

**PERSPECTIVES OF OPERATING ROOM EFFICIENCY AS PART OF  
THE PERIOPERATIVE PROCESS**

Diana Ferraz da Costa Fernandes

Thesis submitted as partial requirement for the conferral of  
Master in Management

Supervisor:

Prof. João Carlos R. Menezes, Ph.D., Associated Professor, ISCTE Business School, Department of  
Marketing, Operations and Management

Co-supervisor:

Prof. Paulo Simões, Ph.D., Invited Professor, ISCTE Business School

September 2018



## Resumo

A dissertação explora eficiência em contexto de serviços de saúde. Os conceitos de eficiência, competência (na saúde), qualidade em cuidados de saúde, cuidado centrado na pessoa e cuidado perioperatório são abordados em contexto de bloco operatório.

É usada uma metodologia qualitativa e de investigação. A recolha de dados é feita através de um processo de investigação narrativa a onze profissionais de saúde, dadas as suas experiências em contexto perioperatório. Destes onze participantes, dois são enfermeiros de cirurgia geral e nove são do bloco operatório (um perfusionista, dois anestesistas, dois cirurgiões gerais, dois cirurgiões cardiotorácicos e dois enfermeiros de bloco operatório), do qual um é diretor da cirurgia cardiotorácica.

Os resultados apontaram para cinco dimensões de eficiência: eficiência vista como ação, resistência à eficiência, eficiência como quimera, eficiência vista como bem-estar do paciente e eficiência como resultado de uma equipa em interação (com e/ou sem o paciente).

O estudo concluiu que os profissionais de saúde mostram alguma resistência em abordar o conceito de eficiência e tendem a confundi-lo com o conceito de eficácia. Além disso, eles veem eficiência como uma quimera. Ganhos de eficiência são vistos como uma diminuição dos recursos e competências e, conseqüentemente, um aumento do risco envolvido (para doentes e profissionais). Além do mais, é referida a importância de atuar como uma equipa e estar em constante interação para um resultado final satisfatório.

**Palavras-chave:** Eficiência; Ciclo perioperatório; Cuidado centrado na pessoa; Abordagem centrada no paciente.

### **Classificação JEL:**

I10 – Saúde Geral

I19 – Saúde Outros

## **Abstract**

The dissertation explores efficiency in health services environment. The concepts of efficiency, competence (in health), quality of care, person-centered care and perioperative care are addressed in operating room context.

A qualitative and exploratory methodology is used. Data collection is obtained through a narrative interview process to eleven health professionals, given their experience in perioperative context. From the eleven participants, two are nurses from general surgery and nine are from the operating room' team (one perfusionist, two anesthetists, two general surgeons, two cardiothoracic surgeons and two operating room' nurses), in which one is the leader of the cardiothoracic surgery.

The results point out to five dimensions of efficiency: efficiency seen as action, resistance to efficiency, efficiency as a chimera, efficiency seen as patient's well-being and efficiency as the result of a team in interaction (with and/or without the patient).

The study concluded that health professionals show some resistance in approaching the concept of efficiency and tend to confuse it with the concept of efficacy. Moreover, they see efficiency as a chimera. Gains of efficiency are seen as a decrease in resources and competence and, consequently, an increase of the risk involved (for patients and professionals). Furthermore, it is referred the importance of acting as a team and be in constant interaction for a successful outcome.

**Keywords:** Efficiency; Perioperative process; Person-centered care; Patient-centered approach.

### **JEL Classification:**

I10 – Health General

I19 – Health Other.

## Index / Table of Contents

Acknowledgements .....	iii
1. Introduction.....	1
2. Literature review .....	3
2.1. Efficiency.....	3
2.2. Competence.....	4
2.3. Quality of care.....	6
2.4. Person-centered care .....	8
2.5. Perioperative care.....	10
3. Methodology .....	12
3.1. Research context .....	12
3.2. Research design .....	12
3.3. Data collection .....	13
3.4. Data analysis .....	14
4. Results and Discussion .....	17
4.1. Efficiency as action.....	17
4.2. Resistance to efficiency .....	19
4.3. Efficiency as a chimera.....	23
4.4. Efficiency seen as patient's well-being.....	25
4.5. Efficiency as the result of a team in interaction (with and/or without the patient)	31
5. Conclusion .....	36

6. Bibliography .....	39
Appendices .....	41
Appendix A – Health professionals’ interviews .....	41
Appendix B – Brief introduction.....	313
Appendix C – Approval from the ethical commission for the health .....	315
Appendix D – Model of informed consent.....	316

## **Acknowledgements**

Firstly, I want to thank my supervisor, Dr. João Carlos Menezes, for all the time spent with me during this year, all the exchanged e-mails, guidance and knowledge shared.

Dr. Paulo Simões, for all the help provided and for being the connection between this project and the hospital.

I would also thank all of the interviewed professionals and patients, for their time, patience and shared views.

Now, I want to thank my parents for the infinite support and love.

My brother, for showing me the love for management and its importance in our daily life.

Pedro, for the constant encouragement, motivation and for never letting me given up on anything.

Alex, for all the enlightenment, phone calls and kindness.

By last, Carina, for all the moments/days spent as my only company.





## 1. Introduction

The health system deals directly with the human life and, therefore, must be approached carefully. As referred by Leo Swenne *et al.* (2015), the care process includes communication, trust, understanding and having empathy for the patient. In this way, it is important to pay attention to each patient and treat the human life properly. Therefore, the focus of this research is to perceive how efficiency is understood as part of the perioperative process by professionals involved.

By being able to understand so, the research focused on the professionals' view of efficiency and its impact or importance on the final outcome.

Having this in mind, the literature review approaches concepts as efficiency, competence, quality of care, person-centered care and perioperative process.

As mentioned in the literature review, the first three concepts are strictly related and as referred by Leo Swenne *et al.* (2015), sometimes, efficiency and quality of care are described in the same way. The importance of involving patients in their own care is rising over the years (Stacey *et al.*, 2008), as well as the importance of making patients comfortable and aware about what happens during the perioperative process (Pulkkinen *et al.*, 2016).

The research problem of efficiency in the operating room is a problem quite studied (Arakelian *et al.*, 2011). This work tries to bring a new approach in which efficiency is seen taking account the patient's view (patient centric approach) and over the perioperative process, trying to understand how professionals address efficiency in this context.

In this way, data was collected in Hospital de Santa Cruz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E. follow by narrative interviews to several professionals and hospitalized patients. The interviews were performed just only to encourage the storytelling of the informants, ever bearing in mind that the goal was to let each interviewee sharing stories about his/her perspective and experience of efficiency in the perioperative process.

Different professionals were interviewed in spite of the fact that some of them are not present in all phases of the perioperative process, such as, e.g. nurses from the operating room which has only performance in the intraoperative phase. Nevertheless, all professionals contribute as a team to the efficiency of the operating room.

Although there seems to exist some resistance to approach the concept of efficiency on the health sector professionals, the study' results showed the impact that teams in interaction, including or not the patient, can have on efficient outcome as well as on the patient's well-being.

All of the necessary authorizations were collected. The ethical commission approved the realization of the interviews (Appendix C) and all interviews were conducted after the interviewees signed the model of informed consent (Appendix D), in which it refers the purpose of the interview/study, that, in any moment, the interviewees are free to interrupt their participation in the study and that all of collected data is confidential and anonymous.

After this introduction, the dissertation starts with the literature review, followed by the methodology, results and discussion and conclusion.

## 2. Literature review

In order to explore the perspective of efficiency in the operating room as part of the perioperative process, it is important to understand the concept of efficiency, as well as concepts that link efficiency with the perioperative process, such as competence and quality of care.

Patients are implied in the perioperative process, which created the need to explore approaches that include them and understand their importance or position in the same process.

### 2.1. Efficiency

Efficiency has been defined in several ways by different authors. Their past experiences and background, such as several different aspects, may affect their understanding of efficiency.

Encyclopedia defines efficiency, or allocative efficiency, as the central concept of economic theory. If both companies produce the same product or output, the one that uses less resources is considered the most efficient. Thus, a system is considered efficient if produces maximum output from minimum input of resources. In order to reach technical efficiency, available resources must be allocated so that there is no waste, undue effort, or cost. Also, other authors define an efficient performance as “every performance leading to cost reduction without affecting quality” (Arakelian *et al.*, 2011). In sum, efficiency is a synonym of productivity, i.e., maximum production with minimal resources (Leo Swenne *et al.*, 2015).

Arakelian *et al.* (2011) refers that efficiency is equivalent to do right things, this means, both productivity – doing things the right way – and quality.

Lean production has been used in health care as one example of making the work process efficient. By using this approach, the work process seeks to use the minimum cost, improving quality of care and delivering what patients need at the right time. Lean philosophy seeks to minimize waste, i.e., all the non-value-added activities and to improve the value-added operations. According to Tsasis *et al.* (2008), this philosophy helps to create a smooth patient flow, reduce waiting time for patients and improve their quality of care, as special attention is paid to the patient and to the continuous improvement of outcomes. In health care, waste mean errors, wrong information, unnecessary waiting times, etc., and it is important to understand what the value activities are for patients, as primary customer of health.

In the study performed by Arakelian *et al.* (2011), organized surgical team members and their leaders understand operating room efficiency in different categories. Some of these categories have an individual-oriented understanding, meaning cooperation among team members when needed and doing one's best at the right time. While others describe an organization-oriented aspect of efficiency, which is more related to results and economic performance, what means using the minimum resources – time, effort, costs – in order to achieve the best result, while maintaining quality of care. Briefly, as cited by Leo Swenne *et al.* (2015), surgical team members understand efficiency as “being competent, doing one's best and achieving long term benefits for the patient and thus increasing the quality of care”.

To conclude, there are different definitions of the concept of efficiency, and, in particular, in operating departments, what may lead to confusion among team members regarding their goals and duties (Arakelian *et al.*, 2011). It is crucial for supervisors to clarify the concept of operating room efficiency, in order to create a common understanding among the department, contribute positively for the healthcare system and, consequently, the final outcome.

## 2.2. Competence

Competence is the ability of doing something efficiently. In any work, in order to perform successfully, it is important to understand what the work is about, the different components of it.

By taking this into account, excellence in any work position is based on a conscious awareness of the organization and on the different professional roles that the professional should be able to shift between. Larsson (2017) refers five dimensions of competence: theoretical knowledge, practical skills, non-technical skills, the understanding of work and, by last, intuitive expert knowing.

The first two dimensions – theoretical knowledge and practical skills – are the two traditional attributes of competence.

It is important to have a deep learning approach in clinical environment, that can be achieved by recognizing the importance of theoretical background and, whenever possible, to explain what happens during clinical work by referring to theory.

During an operation, the action of all members of the team in the operating theatre is what matters to the patient. Practical skills depend on the experience of professionals, their ability to take the necessary measures according, to perceive what is more important in a clinical moment and disregard the non-important features and understand situations in a holistic way. Also, in order to pursuit professional excellence, professionals should strive for continuous improvement.

Non-technical skills are the necessary characteristics for good team-work in the clinical theatre.

According to Sandberg (2000), different understandings about what the work is about has impact on workers professional competence. Therefore, the ways that work is understood must be explored, as differences on the understanding can lead to difference in how the work is done and how the workers' competence is developed.

In a study performed by Larsson *et al.* (2003) anesthetists understand their work in four ways: focus on the patient as a physiological object, by taking responsibilities for the patient's vital functions (controlling the physiology); understand the patient as a person, and trying to minimize the patient suffering, making him/her feel safer (helping the patient); focus on the team in the operating room, organizing and leading it (leading the team); and, by last, look at the whole hospital as a complex system, and try to facilitate the work of colleagues for the good of the patient (supporting the system). Understanding work means being aware of what the work is about and appreciating the different aspects of the job. In fact, anesthetists are more able to make rational choices in different clinical situations if they are consciously aware of all these aspects of work.

By last, in order to act quickly in difficult and complex situations, professionals need to have intuitive expert knowing, that is related to how professionals apply what they know and it is the type of knowledge that can be used subconsciously.

Competence should be monitored regularly in order to identify areas in which performance is below the desired. By doing so, it becomes possible to improve professionals' competence and, therefore, the quality of care.

### 2.3. Quality of care

Quality of care is composed by the staff's ability to engage and connect with the patient. The care process includes communication, trust, understanding and having empathy for the patient (Leo Swenne *et al.*, 2015).

Quality of care is related with efficiency and, sometimes, both concepts are described in the same way. Yet, all health care professionals have the duty and must have the motivation to alleviate patients' pain and suffering (Rose *et al.*, 2008).

According to Rose *et al.* (2008), health care quality may be judged in accordance to six aims: safety, effectiveness, patient-centeredness, timeliness, efficiency, and equity. These aims are based on the philosophy that a health care system has quality when it helps the people that it intends to help.

The first dimension, safety, means that injuries to patients from the care that is intended to help them must be avoided.

In order to be effective, the provided care must be based on scientific knowledge, and applied to all that could benefit from it, while refrain to those not likely to benefit.

The third aim – patient-centeredness – focus on respecting the patient values and considers his/her individual preferences and beliefs.

Unnecessary waits and delays must be avoided, to both patients and caregivers – timeliness.

In the same way, efficiency must be pursued. This means that waste must be avoided, which includes waste of equipment, supplies, ideas, and energy.

For last, equity in care. Health care quality must not vary due to personal characteristics, such as gender, ethnicity, geographic location, and socioeconomic status.

Health care systems would be close of meeting their patients' needs if it achieves major gains in these six aims. By achieving so, it means that patients would experience a system that is safer, more effective, that respect their values and beliefs, more available, efficient and it does not differ their patients according to their characteristics.

In fact, health care providers could also benefit from the increased satisfaction of their patients. By following the described aims, clinicians and other health care providers can more easily meet the patients' expectations and deliver appropriate care.

Health care can be judged as good or bad. In practice, as referred by the same author, health can be judged as good if it is aligned with current knowledge and if it increases the likelihood of desired outcomes. By other hand, poor quality can mean overuse, underuse or misuse of resources or procedures.

Katlic *et al.* (2011) refers that it is implied that professionals will provide the right care and not fall in poor quality care, e.g., providing unnecessary or not the indicated tests, medication and procedures, with associated risks and/or side effects for patients, and performing the wrong surgical technique.

There are several difficulties with the healthcare system, such as, delays in detection, misdiagnosis and/or incomplete diagnosis, that could be overcome with recommendations such as the use of evidence-based guidelines, and measurement and monitoring of quality of care. Nevertheless, in order to improve efficiency and effectiveness of health care, it is important to foster quality and safety initiatives (Harrison *et al.*, 2015).

Page *et al.* (2016) agrees that interprofessional communication among all members of care teams is required for a safe and high-quality patient care. Numerous studies have demonstrated that poor communication among members of the care team can result on an overall poor patient outcome.

Therefore, all individuals involved in patient care are part of a team and they need to understand each other's roles, responsibilities and the implications of their own actions – which implies the need for communication – and allow them to act appropriately and efficiently as a team, which is expected to improve the overall performance of the same team. In fact, Page *et al.* (2016) agrees that patients and their caregivers should be part of the team, as different individuals bring different perspectives.

The author also refers that the communication among team members is often determined by the structure of the organization in which they act.

Harrison *et al.* (2015) refers evidence that suggests that patients are the only common link between care providers, treatments and points of care and, therefore, they are able to identify

information gaps and inefficiencies in their health care. The author refers several publications that demonstrate the most commonly problems that patients identified in their care (medication errors, communications and coordination of care problems). Therefore, patients can and must identify issues arising in their care and, the health system should use them to improve the quality of the service provided.

#### 2.4. Person-centered care

According to Leo Swenne *et al.* (2015), the concept of person-centered care implies that one person has to consider the life story, memories and expectations of another in order to understand him/her. The concept of person-centered care reflects an interest in patients, in their stories, past experience, needs and preferences (Arakelian *et al.*, 2016). Yet, in fact, there is no concrete definition of person-centered care and, so, it can mean different things in different contexts.

Beliefs and expectations about care, as well as the degree of trust and satisfaction with a practitioner, influence patients' perception of care (Harrison *et al.*, 2015). In fact, every patient is unique and, therefore, may be treated with unique care.

For much of the 20<sup>th</sup> century, patient's opinions were not considering and neither their medical information promptly shared. As a matter of fact, physicians and their designates were considered the decision makers and the keepers of medical information (Stacey *et al.*, 2008).

After the middle of the last century, there has been awareness in order for the patients to be better informed and, afterwards, actively participate in the decision-making process.

Nowadays, there is increased emphasis within health professionals' organizations on patient-centered care, that includes the involvement of patients on the decision-making process. It is also important that patients, their relatives and all healthcare providers agree on the care pathway (Adamina *et al.*, 2013).

On the last years, there has been an increasing in medical information and its access for patients, and, consequently, in the patient's involvement in the decision-making process. Moreover, supporting patients to get involved in the decision-making process is to recognize



them as important. However, many patients do not feel certain about the best path to choose and require support in the decision-making process (Stacey *et al.*, 2008).

In some situations, clinical decisions can be made without taking into account patients' opinions, while in others the clinical decision is not straight-forward and patients' values and beliefs have to be taken into account. The same author states that the quality of the decision is defined by the extent to which decisions are in accordance with patients' values and preferences, having in mind the current scientific knowledge and evidences.

Patients' satisfaction is highly influenceable by the information and communication between nurses and doctors with patients, such as, examination results, treatment and self-care information, and the opportunity to be actively involved in decision-making during the perioperative care (Leo Swenne *et al.*, 2015).

It is therefore important to analyze whether doctors and nurses have the same perception of efficiency and quality of care as patients, in order to increase their involvement in their own care and, consequently, their satisfaction. And it is crucial that healthcare teams are comfortable including patients and caregivers as part of the team (Page *et al.*, 2016).

In some cases, the decision made by patients can make the clinician uncomfortable, such as, for example, the use of unproven herbal therapies. This is one of the reasons that makes the 'shared decision making' the best approach, instead of patients deliberate on and make decisions independently. As defined by Stacey *et al.* (2008), the decision-making process should imply the discussion between patients and professionals about the current scientific evidence and patients' options, while trying to achieve to an agreed choice between both parties.

However, in practice, making decisions can be more difficult than it seems. Sometimes, patients experience the so-called decisional conflict. This concept is characterized for occurring when patients reveal uncertainty about what choice to choose, and the available choices challenge their personal life beliefs and values or involve risks.

Stacey *et al.* (2008) reviewed several studies that showed the existence of some key factors that contribute for the occurrence of decisional conflict. In patients' decision process about their healthcare pathway, they usually base their judgment on factors such as the information provided about the available options and their personal values. They feel uncertainty during

this process when they feel that they do not have enough information, do not feel supported during the decision-making process or do not have their values and beliefs clear.

In fact, patients that experience decisional conflict are more likely of delaying, changing or regretting their decision, and even blame their doctors for bad outcomes. Thus, ideally, clinicians' intervention should help them to understand the importance of their choices, based on the current scientific evidence and available options, and having their values and beliefs clarified, in order to achieve to a satisfying decision.

The goal of person-centered care is to achieve higher-quality decisions by balancing clinical knowledge with patient autonomy. In this way, patients get involved in their health decisions, are treated as unique individuals and have their values and beliefs considering what should make them more satisfied with the outcome.

## 2.5. Perioperative care

The perioperative care refers to the pre, intra and postoperative stages of a surgical procedure.

The preoperative stage is characterized by the patient's assessment. In this phase, it is important to anticipate and minimize complications post-surgery that may cause adverse results, whereby it has been of a great importance to involve patients and other specialists in this stage. Additionally, in some cases – with special attention for high-risk surgeries –, international guidelines are followed to objectively assess the patient's condition and stratify the risk involved – during and after the surgical procedure (Gillies *et al.*, 2017).

The intraoperative stage occurs in the operating theatre and it is in this phase that the surgical procedure occurs.

Then, after surgery, patients are usually sent to the post-anesthesia care unit or critical care unit. They are monitored and have the first precautions measures after the surgical procedure. After that, they go to the corresponding ward until hospital discharge.

Over the recent years or decades, the focus of perioperative care passed from safety to a growing focus on team and human factors. In fact, there has been a growing development on the patient involvement during the perioperative care.

It is usual that patients feel some fear and anxiety due to surgery and what should come next (Pulkkinen *et al.*, 2016). Practices as the perioperative dialogue or the preoperative visit are an example of how professionals are overcoming that concerns.

The perioperative dialogue refers to the dialogue that occurs during the perioperative care between the nurse and the patient. It was developed with the intention of guiding the perioperative nurses and nursing managers, for planning and organizing the perioperative care. Its main goals are to alleviate the patient' suffering and stress, create well-being, safeguard its dignity and make the surgical procedure an event that the patient will remember as positive (Pulkkinen *et al.*, 2016). This approach is characterized by the relation of proximity created between perioperative nurses and patients. In this way, it is possible to transfer a sense of trust, dignity and respect for the patient, while performing preparatory procedures quicker and safer (Lindwall *et al.*, 2009).

Lindwall *et al.* (2009) also refers that studies have shown that children with special needs or who have had an unpleasant experience of medical care change their feelings from fear to confidence through the perioperative dialogue process, mainly due to the sense of continuity that it creates.

