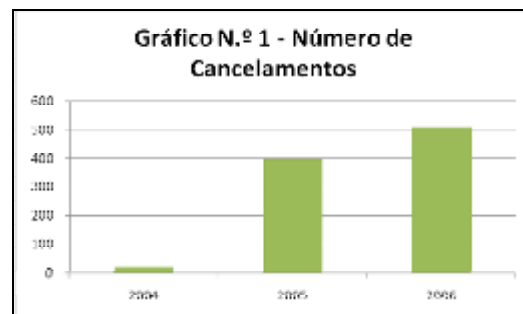
Não há medidas implementadas para obter esta informação de forma estruturada.

8,b – “Indicadores de Performance Internos”.

Um trabalho de investigação realizado por enfermeiros do BOC foi apresentado nas Primeiras Jornadas do Centro Hospital de Coimbra em 2003 e recebeu o prémio de comunicações livres.

É feito um registo do número de cancelamentos (gráfico N.º1) e um acompanhamento diário da ocupação das salas operatórias.

Iniciou-se o registo de cancelamentos no final de 2004. Os dados recolhidos de 2004 não representam a realidade da totalidade desse ano. No ano de 2005 e 2006 o número de cancelamentos registados representa a realidade.



Há um crescimento do número de doentes cancelados superior a 110 doentes.

Os dados relativos à ocupação das salas são agrupados por meses e, no início de cada mês, é iniciado o ficheiro de registo novo.

No final de cada ano esta estatística mensal é agrupada para transmitir a realidade global de todo o ano.

Considera-se óptima uma taxa de ocupação de cerca de 85%. Valores superiores podem significar que não é realizada a preparação da sala de acordo

com as normas de prevenção e controlo da infeção hospitalar.

9 – Resultados-Chave do desempenho:
As organizações excelentes medem de forma sistemática e atingem resultados que sobressaem no que respeita aos elementos-chave da sua política e estratégia.

Este critério refere-se ao que a organização faz em relação ao planeado e à estratégia.

O acompanhamento das metas é feito tendo em conta a análise da produção realizada e a análise dos custos que lhes estão associados.

O facto de ter havido alterações na estrutura de Centros de Custos na Contabilidade Analítica tem significado uma dificuldade em conseguir estudar a evolução nos custos em relação a anos anteriores.

Particularmente difícil é a implementação do plano de investimentos já que todas as despesas dependem de uma aprovação do CA.

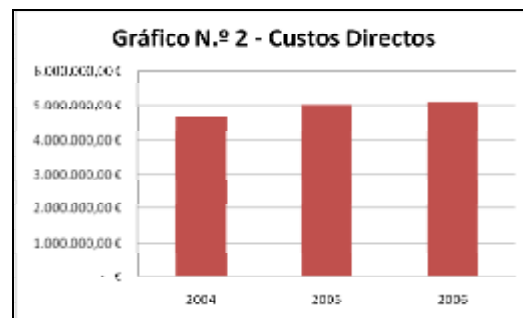
9,a - "Resultados-Chave de Desempenho."

Os indicadores acompanhados são os de performance orçamental relacionados

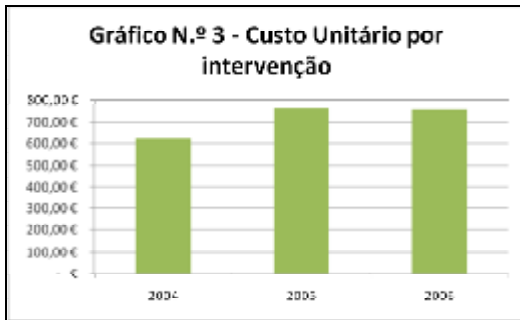
com os custos directos totais, os custos directos unitários e os custos com materiais de consumo clínico.

Ao nível dos indicadores não económico segue-se essencialmente o resultado da performance de processo pelo número de doentes intervencionados e pelo número de cancelamentos.

Em 2004 não foram imputados os custos relativos ao tempo que os cirurgiões tinham distribuído ao BOC. A evolução dos custos unitários entre 2005 e 2006 representa uma redução marginal. O gráfico N.º 2 demonstra que há uma variação mínima entre 2005 e 2006.



O custo total unitário reflecte uma melhoria, embora ligeira, entre 2005 e 2006 em relação à eficiência da unidade (gráfico N.º3).



O acréscimo de custos com material de consumo clínico (gráfico N.º 4) ficou a dever-se à adopção de procedimentos mais rigorosos em relação à utilização de materiais de uso único. Também um acréscimo na actividade que envolve a colocação de próteses caras sofreu um aumento em 2006 em relação a 2005. Em 2004 parte do material de consumo clínico não era imputada ao BOC.

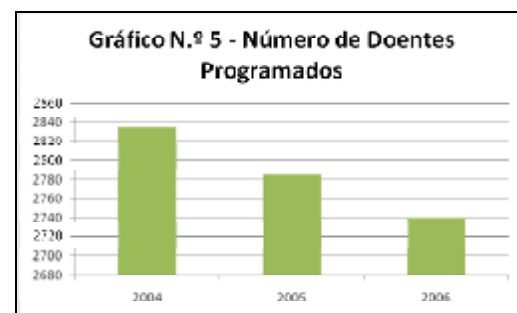


O acréscimo de rigor adoptado desde 2004 tem significado uma maior precisão nos valores apurados.

9,b - "Indicadores-Chave de Desempenho".

Os indicadores de desempenho acompanhados são os que podem ser retirados directamente do SI do hospital e que têm maior impacto na capacidade de cumprir ou não o contratado com a tutela: número de doentes operados programados e o número de doentes operados urgentes.