New habits and new ways of thinking may emerge from the closer and continual contact with patients.

Leo Swenne *et al.* (2015) refers that the quality of care and efficiency of workers increases when they enjoy their work, making them perform a better job. Supervisors have to question the reason behind the fact that some workers perform better than others, in order to increase their competence and, consequently, the efficiency of the organization (Arakelian *et al.*, 2011).

### **3. Methodology**

#### **3.1. Research context**

In literature, there are several studies dedicated to the understanding of efficiency in the operating room and its importance. The attention to quality of care and the active involvement of patients in the perioperative process are topics that are having a growing importance. However, this concern is more evident in the U.S. and, more recently, in some European countries, such as the case of Sweden and the United Kingdom. In the Portuguese health system is clear that patients have to agree with most of the treatments and procedures, or, at least, they have to be informed about that procedures.

Although, before implementing more complex concepts – such as person-centered care – which requires more resources or the reorganization of the existing ones, there is the need to reflect on the understanding from health professionals about primary concepts – as efficiency.

The view of efficiency from health professionals can have a great importance in the whole system.

#### **3.2. Research design**

Healthcare deals directly with people and, thus, should consider the human side or the importance of that people. In this study a qualitative methodology was used focused on an exploratory and reflexive approach in order to understand participant's experience where interviews are a way to give meaning to a certain subject under analysis.

Having this in mind, and regarding the nature of the problem being studied, a narrative inquiry was followed in order to collect primary data. Narrative inquiry is a form of qualitative research characterized by seeking “not only to personalize but also to engage proactively with its research population through deliberate intervention” (Bleakley, 2005).

By using narrative inquiry, the speech is oriented to stories and, afterwards, analyzed as data. This type of research is characterized by being a form of storytelling. The idea behind this method is for respondents to talk about their experiences and to bring closer the interviewer and the interviewee (Fraser, 2004).

Narrative inquiry is characterized by three dimensions: the personal and social (interaction), the past, present and future (continuity) and the place (situation) (Clandinin, 2006).

In their experiences, people are always interacting, and from this interaction it is possible to see their references of the three dimensions that characterize the narrative inquiry.

The dimension of interaction can be exhibit, for example, through their feelings, hopes and desires (personal context), as well as, the surrounding environment that constitute the context (social). Interviewees are invited to tell a story about their experiences, along which they start from a point of the past and present and carry them into an experiential future. In this way, they reflect about the notion of continuity (Moszczynski, 2013).

By last, every story occurs in a specific place. In this case, the place usually refers to the operating room, the service and/or the hospital.

Summing up, the story told by individuals is characterized by a continuous interaction between the personal, social, and physical environments that constitute the experience (Gaudite, 2015).

### 3.3. Data collection

After the consent of the ethical commission, the data collection began on 12<sup>th</sup> of March and ended after exactly one month, on 12<sup>th</sup> of April.

Eleven interviews were performed, in which different professionals, with different functions and diverse years of experience were chosen. Additionally, some patients were also interviewed. The interviewees consisted on: one perfusionist (cardiopneumology' technician), two anesthetists, two general surgeons, two cardiothoracic surgeons, two nurses from general surgery, two operating room' nurses and four patients. Each person was chosen randomly, only considering that the respondents should have different years of experience, in order to unbiased the conclusions. For example, if one nurse had just some years of experience, the other interviewed nurse must have more experience than the first. In this way, it was possible to gather data from people with different professional experience maturity and, consequently, with different types of view. All interviews took place at the hospital.

Some patients were interviewed with the aim of understanding if their speech is consistent with the professionals' stories. Usually in the day before each interview, it was provided a document (Appendix B) to the interviewee with a brief introduction. In addition, in the beginning of each session, the interviewer made a brief summary about the information included in that document and the goal of the interview – understand their view of efficiency in the perioperative process.

Before beginning each interview, it was always explained to the respondents that they were free to not answer and to interrupt wherever they want, and that all of the provided information was anonymous. All interviews were recorded, with the oral and written consent of interviewees. As requested by the ethical commission, informed consent was obtained.

Additionally, it was briefly explained how the information provided would be used, in order to pass on the idea that it should be a narrative, a story told by each person, the power that their words will have and that the interviewer will try to interfere the minimum possible. Since there were no specific questions, the interviewer only intervened when felt appropriate, in order to orient the respondent for the aim of the study.

### 3.4. Data analysis

All interviews were recorded and, afterwards, they were transcribed. Transcriptions were necessary to analyze stories line by line and draw concrete conclusions (Fraser, 2004). Gioia methodology was used as a tool to draw that conclusions.

Gioia methodology was partially followed as a “flexible orientation toward qualitative, inductive research that is open to innovation” (Gioia *et al.*, 2012). This means that it was not completely followed, but, instead, was mainly used to examine all data. This approach divides the initial phases in a first-order analysis and a second-order analysis. The first-order analysis uses “informant-centric terms and codes”, while the second-order analysis uses the “researcher-centric concept, themes and dimensions”.

The first step of the data analysis consisted in reviewing each interview thoroughly and start discovering first order concepts. It was not unusual to find a lot of first-order categories in this phase and to have the feeling of being lost due to the number of categories that arise. This first-order analysis was done in parallel with the second-order analysis.

As the several interviews were analyzed, it started to appear similarities among categories and some of them were joined. In this way, it was possible to reduce the number of categories. By other hand, some differences among the categories became clearer.

Then, the process was repeated, but having in mind the possible occurrence of nascent concepts – that do not seem to have adequate references in the existing literature – and the existing concepts that may highlight. In this way, it was possible to reach the so called second-order themes.

Nineteen 2<sup>nd</sup>-order themes were found, named as:

1. techniques executor,
2. tasks compliant,
3. efficiency as a relation among efficacy and costs,
4. working in function of the patient,
5. relationship with the patient,
6. efficiency as a buzzword,
7. efficiency as safety (risk),
8. patient as a resource,
9. efficiency as use or consume of resources,
10. requirement of more efficiency (costs),
11. efficiency is a result of a team,
12. efficiency is control,
13. efficiency is the result of competences (learning and routines),
14. efficiency is organization and (management of) time,
15. efficiency as moral (image),

16. efficiency is communication,
17. efficiency is immeasurable,
18. efficiency in the patient' view, and
19. preoperative visit.

Finally, it was possible to “bundle” even more the nineteen second-order themes, reaching to the five aggregate dimensions described in section 4 (efficiency as action, efficiency as a chimera, efficiency seen as patient’s well-being, and, efficiency as the result of a team in interaction (with and/or without the patient).

The units of analysis of this study were the professionals, their view(s) about efficiency, as well as, their relationship with their colleagues, the possible interaction with patients and its benefits. In part, it is possible to observe that the aggregate dimensions from the collected data are aligned with the different units of analysis of the study.



## 4. Results and Discussion

By following the methodology, the perspective of efficiency is aggregated in five dimensions: efficiency as action, the resistance to efficiency, efficiency as a chimera, efficiency seen as patient's well-being, and efficiency as the result of a team in interaction.

All of the transcriptions presented in this section belong to the interviews performed for this research and can be found from appendix A-1 to appendix A-11.

### 4.1. Efficiency as action

Most of the respondents associates or mistakes efficiency with efficacy. In theory, they know the definition of both concepts, but, in practice, it is not so easy to distinguish them. Also, the respondents revealed difficulty in thinking and approaching the concept of efficiency.

Some of the respondents associated efficiency with the act of doing and doing well.

It was possible to observe that health professionals tend to follow a sequence of operations or tasks since the moment the patient appears at the hospital. From that moment on, professionals are channeled to act.

Mostly in the operating room, they execute techniques and follow protocols. Protocols specify what it is supposed to be done in each situation, or in each treatment, and the steps that need to be followed previously, during and after each operation. By following so, they believe that,

*“for the same condition, even with different patients, being able to do an adequate procedure and having similar results”*

is exactly what they want, in the sense that they are doing what is considered to be ideal for that condition. In fact, some of the respondents find efficiency in the ability to accomplish a given sequence of tasks. By following norms,

*“all professionals are working in the same way and, by doing so, they work faster and, eventually, are able to diminish some of the associated costs”*

of their work. This view is quite similar to the lean philosophy, in which, by following protocols, professionals are minimizing the wasted time in repetitive tasks.

They admitted that when they have compliance with protocols, they feel capable of being more efficient, mostly because all steps flow naturally. In fact, several respondents said that the operating room is efficient in its routine, because tasks are clear and repetitive

*“The operating room is efficient in its routine”.*

In the operating theatre, following a routine is a synonymous of efficiency. By following repetitive tasks or operations, professionals tend to believe that they are being efficient. And intuitive expert knowing (one of the dimensions of competence referred in the literature review) is linked to the ability of acting quickly in complex situations. For the doctor/surgeon, efficiency is equivalent to the time spent in the operating room. When there is unnecessary time spent in the operating theatre or between surgeries, they were not efficient. This view of efficiency is the basis of lean philosophy. In fact, some respondents referred the importance of saving or optimizing time to create gains of efficiency.

Although, one respondent revealed that professionals

*“often put more focus in the condition and less in the patient, ending up forgetting him or her”.*

This may happen because, when they are faced with a certain condition, they are oriented to do specific techniques and tasks that became part of their routine practice.

Other respondents referred that the main idea is to comply with the purposed tasks or objectives, with what the organization expects them to do, to follow norms and protocols. As approached on the literature review, surgical team members can understand efficiency as organization-oriented, which is more related to results and economic performance. When complying with protocols implemented by the organization, in principle, they are using the minimum resources, maintaining quality of care and achieving the best result.

A positive side of this orientation to follow norms and protocols is the fact that, when there is that need, it becomes possible to correct several aspects before surgery, what may prevent future difficulties or complications

*“evaluate the patient, well evaluated and after that evaluation, if there are factors to correct, we will correct them before the pre-surgery moment”.*

One respondent affirmed that professionals are

*“more focused on evaluating and stratify the risk of each patient, in each clinical procedure and strategies to reduce that risk”,*

what can help to explain why their view of efficiency is so oriented towards action. In this way, professionals are trying to be competent, by doing their best in achieving long term benefits for the patient and, consequently, increase the quality of care.

Additionally, respondents referred the importance of checklists. It is mandatory to complete all steps of the checklist in order to be able to move to the next “phase”. In this way, respondents are trained to verify if everything is in accordance with the checklist. Therefore, for example, when nurses are preparing the necessary material for an operation, they automatically check in the “material checklist” if they have the necessary material for that operation. And the same happens when a patient enters in the operating room: all steps need to be fulfilled before proceeding to the next phase. Professionals are trained to perform these operations or tasks, and the process flows in a standard and regular way. These checklists exist in order to prevent failure and to better deal with setbacks that may happen.

*“With the checklists that exist these days is hard to miss something”.*

In this aggregate dimension, efficiency is transformed in efficacy and the goal is to obtain the best performance.

#### 4.2. Resistance to efficiency

On the previous aggregate dimension – efficiency as action – it is possible to observe that respondents tend to confuse efficiency and efficacy. They are focused in doing and having the best performance, even if it implies higher costs. In this way, some of them did not seem prepared to think about gains of efficiency.

When questioned about the possibility of reducing costs, most of the respondents had not the best reaction, in the way that they preferred not to think about it, did not have that need or simply had never thought about gains of efficiency applied to their daily job. Also, some of them affirmed that in the health area we should be very careful when reducing costs or resources

*“in the health area we should be very careful with that things and the resources cannot be too little”*

and

*“It is not possible to cut too much the resources or to try to diminish too much the resources in order to get more efficiency or less costs”.*

Briefly, if savings on health are excessive in the short run, without understanding the consequences in the long run, they will become expensive in the future

*“I think there is a big concern about saving costs at the short run, without understanding that it may imply costs at the long run”.*

Most of the respondents stated that an increase in efficiency or a decrease in costs would lead to a decrease in resources and, therefore, an increase in risk for both professionals and patients.

*“I can make differently, but it will, for sure, have a loss for the patient”.*

These respondents had a more “rigid” or inflexible view about this topic. Some of them tried to transfer the responsibility of making decisions about efficiency to another colleague, person, to the institution or organization, while others were unable to think about gains of efficiency.

*“if the surgeon says “I assume the responsibility” (...) if the responsible for the room assumes that responsibility, then it will be him to assume.”.*

In fact, they also said that if costs needed to be reduced, it should be in other things or departments, because there are more waste there than in their routine

*“It is too difficult. For me is extremely... I get outraged (...) And when I see so much waste, isn't it?”.*

When asked about how they could be more efficient, some of the respondents thought about increasing monitorization, “protection”, skills, methods, resources in order to reduce the risk and anticipate complications, and they were unable to go beyond that line of thought. The

justification was that with more parameters, they were able to better prevent and anticipate certain events, what contributes to reduce the risk involved

*“how much parameters do we have (...) it will only help us preventing and anticipating certain events”.*

On a certain way, respondents linked the risk involved in their performance to their competence.

As a matter of fact, one of the respondents referred that some years ago, during the recent economic crisis lived in Portugal, the monitorization in the operating room was reduced and, maybe because of that, surgeries became longer or patients took more time to recover and, for her, the benefits did not compensate the harm that could be caused

*“Maybe, there were more time in the operating room because of that, or more time in the post-surgery (...) For the administration it compensated. For me, it did not”.*

This reveals the incapacity of thinking in management terms, the lack of training and/or motivation to do so. This line of thinking was verified specially in professionals that spend most of their time in the operating room. In surgery, everything is monitored, procedures are very accurate and there is no margin for error. Having this in mind, most of these respondents believe that the operating room is already efficient and there is no room for gains of efficiency. In fact, one of the respondents referred that he would refuse to be involved in a surgery without safety for the patient or for the service and stated that, in the limit, the only way to improve efficiency in the operating theatre is to do less surgeries, because, in this way, there would be less consume of resources

*“Because if I do not have safety to do certain types of procedures, I will not do them. I will not put the patient in risk, and neither my service”*

and

*“we will have to do less surgeries, because by doing less surgeries, we spend less material”.*

While others respondents referred that the study (of the patient and its condition) previous to the surgery must be well done. In this way, they would not loose so much time before, during

or after the surgery, due to, stress factors, a bad patient preparation for the surgery or predictable situations. This indicates their sensibility to prevention instead of cure.

Moreover, some nurses referred the need to adapt and manage resources. In fact, one of them referred the idea that

*“resources are limited and should be well managed, although, never forgetting the need to have boundaries when talking about reducing material or resources”.*

Additionally, they referred several times the need that they have in their daily job to adapt to different circumstances – whether if there is lack of material, or if the existing material is not appropriate, does not have the proper quality or the patient is not very collaborative, among others circumstances

*“we try to adapt (...) in order to get to the same result... get to do what I want to do, with other resources or with what I have”.*

Besides all of this, one of them referred the huge waste that exists, because professionals do not seem to have conscience about the cost of materials.

*“There are some strategies that I use because I have some conscience about the cost of the material (...) I began to understand the silly amount of money that we, sometimes, throw away, with need”*

However, some of them stated that some

*“procedures are an obstacle”*

to their efficiency, due to the waste of time that they create.

A group of respondents talked about gains of efficiency as a reduction of dead or unnecessary times. This thinking is in accordance to one of the definitions referred in the literature review about the concept of efficient performance, that stated that a gain of efficiency occurs when there is a cost reduction without affection quality. Although, for example, to justify why an increase in resources is beneficial – in efficient terms –, they affirmed that is due to the saving in time that it creates – without thinking in other costs related with the increase of resources.

*“using more resources, is it possible to have more savings? (...) Time savings, yes.”*

Although, in order to optimize time, it is crucial to be organized and to be prepared for what will or may happen

*“it will be an efficient work, because it is a work that is scheduled, we know what will happen, we are ready for the obstacles that always occur, we know that there are always issues”;*

*“if we have things organized, we will hardly forget the steps that are, at least, essentials and basics”.*

On what concerns the awareness of costs, when talking about optimization of resources, one respondent affirmed that concerns about costs are

*“the last thing that they “put on the table” because they do not want to act or to be understood as machines”,*

due to what concerns the human side of health. However, he affirmed that they are increasingly aware of that issue and that efforts have been made in order to improve their actions, with the aim of not waste so much unnecessary money. Therefore, they

*“try to find medical strategies that have proven quality and reject the ones without clear evidence”.*

### 4.3. Efficiency as a chimera

On the first two aggregate dimensions, it is possible to verify that respondents tend to think about efficacy instead of efficiency, or to associate both concepts, what orients them to action and to do a sequence of tasks or procedures for their patients. In this scenario, it seems hard for them to think in reducing costs or having gains of efficiency even if that change could only challenge marginally the patients' safety. In this perspective, their objective is to improve their performance, in order to get better results for the patients, even if it implies higher costs. Therefore, the idea usually is to increase monitoring and checklists in order to increase safety and reliability in procedures, what usually implies more costs. Yet, if the institution or the organization wants more efficiency somehow, they must enforce norms to achieve that.

Additionally, there is a tendency to transfer the responsibility of effectiveness. In fact, respondents passed on the idea that efficiency is an institutional and organizational concept, and, consequently, it is not one of their (major) concerns. Although, some respondents showed their concerns about resources' management or unnecessary waste, what can indicate their desire about efficiency being a concern of health professionals too, and not only an organizational or institutional matter (as verified on the previous aggregate dimension).

By one hand, some respondents referred that all of them can say that they are efficient. One example of this was given by one nurse that mentioned that she could be on the computer writing that she gave emotional support to one specific patient and, in order to do that, she is not able to be with that patient

*“I am on the computer writing ‘I gave emotional support to this patient’ and, in order to do that, I was not with the patient.”*

As referred previously, quality of care is composed by the staff's ability to engage and connect with the patient (Leo Swenne *et al.*, 2015) and it is formalized the importance of connecting with patients. By communicating and creating a relation of trust, empathy and understanding for the patient, nurses are contributing not only to efficiency but also to quality of care.

It is important to provide and dedicate time and space in creating relations of trust and understanding with patients and, in this way, contributing to quality in the care process.

Also, they all try to find an explanation to justify all of their steps – not only the bad ones, but also the well-executed ones.

By other hand, efficiency

*“is hard to measure”,*

so, how can we say that occurred a loss of efficiency?

*“It is not easy to understand when there is a loss of efficiency”*

or a loss on the quality of the service provided. On the health area, sometimes it is not easy to understand the real impact that a change can have on the final outcome.



As referred previously, Harrison *et al.* (2015) mentioned that patients can provide valuable information regarding problems in their care. One way to avoid that issues and, consequently, improving the quality of the service provided, is to ask the collaboration of patients in providing feedback.

#### 4.4. Efficiency seen as patient's well-being

Some health professionals see efficiency as the patient's well-being, not only throughout the perioperative phases but also in the long run. They want to deliver

*“the best and the safest treatments and methods to each patient”,*

in order to restore their quality of life.

Respondents referred that their function is to provide a service to patients and, having this in mind, their obligation is to

*“comply with the different phases of their service, not only in the fastest time possible, but also with the highest rate of success”.*

Some respondents referred the importance of screening, having in mind that it is key to

*“achieve a successful result, with a linear and brief post-operative phase.*

All of these statements have in common the worry to improve quality of care, while optimizing resources, such as the time, which reveal a convergence to the lean philosophy thinking.

This means that patients should be at the hospital the minimum time possible, but without negatively affecting his or her health condition. The main idea is that patients stay at the hospital only the necessary time, with all the requirements assured. Health professionals are in contact with patients in order to evaluate their condition, to

*“stratificate the risk in such a way that they become able to reduce the risks associated to procedures and surgery”,*

what means that they adapt their approach to each patient's condition.

Professionals must pay attention to issues or difficulties that the treatment may cause on the patient condition and in his or her future quality of life. In this regard, their objective is to

*“always restore their quality of life, at least to the one that they had before entering at the hospital”.*

One respondent referred that

*“patients value a lot the pain and the way that they are humanly treated – if they are listened, if they are considered”.*

And he also said that patients

*“end up accepting most of the issues that may arise, or a hard recovery after surgery, if professionals explain them well what is going on”.*

As mentioned in the literature review, it is important to understand and take into consideration beliefs and expectations of patients about their care. Moreover, communication can be key when dealing with patients and, consequently, issues that may arise regarding their care process.

Having in mind that the objective is to restore the quality of life that patients had before they entered at the hospital, professionals have to adapt their approach to each patient and/or each condition. In some cases, professionals have to discuss with one another their thoughts about specific patient's condition, with the aim of reaching the best treatment for that pathology. In this way, professionals minimize the risk of complications after surgery.

*“Treat them in the best way possible and causing the minimum of damages, in order to, in the post-surgery moment, we lower the possibilities of them having complications”.*

As referred in the person-centered care section, every patient is unique and must be treated as a unique individual.

Another important factor, particularly due to the administration pressure, is the time that patients spend at the hospital. As previously referred, some respondents – mainly professionals that work in the operating room – stated that they want that

*“time to be the lowest possible, without loss for the patient”.*

Nevertheless,

*“more important than the time spent in surgery is that the procedure is performed properly”.*

the treatment is accurate and the patient collaborates or at least do not jeopardize or affect negatively his or her recovery.

Most of the respondents passed on the idea that they work for the patient and for his or her health improvement

*“... everybody works with the same objective of improving the patient welfare”.*

Even performing in different positions, health professionals' value the patient's well-being and, at the end, they want to know that patients leaving the hospital with satisfaction in relation to the service provided.

All of the interviewed nurses stated that

*“a good nurse is able to see and take care of the patient as a whole”.*

that knows, works for and have the aim of helping him or her. They are committed to the patient. Nurses referred the importance of having a relationship with their patients, as a whole. If they do not know their patients, they would not be so capable of creating a relationship with them, clarifying their doubts so clearly and helping them in general.

*“The relationship created is, without doubt, useful to get results at several levels”.*

It can help the patients to expose some of their doubts or concerns, since they probably would not expose them if they do not feel comfortable. Nurses get to know their patients and understand some of their concerns too, and they can also help them to clarify some points.

*“I think that for the patient is preferable to have a nurse of reference, that passed the shift with her or him, and to which he/she can express certain doubts.”.*

Nurses get to know the relation that patients have with their relatives and can be a bridge between them, if necessary. Moreover, nurses can better manage their time and their tasks if

they know how capable and collaborative their patients are. At the end, the relationship can be clearly beneficial for both.

As referred by Leo Swenne *et al.* (2017), nurses are facilitators. During the perioperative process, nurses try to understand patients, help them during the perioperative process and, by being continuously present, they are able to create a relation with their patients and pass on a sense of security, that can benefit both patients and nurses.

In order to facilitate the patient's recovery, nurses adapt the physical space or the tasks to each patient, for him or her being able to collaborate as much as possible in his or her own recovery. Everybody wants a fast recovery after surgery and, for that to happen, patients need to be able to collaborate – physically and/or mentally.

*“If patients feel comfortable and not in much pain, they are able to move, to not feel so sick and tend to be more optimistic in relation to their recovery and, in this way, it becomes easier to come back to their normal life”.*

*“One patient mentally well is easier to deal than one that is not collaborative”.*

When patients understand the severity of their condition, they are usually mentally capable to collaborate, being positive and active in the post-operative phase is good for their recovery. As mentioned on the literature review, on the last decades, patients are becoming more informed about their health condition, more collaborative and there have been an increase in their involvement on the decision-making process regarding their care.

*“Knowledge about their condition will only be beneficial for the patient”.*

Also, the presence of the family seems to be a positive factor in their recovery. At least, the family will be present to learn or to understand all of the information transmitted to the patient and will be better prepared to deal with the patient at home, to know how to support him or her.

*“all of the information and teaching and so on what we give to patients, the family would also learn that information... maybe they will be more aware about the way to support that patient in his/her post-surgery”.*

In fact, some respondents referred that they try to adapt their tasks in order to enable the patient and the family to collaborate as far as possible, even though if

*“sometimes it delays the hospital discharge”.*

They do this thinking about the patient’ well-being during his or her stay at the hospital and after that, at home.

It is important that patients are informed and honest about their health situation before surgery in order to better and faster communicate that information to their doctor.

*“how much more complete is our interview with the patient, more hypothesis we will have to do the addressed exams for what we think.”*

After that, in the intraoperative phase, patients seem to reduce their anxiety if they know in advance what will happen, the procedures that will be followed and who will be with them during surgery. They seem to have less anxiety caused by surgery. In this matter, some respondents suggested the creation of a preoperative visit. This visit is already implemented in pediatrics, at this hospital, and

*“it showed to be useful”.*

The visit helps to reduce anxiety of both parents and children. Respondents confirmed that they believe that it could be beneficial in adults too, especially due to the reduction of patients’ anxiety, even though it could only be felt for the first ten or fifteen minutes after the patient enters in the operating room (after that, anesthesia will begin to have effect).

*“the preoperative visit, that I think that would diminish the anxiety.”*

The anxiety levels will probably reduce, because patients will enter in the operating room and see familiar faces. They will also know what the next steps are, if he or she will have to answer questions and what those questions are. Essentially, the impact will be mostly noticed in the first moments, when the patient enters in the operating room and in the anxiety that he or she carries due to surgery.

The awareness of the advantages of the perioperative visit and its implementation on the health system can lead to the implementation of the perioperative dialogue in the future. The main goals of the perioperative dialogue are to alleviate the patient’ suffering and stress due to

surgery, safeguard his/her dignity and take into account the patient's beliefs. All of these goals are similar or equivalent to the aims of the preoperative visit. At the end, the patient's well-being during the perioperative process has a major importance.

Even though the surgeon or the doctor passes on a lot of information to the patient, it is not enough.

*“We know that there is a lot of information that the doctor passes, the surgeon passes to the patient, but that information is not the one that the patient need, the patient needs other information, he/she needs to have a preparation that is a little different”*

In fact, one respondent referred that she entered in the operating room once as a patient and that it was scary. She stated that

*“the vision of the operating room from the professional's point of view is much different from the point of view of the patient”.*

Moreover, the existence of a preoperative visit will confirm if patients are physically and mentally prepared for surgery, their knowledge about their condition and if there have any doubts that need to be clarified.

Furthermore, after surgery, if patients are informed about their condition, their health status, what they should and should not do in this phase, they are able to be more collaborative and to boost their recovery, or at least to not delay it.

Although, respondents admitted that when they refer their desire for the patients to move and collaborate, they are not thinking about costs or about the bed' vacancy, but in the quality of life of their patients. They

*“were autonomous before they entered at the hospital, so, they have to regain that autonomy”.*

Health professionals seek to get the best treatment for their patients,

*“in the less invasive way, but with the best result – not only the actual, but the best result a la long”.*

Their main objective is to heal the pathology that brought the patient into the hospital, even though sometimes it is not possible for the patient to become equal to a person that never had his or her condition. In all cases, they want patients to be able to

*“have a normal life, without the need of another surgery”.*

#### 4.5. Efficiency as the result of a team in interaction (with and/or without the patient)

During the perioperative process, it is important that professionals work together, as a team. As shown in the previous aggregate dimension – efficiency seen as patient’s well-being –, in some cases, it could be beneficial to include patients in that team. Nonetheless, as referred by Page *et al.* (2016), it is important that health care teams are comfortable in including patients as part of their team.

*“There seems to exist a close relation among all professionals (nurses, doctors and medical assistants) and everybody works with the same objective of improving patient’s health”.*

As a matter of fact, health care implies that different professionals are mutually connected and in constant communication with each other. As referred by Page *et al.* (2016), communication among all members of care teams is a requirement for safe and high-quality patient care.

In oncologic cases, it is mandatory to do a meeting with different professionals in order to

*“discuss the case and find the most appropriate treatment to each patient”.*

And the same procedure happens for other complex situations.

*“Professionals from different areas meet, evaluate each patient’s condition, each process and get to a common agreement”.*

As previously referred, before surgery, patients must be collaborative in providing a truthful and complete story about their health. Having this in mind, patients should be educated for the importance of doing so. This factor can influence the time that patients wait for surgery and/or the time that patient have to lose in order to solve or to alleviate their condition. By providing a complete health background, doctors may not have the need to require so many additional exams, or to repeat exams that the patient had already done, for example. Therefore, patients

can be seen as active players of the perioperative process, in the way that they can influence it.

An example that demonstrate the importance of the interaction of this team, that can include the patient, is the case of drug addicts. Among other problems, drugs can cause serious health damages and, in some cases, they may require surgery. If, after leaving the hospital, that patients do not collaborate and continue to use drugs, they will hardly be able to appreciate the work of professionals in improving their health.

*“When things go well, they leave the hospital and use drugs again, almost forgetting the number of professionals that worked for their life and for their stay here, because they use drugs again and come back here to be operated again”.*

And, the whole chain, will not be efficient because patients did not do their part.

Efficiency can be seen as a result of a team and, during the perioperative process, the operating room is the place where it is possible to easily see that interaction.

As referred on the literature review, Larsson (2017) refers five dimensions of competence.

One of them is the practical skills. In the operating room, professionals have to be united and work together in order to guarantee efficiency, this is, if professionals do not work together, it is more difficult to achieve efficiency.

*“Inside the operating room it has to be almost a family, a brotherhood, in order to have efficiency in function of the main goal that is the patient”.*

Consequently, it is imperative that professionals communicate well with each other, because they are constantly depending on each other. Communication is key when working as a team and can be seen as one of the non-technical skills necessary in the clinical theatre in the pursuit of competence. In fact, during surgeries, the surgeon does not execute certain “steps” if some of the others specialists do not answer him/her, and the same happens for other professionals in other moments of the surgery. Thus,

*“if someone cannot work in team or communicate, he or she cannot work in the operating room”.*



Some interviewed nurses that work in the operating theatre referred that they prefer to perform different “job positions” or categories instead of just performing one type of category. In this way, they admitted that their job becomes

*“less monotonous”,*

because they are able to participate in different types of surgeries, what implies different procedures and, consequently, more knowledge about different topics. Besides another positive aspects, if unexpected situations occur, that nurses have more chances of being able to perform a surgery (due to their knowledge) than nurses that only perform one type of surgery. They cannot be in a surgery if they do not have the knowledge for that. In fact, one dimension of competence is the theoretical knowledge, that is related to the importance of having a deep learning approach in clinical approach.

Therefore, the operating theatre has to take advantage of the knowledge that professionals have. Health professionals have to be constantly studying, because there are always new discoveries and procedures to learn. The strive for continuous improvement is crucial for professionals being able to achieve professional excellence.

Some respondents referred the advantage of having teams constantly changing. Although fixed teams work well together,

*“it does not compensate because surgeons, with the same specialization, have different methods”.*

Professionals would lose some of their learning ability in other areas. Therefore, when they are always changing the teams in which they are, they are constantly learning, updating their knowledge and it becomes easier to upgrade their working methods. In sum, they are continuously improving. In the operating room,

*“the margin of error is minimum and their knowledge and study of the patient’s condition must be extensive”.*

The competence of professionals is linked with their understanding about the work and can be reflected in the way that work is done. Another dimension of competence referred in the literature review is the intuitive expert knowing, which is linked with the way that professionals act in difficult and complex situations, revealing their subconscious knowledge.

Respondents also talked about the advantage of routines and gains of repetition. Over time, as the experience of professionals increases, their ability also increases and they become capable of performing more surgeries than before.

*“One of the results of that optimization of resources is that with the same people, with the same time and the same money, I can increase the number of surgeries”.*

Nonetheless,

*“routines can relax professionals, as far as they can think that they already know everything”.*

They can have excess of confidence and that can be a risk.

*“I think that the excess of confidence is bad. Efficiency makes sense as long as it does not lead to excess of confidence (...) they begin to facilitate, they facilitate”.*

Surgeries with local anesthesia allow the collaboration of patients during surgery, and usually imply more interaction of nurses. Nurses have to pay attention to the surgeon, but they also have to monitor the patient, because he or she is awake. Typically, patients have to be “entertained” by the nurse in order to not feel so uncomfortable and to be distracted somehow. As referred in the literature review, nurses are facilitators who understand and help the patients (Leo Swenne *et al.*, 2017). In some cases, patients have to give their feedback about what they are feeling, and so on. This can be seen as collaboration of patients and, in this way, they are contributing to efficiency.

When patients are under general anesthesia, during surgery, respondents affirmed that

*“the surgeon is the voice of the patient”.*

The surgeon is the professional that talks instead of the patient and the one that will make the necessary decisions, if needed.

Health professionals try to adjust their speech and actions to the knowledge of their patients in order to improve or to facilitate their future life. An example of that are the “tricks” that professionals do in order to adapt the prescription to the knowledge of their patients. One example is the following:

*“we have illiterate patients, in which we do not do the regular medication containers, but the sun and the moon instead, supposedly, referring to breakfast and dinner. We try, jointly with the doctor, to find an alternative”.*

*“Professionals may not ask the impossible. They have to adapt what they will ask each patient to do to their reality”.*

When working as a team, professionals are able to have a better performance (by being more efficient) for their main objective: improve patient’s health situation. It is important that different teams, or different services, interact with each other, because

*“if one part of the process fails, all chain fails”.*

## 5. Conclusion

Most of the health professionals interviewed had difficulty in approaching and thinking about efficiency. Most of them did not seem prepared to talk about it, or even seemed to think about efficiency frequently in their daily basis. Also, there is confusion about the concepts of efficiency and efficacy.

Respondents are not usually asked to perform efficiently, but to perform and perform well – perform effectively. Most of the times, they follow protocols and established rules and norms. By doing so, they believe they are being efficient and performing in accordance to what is assumed in specific conditions. In this way, they are also following a routine, what makes them assuming that they are improving their techniques and, thus, becoming better prepared to perform repeated tasks.

When questioned about gains of efficiency – doing more with less –, by one hand, respondents usually thought about having less resources, what would increase the risk involved (for them and for the patient). By other hand, they stated that in order to be more efficient, the involved risk for the patient and for them as well should decrease. In this way, monitorization, skills, intellectual capacities and resources should increase. By being more competent, they can have less risk involved in their performance. This leads to the five dimensions of competence enumerated in the literature review section: theoretical knowledge, practical skills, non-technical skills, the understanding of work and intuitive expert knowing.

Mainly in the interviews of the operating room' professionals, it was verbalized the importance of having a deep theoretical background and an extensive experience of the method used in each surgery. In this matter, respondents referred the importance of being well prepared for the surgery and not to create unnecessary waste of time or stress.

Also, the non-technical skills are necessary for good team-work and, especially in the operating room but also in the previous and following perioperative phase, the team spirit must exist. Moreover, the surgeon is considered as being the “authority” of the operating room, because he/she is the professional that has the final word and that will be responsible in most of the cases that something goes wrong during surgery.

In addition, some nurses from the operating room referred the importance of reviewing the patient' condition characteristics and the procedure that will be applied during surgery, before

the surgery starts, in order to the professionals present in the operating room being synchronized. This is just an example of how a common understanding of the work can influence the result of a surgery.

It was clear that all respondents see patients as the main focus of their job. They work for patients and always want to improve their health condition. Consequently, they see efficiency as the patients' well-being and want to deliver the best care possible, bearing in mind the available resources, procedures and/or methods. Their final objective is to help patients to leave the hospital in a better condition than when they entered in it.

Besides that, some of them are more aware of the need of being efficient and providing the most effective care according to each patient, only with the necessary postoperative time. Nevertheless, the final major benefit should be for the patient, by providing him/her an adequate treatment (with proven evidence) according to his/her condition and always remembering the human side that the health area requires.

Respondents stated that for patients, besides the expectation of getting better, what matters is to not have pain and feel comfortable during their stay at the hospital. Nevertheless, some patients value to be informed about their condition and the way that they are humanly treated. By being informed, patients have the possibility to collaborate in their recovery. Thus, it is important to see the patient as a whole and not a sum of the parts. This aspect was evident in the nurses' speech. It is of great significance to create a relationship with patients in order to help them, by clarifying their doubts, reducing their fears and, thus, supporting them during the perioperative process. In some situations, professionals can take advantage of patients to improve the final outcome and, by including them on their team, they can be aggregating value to the final outcome.

Yet, person-centered care concept does not seem to be fully implemented in the Portuguese health system. Patients have to agree with some treatments and they also have to agree with an informed consent before surgeries, but how can we know that they are really aware of the pros and cons of each treatment? How can we know that the followed treatment is the best option available?

Nonetheless, in cases of scheduled surgeries, respondents affirmed that most patients still go to the operating room with much anxiety. Some of this anxiety could be avoided if there was more knowledge about the procedures and the several steps that will be followed on the

moments prior to surgery. From the experience with children, professionals referred the positive impact that a preoperative visit can have – in the case of children, especially the impact on the parents' anxiety but it has also impact on the children' anxiety.

The awareness of the advantages of the perioperative visit and its implementation in the health system can lead to the implementation of the perioperative dialogue in the future. The main goals of the perioperative dialogue are to alleviate the patient' suffering and stress due to surgery, safeguard his/her dignity and consider the patient's beliefs. All of these goals are similar or equivalent to the aims of the preoperative visit. At the end, the patient's well-being during the perioperative process has a major importance.

Summing up, health professionals show some resistance in approaching the concept of efficiency and still see efficiency as a chimera. Moreover, in general, they highlight the importance of acting as a team and be in constant interaction, and even including the patient when it shows to be beneficial for the final outcome. To complete, they see the improvement of the patient's well-being as their main goal, therefore, when they reach that objective, they perceived it as efficiency.

The final goal of an organization in the health sector should be the improvement of the patient's health condition. In this way, it is important to study and examine approaches that are in accordance with this aim, understand their applicability, with the objective of simplifying and promoting the improvement of the health sector.

Due to the personal and ethical implications that a study that includes health professionals and patients has, the bureaucratic aspects of it were rigorous and implied several weeks of waiting for the interviews' approval, which considering the time frame of a master thesis, resulted in a temporal limitation to a more depth study of the phenomenon in analysis.

## 6. Bibliography

- Adamina, M., Gié, O., Demartines, N., & Ris, F. 2013. Contemporary perioperative care strategies. *British Journal of Surgery*, 100 (1): 38-54.
- Arakelian, E., Gunningberg, L., & Larsson, J. 2011. How operating room efficiency is understood in a surgical team: A qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care* 2011, 23 (1): 100-106.
- Arakelian, E., Leo Swenne, C., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. 2016. The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective – An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (17-18): 2527-2544.
- Bleakley, A. 2005. Stories as data, data as stories: Making sense of narrative inquiry in clinical education\*. *Medical Education*, 39 (5): 534-540.
- Clandinin, D. J. 2006. Narrative inquiry: A methodology for studying lived experience. *Research Studies in Music Education*, 27 (1): 44-54.
- Efficiency; Encyclopedia; <http://www.encyclopedia.com/topic/Efficiency.aspx>; accessed in 2 November 2017.
- Fraser, H. 2004. Doing narrative research: Analysing personal stories line by line. *Qualitative Social Work*, 3 (2): 179-201.
- Gaudite, V. 2015. *Perioperative nurses' experience of point-of-care nursing leadership: A narrative inquiry*. Unpublished master thesis, Ryerson University, Toronto, Ontario, Canada.
- Gillies, M. A., Sander, M., Shaw, A., Wijeyesundera, D. N., Myburgh, J., Aldecoa, C., Jammer, I., Lobo, S. M., Pritchard, N., Grocott, M. P. W., Schultz, M. J., & Pearse, R. M. 2017. Current research priorities in perioperative intensive care medicine. *Intensive Care Med*, 43 (9): 1173-1186.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. 2012. Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16 (1): 15-31.
- Harrison, R., Walton, M., Manias, E., Smith-Merry, J., Kelly, P., Iedema, R., & Robinson, L. 2015. The missing evidence: A systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 27 (6): 424-442.
- Katlic, M. R., Facktor, M. A., Berry, S. A., McKinley, K. E., Bothe, A., & Steele, G. D. 2011. ProvenCare lung cancer: A multi-institutional improvement collaborative. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61 (6): 382-396.
- Larsson, J., Holmstrom, I., & Rosenqvist, U. 2003. Professional artist, good Samaritan, servant and co-ordinator: Four ways of understanding the anaesthetist's work. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 47 (7): 787-793.
- Larsson, J. 2017. Monitoring the anaesthetist in the operating theatre – Professional competence and patient safety. *The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, 72 (1): 76-83.

Leo Swenne, C., Cederholm, K., & Gustafsson, M. 2015. Postoperative health and patients' experiences of efficiency and quality of care after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy, two to six months after surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 19 (2): 191-197.

Leo Swenne, C., Jangland, E., & Arakelian, E. 2017. *Patients' experiences of their everyday life 14 months after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy – A qualitative follow-up study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Online Version of Record published before inclusion in an issue (Accessed 20 September 2018)

Lindwall, L., & von Post, I. 2009. Continuity created by nurses in the perioperative dialogue – A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (2): 395-401.

Moszczyński, A. 2013. *Behind the mark: A narrative inquiry into operating room nurses' experiences of patient safety*. Unpublished doctoral thesis, University of Alberta, Edmonton.

Page, J. S., Lederman, L., Kelly, J., Barry, M. M., & James, T. A. 2016. Teams and teamwork in cancer care delivery: Shared mental models to improve planning for discharge and coordination of follow-up care. *American Society of Clinical Oncology*, 12 (11): 1053-1058.

Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. 2016. The perioperative dialogue – A model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30 (1): 145-153.

Rose, C., Stovall, E., Ganz, P. A., Desch, C., & Hewitt, M. 2008. Cancer quality alliance: Blueprint for a better cancer care system. *Cancer Journal for Clinicians*, 58 (5): 266-292.

Sandberg, J. 2000. Understanding human competence at work: An interpretative approach. *Academy of Management Journal*, 43 (1): 9-25.

Stacey, D., Samant, R., & Bennett, C. 2008. Decision making in oncology: A review of patient decision aids to support patient participation. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58 (5): 293-304.

Tsasis, P., & Bruce-Barrett, C. 2008. Organizational change through lean thinking. *Health Services Management Research*, 21 (3): 192-198.