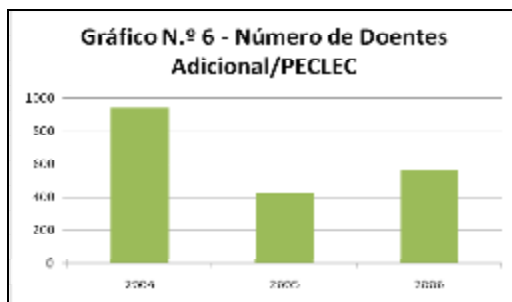
Como doentes programados consideram-se os doentes que têm um agendamento anterior ao dia da intervenção. Significa que os doentes intervenções no âmbito dos programas de combate às listas de espera devem ser considerados como programados. Os dados da actividade relacionados com os doentes programados realizada em horário normal de trabalho está representado no gráfico n.º 5. Mostra uma redução do número desde 2004. Esta redução manifesta o impacto verificado pela falta saída de anestesistas e de cirurgiões.



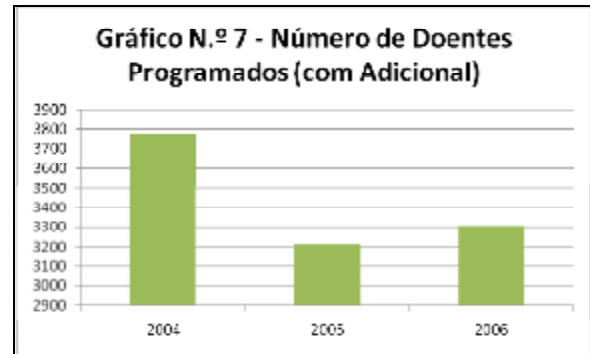
O número de doentes operados no âmbito de programas de redução de listas de espera é o seguinte:

Os programas para a redução das listas de espera desenvolvem a sua actividade em horário pós-laboral e são remunerados por cada doente operado.

Em 2004 o programa era totalmente independente da acticidade cirurgica realizada no horário normal de trabalho. Depois de 2005 foi implementado o novo sistema que obriga ao cumprimento de metas em horário normal de trabalho para que se possa considerar a existência de uma remuneração complementar.

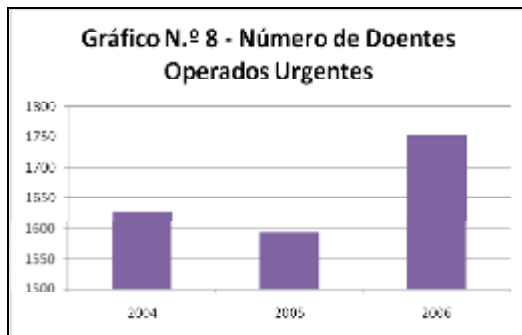


O novo modelo remuneratório obrigou a um maior controlo da actividade em 2006. O computo geral da actividade programada (em horário normal de trabalho e fora deste) está patente no gráfico n.º 7 e mostra um ligeiro crescimento na actividade em 2006.



A actividade urgente não é passível de controlo. O número de doentes que carecem de ser intervencionados com base em episódios de urgência não depende das unidades hospitalares.

Considera-se no entanto, que a não utilização dos tempos urgentes pode condicionar a actividade programada: o doente entrado pela urgência que é operado na manhã seguinte (em vez de o ser logo na urgência) ocupa um tempo operatório programado. O médico que assume esta decisão - que em cenários específicos é clinicamente a mais correcta - está a impedir que esse tempo seja utilizado com um doente que está em espera por uma intervenção.



O crescimento do número de doentes intervencionados em tempos urgentes indicia um crescimento da actividade urgente que condiciona a actividade programada: quanto mais doentes estiverem internados após cirurgia realizada na urgência menos camas estarão disponíveis para operar doentes programados.

Especificação de termos

Cientes: Pessoa ou organização que beneficia directamente do serviço prestado pelo Bloco Operatório.

Colaborador: toda a pessoa que, independentemente do vínculo, desenvolve a sua actividade no Bloco (exclui os cirurgiões que são utilizadores do Bloco).

Erro: Falha não intencional na realização de uma acção planeada.

Estratégia: É a forma como a organização implementa a sua missão e a sua visão, baseado nas necessidades das entidades envolvidas na sua actividade e fundamentado em políticas, planos, objectivos, metas e processos relevantes.

Factores Críticos de Sucesso: São as condições de pré-requisitos que é necessário reunir para que um objectivo estratégico seja atingido (EFQM). São as variáveis que mais valor dão aos clientes.

Medidas de actividade interna: São indicadores objectivos que avaliam o resultado do desempenho dos processos.

Missão: Uma afirmação que descreve a razão de ser de uma organização. Descreve porque existe a unidade ou o serviço em estudo.

Política: Guia genérico que estipula a acção que deve ser tomada pelos diferentes actores. Estabelece linhas mestras para a tomada de decisão.

Processos: sequencia de actividades que transformam inputs em outputs.

Processos-chave: os processos nucleares da actividade da organização, os que permitem atingir o que está descrito na missão.

Processos críticos: são aqueles que têm impactos significativos sobre os resultados.

Resultados-chave de performance: são os resultados que não estando relacionados com os clientes, pessoas e sociedade é imperativo que as organizações consigam alcançar.

Valores: Os entendimentos e expectativas que descrevem como as pessoas da organização actuam e nos quais se baseiam todas as relações na organização (ex. confiança, apoio, verdade).

Visão: Uma expressão que descreve como a organização deseja estar no futuro.