## Appendices

### Appendix A – Health professionals' interviews

#### Appendix A-1

##### Interview 1

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

E1: A ideia basicamente é que em torno de um conceito que é o conceito da eficiência, as pessoas com quem vamos falar – neste caso, são profissionais do bloco – o que se pretende é que as pessoas associem na sua experiência do dia a dia o que é que para elas é eficiência dentro da organização – quer para elas, quer em torno dos outros profissionais com que se relacionam, quer com a organização – e na ótica do cliente (neste caso, o paciente) o que poderá ser para ele (paciente) a eficiência. Portanto, perspectiva do prestador do serviço, seja organizacional, seja individual, na sua ótica de organização e do que está a fazer em relação ao paciente e depois o que é que acha que os pacientes acham que é a eficiência. Se quiser dar exemplos... associamos a metodologia associada a narrativas, isto quer dizer que vai contar uma história, que é a maneira como vê a eficiência, e nós vamos registar, tentar falar o menos possível e depois será transcrito pela Diana e iremos-lhe mandar numa fase posterior para ver se é fidedigno e se se revê na história que foi contada, e vamos tentar pôr mais ou menos ordenado para poder tirar conclusões, e também vai ver se está de acordo. E, normalmente, quando isso acontece, a sua história é construída e passa a ser uma narrativa. É uma metodologia baseada em narrativas, não estamos a querer demonstrar nada. Estamos a querer perceber o que, neste caso, os profissionais consideram de um conceito que é muito amplo e que é relativamente conhecido e qual é a visão que eles têm disso no seu dia a dia e com outros.

No seu dia a dia, como é que vê a questão da eficiência no bloco, o que é para si ser eficiente?  
O que é para si ...

R: o bloco inclui várias fases

E1: No seu caso, é basicamente a mesma sala. Nós estamos a tentar apanhar aqui o ciclo perioperativo, mas no seu caso ...

R: pré e eventualmente pós. Porque há doentes que levam o nosso apoio circulatório para os cuidados intensivos ou pode ser colocado um apoio circulatório sem ter necessariamente de sofrer uma cirurgia cardíaca ou essa cirurgia só ser eventualmente executada mais tarde, porque ainda não está num processo de possibilidade de realizar a correção total cirúrgica. Portanto, nós temos... pode ser peri, peri que há sempre um modo interventivo, uma técnica associada em que nós implementamos as assistências circulatórias, de apoio circulatório e depois fazemos um controle, mas o doente ainda não passou necessariamente pelo bloco. Mais tarde, após uma manutenção de... e nomeadamente até um transplante cardíaco – um coração que surge – aí o doente vem com esse apoio circulatório para a sala, é-lhe executada a técnica cirúrgica e vai para os seus cuidados intensivos e pronto. Portanto, a perfusão no fundo não se cinge só às técnicas no local do bloco operatório. Outras técnicas, eventualmente, nós temos de executar que se o doente ainda sangra, nós temos outras técnicas que acompanhem os doentes para os cuidados intensivos e só serão retiradas quando o doente já se encontra estável.

Toda a nossa eficiência não inclui só a técnica da CEC (Circulação ExtraCorporal). Nós temos regras e protocolos que temos de gerir pré, intra e pós cirurgicamente. Nós quando chegamos temos de fazer a manutenção e as calibrações, a *checklist* de todo o equipamento, para ver se, mediante a cirurgia que for realizada, nós temos o material e o equipamento adequado. Por vezes, as coisas complicam-se e temos de realizar mais técnicas, e aí, nós temos de ter... já fizemos uma *checklist*, já avisamos o cirurgião que se isto correr assim e assim, temos ainda outras opções e, portanto, isto inclui não só o que está programado – o programa que estava descrito inicialmente – mas também, eventualmente, outras técnicas associadas.

Para tudo isto, agora também com as creditações, etc. as regras, como lhe estava a dizer, há uns anos atrás não éramos tão rigorosos porque no fundo a ideia era sempre trabalharmos em função do doente. A lógica é sempre a visão do doente, hoje em dia é mais assim... e, então, há protocolos que nós estabelecemos e *guidelines* internacionais que nós já somos obrigados a preencher e a ter todos os requisitos para eventualmente executarmos todas as técnicas que temos ao nosso dispor. No fundo, o rigor atualmente de todos os passos que nós executamos

no bloco já têm a ver com protocolos que são criados e executados previamente a qualquer ato cirúrgico ou com um doente.

E1: No fundo, o que é que entende por eficiência no bloco? Se disser ‘eu sou mais eficiente que o meu colega’, o que é que isso quer dizer na sua realidade? Eficiência é sempre output vs. input dos recursos que utilizamos.

R: Exato. Todos nós podemos dizer que somos eficientes, não é?

E1: Eu às vezes não digo (risos)

R: Sim, mas vamos lá ver. Nós tentamos arranjar uma justificação para os nossos passos executados ou não executados. No fundo, é quase desculpas que nós tentamos arranjar. ‘Então, mas tu não viste que não tinhas isto ou que não tinhas o feedback do serviço de sangue com determinado medicamento’... e nós damos sempre uma desculpa, no fundo, para tentar atenuar o que nós não executamos. Eu pelo menos é assim. O que eu faço realmente que vejo que sou mais cuidada – não sei se é eficiência ou se é ser mais cuidadosa com as minhas manobras – é que eu realmente antes de executar alguma coisa, eu tenho de ter sempre uma retaguarda ou... vou-lhe dar um exemplo. A técnica que nós parámos o coração, o fármaco chama-se cardioplegia, porque o coração tem de ser parado para executar a técnica cirúrgica da reparação cirúrgica e eu só vou usar determinada marca de cardioplegia se eu tiver um *backup* de mais doses porque isto pode correr mal, e se correr mal, eu se só tiver uma ou duas doses... posso ter no fundo de necessitar de 5 ou 6 doses. E então, eu pelo menos só me sinto segura se tiver um *backup* para se as coisas correm bem eu tenho esta dose e ainda me sobra, mas se correr mal eu tenho uma série de doses extras para completar e para perfazer todas as necessidades cirúrgicas. Esta é a minha visão de eficiência com o meu trabalho. É um *backup* e é uma *checklist* já para antecipar eventuais complicações, assim como, o material, cânulas e etc., eu tenho de ter sempre um *backup* e um apoio, porque senão, caso contrário, não faço. E ao não fazer... quer dizer, se me obrigarem eu tenho de fazer mas aí já é... tenho de informar o cirurgião principal que não tenho este tal *backup*, este apoio extra, que se as coisas correrem mal o melhor é eu não realizar. Se ele disser “eu assumo a responsabilidade” então aí eu sou um elemento secundário, só sou um apoio. A nível de pessoal, a minha eficiência não é essa, mas se o responsável pela sala assume essa responsabilidade, aí será ele a assumir [if the surgeon says “I assume the responsibility” (...) if the responsible for the room assumes that responsibility, then it will be him to assume].

E1: mas para si eficiência então é não haver risco?

R: é não haver risco

E1: não haver risco não é possível, mas o risco ser mínimo, não é?

R: Não haver risco na minha técnica. Porque só assim é que nós conseguimos minimizar qualquer eventualidade e não pôr em risco o doente, no fundo.

E2: É tentar que haja o mínimo de risco possível para si e, no caso de haver, só se alguém se responsabilizar é que aí sim...

R: Exatamente. Porque a cirurgia cardíaca... o cirurgião diz “eu quero isto assim e assim” e ele assume o risco, mas se alguma técnica não for bem executada, quer seja da perfusão, quer seja da anestesia, no fundo, ele é sempre o responsável. É ele que vai dar a cara e é ele que vai falar pelo doente que não pode falar, não se pode defender. É ele que assume todos os riscos.

E1: Está a assumir que quem fala pela doente é o cirurgião.

R: o cirurgião assume todas as técnicas que são executadas na sala. Se o cirurgião disser ‘eu acho que isto é uma cirurgia complexa’ – que acontece, quando somos novos isto acontece – é uma cirurgia complexa que vai envolver técnicas com um conhecimento já mais a nível de experiência do que propriamente a nível teórico, então aí é capaz de dizer ‘este perfusionista é muito novo então se calhar é melhor ou teres um apoio de um mais velho ou então ser um mais velho a executar a técnica’.

E1: Mas porquê?

R: Pela experiência.

E1: está bem, mas isso traduz-se em quê?

R: é em eficiência também

E1: está bem, mas ... eu não percebo nada disso, portanto, para eu perceber tem que me dar um exemplo. Se fosse eu o mais jovem, porque é que eu não podia fazer coisas que o cirurgião dizia-me ‘olhe você não faz...’

R: a destreza é diferente. A rapidez de solucionar determinados eventos inesperados é completamente diferente porque aí, foi como lhe disse, na minha experiência já passei por diversas situações que já me deu a capacidade de arranjar soluções extras para quando acontecem determinadas situações e eventos ao longo da cirurgia. E eu acho que também tem a ver com a segurança do cirurgião. Fica mais seguro... já não tem de se preocupar tanto com a técnica com que eu estou a executar porque no fundo eu acho que já tem mais confiança porque sabe que eu já passei por aquilo e já sei solucionar, pelo menos rapidamente solucionar, mais um determinado evento adverso. É mais nesse sentido. E a eficiência vem exatamente daí. Não quer dizer que eu seja melhor do que o outro, um mais novo, mas já passei por ali e eu acho que, para já nós também com a idade nós vamos minimizando se calhar o risco, é verdade, porque já passamos e ‘não te preocupes com isso porque podem acontecer determinadas coisas que advertem outras coisas’, e minimizamos às vezes determinados riscos, mas temos mais destreza e facilidade em lidar com os problemas, isso eu não tenho dúvidas.

E1: Portanto, para si, a ligação com o uso ou consumo de recursos tem a ver alguma coisa com eficiência?

R: Tem, tem, tem, tem

E1: Como?

R: De recursos? De equipamentos?

E1: do que for, do que quiser considerar recursos. Por definição, eficiência é sempre uma razão entre aquilo que eu consigo e que preciso de ir buscar para conseguir atingir. Se eu for mais eficiente quer dizer que eu consigo mais com os mesmos recursos ou consigo o mesmo com menos recursos, esta é a definição que os meus filhos aprendem no liceu. Mais genérico não pode ser. Portanto, para este tipo de conceito o que é que isso tem a ver com o seu dia a dia, com a sua experiência?

R: Eu acho que quanto mais recursos, mais técnicas, mais monitorização – que é isso que a cirurgia cardíaca tem –, quanto mais técnicas associadas à minha circulação extracorporeal, a minha CEC, vão-me ajudar em benefício do doente, eu não tenho dúvidas. Eu quando cheguei cá, a CEC era, no fundo, básica. Nós tínhamos uma máquina para fazer a circulação, a monitorização era mínima, e eu lembro-me na altura, o elemento mais velho, que foi um dos

primeiros perfusionistas em Portugal, eu dizia “ah mas a gente ainda podemos pôr aqui isto e esta monitorização” e ele dizia assim “Helena, não compliques. Eu faço CEC há não sei quantos anos e eu não preciso disso para nada”. Hoje em dia, as coisas foram evoluindo, cada vez temos mais monitores, mais parâmetros, que nos refletem mais como o organismo do doente se está a transformar, com a nossa técnica. A CEC é um bem obrigatório e essencial para a realização da técnica de cirurgia cardíaca, mas faz mal! Eu digo que é um mal necessário, sem a qual não se podia realizar. Mas o que eu observo é que quanto mais parâmetros nós tivermos ao longo da CEC, só vai nos ajudar a prevenir e antecipar determinados eventos e, portanto, hoje em dia nós temos N monitores que se calhar as pessoas mais antigas já não têm a experiência suficiente para conseguir avaliar esses parâmetros e, no fundo, refletir o que é que se está a passar ou antecipar os eventuais eventos ou complicações cirúrgicas e então torna-se mais complicado, vai haver um insulto maior [(...) how much parameters do we have (...) it will only help us preventing and anticipating certain events (...)]. Hoje em dia cada vez há mais monitorização, mais parâmetros e eu observo que já os consigo analisar de forma a antecipar insultos fisiológicos para o doente. Ou pelo menos consigo avisar antecipadamente, quer o cirurgião, quer a anestesia que há qualquer coisa que não está a bater certo. Porque, no fundo, (isto é engraçado) eu estava-lhe a falar da minha experiência, e nós, ao fim de muitos anos, vamos testando e se eu tiver um valor... nós temos os parâmetros da normalidade fisiológica e o que é que eu observava? Se eu tiver um valor assim, eu sei que este valor vai-me conduzir a este parâmetro e, portanto, eu vou fazer menos mal ao doente. A CEC, como eu disse, faz mal aos doentes. E eu antecipava ali um bocadinho, e depois, eu acho que isto há forças da natureza que me diz assim... Vou-lhe dar um exemplo. Eu achava que a relação do coração quando começa a bater (o coração é parado e chega a um ponto que tem de voltar a bater, não é? Quando a reparação está concluída) e eu via que o doente muitas das vezes não tinha de levar choques elétricos para retomar a atividade cardíaca se eu tivesse determinados parâmetros e eu própria comecei a ajustar os parâmetros em função de minimizar esse evento que é a desfibrilhação. Até que eu, chegou a uma altura em que pensava ‘já acertei no parâmetro’ e vem o destino e diz assim ‘pa’, e houve uma série de doentes em que eu não consegui fazer isso, porque eu acho que nós estamos a trabalhar com seres vivos e nós todos somos diferentes. E, portanto, há eventos que nos fogem à razão, fogem aos valores. Quando nos dizem “a ciência é exata”, ok, a ciência pode ser exata, mas não é exata para todos. Nós somos seres vivos e cada um tem os seus parâmetros próprios e há coisas que nos fogem à frente dos nossos olhos e não conseguimos controlar. O

que é bom! Nós somos mortais, não somos perfeitos. Nós podemos tentar atingir a perfeição, mas a perfeição não existe, para mim.

E1: Ia-lhe pôr só uma questão que era: quando a gestão ou o diretor, ou seja quem for, disser que tem de ser mais eficiente, normalmente, isso está associado a custos. O que é que acha disso, como é que vê isso no seu dia a dia?

R: É muito complicado. Para mim é extremamente... fico revoltada. [It is too difficult. For me is extremely... I get outraged]

E1: Ele está-lhe a pedir para ser eficiente.

R: Ele está-me a pedir, mas se a minha eficiência parte de determinado recurso financeiro que envolve...

E1: Financeiro que se traduz em coisas materiais, não é?

R: Em coisas materiais, exato. E quando eu vejo tanto desperdício, não é? [And when I see so much waste, isn't it?]

E1: Mas onde é que vê?

R: Não só ao nível da saúde, mas aqui, noutras técnicas, que vejo que são extremamente caras...

E1: Mas no bloco? Está a falar do bloco?

R: Não, estou a falar a nível hospitalar, noutros serviços. Que para mim... lá está, cada um tem a sua justificação porque isto tem a ver com a eficácia de cada departamento. Para mim, acho que iria beneficiar sempre mais o doente que nós temos aqui, do que outras técnicas que são custos elevadíssimos, que nem sempre resolve, e que vêm na mesma parar aqui ao bloco porque tem de ser intervencionados. Mas isto é uma coisa pessoal.

E1: Portanto, são o mesmo tipo de doente, eles já foram intervencionados antes...

R: e que não resolveu e que terão então de passar... ou seja, a lógica, hoje em dia, hospitalar é – e faz sentido e não deixa de fazer sentido – é passar sempre de técnicas menos invasivas até chegar às mais invasivas. A cirurgia é a técnica mais invasiva que pode haver. Agora, faz-me um bocadinho de confusão, já que nós estamos quase no fim da linha das soluções de

tratamento, haver técnicas não invasivas extremamente caras que nem sempre solucionam o problema.

E1: Na cardiologia, está a falar da cardiologia?

R: Na cardiologia, sim.

E1: Quer dar um exemplo, sem pôr ninguém em cheque – que não é isso que está em causa?

R: Olhe dou-lhe um exemplo, por exemplo, nas válvulas cardíacas que já se conseguem colocar válvulas por via hipercutânea, portanto sem ser cirurgicamente, é pela perna, ou por uma incisão mini-invasiva, que são extremamente caras, que nem sempre ... são postas já em pessoas, muitas delas, extremamente idosas, já de 80 e muitos, 90 anos, que, para mim, faz mais um bocadinho de benefício destes doentes para o custo, quando nós temos imensos doentes para ser operados que necessitam também de válvulas e que estão constantemente a reduzir... por exemplo, como me estava a dizer, se ainda existem mais técnicas e mais parâmetros que eu posso melhorar em função da eficiência da minha técnica e, por sua vez, benefício do doente? Existe. Mas, se calhar, eu também compreendo, os recursos hospitalares não dão para tudo.

E1: Mas voltando à mesma pergunta, suponha que ali a nossa amiga Diana era a gestora do departamento, não sei, ou uma coisa qualquer, e lhe dizia: nós agora temos aqui diretivas do ministério, temos de ser 20% mais eficientes e isso implica reduzir custos. O que é que... como é que...? Já me disse que lidava mal, não é? Achava que isso era... não precisava muito de falar dessa... a sua ótica é mais de fazer as coisas bem. Mas se isso tivesse de acontecer, como é que lidava com isso?

R: Provavelmente não...

E1: Não quero saber os pormenores, quero saber como é que...

R: Não sei, eu acho que a nível de custos nós já temos as coisas tão reduzidas...

E1: Mas não se pregue nos custos. Os custos são só para perceber que tem de diminuir os recursos.

R: Eu sei, eu sei.



E1: Os custos é uma coisa que depois depende dos fornecedores, e não é por aí.

R: Claro.

E1: Era só no sentido de perceber... suponho que nós tínhamos ido mesmo para a bancarrota aqui há uns anos, que isto era um trinta e um de todo o tamanho, pior do que o que foi e deixava de haver materiais.

R: E deixava de haver e...

E1: E como é que era?

R: Tinha-se de... mas aí já era uma área que o próprio cirurgião tem de optar o que é que vai...

E1: Não, mas na sua componente, na sua parte, como é que ... eu estou a tentar puxá-la para me dizer o que é que podia fazer que levasse a uma menor utilização de recursos. Mesmo que não seja voluntário. Já percebi que voluntariamente não vai lá, portanto, eu estou a forçar.

R: Sim, sim. É fazer uma CEC como eu fazia quando vim para o hospital há vinte anos, que é básica. É os tubos, uma máquina, sem monitorização. Lá está. A tal monitorização que eu necessito para antecipar os eventos adversos.

E1: Mas isso tinha menos custos?

R: Tinha. Tinha menos custos.

E1: E atualmente, com as técnicas que existem, não há possibilidade de fazer de outra maneira? Não quero saber como fazia, estou a perguntar se acha se havia ou não havia.

R: Sim, havia. Lá está, eu reduzia esses parâmetros todos que tenho auxiliares e eu conseguia fazer uma CEC mais barata, mas toda a equipa, no fundo, porque estes parâmetros também é uma coisa que não é só minha. A própria equipe cirúrgica, a anestesia e os cirurgiões, já se habituaram também a ter estes parâmetros. Portanto, no fundo, nós otimizamos e nós alertamos quando alguma coisa está mal, mas isto é só uma antecipação de uma complicação que pode vir aí.

E1: Mas podia existir, quer dizer, com uma outra prática...

R: Podia.

E1: ... sem fugir aos protocolos, como é evidente, podia haver outra maneira de fazer.

R: Exatamente, podia, sim.

E1: Agora passava-lhe para outra situação: porque é que não se faz? Quais são os obstáculos para que isso não possa ser feito?

R: Não pode ser feito porque, lá está, nós neste momento estamos a trabalhar em função de um doente e, se queremos o melhor para o doente, então temos de usar.

E1: Portanto, sempre 100%? Não há hipótese de pensar de outra maneira?

R: Não. Tanto que, é engraçado que os elementos mais novos são introduzidos já com estes parâmetros. Eu nem sei se eles algum dia... Eles ficam em pânico quando o *stock* acaba e não têm estes parâmetros. E eu digo-lhes: vá, vamos lá, fazemos uma CEC à antiga. Vamos lá nos organizar. Têm de mais cuidado com isto, com isto e com isto. Mas, no fundo, até elementos mais novos já são criados, no fundo, o ensinamento já parte por este tipo de monitorização. É-lhes extremamente complicado retroceder a tempos... Vamos lá ver, eu costumo dizer que, no fundo, estou para aqui a falar de recursos que Santa Cruz a nível cirúrgico nacional é dos hospitais que mais parâmetros... eu tenho este privilégio de ter, que há muitos hospitais ou centros cirúrgicos a nível mundial e também nacional que não têm o acesso que eu tenho. Há tempos um colega meu de outro centro dizia-me assim:

- Oh Helena, mas tu não consegues fazer uma CEC sem isso?

- Claro que consigo. Eu aprendi a fazer uma CEC sem nada disto, mas se eu tenho a possibilidade de ter esta monitorização, porque é que eu não a hei de ter? Porque depois isto vai ver-se as consequências no tempo que o doente passa nos cuidados intensivos, é um tempo menor porque nós antecipamos uma série de eventos que possam surgir mais tarde, que implica mais estadia do doente nos cuidados intensivos e a nível hospitalar de internamento. Portanto, é sempre melhor.

E1: Portanto, para si, não há hipótese de fazer diferente a não ser com prejuízo para o doente.

R: Exato. Eu posso fazer diferente, como lhe disse. Posso fazer diferente, mas vai haver, de certeza, prejuízo para o doente [I can make differently, but it will, for sure, have a loss for the patient]. Depois isto depende um bocadinho do doente, se está mais tempo na sala operatória

e, eventualmente, cuidados intensivos e internamento. As técnicas foram melhorando. Eu entrei em noventa e nove. Isto há uma evolução nestes dezanove anos impressionante. Eu apanhei circulações extracorporais básicas, sem monitorização praticamente nenhuma e seja o que deus quiser – claro que havia sempre o cuidado, em função do que se tinha, para o doente, pensava-se sempre no doente –, mas eram cirurgias muito mais longas que não conseguíamos antecipar uma série de parâmetros e eventos. E nós fomos crescendo e vemos uma melhoria drástica. Alguns dos doentes que nós operamos atualmente teriam morrido sem dúvida há dez anos atrás. A evolução é extraordinária.

E1: Sim, sim. Então, vamos lá, considera que não há nada que se possa otimizar – usando a palavra que ao bocado usou.

R: Há sempre mais a otimizar.

E1: Então, mas o que é que se pode fazer?

R: É mais monitorização.

E1: Mas isso custa mais. Isso não é otimizar.

R: Exatamente.

E1: Então não otimizada nada, não é? A não ser que, na ótica que também já referiu, as consequências futuras impliquem menores custos. Não sei se é isso que está a querer dizer. Mas isso é a mesma coisa que outra atividade. Se tiver mais tecnologia, mais...

R: É como um carro, não é? Como um carro... quanto mais proteção há para o condutor e para os seus habitantes, não é? Há sempre mais a fazer. Nós temos monitorização que devido a ser cara, nós só usamos para populações seleccionadas, nomeadamente a população neonatal e a pediátrica. E essa já não utilizamos sequer para os adultos porque é extremamente cara, mas vamos sempre beneficiar esses. A lógica seria a administração dizer assim: agora vocês podem utilizar isto para todos os doentes. E nós ficávamos encantados.

E1: Mas qual é a diferença? O controlo é maior, é isso?

R: O custo dessa monitorização, é muito cara.

E1: Mas porquê? Porque não dominam? Diga lá porquê.

R: Porque os sensores são mais caros e nós privilegiamos sempre a população pediátrica, não é? Porque a nível de pediatria, a pediatria ainda é mais complexa. A pediatria envolve... o metabolismo de uma criança, quanto mais pequena for, mais complexo é e mais transformações, isto é, as transformações do metabolismo são quase imediatas, são em segundos, em minutos, enquanto que num adulto demora mais tempo. E nós, a monitorização já não é preciso ser tão complexa, que nós conseguimos com intervalos de tempo de determinados parâmetros antever também eventos. Na criança não, é tudo muito rápido. Os cuidados têm de ser outros, não é? Portanto, nós privilegiamos essa monitorização para a criança. O ideal seria alargar para toda a população, não é?

E1: Mas porque é que não alarga? Porque é que...

R: Porque é os custos.

E1: Porque alguém lhe disse para não alargar, porque é possível, não é?

R: Não, é possível, mas não impomos isso porque se não daqui a pouco perdemos tudo, não é?

E1: Sim, mas voltando então atrás. Suponha que ali a nossa amiga Diana nos dizia que temos que reduzir 20%, não há hipótese. O que é que podia fazer? Claro que sem matar gente, como é evidente.

R: É reduzir e... que nós fizemos isso. Na altura da crise, há dois anos atrás, que houve grandes cortes, nós reduzimos muito a nível de monitorização. Quer dizer, nós não reduzimos... nós não tínhamos...

E1: Portanto, não é a técnica que altera?

R: Não...

E1: Só o controle?

R: Exato, é o controle da técnica. E o intervalo de tempo com que fazemos este controle.

E1: No bloco?

R: Eu estou a falar na minha área – circulação extracorporal.

E1: Portanto, é em permanência ou o que é que me está a dizer? Esse controle...

R: Eu tenho um sensor que custa 20€, que me dá dois parâmetros básicos e tenho outro sensor que custa 250€, que me dá 10 parâmetros online, portanto, está em constante atualização de 10 em 10 segundos. Se fosse... para mim, eu dizia assim: então olha, utiliza este que assim se houver alguma coisinha tu estás sempre a ver e a corrigir. Foi, no fundo, isto que se passou. Há uns anos atrás, nós ou tínhamos este de 20€ porque os de 250€ nós pedíamos e não chegava. Não havia dinheiro e, portanto, nós encomendávamos hoje e chegava daqui a três meses. As CEC, as cirurgias continuaram, não foi por aí que deixaram... agora que nós ficamos um bocadinho mais ansiosos e apreensivos, não há dúvida que sim, porque sabemos que não estamos a oferecer tudo o que temos ao nosso dispor ao doente, não é?

E1: E teve consequências?

R: Eu acho que não.

E1: Então? Aí está uma situação em que é possível ser mais eficiente.

R: Para mim, consequência é a morte e ninguém morreu por causa disso. Mas, se calhar, houve mais horas de bloco por causa disso, ou mais tempo no pós-operatório [maybe, there were more time in the operating room because of that, or more time in the post-surgery].

E1: Mas compensou no global, ou não?

R: Para a administração compensou. Para mim não compensou. [for the administration it compensated. For me, it did not]

E1: Essa é a visão da administração, não é?

R: Pois é. Eu sei que é a visão da administração. Lá está o que o meu colega... então, mas tu não consegues fazer CEC? Eu consigo, mas acarreta sempre complicações para o doente, porque passa mais tempo no bloco, sangra mais. Em vez de se operar se calhar dois doentes, só se operou um. Mas há sempre consequências.

E1: Claro. Mas é isso que nós estamos aqui ...

R: Há sempre consequências...

E1: Mas disse outra coisa há bocado que eu registei... disse que era possível mexer – da maneira como funcionavam – se fosse de uma forma colaborativa, em equipa e, obviamente, de acordo com o cirurgião-chefe ou o responsável...

R: Sim...

E1: O que é que quer dizer com isso? Quer dizer que se podiam alterar as práticas? As suas práticas, não é?

R: É assim... a visão do cirurgião rege-se mais a nível da visão... todos nós temos visões diferentes, não é? Ele otimiza – claro que ele tem de responder globalmente por toda a equipa – mas ele otimiza a sua técnica. Se ele já confia em mim e diz: olha tu já consegues fazer CECs de qualquer forma. Ele está-se a borrifar se eu tenho o tal parâmetro de 250€ ou se tenho o de 20€. Claro que, sendo ele que fala diretamente com a administração, quanto mais barato lhe ficar a técnica cirúrgica globalmente, melhor, porque a administração não o está a maçar com custos. Porque a saúde passa por custos, isso eu não tenho dúvidas. E ele sendo... agora também acho que se ele disser assim: isto assim vai ser complicado. Ele não deixa de operar, mas tenta arranjar uma solução, no fundo.

E1: E quais são as implicações para a equipa e depois para o doente?

R: As implicações, em primeira mão é sempre da equipa e, sendo da equipa, passa imediatamente para o doente. A equipa vai ficar apreensiva quando não temos determinado parâmetro que pode... uma cânula. Não temos determinada cânula. O que é que esta cânula...? A cânula é no fundo o que leva de volta o sangue para o doente e traz o sangue do doente para a nossa máquina. Se a cânula não é a ideal, claro que pode magoar os vasos onde vai ser introduzida e pode fazer um trauma, e do trauma pode haver uma complicação hemorrágica e que envolve outras técnicas cirúrgicas e mais tempo. Portanto, há sempre consequências para o doente.

E1: E para a equipa?

R: E para a equipa o stress, o tempo e os gastos.

E1: E acha que não compensa, portanto, alterar...?

R: Acho que não compensa. Acho que não compensa.

E1: Mas se o cirurgião chegasse e dissesse que tinham de tentar encontrar formas de alterar as práticas do bloco, para conseguir, como disse, quando teve cortes... Como é que vocês fazem isso? Juntam-se, conversam, discutem? E depois como é que é?

R: Exatamente, juntam-se. Para já informo o cirurgião. Se o cirurgião me diz assim: olha, tem mesmo de ser assim. Falamos juntamente com o resto da equipa. Hoje temos de fazer... mudar a nossa visão um bocadinho diferente porque não temos determinado material. Se não temos, temos de ter mais cuidado com o que daí antevem... de eventos que possam surgir por não termos este material.

E1: E não havia outra forma de atuar...? Não há outra forma de... não se podem encontrar formas diferentes de...?

R: Há outras formas ou outras técnicas que se calhar não são tão benéficas para o tratamento desse doente. Além disso, o material que nós utilizamos é material que muitas das vezes nós já estamos habituados a utilizar por rotina. E a rotina previne determinados erros e eventos. Se eu estou habituada a cortar com esta faca, se me derem uma faca diferente para as mãos, provavelmente os primeiros cortes não me vão sair bem e o risco de eu me cortar também é maior. É exatamente a mesma coisa. Se eu estou habituada a trabalhar com estas cânulas, com este oxigenador, com esta máquina, eu, pelo menos nos primeiros casos em que pego num material diferente, há maior risco. Para já, eu tenho de ter mais cuidado. E o risco de criar uma lesão, a mim ou a um doente, é maior.

E1: Eu estou a interagir, mas não devia. Devia estar calado.

R: Mas é que eu não consigo assim...

E1: Então, mas o que me está a dizer é que no fundo as práticas têm a ver com a aprendizagem, com a rotina e têm a ver com as competências.

R: Com as competências, sim.

E1: Então quer dizer que, em princípio, as pessoas que terão, ao longo da vida, como disse há pouco, adquirido essas competências (ou através da escola, não sei se agora é diferente), poderão fazer diferente?

R: Poderão fazer diferente.

E1: Portanto, poderá haver ganhos de eficiência, ou seja, poderão fazer o mesmo com menos recursos.

R: Podem, podem, é verdade. Tem razão.

E1: Desde que mudem os protocolos e as práticas, ... Protocolos não porque é um bocado complicado.

R: Os protocolos são certos, não é? Mas desde que mudem as... não é mudar as práticas, é adaptar a técnica e as práticas em função dos recursos que têm. Eu se for fazer uma CEC, se eu for como voluntária fazer uma CEC para África, eu tenho a certeza que lá deve ser completamente diferente.

Mas lá é o mínimo. Lá está, é uma CEC de há 30 anos atrás, com as coisas básicas que é: um oxigenador e uma máquina. E depois se faltar a luz já sei que tenho de dar à manivela, não tenho os geradores que tenho aqui. Conseguias fazer? Eu conseguia, mas não sei as consequências dos meus atos em função do doente. Não sei como é que aquele meu doente ia ficar pós-cirúrgico, se ia ter lesões cognitivas, se ia ter isquemia a outros órgãos, eu não sabia. Isso é sempre uma incógnita. Portanto, o fazer qualquer um faz.

E1: Ai eu não faço.

(risos)

R: O fazer qualquer um faz. Agora, os resultados finais aí é que é sempre uma incógnita do que possa surgir da técnica ou da não-técnica que a gente execute. Isso é sempre um dilema. Agora, outra coisa que estava a falar aí na equipa, eu não tenho dúvida que o bloco é dos serviços que mais é necessária existir realmente esta equipa. E quando eu digo equipa é uma interação absoluta, não há dúvida. Eu já trabalhei fora daqui e eu costumo dizer isto às pessoas mais novas que passam: nós podemos estar chateados e não gostarmos de determinado elemento que está na nossa sala, só que quando entramos para a sala, os oito elementos da sala – enfermeiros, médicos, anestesistas – são obrigados a comunicar, não há outra forma em benefício do doente. Para já é impossível, mas se não há... a não comunicação, o reflexo ou o mau... algum evento que possa surgir vai acontecer de certeza de não haver a comunicação. O cirurgião, a enfermagem, a anestesia e a perfusão estão em constante comunicação. Nomeadamente, o cirurgião não executa determinadas técnicas, não passa para o passo seguinte, não executa o passo seguinte, se não houver uma resposta da



perfusão ou da anestesia. Simplesmente, ... eu quando entrei para aqui era engraçado. Falava baixinho e eles diziam “Helena, eu tenho de ouvir o teu eco. Eu só posso fazer isto quando ouvir a tua voz que me ouviste”. Aqui não pode ser: estou chateada com o cirurgião e hoje não vou falar com ele. É impossível. A relação verdadeira, o sentido da palavra equipa, no bloco existe, e tem de existir, porque se não um elemento que não consiga funcionar em equipa ou comunicar não pode trabalhar no bloco [if someone cannot work in team or communicate, he or she cannot work in the operating room]. Portanto, o cirurgião é realmente o senhor da sala.

E1: Porquê?

R: Porque, lá está, ...

E1: Isso é uma questão de cultura, não é?

R: Sim. Não, não, não, não é de cultura. É o senhor da sala porque é o ... numa pirâmide, ele está no topo, que vai responder por todos os atos que possam surgir nessa sala. Lá está, é a voz também do doente, em primeira mão.

E1: Acha?

R: Acho.

E1: Eu não tinha essa noção, mas pronto.

R: Eu acho que é. Nem sempre a minha ideia pode ir de encontro ao pensamento do cirurgião, não é? Lá está, lá vêm os recursos outra vez. Ele pode dizer: não Helena, tens de fazer assim. Eu posso ficar chateada e amuada, mas tem de ser. É ele que dita, não é? eventualmente determinadas técnicas. Mas, isto tudo para dizer que dentro da sala tem de haver quase uma família, uma irmandade, para haver eficiência em função do objetivo principal que é o doente [Inside the operating room it has to be almost a family, a brotherhood, in order to have efficiency in function of the main goal that is the patient].

E1: Mas disse-me aqui umas coisas que eu não... então quer dizer, por aquilo que me está a dizer, que os outros membros da equipa têm visões diferentes do que é eficiência, mas que o cirurgião decide.

R: O cirurgião decide.

E1: E quais são as visões diferentes de eficiência dos vários membros da equipa? Que contenham implicações para si. Quer dizer, para o cirurgião é demorar menos horas, provavelmente.

R: O cirurgião é demorar menos horas e o doente ficar bem. Mas o doente ficar bem é comum a toda a equipa.

E1: Sim, mas isso não é bem eficiência. Isso é mais ser eficaz, é fazer.

R: Fazer e bem.

E1: Não morrer, não é?

R: Não, é fazer bem. Agora... nós quando começamos a falar foi exatamente isso que eu já tinha referido. A minha visão de eficiência claro que é para a técnica que eu executo, não é?

E1: Mas conflitua com outros?

R: Pode conflitar.

E1: Tem alguns exemplos disso, na sua vida? Não é preciso ser de agora, na sua experiência houve exemplos disso?

R: Eu posso, por exemplo, achar que a proteção que eu estou a fazer para o coração é adequada ou não é adequada, mediante... porque eu só posso, no fundo, fazer o tal fármaco que eu falei há bocado que é a cardioplegia – é a solução que vai parar o coração – e, de certa maneira, o proteger até voltar à sua atividade outra vez. Eu só posso fazer esta cardioplegia quando o cirurgião me permite. Eu tenho de o avisar que está na hora porque nós temos um intervalo de tempo para executar, para administrar, mas eu tenho de o avisar e só ele é que tem de me dizer: podes fazer OU agora não me dá jeito. Eu tenho clara noção que há determinad... porque a técnica cirúrgica que o cirurgião está a executar na altura não permite – não é porque ele tem mau feitio e não me deixa administrar – porque a técnica que ele está a fazer não o permite parar para eu fazer a cardioplegia, mas eu tenho clara noção que, se calhar, houve determinados doentes que teriam beneficiado mais e que não foi o suficiente a administração deste fármaco porque o cirurgião estava... não permitiu, na altura, que eu o fizesse. Acho que não foi por aí que nenhum doente morreu. Mas, lá está, o coração sofreu mais e demorou mais tempo a voltar à sua atividade normal. Portanto, o meu trabalho, de

certa maneira, é sempre segundo o que o cirurgião também me permite que eu consiga executar – neste nível, a nível de proteção cardíaca.

E1: Voltando novamente aos recursos, para ter recursos, se lhe dissessem que havia menos recursos na equipa, haverá outros que tentarão puxar – como se costuma dizer – a brasa à sardinha deles.

R: Exatamente. A anestesia tem exatamente a mesma visão a nível farmacológico, noutros aspetos. Também as monitorizações, com certeza.

E1: E o cirurgião também?

R: E o cirurgião também, sim.

E1: Mas então como é que se constrói uma solução eficiente? Não é eficaz, quer dizer, não é ter lá tudo. Fantástico, não morre, corre bem, mais 100 anos de vida, não é isso. Ser eficiente é reduzir custos ou, pelo menos, fazer o mesmo com menos recursos ou fazer mais com os mesmos recursos.

R: Nós acabamos por conseguir, não é? Lá vem outra vez a história. Nós conseguimos, mas as consequências é que podem ser mais severas ou menos severas para o doente, porque o conseguir consegue-se. Há 30 anos atrás conseguia-se e não havia recursos.

E1: Claro, isso já falamos, sim. Deixei-se só... disse há pouco que o cirurgião é a voz do doente [the surgeon is the voice of the patient]. Eu nunca pensei no cirurgião como sendo a voz do doente. Nunca na minha vida e já vou nos sessenta e já estive internado, várias vezes.

R: A voz do doente porque os nossos doentes estão calados, estão anestesiados.

E1: Isso já lá vamos, já lá vamos. Eu sempre vi – mas agora estou-lhe a fazer o contraponto – que a voz do doente é o enfermeiro. É ele que fala mais com o... quer dizer, a combinação da terapia, obviamente, que foi o cirurgião que angariou o doente e depois fez-lhe uma proposta, o doente aceitou – porque tem que haver consentimento, como é óbvio – portanto, há essa parte que ele sabe o que é que vai fazer. Mas depois... está-me a dizer uma novidade. Para mim, no ciclo perioperativo, quem tinha contato com o cliente, desde que ele entrava até ao fim, pelo menos nos meus casos, é a enfermeira. Até mais do que o enfermeiro do bloco, até o enfermeiro do piso ou do departamento.

R: Mas os nossos doentes são especiais, estão calados, coitados. Eles chegam ao bloco já pré-medicados, portanto, alguns já vêm assim um bocadinho desorientados no espaço. E quando eu digo a voz do doente... porque é o cirurgião que vai responder pelos seus atos e da sua equipa em função do doente. Portanto, o doente não está cá para se defender. Eu quando ... eu tento... o meu trabalho é em função sempre de fazer o melhor para o doente. E quando eu quero argumentar alguma coisa, eu costumo dizer: se fosse comigo, se fosse eu a estar deitada aqui, eu queria isto, isto e isto. Portanto, a gente quer sempre os melhores para nós e para os nossos, para as pessoas mais próximas. E eu desde que cheguei aqui, eu tento tratar sempre as pessoas que passam pelas salas, sempre como se fossem da minha família. Eu costumo dizer, eu trato todos igual, seja médicos, seja o desgraçado que dorme na rua, eu – para mim – são todos iguais – são todos pessoas. São todos seres vivos, portanto, eu tenho de os tratar de igual modo, não há benefícios para ninguém. Agora, uma coisa é certa, se alguma coisa correr mal, o cirurgião é que, no fundo, vai falar pelo doente que não soube dizer, nesta altura, se foi bem tratado ou se foi mal tratado. Se teve ao seu dispor todos os recursos ou não teve. Por isso é que eu acho que aqui, lá está, o cirurgião principal é ele o principal e ele responde por todos, nomeadamente, pelo doente.

E1: Então, pondo-se agora na ótica do doente, o que é que seria eficiência para o doente? Na sua visão, claro. Não é o conceito que está na cabeça deles, mas depois nós falamos com os doentes. Na sua cabeça, na sua maneira de ver as coisas, o que é que é eficiência para um doente? Não é tratar-se porque isso é eficácia.

R: Claro. Ele não sabe o que é que se passa nas salas.

E1: Não sabe? O médico deve-lhe ter dito.

R: Mas é uma coisa muito abstrata, não se explica. Nem eu acho que precisam de saber de tudo que se passa nas salas, porque as técnicas são tantas, são tão abrangentes, que eu acho que ele... para já, não sei se lhe interessava alguma vez saber todos os pormenores do que se passou nas salas, mas, de qualquer das formas, eu acho que o doente... eu sabendo que tenho ao meu dispor profissionais cientes das suas técnicas e conscienciosos, eu acho que fico satisfeita. Havendo as técnicas disponíveis nesse serviço, eu acho que já ficaria satisfeita se fosse doente. Depois, a perspetiva do doente...

E1: Sim, o que é que acha que o doente que está aqui, o que é que para ele seria ser tratado de uma forma eficiente?

R: Eficiente é ser bem tratado, é ser...

E1: Ele associa isso a quê?

R: Ele associa sempre à técnica cirúrgica, se foi bem executada ou não. E eu quando digo, na cirurgia cardíaca, quando ... que ele não sabe, mas a técnica cirúrgica envolve também da anestesia, da perfusão, da enfermagem, de tudo, e, portanto, isso inclui não só o tempo como também o que é que ele vai associar sempre à cirurgia, se correu bem. Porque a lógica é sempre: a cirurgia corre bem ou não corre bem. Se não corre bem, está mais tempo nos cuidados intensivos, ou tem mais dores, etc., porque o doente associa a dor sempre. Se corre tudo bem: olha correu lindamente, no dia a seguir acordei e já estava na enfermaria e nunca tive dores. Portanto, para eles, o bloco é uma passagem que eles não têm memória. Eles só sabem, correu bem ou não correu bem. A partir daí já não sabem mais nada. Eu acho que nem lhes interessa sequer.

E1: No seu caso, isto é um parêntesis, só faz mesmo intervenções com o paciente a dormir, não é?

R: Sim, sim.

E1: Pois, tem que ser, (inaudível), porque há outro tipo de intervenções no bloco de cardio que poderão não estar a dormir, não é? Por exemplo, poderão estar anestesiados.

R: Mas aí já é cirurgia geral, é em regime ambulatorio.

E1: Por exemplo, desentupir veias, colocação de *stents*, coisas desse tipo.

R: *Stents* podem estar acordados, sim. Mas...

E1: Eu tenho dois e foi assim que fiz. Foram-me explicando tudo pelo caminho, e eu perguntava.

R: E não lhe doeu?

E1: Houve ali uma altura em que foi um bocado desagradável, em que eles tiveram que abrir...

R: Abrir o vaso. Dói um bocadinho, dói.

E1: Mas não... e eu até fazia perguntas porque eu sou uma pessoa... portanto não posso generalizar, não é? Mas, no seu caso, estão mesmo a dormir, não é?

R: Estão, estão. Não há hipótese de não estarem a dormir. Portanto, é como lhe digo, o doente ... é engraçado que nós – nunca mais me esquece disto – tivemos um doente aqui que esteve em assistência nos cuidados intensivos até chegar o coração. Depois foi-lhe colocado um coração artificial porque não surgiu nenhum coração e depois, só muito mais tarde, é que lhe foi feito o transplante. No decurso disto tudo, o doente esteve para morrer N vezes, N vezes parou, foi reanimado, parou, foi reanimado. Portanto, o doente esteve sempre a dormir, sempre sedado nos cuidados intensivos. Mas sedado... claro que a colocação das assistências, lá está, ele tem de vir ao bloco, é-lhe colocado a assistência, vai para os cuidados intensivos, sempre sedado e ventilado. Neste processo todo passaram-se seis meses à vontade ou mais, não tenho já bem ciente o tempo, mas foi muito tempo. E o doente quando acorda, depois do transplante, pergunta assim “então, quando é que eu vou ser operado?”. Tinham-se passado meses. E, mais tarde, escreve um livro e nunca faz referência à cirurgia cardíaca nem o que se passou aqui. Só faz referência à sua insuficiência venosa e à insuficiência... porque tinha dificuldade, tinha... as veias das pernas também ficaram, e as artérias ficaram entupidas e, portanto, tinha dores, não é? Lá está, o doente associa sempre a eficácia à dor, não é?

E1: Eficácia... Eficiência é diferente.

R: Eficácia, cirúrgica.

E1: Mas eu percebo. Está sempre a sair... para si, a eficiência está a caminhar para a eficácia.

R: E então é engraçado porque, depois, no fundo, é quase uma ofensa para nós. Depois de tudo que nós passamos para o manter aqui, ele nem se lembra de nós, coitadinho. Portanto, não há, não é preciso haver reconhecimento. Mas isto da visão do doente é completamente diferente da nossa visão aqui, da luta às vezes que temos e a dificuldade cirúrgica.

E1: Há certas ocasiões em que se considera que o doente é um recurso. Também é um recurso – colabora, ou não. Vendo o doente nessa perspetiva – que é um recurso que se usa – no mínimo, ele tem que aceitar a situação, colaborar com os medicamentos, ... no mínimo isso, ou então, nalgumas situações, ele pode até ajudar no fazer, ser um coprodutor, digamos assim.

R: No pós-operatório.

E1: Na cirurgia não pode, está a dormir, já me disse que não há outra hipótese. Mas no ciclo, para si, para aquilo que depois vai ter que lidar, tem alguma coisa a dizer sobre isto, ou a maneira como ele colabora, como ele se envolve, a disponibilidade, a capacidade que ele pode ter de fazer algumas tarefas, tem alguma coisa a ver com isto na sua área?

R: Ah, eu aí só vejo ... não sei se têm noção, eu não saio do bloco, portanto, eu não tenho essa perspetiva.

E1: Sim, sim. Mas tem uma perceção.

R: Eu nessa perceção, eu só vejo os doentes que, ah... por exemplo, os toxicodependentes. A população toxicodependente por vezes vem-nos aqui parar porque a droga, cocaína, vai-se alojar nas válvulas cardíacas e, por vezes, provoca insuficiência da válvula e têm de vir aqui, ou outras infeções, endocardites, etc. Essa perspetiva que me está a falar do doente, só me revolta às vezes um bocadinho porque os doentes, esses doentes, essa população, chega-nos aqui, às vezes, péssima, a morrer. Nós vimos, muitas das vezes, fora de horas operá-los e, depois, quando as coisas correm bem, saem daqui e voltam a consumir, quase esqueceram de uma série de profissionais que trabalharam pela sua vida e pela permanência deles cá, porque voltam a consumir e voltam a aparecer aqui para serem operados outra vez e, portanto aí, no fundo, claro que têm de ser tratados mas é uma revolta um bocadinho... claro que na visão do cirurgião e do médico, devem ter N destes casos de pessoas que se recusam depois a tomar a medicação, etc. [(...) When things go well, they leave the hospital and use drugs again, almost forgetting the number of professionals that worked for their life and for their stay here, because they use drugs again and come back here to be operated again (...)]. Mas esses aí, eu não os conheço... toxicodependentes sei, porque já apanhei uma série deles que sucessivamente vêm cá parar até que chega a um ponto que o próprio cirurgião diz “acabou. Não dá. Isto não faz sentido nenhum a gente estarmos a operar sucessivamente”. Aliás, a técnica cirúrgica envolve riscos e os riscos envolvem custos e, para além disso, a morte do doente. Não quer ter uma morte aqui no bloco. Ninguém, independentemente do estatuto do doente, ninguém gosta de ter uma morte, de uma pessoa que morra aqui. A nossa mortalidade no bloco é mínima, não existe quase mortalidade.

E1: Vocês é sempre a aviar, não é?

R: Nós passamos a batata quente para os cuidados intensivos. Tiramos daqui a correr quando as coisas estão mal (risos). E então, o cirurgião provavelmente... chega a um ponto em que

recusa estes doentes. Mas é uma revolta, uma revolta porque nós tentámos, estamos a ajudá-los e eles parece que não... Eu sei que a droga é uma dependência difícil e eu também... quem não tem dependências, não é, dizer uma coisa destas, mas quase que não há o benefício do nosso trabalho.

E1: Mas, para si, naquilo que é a sua atividade, o doente não pode ter nenhum papel ativo, ou terá? Tirando isso que é geral.

R: ... Eu não sei explicar isto, mas sei que há doentes... nós costumamos associar doentes que entram no bloco a chorar, as coisas não vão correr bem. Não sei explicar. Provavelmente, a nível fisiológico há uma libertação de determinadas substâncias que... isto é uma coisa... para nós, quando nós vemos um doente entrar no bloco a dizer, a chorar, a dizer que tem medo e que por favor não o deixem morrer, é um mau sinal. Só tenho estes maus sinais, mais nada. E até os mais positivos da sala não ficam assim muito satisfeitos. Porque de resto não tenho mais impressão. Agora que o doente tem um papel ativo na sua recuperação, eu não tenho dúvidas. Não tenho dúvidas e nós temos casos de doentes muito complicados que anunciam pós-operatórios que sejam mais negativos, mais depressivos, vai influenciar a recuperação. No dia em que o doente desistir, provavelmente, a morte vai ser mais rápida.

E1: E antes, na preparação? Há alguma coisa que tenha implicações depois na sua atividade? que o doente pode, não sei, estou a inventar...

R: Não. O antes a gente não tem... é como lhe disse, os doentes que entram a chorar, a gente já fica...

E1: Não, mas antes. Entram no hospital, o médico já lhe terá comunicado que ia ser operado, ou então comunicou-lhe na altura se for um caso mais urgente, mas desde aí até chegar ao bloco há um conjunto de situações – que não passam por si, eu sei – mas têm alguma implicação, alguma coisa que ele pode fazer?

R: Nas técnicas que eu possa executar?

E1: Sim.

R: Depende do estado de gravidade do doente. Nós temos de analisar os parâmetros do doente previamente, pré-operatório, e mediante os parâmetros dele, nós temos de executar já



determinadas técnicas quando nós entramos em *bypass*, em CEC. Portanto, o pré do doente, para nós, é indicador de determinadas técnicas em circulação extracorporal.

E1: Então o que é que o doente pode fazer para facilitar?

R: Ah, o doente não pode fazer nada, é o seu estado, das suas funções vitais que estão operadas. Ele não pode fazer nada, claro. Mas o estado pré-operatório do doente implica técnicas durante a CEC que nós tenhamos de realizar. Doentes que já vêm em insuficiência renal aguda, nós em CEC temos de os endofiltrar – que não é bem uma diálise, é uma espécie de diálise. Doentes que já vêm com anemias, nós temos de fazer sangue e usar outras técnicas acessórias de reaproveitamento do sangue do doente para minimizar os custos e hemorragia cirúrgica, etc.

E1: E, desde que é informado que vai ser operado, ele podia fazer alguma coisa para facilitar?

R: Não, não. É inconsciente. Isso tem a ver com a sua degradação.

E1: Portanto é muito antes?

R: É muito antes.

E1: Portanto, no ciclo perioperativo não há nada a fazer.

R: Não. Pelo menos para nós, não há nada a fazer.

E1: Não há colaboração nenhuma?

R: Não. Nós somos um bem essencial, mas pouco colaborativo com o doente.

E1: E durante a fase em que está no bloco também não... está a dormir.

R: Está a dormir. Eventualmente, a perfusão só tem um relacionamento com o doente – é como lhe disse – quando nós colocamos estas assistências para manter o doente até ser operado, em que o doente está nos cuidados intensivos, ligado a uma máquina nossa, e à espera de ser operado. Alguns desses doentes podem ser acordados e podem ser tirados do ventilador, e aí falamos. Estão sentados na cama, e veem – o que é que eles veem? Veem que têm uma máquina ali aos pés da cama, com tubos, que veem o sangue a entrar e a sair do seu corpo, e que nós vamos lá diariamente fazer análises e avaliar a máquina que os está a manter

vivos. E claro que ao fim de uma semana, duas semanas, - porque estes doentes podem estar assim até 3 semanas...

E1: Mas ainda vão ser intervencionados.

R: Ainda vão ser intervencionados. E eles conhecem-nos. Às tantas já há uma relação, já nos conhecem. “Ah, é a técnica, é a perfusionista, que veio tomar conta da máquina” e, no fim, perguntam “então, está tudo bem? A máquina está bem?”. Portanto, é a única relação que nós temos. Houve uma vez que um senhor que estava à espera do transplante que me dizia assim “então pequenina, quando é que me arranjas um coração?” e eu dizia “está quase, está quase”. Depois lá apareceu um coração e ele achava que eu era um máximo porque eu disse-lhe que ia aparecer um coração brevemente e apareceu.

E1: Mas então não há nada que eles possam fazer, nem nenhuma parte do seu comportamento que tenha implicações.

R: Não, não. Na minha área não há.

E1: Eles não se podem levantar, não podem...

R: Não se podem levantar, não podem mexer. “olhe, não pode dobrar a perna porque as cânulas saem da perna”.

E1: Mas podem colaborar? Podem causar... não é consigo, eu sei, mas depois eles têm lá os enfermeiros...

R: Com os enfermeiros pode acontecer isso, sim, sim.

E1: Mas consigo não há nada?

R: Comigo não há nada. Só veem, realmente, e sentem a nossa... são capazes de dizer “ah, olhe, já estava a ver que hoje não vinha cá”, quando nós não vamos à mesma hora, porque não coincide. Eles vão-nos conhecendo e vão sabendo que todos os dias tem de ir lá uma pessoa responsável por aquela máquina para eles ficarem descansados que a máquina está a funcionar, porque depende a sua vida.

E1: E poderia haver alguma coisa que eles pudessem fazer?

R: Não. Nem eles, nem ninguém.

E1: ah, mas pronto, podia ser uma situação em que não era preciso lá ir, em que fosse relativamente...

R: Não, não, não. É impossível.

E2: Posso fazer só uma pergunta de algo que falamos mais para trás?

R: Claro.

E2: Ou seja, na sua visão, para o doente, ele não vê eficiência na fase pré-operatória? Ou seja, no momento em que está aqui internado, à espera da operação.

R: Ele pode ver eficiência, mas é de outra equipa que não a nossa cirúrgica. Ele vai ver eficiência no pré e no pós. Isso eu não tenho dúvida porque aí já há uma relação, uma interação com outros elementos, em que ele está consciente. No bloco, os fármacos que nós damos no bloco, no fundo, vão apagar a memória do doente. E, portanto, isto é uma passagem. A maior parte dos doentes não se lembram da entrada para o bloco, das pessoas do bloco. Eles prometem-nos, às vezes, mundos e fundos que eles estão tão cheios de medo que eles dizem “eu sou dono de uma pastelaria, eu prometo, se tudo correr bem, que trago bolos”. Os donos de restaurantes prometem fazer grandes almoçaradas para nós e não sei quê, e depois eles não se lembram de nós. Se eu tiver um doente em assistência e for aos cuidados intensivos sou capaz de chegar ao pé dele e dizer “então, senhor António, portou-se muito bem ontem na cirurgia” e ele olha para mim e diz-me assim “não sei quem é, não faço ideia. Sim, eu já fui operado, mas não me lembro de nada”.

E1: Isso quer dizer que a anestesia é muito forte.

R: É um bocadinho, é. Há determinados fármacos que faz todo o sentido que vão fazer uma amnésia, porque se não as pessoas...

E1: Mas porquê? Por causa da dor?

R: Também. Também por causa da dor. E, portanto, eles perdem a memória. E ao perderem a memória não há... o bloco é uma passagem que eles não se lembram. E ainda bem, se calhar.

E1: Falou nisso mas falou de outra maneira que é: a questão do conforto para o doente tem alguma coisa a ver com isto? Dele estar mais...

R: Acho que sim, tem tudo a ver.

E1: E em relação a si, o que é que isso quer dizer? Para si, na sua atividade, o que é que quer dizer o doente ter mais conforto ou menos conforto?

R: Eu acho que é um dos bons parâmetros de uma otimização em função do doente. Um doente com desconforto vai implicar uma série de consequências – isto sempre no pós-operatório – um doente que vem com dor para o bloco, por exemplo, num enfarte, há lesões graves que é difícil tirar a dor e nós não gostamos de operar doente com dor, porque a nível de tecidos vão ser diferentes. E, portanto, não é bom, e liberta-se uma série de substâncias, adrenalinas que vão implicar todo o percurso cirúrgico. Mas tirando isso, o doente que vem com dor para o bloco, vem desconfortável, vem ansioso, vem com medo. E, lá está, o medo outra vez, é um doente que pode nos causar muitas complicações cirúrgicas. O pós-operatório, quanto mais sem dor tiver, melhor. Porque vai melhorar a parte respiratória, vai melhorar todas as funções e nós vemos, nós quando estamos doentes e temos uma dor que nos incomoda, nós às tantas já não estamos bem, já não temos posição, já temos falta de ar, temos tudo, não é? É a mesma coisa.

E1: No fundo está-me a dizer que o desconforto é a dor e medo.

R: A dor e medo, sim.

E1: No resto ele não tem noção. Não há outro tipo de desconforto.

R: Dor e medo acarretam outras coisas: ansiedades, stress, etc. A dor, eu acho que é um sintoma que nós, desde pequeninos, se há dor, há qualquer coisa que não está bem e isso acarreta outras emoções – a ansiedade, o stress, a depressão, etc.

E1: E o que é que isso tem a ver, na sua atividade, com eficiência ou não eficiência?

R: A minha? A minha eficiência?

E1: Sim, a sua.

R: Tem a ver que, foi como eu lhe disse, se calhar isto vai ser um doente mais complicado porque ele, se calhar, a dor que sente já há reflexos noutros organismos e ele, no fundo, quando entrar em *bypass*, eu vou ser responsável por todo o organismo do doente. O coração e os pulmões, no fundo, ao enviarem o sangue – que é a vida – e eu, tendo de substituir estes

dois órgãos, eu sou a responsável também por os outros órgãos, por as outras funções (neurológicas, renais, etc.). Portanto, a CEC depois passa a ser a responsável enquanto estamos em *bypass*. Por vezes eu digo às anestesistas “este senhor está a ser um chato que me está aqui... está-me a fugir ao controle, estou aqui sempre de volta dele”. E depois quando saio de *bypass* “pronto, agora já é consigo, já não é comigo”.

E1: Na mesma lógica de equipa.

(risos)

R: Não é bem equipa, é uma sequência.

E1: É mais sequência do que equipa, não é?

R: Às vezes há doentes que nos dá realmente... mas a anestesista, quando nós entramos em *bypass*, ela é que diz “Pronto, agora tome de conta dele um bocadinho que eu já não aguento mais”. Há esta relação. Até acho que é um benefício da equipa quando todos se dão bem.

## Appendix A-2

### Interview 2

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

R: Portanto, a tese são várias entrevistas.

E2: Sim.

R: E depois?

E1: Depois tentar perceber o que é que para cada um dos vários intervenientes dentro deste ciclo – quer profissionais, quer do ponto de vista dos doentes –, o que é que cada um entende por eficiência. O que é que pensa que é eficiência, quer na sua ótica enquanto profissional, quer enquanto na relação com os seus colegas, quer na ótica da organização – no seu caso também há uma componente organizacional por ser diretor do serviço –, quer na ótica do que é que o cliente se apercebe quando se fala em eficiência para ele. É baseado na sua experiência que nós queremos ouvir as suas palavras, e tentar intervir o menos possível, só para ir acompanhando o seu raciocínio.

R: A eficiência, para mim, é uma relação entre a eficácia e os custos, para atingir um objetivo. Não sei se é correto, mas parece-me a diferença entre um e outro. E, portanto, há aqui uma componente de eficácia que é, eventualmente, aquela que mais interessa ao doente e, se calhar, ao médico, que também tenta tratar da melhor maneira o doente. E depois há uma parte de: quais são os recursos que utilizou e como é que se consegue otimizar os recursos que utilizou, que interessa mais à parte administrativa – que é diminuir esses custos, esses tempos e essas coisas. Portanto, mas não é necessariamente uma diferença entre o médico e o doente, é mais entre a parte clínica e a parte administrativa. E, portanto, em medicina há sempre constrangimentos – penso que em qualquer atividade há sempre constrangimentos –, não há recursos ilimitados e, portanto, tem que se procurar sempre essa eficiência. Às vezes com uma perda de eficácia, outras vezes sem essa perda de eficácia e, então, seria verdadeiramente a eficiência.

E1: E isso, em concreto no seu dia a dia, como é que se traduz?

R: No dia a dia? Portanto, a atividade cirúrgica, dentro da medicina e penso que quase todas as cirurgias, é a atividade mais monitorizada que existe. Um doente que entra numa especialidade médica pode estar mais ou menos dias aqui, pode fazer mais ou menos estes exames, mais ou menos medicação, é pouco monitorizada. Na cirurgia tudo é monitorizado: quando é que foi aceite, quanto tempo é que esteve à espera para ser operado, a que horas é que entrou no bloco, a que horas é que saiu, quanto tempo é que gastou no bloco, os consumos, tudo, tudo é monitorizado com um grande detalhe. E, portanto, a atividade cirúrgica é muito monitorizada. Se depois as administrações conseguem tirar proveito dessa monitorização, eu diria que no Estado não tanto, numa empresa privada toda essa monitorização é traduzida em custos e, verdadeiramente, eficiências. Portanto, eu diria que a maior diferença entre o sistema público e o privado é exatamente na gestão da procura dessa eficiência e, portanto, estar o menos tempo possível no bloco, ter o menos perdas no dia a dia, gastar o menos material possível. E, portanto, aí há uma perceção para o doente de uma grande eficiência, mas, às vezes, não sei se é a melhor solução em termos de complicações.

E1: Sim, mas isso que está a dizer do ponto de vista das várias equipas de (eu não sou médico, penso que o doutor está... portanto a linguagem difere), mas várias equipas que estão no bloco terão várias perceções diferentes do que é que é a eficiência para eles, ou não? Entre o anestesista, o cirurgião, enfermeiros, não sei, estou a falar por alto.

R: Tudo isto depois põe vários grupos profissionais que, de certo modo, são interdependentes, mas todos eles querem ter alguma liberdade de ação. E, obviamente que... primeiro, a cirurgia não é só bloco operatório. Tem a ver com as tais eficiências no tempo e isso é muito perceptível no doente. Se o doente diz que precisa de uma operação e num lado fica 3 meses à espera e no outro fica 1 semana à espera, fez os exames todos nessa semana, foi à consulta, fez os exames, fez tudo em pouco tempo, e no outro tem que fazer um exame ali, outro ali, depois espera. Portanto, há aqui – embora o resultado do estudo em termos de eficácia, ambos chegaram à mesma conclusão – um demorou imenso tempo e foi feito, provavelmente, em sítios diferentes. E a gente vai a um hospital bem organizado e pode fazer tudo em pouco tempo – já não estou a dizer se é público, se é privado –, mas há grande diferenças de eficiência, por exemplo, no estudo pré-operatório. E, mesmo acabado o estudo pré-operatório, um tem uma lista de espera e fica que tempos à espera e o outro avança sem grandes... Portanto, logo aí há uma perceção de eficiência pelo doente. Já estou a falar da parte de

perceção do doente, muito importante. Embora o ato médico e o resultado médico sejam absolutamente iguais, mas um ficou mais contente do que o outro. Portanto, há sempre este aspeto de eficácia (confusão com eficiência), mesmo que não haja complicação nenhuma, a cirurgia foi exatamente a mesma coisa, mas um teve eficiência em tempo, em meios e em chatices.

E1: Está aqui a fazer um pouco a comparação entre os organizados e os não organizados.

R: Não quer dizer que seja privado ou público.

E1: Eu percebi, eu percebi. Mas, na sua experiência, consegue-me dar exemplos em que pode materializar esse debate entre o não organizado tem maiores penalizações, seja em custos, tempo, seja em qualidade até, ou não. Como é que, numa equipa, pressupondo que uma equipa o acompanha desde o princípio, desde a entrada...

R: Nós aqui somos... é preciso perceber... há seis centros cirúrgicos grandes de cirurgia cardíaca em Portugal e há 20 ou 30 centros de cardiologia. Um doente que entre aqui na cardiologia tem o caminho muito mais facilitado do que um doente que entre em Faro ou que entra num hospital periférico, porque um está a ser estudado, vem cá, depois falta isto, falta aquilo e, portanto, há diferenças muito grandes de eficiência. Por exemplo, nós recebemos doentes dos Açores, é o custo da insularidade. O custo da insularidade é um bocado este. Tudo é mais difícil para um doente que esteja nos Açores do que para um doente que vem aqui bater à porta e entra na cardiologia, e da cardiologia passa para a cirurgia e vê o seu problema resolvido em três tempos. Isto, partindo do princípio que a doença é a mesma, que o tratamento é o mesmo e o resultado é o mesmo, para não falar em que também pode haver diferenças de eficácia – um tem mais complicações, um teve maior tempo de internamento – isso já no campo da eficácia, dos resultados. Portanto, também há diferenças nesse aspeto.

E1: Mas, como responsável pelo departamento, tem que tomar estas decisões que fazem, no fundo, *trade-offs*, no fundo escolhas, mais tempo, menos recursos, mais recursos implica, por exemplo, suponha que eu não utilizo determinado tipo de equipamento ou determinado tipo de tecnologia, demoro mais tempo depois no recobro, na recuperação. Não sei. Estou a pôr estas questões. Isso são decisões que toma no dia a dia ou que tipo de decisões é que têm a ver com eficiência no seu dia a dia como diretor? É um grupo de profissionais, com certeza, tem recursos afetos, tem a pressão da administração, que, com certeza, também deve ter.



R: Nós, o aspeto principal é o tempo de espera, é a lista de espera. Costumo dizer que nos hospitais privados, o fator limitante é o dinheiro: ou paga e é operado imediatamente ou não paga e não é operado. No estado, o fator limitante (ninguém paga muito, pelo menos) mas o fator limitante é a espera. E, portanto, nós podemos ter doentes que estão 3 meses à espera ou que estão 6 meses à espera, depende um bocadinho depois das prioridades. Eu penso que é o fator limitante mais importante. E, portanto, se eu tenho alguma influência na eficiência? Na verdade, tenho recursos afetos, tenho um *budget* anual que não sou eu que giro, é a administração que mo põe. Põe uma equipa de anestesia... Por exemplo, nós temos muitas falhas de anestesia e a cirurgia geral deve dizer a mesma coisa. E, portanto, temos aquele movimento que se eu quisesse ter maior eficiência poderia contratar mais anestesistas ou contratar anestesistas à peça e teria mais recursos, mas essa parte está-me limitada, não sou eu que decido se vou ter mais tempos de bloco ou menos tempos de bloco. Não sei se...

E1: Sim, sim. Eu estou a querer ouvi-lo.

R: Portanto tenho coisas que são até... de um modo geral, há pouca elasticidade no sistema público. Isto é, o sistema público está quase sempre a trabalhar próximo do seu limite de eficiência e, portanto, não tem elasticidade. Agora, esta semana (nós operamos cerca de 20 doentes por semana) vieram mais doentes à consulta e, esta semana, vamos operar 30. Não posso! E principalmente no público... ou num sistema americano, eles aquilo é elástico. Há muitos, fazem mais, há poucos, fazem menos e, portanto, respondem rapidamente à procura. Nós não respondemos rapidamente à procura. Nós temos dificuldade em responder à procura, às variações de procura.

E1: E isto tem a ver com os recursos pelas várias equipas ou tem a ver, por exemplo, com a ocupação da sala, ou como é que é feita a gestão? Quem é que marca a sala? Depende do serviço, depende do... como é que é feita a gestão do espaço? No fundo, está-me a dizer que podia operar mais. Para não operar mais ou é porque não tem tempo de sala ou não tem recursos, penso eu. Ou será as duas?

R: O tempo de sala é um dos principais recursos.

E1: Sim, sim, é, é. Mas isso não estava incluído na anestesia, isso já é outra perspetiva, não?

R: Não, eu acho que...

E1: Ou para si é?

R: Para aumentar a eficiência, uma das coisas é eliminar os tempos perdidos. As nossas operações tipicamente demoram quatro, cinco horas cada uma e, portanto, normalmente, duas operações por dia. Se eu pudesse aumentar a eficiência, então, eu vou fazer: tenho duas salas e, portanto, temos aqui quatro horas, depois temos aqui duas horas de intervalo ou X tempo de intervalo, e fica feito com duas operações. Se eu tiver uma sala vazia ao lado, eu posso pôr aqui um doente, depois ali outro – o que nós chamamos desfasar – ponho aqui um, ali outro e aqui outro e faço três, com a mesma equipe faço três, só porque um entrou um bocadinho antes do outro e já estou a... portanto, eu aumentaria a eficiência, aumentaria a produção, com o mesmo número de profissionais. Só que eu não mando em tudo e o anestesista tem uma hierarquia diferente, e o enfermeiro tem uma hierarquia diferente. E, portanto, no estado, há perdas de eficiência que, provavelmente, existem menos – não estou a dizer que nunca existem – mas, noutros sistemas, eventualmente, teriam uma maior eficiência. Isto, por exemplo, numa gestão pura de tempos de blocos, não é? Mas como lhe disse, tempos de bloco, para nós, por exemplo, ... é difícil de ... isto a cirurgia cardíaca é um pouco diferente de outras cirurgias porque é mais complexa. Todos os nossos doentes precisam de cuidados intensivos a seguir, ponto, não há exceções. Todos vão ficar, pelo menos, na noite seguinte nos cuidados intensivos. Agora que se eu em vez de fazer dois aqui, fizesse três, pois tinha que assegurar que os cuidados intensivos em vez de receberem 20 por semana, recebam 30 por semana. E eles conseguem? Depois não conseguem, pois teria de aumentar no outro lado. Portanto, há aqui uma interligação muito forte. Por exemplo, se eu estiver a operar uma hérnia ou se eu estiver a ver doentes na consulta – um doente médico que não precise de cirurgia –, se eu em vez de abrir o consultório... o gabinete da consulta em vez de acabar às 4 da tarde, acabar às 6, eu vejo mais 20 doentes e eles vão para casa. É relativamente simples de gerir isto. Na cirurgia complexa, qualquer alteração implica que o outro também altere, portanto, a gestão e a procura de eficiência ... e há perdas de tempo de bloco ou espaços que às vezes são difíceis de entender, mas que são geradas por esta complexidade. Depois, no fim do dia, se calhar poderíamos ser mais eficientes.

E1: Isso quase que me está a dizer que era preciso um gestor do bloco. Gestor no sentido da palavra – alguém que se responsabilizasse por todas as funções, mas isso também poderia entrar aqui em conflito com as várias áreas profissionais.

R: Claro, mas isso é muito bem resolvido nos sistemas privados porque eles estão todos a ganhar à peça. E, portanto, se eu operar mais, ganho mais, se eu operar menos, ganho menos. Se o enfermeiro que está lá no bloco fizer mais, ganha mais, se fizer menos, ganha menos. E,

portanto, essa procura depois rapidamente ... depois, não quer dizer que eles também não tenham estes constrangimentos, fica é um constrangimento a um patamar mais elevado de eficiência. Não ficam com uma eficiência absoluta, mas ficam mais próximos, otimizam a sua eficiência, provavelmente. Mas também estão sempre ... era o que eu estava a dizer: estão limitados pelo dinheiro, depois não têm é o número de doentes capazes de pagar aquilo tudo. Depois é relativamente fácil: ou pagam àquela gente toda ou não operam. É relativamente mais fácil de gerir isso dessa maneira. Se nós tivermos uma ... os cuidados intensivos têm aquele pessoal, está fixo. Os anestesiologistas, está fixo. O outro está fixo. O *budget* anual do serviço está fixo. Portanto, fica...

E1: E não haveria outras práticas possíveis que dê-se outra flexibilidade?

R: Eventualmente, mas...

E1: Não estou só a falar do seu, da sua ... assim em termos globais, se isso faria algum sentido falar nesses termos?

R: Já vamos mais para a política e...

E1: Não, não.

R: Não, não é política. Vamos para a política não é no sentido partidário, mas no sentido de gestão. Como é que o serviço nacional de saúde inglês funciona? Como é que os outros países, não é? Também sofrem deste tipo de organização, não é? Que é um pouco...

E1: Os obstáculos são basicamente, pelo que eu estou a perceber, é baseado na hierarquização...

R: Eu diria que não é tanto dinheiro, é a gestão de pessoas. Penso que são os maiores obstáculos a uma maior eficiência. Isto na saúde, no estado, na parte que eu conheço.

E1: E isso traduz-se no paciente em quê? Se houvesse possibilidade, esses obstáculos que, no fundo, está aqui a referir, traduzem-se em quê? Maior tempo de permanência? Porque no público, como disse, não pagam ou pagam pouco, portanto é-lhes indiferente – só por uma questão de conforto – é-lhes indiferente estar um dia ou estar dois.

R: Não, até é melhor estar... nós tipicamente o doente está uma semana internado. Até é melhor estar uma semana num hospital do que estar três dias no hospital e depois vai para

casa ainda todo manco. Portanto, às vezes os doentes até preferem estar... não sei se me estou a...

E1: está, está. Depende do doente também.

R: Depende do doente. Mas se for uma cirurgia grande, depende disso, depende também... depois é muito, já estamos outra vez na gestão, há eficiência e há falsa eficiência. Porque se se selecionar os doentes – primeiro já está a selecionar pelo poder económico –, poder económico quer dizer que tem uma boa família, quer dizer que provavelmente tem uma boa instrução, quer dizer que é inteligente, ou que mesmo se for velho ... Ou pelo menos tem alguém na família que está bem focado na sociedade. Já eliminou a maior parte dos alcoólicos, a maior parte dos indigentes, a maior parte dos analfabetos, tudo isso já foi eliminado – e que, às vezes, também não colaboram minimamente, nem percebem bem a medicação, nem percebem isto. Já têm não sei quantas ... portanto, para mim, é extraordinariamente importante e é muito difícil. Vocês estão ligados à estatística, com certeza, também. E, portanto, essa parte estatística raramente (como é que se chama? num estudo, as condições de inclusão e exclusão do estudo) ... as questões de inclusão e exclusão de um estudo, raramente em saúde são perceptíveis. As pessoas só vêem o que sai, mas não vêem o que entra. Se eu à partida tiver, particularmente na saúde, (isto agora são opções um bocado pessoais e podem ser controversas), mas já tem a população que consegue pagar e na população que consegue pagar, por exemplo, mesmo que tenha um seguro, o SAMS paga tudo. A pessoa não pagou nada, pagou o SAMS. Mas ele já foi selecionado porque já teve um cargo no bancário ou noutra posição qualquer, já cumpriu aqueles passos todos, já não tem os indigentes. Depois, também, se é privado, se já está pago, se estão a ganhar à peça, portanto, estão com índices de eficiência muito marcados, se ele tiver lá o doente mais de uma semana, vem o chefe e diz: é pá, isto está a demorar muito tempo, a gente tem que despachar isto. O que é que fazem? Fazem uma seleção. Se o doente for demasiado grave, não operam. Se o doente for ... muitas comorbilidades, não operam. Se o doente não tem para onde ir a seguir à alta, não fica como aqui, que aqui a gente às vezes opera e tem doentes que depois ninguém os recebe em casa, e depois ficamos aqui à espera que a assistente social depois arranje um sítio e por aí fora. E, portanto, logo aí apanha outra franja que desapareceu. Depois, a seguir, tem outra parte que tem a ver com a eficácia que é o hospital (seja o da Luz, ou de outro sítio qualquer) também não tem todos os cirurgiões, nem todos os cirurgiões que existem no país vão operar em doentes privados. Se o doente que vai para a Luz começa a dar muitos problemas, ‘é pá, você é muito bom mas a gente aqui não precisa da sua ajuda’ e vai-se

embora. Portanto, o cirurgião – o cirurgião e médico – que está na Luz também já foi selecionado para...

E1: E esses problemas são de que tipo? De que tipo é que podem acontecer?

R: Então, mas se eu não tiver jeito e...

E1: Ah, está bem, se ele não for capaz de fazer...

R: ... e não for capaz de fazer. Mas se você... ou era muito bom... por exemplo, um cirurgião muito bom tem a sua curva. Atingiu o seu auge e depois começa... ou pode não ter auge, ou pode estar doente, ou pode não sei quê. Na privada, ele desaparece logo do circuito. Num público, não desaparece logo do circuito. É muito importante. Aí pode haver menos eficácia, pode haver mais... há menos seleção também dos cirurgiões. Eu diria que os cirurgiões e os médicos na privada também são mais eficientes. Mas aí há um ganho franco de eficiência. Há aqui coisas que uma gestão... uma gestão pessoa a pessoa pode ter ganhos de eficiência muito grandes, verdadeiros ganhos de eficiência muito grandes, porque as equipes estão focadas e porque as equipes são selecionadas. E, eventualmente, têm os melhores cirurgiões, têm os melhores médicos, têm os melhores... ou não quer dizer que tenham os melhores, mas de certeza que não têm os piores lá dentro. Eu acho que há tão bons cirurgiões na privada como no público. E, aliás, a maior parte dos cirurgiões que estão na privada também trabalham no público. Só que na privada já eliminaram os ... de certeza que não têm lá os maus. E, portanto, aí há ganhos de eficiência. E, como eu estava a dizer, os falsos ganhos de eficiência é: não estão a tratar os mesmos doentes – isto era a parte que eu tinha dito antes da pré-seleção dos doentes (os indigentes não estão lá, os coiso, ...) –, portanto, há ganhos verdadeiros de eficiência e há ganhos parcialmente verdadeiros. Nós também temos isso nos públicos. Há hospitais que são conhecidos por selecionarem muito mais os doentes e há, hospitais públicos também, que se tiverem ... e é uma das questões, por exemplo, que a cirurgia geral e os bancos de urgência, que é: um doente é péssimo, mas ele entrou na urgência e precisa de ser operado. Um privado ‘é pá, você está a ultrapassar o *budget*, o *budget* vai ser ultrapassado, é melhor transferir para o público’ e o público tem de aceitar, o público não pode dizer ‘não quero aceitar este doente’, é obrigado a aceitar o doente. Portanto, há aqui falsas diferenças de eficiência, em parte, por causa da pré-seleção. Quando for ver os resultados finais, uns parecem fantásticos – o tempo de internamente é muito menor

aqui, os resultados são muito melhores aqui, aqui e aqui – mas não sabemos como é que foi a pré-seleção em cada um deles.

E1: Estávamos há pouco a falar do tempo, mas, por exemplo, a nível dos consumíveis, dessas coisas dos materiais, isso também tem impacto nas decisões de eficiência do bloco e no ciclo perioperativo, pré-operatório, ou não?

R: O de comprar material?

E1: Não sei. O de ter determinado tipo de... Agora tivemos um período com uma crise forte e isso teve implicações no *budget* – deve ter tido, não sei, mas com certeza que teve...

R: Sim

E1: ... nos vários hospitais. Isso teve implicações na maneira como foi o desempenho das várias equipas?

R: Eu penso que pouco. Penso que, na nossa cirurgia, penso que não teve ... teve tentativas e a adesão, a certa altura, de restringir as opções do material, mas não penso que tenha alterado muito. Isto é, não chegamos ao ‘não operamos porque não há’. O mais que pode ter acontecido “não há esta semana, não chegou”, ou uma das coisas que acontece... olhe, todos os anos, chega a dezembro e eles ficam sem *budget* nenhum, o estado fica sem *budget* nenhum, “ah agora não vem isto”, porque já devem não sei quanto dinheiro às empresas, mas isso eu diria que atrasa. Em vez de ser operado em dezembro, é operado em janeiro ou qualquer coisa assim. Não há momentaneamente, mas não me parece que tenha afetado muito. Depois, em termos, onde é que nós sentimos muito em termos de consumíveis ou, por exemplo, ...

E1: Ou de equipamentos, não é? Alguma parte do equipamento que estivesse...

R: Onde é que o estado poupa e onde é que o estado ... estou a falar no estado mas, se calhar, o hospital da ordem terceira ou um hospital não rico também, se calhar, acontece a mesma coisa e seguramente, às vezes, é pior do que o estado que é: em vez de ter dez enfermeiros, tem cinco e a fazer o trabalho dos dez; em vez de ter os ventiladores todos xpto, tem uns ventiladores mais velhos; em vez de ter renovado as seringas ou renovado os equipamentos, aquilo já está tudo, já está fora do tempo de vida habitual dos equipamentos e ainda estão a funcionar. Portanto, aí obviamente que – estamos muito longe da América ou de uma

Alemanha ou de outro sitio qualquer – qualquer coisinha aparece logo... não é? Portanto, se isso traduz-se em eficiência? É difícil medir, não é? Se o doente cai da cama à noite, tem que se perceber se o doente cai da cama à noite porque fez alguma asneira e levantou-se sem ... ou se não foi vigiado porque só havia cinco enfermeiras e não tinha dez. Portanto, é difícil de medir isso, mas é real [is hard to measure (...)]. Portanto, toda a gente gostaria de ter mais recursos. Não sei se...

E1: Sim, é isso. Estou a tentar ouvi-lo. Porque pode ser uma questão de equipamentos, materiais, pode ser uma questão de tempo... outra coisa que falou aí há pouco era...

R: Eu diria que menos materiais, é, penso que é as pessoas, a lotação. Por exemplo, uma coisa frequentíssima, uma enfermeira ... as equipas têm ... nós temos equipas lá em baixo com 9 enfermeiros por turno. Uma engravidou, ou uma está constipada, ou não sei quê, ‘Olhe, não há ninguém para substituir. O turno com 8’, ‘olhe, este fim de semana ficou só com sete’... portanto, há aqui...

E1: E isso implica quebras na produção?

R: Como é que mede? Como é que mede essa quebra, não é? Como é que mede? A maior parte das vezes ou os outros fazem o trabalho, ou aquilo ficou assim mais coiso. Mas aconteceu algum mal? Como é que mede? Como é que sabe se, a atribuição de ter mais dois dias internado do que devia, foi por causa da enfermeira que faltou? É muito difícil de... Depois como é que isso é analisado, é muito difícil de perceber essas perdas de eficiência [It is not easy to understand when there is a loss of efficiency]. Por um lado, perda ou não da qualidade que seria da eficácia. Por outro lado, dos custos.

E1: Há bocado falou de uma coisa que eu gostava de voltar que era a questão entre as várias equipas (dos enfermeiros, etc.), isso há formas de se articularem ou basicamente cada cirurgião tem a sua equipa e gere dentro da sua equipa?

R: Depende muito de ... existe o serviço ... os serviços basicamente têm a hierarquia dos cirurgiões, a hierárquica dos enfermeiros e depois têm também os técnicos – e os auxiliares depois é mais geral do hospital. O diretor de um serviço é, formalmente ou no papel é, o diretor de turno. Na prática, cada hierarquia funciona separadamente. Se a enfermeira diz que hoje não tem enfermeiros para assegurar o serviço, eu tenho que cancelar um doente.

E1: E não há forma de contornar isso?

R: Não. Eu não posso chegar às enfermeiras e dizer “não, não, então chame-me mais uma enfermeira que esteja em casa”, ou então “vamos contratar mais uma porque este fim de semana vamos operar mais isto e aquilo”, não existe. Aí talvez mais, não sei bem como é que funciona, penso que nos privados também existe isto, mas penso que é mais atenuado, porque também, cada um, tem um interesse mais agudo, o interesse é pessoal. Aqui, ficam hierarquias muito separadas, muito independentes.

E1: Então o que me está a dizer é que o diretor do serviço é um diretor de boas vontades.

R: É. Exato. E se eu disser agora “preciso de renovar este ventilador, está mau, já deu problemas, preciso de outro ventilador”. Olhe, esta semana foram os *pantoff* – os *pantoffs* são as luzes do bloco – temos uma sala que ... “precisamos disto” ... eu não tenho o poder de chegar aqui e ‘mande reparar isto’. Eu reporto para cima e a administração ‘sim senhor, temos *budget* para fazer’, ‘olhe, não temos *budget* para fazer isto’... não é ... como em tudo no estado. No estado não há um mandão completo, é sempre meios mandões, meios patrões.

E1: Eu sei, também sou funcionário público, portanto...

R: É ... tem vantagens, tem desvantagens. São sistemas. Também não ficam dependentes de um maluco qualquer. Estão sempre balanceados.

E1: Portanto, no seu dia a dia, estas questões traduzem-se em tempos – basicamente as ocupações das salas – e afetação de pessoas, não é?

R: Depois nos grandes números – que já entramos outra vez na política –, o sistema português gasta muito dinheiro *per capita* na saúde, mas não é o estado. O estado gasta pouco dinheiro *per capita* em relação a outros. Quem gasta grande parte do dinheiro é ... olhe, estas taxas moderadoras aqui. A pessoa não vai aos hospitais, só em alguma percentagem de atos médicos. Portanto, acaba por, ao longo da vida, gastar imenso dinheiro em saúde que não foi o estado. Portanto, o nosso sistema não é tão honoroso para o horário público como outros. Portanto, o nosso gasto *per capita* não é excessivo. Também não é mínimo. E a outra coisa é que temos um sistema nacional de saúde que dá parâmetros muito nada envergonhadores de saúde pública e, portanto, depois disso também vem no global em todas as estatísticas... não estamos nos topos dos topos, mas estamos muito bem classificados naqueles parâmetros de saúde pública.

E1: Ok, e, portanto, o que me está a dizer...



R: O que eu estou a dizer: a eficiência não é tão má como possa parecer, apesar destes defeitos todos.

E1: E nunca se chega... há sempre a lógica de tentar evitar o risco de a coisa correr mal, não é? Portanto, quando há essa possibilidade de correr mal – pelo que eu percebi há pouco estava a dizer – não se faz, adia-se.

R: Sim...

E1: Está-me a dizer das urgências...

R: Pois, das urgências...

E1: Está bem, sim senhor... Só queria ouvi-lo... falou aqui há pouco de uma coisa que era da relação colaborativa com o doente – há pouco falou disso, quando estava a falar da família – e eu queria pô-lo dentro do ciclo, antes, durante (já percebi que estão a dormir portanto não há hipótese), mas antes e depois, até que ponto é que ele pode, o doente, a sua parte proativa, pode ser um auxiliar ou até um coprodutor do sistema. Não sei se isso existe e como é que vê isso. Normalmente, hoje em dia, fala-se que o doente pode... é mais – ainda há pouco estávamos a falar sobre isso – mais em doenças prolongadas: o doente tem uma parte muito significativa do seu sucesso, e sendo dele é da equipa. Mas, no caso de ser uma ótica mais de cirurgia, até que ponto é que o doente tem um papel de colaboração e até, como estava a dizer, quase coprodução nalguns casos?

R: Aí também há uma diferença: a cirurgia cardíaca especializou-se muito, mais do que outras coisas. E, por exemplo, comparando com a urologia, uma pessoa sofre da próstata, vai ao urologista, o urologista faz o diagnóstico, opera ou não opera, e segue o doente toda a vida da sua próstata ou da sua parte urinária. A cirurgia cardíaca, a parte diagnóstica é tão complexa, tem tantos ramos, tem tantas ramificações, que a parte diagnóstica de acompanhamento é cardiologia. Tipicamente, um doente coronário ou começa com um enfarte ou vai desenvolvendo a sua doença e está meses ou anos com a cardiologia. Depois se chega à cirurgia, é operado. Conosco está tipicamente dois ou três meses. Se está tudo bem, o seu seguimento passa novamente para a cardiologia. Não sei se tinha esta noção.

E1: Tinha. Eu sou doente. Tive um problema há uns tempos, portanto, tenho um problema coronário.

R: Porquê? Porque se não os cirurgiões não tinham tempo para operar e a complexidade... porque na própria cardiologia, uns só fazem eco, uns só fazem cateterismo, uns só fazem eletrocardiografia. Portanto, é tão abrangente que acabou por se desenvolver – e não é em Portugal, é no mundo inteiro. E, portanto, na verdade, na parte de colaboração do doente, se o doente for inteligente, ativo, colaborante na sua doença, provavelmente, isso já se nota quando vem da cardiologia e vai ser muito benéfico no pós-operatório. Mas talvez não seja ... como lhe disse, talvez não seja tão importante como noutras especialidades em que tem que ... porque depois tem a ver, por exemplo, na cardiologia, seguir as dietas, o colesterol, a tensão, essas coisas todas, na verdade, não são um problema do cirurgião. São um problema do doente e do cardiologista. E, portanto, a interação é importante, sobretudo no apoio, na perceção da sua doença. Um doente inteligente – eu digo inteligente, não quer dizer que seja superinteligente – um doente mentalmente bem é muito mais fácil de tratar do que um doente que não esteja colaborante [(...) one patient mentally well is easier to deal than one that is not collaborative], em cirurgia, em qualquer, mas em cirurgia complexa...

E1: Mas aqui em cirurgia traduz-se como? Consegue-me dar um exemplo? Essa pro ou não colaboração como é que se traduz? Entra aqui um doente, um que é colaborante e outro que não é colaborante, o que é que isso implica?

R: Primeiro...

E1: No pré... no durante já percebi que é muito pouco possível de haver, mas no pré e no pós ele está acordado.

R: Como nós temos um período de ação, tipicamente, de dois meses, dois, três meses, não é talvez tão importante como outros. Vai ser importante para a recuperação pós-operatória: andar, ser ativo, perceber o que a gente diz, perceber bem a medicação, perceber bem o processo todo ajuda imenso e a família para ter alta, para a reinserção novamente na sua atividade. Mas, mais uma vez, penso que não é tão importante como para outras especialidades porque nós só vamos atuar em dois, três meses da vida do doente.

E1: Eu estou aqui a imaginar coisas. Nem sequer tem a ver com o seu conforto, não há aqui nada que ele possa agir que lhe diminua o risco, por um lado – embora o risco seja uma coisa que é mais controlada pelos profissionais –, mas também o seu conforto. Acha que não existe nada aí que ele possa ter algum papel, digamos assim? Quer dizer, entrar aqui e estar

completamente... ou fazer qualquer coisa. Eu estou a dizer isto, mas não sei. Estou a perguntar.

R: É óbvio. Nós temos populações às vezes... o nosso doente típico tem setenta ou mais anos, e aí nós vemos... por exemplo, nós detestamos doentes com alzheimer, não é? Porque não vão colaborar. Depois a anestesia... todos os nossos doentes são anestesiados e ficam ventilados a seguir à cirurgia. E isso dá problemas. Uns ficam desnorteados. Quer dizer, podem ficar ou não. E se eles vêm mentalmente menos aptos, tornam mais... mas na verdade a colaboração é possível mas não, não lhe sei dizer muito mais.

E1: Não. Já ajudou. Porque até a literatura que se lê até são aqueles doentes crónicos ou com problemas oncológicos. Há aí uma componente em que o doente tem um papel – pode ter ou não, não quer dizer que depois a coisa se resolva – mas pelo menos pode ter um papel ativo. No caso que estamos aqui a falar – e já explicou isso – o cirurgião trabalha numa fase muito curta do processo. Mesmo assim, um mês, dois meses ainda é bastante tempo.

R: Normalmente é uma semana, quinze dias de internamento. E depois o resto é ambulatorio. Outra coisa é a gestão de expectativas do doente. Há doentes que pensam que vão morrer, que vêm aqui para morrer. E há outros doentes que acham que uma cirurgia ao coração é parecida com tirar um dente. É expectativas. Há pessoas que não podem ter nenhuma dor... há doenças cardíacas que têm ... muitos doentes cardíacos têm pior prognóstico do que os oncológicos, é uma coisa que a maior parte das pessoas não acha...

E1: Morre mais gente até.

R: Agora anda ela por ela. Mas, por exemplo, uma estenose aórtica não operada tem pior prognóstico que a maior parte dos cancros. E, portanto, as pessoas às vezes não têm essa perceção... A nossa cirurgia tem anualmente, ao fim de um ano, 3% de mortalidade e, portanto, morrem. E não tem nada a ver com a maior parte da... somos nós e a neurocirurgia, o resto são zero vírgula zero, não é? Vai para a ortopedia que aquilo é... ir ao bloco ou não ir ao bloco não é o problema. Nós, se aquilo não estiver tudo certinho, o doente morre. Ou morre sem ser operado ou morre porque houve qualquer coisa que não estava bem. E às vezes temos que intervir mesmo sabendo que tem um risco enorme. E isso, por exemplo aí, perceber bem isso. O doente perceber... o doente e a família aceitarem, perceberem que... e de um modo geral percebem, de um modo geral não temos problemas. Aí eu estava-me a esquecer ... aí a parte mental da colaboração é muito importante para integrar tudo isto. Primeiro, os

doentes, muitos deles percebem que as coisas... os doentes não são estúpidos, não é? E os doentes percebem a sua gravidade. A maior parte das pessoas percebe, mas tem que ser explicado. Às vezes é a família que não percebe, outras vezes é o contrário, e tem de haver alguma colaboração. Eficiência só eficiência...

E1: A ideia aqui é tentar perceber o que é que as pessoas entendem por eficiência, qual é a perceção que têm. E como vamos ouvir vários tipos de pessoas, vamos ouvir diferentes tipos de história e tentar ver quais são as diferenças.

(...)

R: O doente é muito, eu diria que um doente valoriza muito a dor e a forma como é humanamente tratado, se o ouvem ou não ouvem, se o tratam bem, se o consideram [patients value a lot the pain and the way that they are humanly treated – if they are listened, if they are considered] (porque às vezes, não é? O doente é um burro, é uma coisa que está ali para ...). Não, mas, e essa parte humana é muito importante e – não estou a puxar a brasa à minha sardinha – mas eu acho que a parte aqui de enfermagem, de apoio ao doente, de um modo geral os doentes saem muito satisfeitos. Se isso se chama eficiência? Uma coisa é satisfação pessoal ou se tiveram muitas dores ou se não tiveram muitas dores, e se foram bem tratados. Depois se é eficiência se estiveram cá mais dois dias ou menos dois dias, se foi feito mais *bypass* ou menos *bypass*, se foi feito mais assim ou mais assado, se tem mais pontos... eu penso que o doente, de um modo geral, em termos de eficiência clínica e eficiência médica não é tão importante. Mas a satisfação clínica, quer dor, quer o resultado – também tem de ter um resultado obviamente... - mas há o resultado, há a dor e há o tratamento humano. Eu acho que o resultado final... penso que ficam contentes, mas não sabem apreciar tão bem o resultado final como as outras duas. A que é que se chama eficiência? Não sei. É satisfação. Isso já não sei. Aí já diria que é satisfação do doente.

E1: A ideia é mesmo essa: é perceber o que é eficiência para o doente.

R: Para mim, eu não sei o que é que vai responder, mas, para mim, a eficiência é não ter tido erros e ter sido bem tratado. É o que me parece, mas os doentes dirão.

## Appendix A-3

### Interview 3

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

E1: Para já, como é que se sente a falar de eficiência?

R: Por acaso é uma coisa que nunca me debrucei a falar. Você estava a falar nisso e eu estava aqui a pensar que efetivamente a gente – com aquilo que nos dão e aquilo que esperam de nós – efetivamente temos de ser, não é? temos de ser eficiente para isto chegar a algum lado. E eu estava a pensar que realmente é uma coisa que ninguém fala. Mas, a nível da instituição, bem, eles...

(Qualquer coisinha assim para arrancar...)

E1: Como é que posso tentar ajudá-la? Por exemplo, como é que você vê no seu dia a dia a pressão que tem para ser eficiente? Da sua chefe, etc. a sua chefe deve (inaudível) ...

R: Exato, com as diretrizes que tem. E depois o nosso serviço, apesar de ser um serviço de cirurgia geral, em que se pressupõe cirurgias, um pré e um pós-operatório e coisas rápidas – temos internamentos que aquilo é 2, 3 dias – o que aqui se passa é que os nossos doentes, apesar de virem ser operados a, sei lá, uma hérnia em que estão cá 2 dias, têm muitas comorbilidades associadas, portanto, chegam cá e estão um mês. Portanto, o nosso serviço além de ter uma capacidade de trinta e seis doentes, se não me engano, são doentes muito dependentes em que o número de enfermeiros é sempre o mesmo – não temos mais – e a resposta que eles querem é a mesma, estando um serviço com 10 doentes ou com 30, a resposta tem de ser a mesma. O nível de cuidados que tem de ser o mesmo e nós tentámos não descorar em nada, mas chega a um ponto que é impossível. Mas tentámos, nos doentes que nos são atribuídos – eu hoje tenho 6 doentes atribuídos –, portanto, naquele número de doentes, de acordo com o plano que é feito de 24 horas, agora especificamente no turno da manhã, o que é que é esperado que eu faça. E tenho que fazer, tenho que corresponder a isso. O que às vezes com 6 doentes é uma coisa totalmente exequível – são pessoas independentes que eles próprios colaboram – mas quando é doentes que são totalmente dependentes e não

têm iniciativa nenhuma, torna-se mais complicado. Mas o que nos pedem é isso, é que chegado ao final do turno, as coisas estejam feitas. Estejam feitas e validadas. Porque depois há sempre aquela parte de que o que não está escrito não foi feito. Portanto, temos que fazer, mas depois temos de deixar escrito o que fizemos. Por isso, eles esperam que façamos aquilo que é o plano das 24 horas do doente. Tentámos responder ao máximo, mas, por vezes, não conseguimos ser eficientes. Às vezes não dá, porque a carga de trabalho é tanta para o número de horas que a gente tem naquele turno. Mas tentámos sempre ao máximo cumprir com aquilo que a instituição nos pede, com as normas que eles lançam, com os nossos protocolos, tentámos fazer as coisas sempre de acordo com aquilo que nos é pedido. E fazemos. Há vezes mais difíceis do que outras, mas cumprimos.

E1: E como é que é para si trabalhar em termos eficientes? Aquilo que estamos aqui a falar, que acabou de dizer...

R: É assim, quando eu tenho o meu número de doentes e planeio o meu dia com aqueles doentes, em que me proponho a fazer aquilo e, chegando ao final do turno, consigo, faço aquilo tudo que é para fazer. Portanto, para mim sim, para mim é eficiente, porque eu consigo dar resposta àquilo que me foi solicitado ao longo do turno todo.

E1: E se lhe dissessem assim: Olhe, agora vai ter de fazer o mesmo, mas com menos recursos? Sei lá, podem ser materiais...

R: Sim. Isso às vezes acontece. Muitas vezes, sobretudo ao fim de semana. Ao domingo não há farmácia, não há armazém, portanto, há muito coisa que depois acaba por faltar. Nos pensos, às vezes para a execução de pensos, para várias coisas acaba por faltar. Às vezes até a roupa da cama. Acaba-nos por faltar vários materiais, sobretudo nesses dias, porque depois não temos um recurso, não conseguimos ir à lavandaria, não conseguimos ir à farmácia, não temos um armazém para ir pedir o material, portanto, às vezes há fins de semana que isto se verifica muito e que há grande falta de recursos. Mas, tentámos sempre dar a volta, fazer algumas engenhocas, de forma a que se consiga chegar ao mesmo fim, – aquilo que eu pretendo fazer – conseguir realizar aquilo que eu pretendo fazer, com outros materiais ou com aquilo que eu tenho, mas tentar fazer [in order to get to the same result... get to do what I want to do, with other resources or with what I have].

E1: Então não há uma diretiva para continuamente ser eficiente? Quer dizer, cada vez usar menos recursos. A sua diretiva, a sua chefe ou não, é para fazer, segundo o plano e segundo o protocolo.

R: É assim, a ideia é sempre cumprir aquilo, porque a gente tem sempre aqueles objetivos para cumprir, portanto, temos que cumprir aquilo. Normalmente, é-nos dado os recursos para atingir aquilo.

E1: Mas quem gere os recursos no serviço são vocês? É a chefe?

R: É a chefe, sim.

E1: Ela é que sabe o que é que tem, seringas, não sei quê?

R: Sim, sim, sim, sim. Ela é que gere isso. Normalmente... Ela não está na prestação de cuidados diretos, mas a gente diz-lhe “olhe, já acabou o material X” ou “falta-nos isto”. Ela é que faz o pedido, mas também há muita coisa que nós é que lhe dissemos “olha, já acabou isto” ou “falta aquilo” para ela poder pedir, para termos o material sempre repostos, para não termos grandes ruturas de stocks de materiais e, às vezes, nem sempre temos. Lá está, é mais ao fim de semana, porque não há maneira de os repor.

E1: Então, agora quando foi da crise, devem ter tido uma pressão para ser mais eficientes.

R: Sim. Por exemplo, nós aqui, uma coisa muito simples ...

E1: Quando foi da crise, mas a crise ainda continua.

R: A crise ainda continua. Uma coisa muito simples. Nós aqui, uma coisa é, fazemos a cama todos os dias ao doente, roupa tudo de lavado. Se você estiver em casa não faz a sua cama de lavado todos os dias, e aqui faz. E às vezes doentes totalmente independentes que estão ali aquelas cinco horinhas a dormir e não utilizam mais a cama, não é? E uma das coisas era essa: só mudar um lençol, não utilizar três lençóis por cama, só mudar um para gastar menos lençóis. Mas a nível de, por exemplo, material de pensos. É um serviço de cirurgia e o mais utilizado são materiais de pensos. Chegou a haver, por exemplo, não termos os tamanhos todos dos pensos. Temos pensos de 5, 6 tamanhos diferentes. Consoantes as cirurgias, temos vários tipos de pensos. Chegou a haver alturas em que não tínhamos os tamanhos todos. Mas pronto, mas adapta-se. Se não tenho aquele tamanho, meto dois mais pequeninos e faço o

mesmo tamanho. Agora o não haver nada, nada, não houve. Vimos, por exemplo, na qualidade do material. Nas seringas, nas agulhas, percebíamos que as empresas fornecedoras eram outras e que deviam ser muito mais baratas, pela qualidade do material que nos era apresentado. Há coisas que a gente percebe. Por exemplo, tínhamos doentes algaliados com drenagens de urina em que os sacos coletores de urina, em que aquilo deixava escapar a urina, portanto, percebia-se que o material não era assim tão bom. E que foi nesta altura, portanto... Não era tanto pela falta do material, mas pela qualidade do mesmo. E que tínhamos de estar sempre em cima. Sobretudo, por exemplo, nesta parte da urina, nós também temos doentes transplantados renais, portanto, para nós é um fator muito importante saber quanto é que urinou numa hora. E esse tipo de materiais que tínhamos na altura quase que não nos permitiam isso, porque aquilo temos duas câmeras, em que na de cima contabilizamos o que funciona numa hora e depois deixamos passar para baixo. E aquilo numa hora havia urina nos dois sítios, porque aquela válvula não vedava completamente. Portanto, percebíamos que aquilo não era assim tao bom. Forçosamente, de hora a hora tínhamos de despejar tudo para ter a certeza que na hora a seguir, o que lá estivesse, era só daquela hora, e não era de horas anteriores. Portanto, vimos isso mais na qualidade dos materiais.

E1: Portanto, está-me a dizer que isso tinha impacto na qualidade de vida do doente.

R: Tinha. Sim. Porque eu consigo ir ao doente e fazer qualquer coisa sem o acordar, agora quando eu sou forçada a despejar, a ver, tenho que acender mais luzes, portanto, o doente acaba por acordar. Mexo-me mais, portanto, ele acaba por ficar mais desperto do que eu só chegar lá e olhar, ver quanto é que tem e vir embora. Outra coisa é chegar lá, olhar, despejar, tenho que acender mais luzes do que só ir lá ver como é que está. Aí ele acaba por acordar. Uns não, mas muitos deles acabam por acordar. Não é aquele acordar, acordar, mas notam a presença, portanto, interrompo ali um bocadinho o sono. Mas nessa parte, na qualidade do material. Na falta dele? Pronto, havia alguma, mas nada que não se conseguisse superar. Nunca foi “bem, eu quero fazer a sequência e não tenho material nenhum para o fazer”. Não, isso tinha.

E1: Mas há um risco associado, ou não?

R: Diga?

E1: Há um risco associado, não?



R: Porque, da nossa parte temos que ter muito mais disponibilidade para lá ir. Por exemplo, neste caso tínhamos de ir lá mesmo de hora a hora, para termos a certeza que aquilo estava tudo bem. No outro material, as seringas, quando puxávamos o êmbolo, quando púnhamos aquilo para trás, aquilo às vezes soltava-se, portanto, tínhamos de ter mais cuidado. Temos de ter sempre cuidado a manusear esse tipo de materiais – agulhas e afins – mas, com aqueles materiais, percebíamos que tínhamos de ter muito mais cuidado, porque não eram assim tão fortes.

E1: Estamos a falar de recursos materiais, mas quando passamos para as competências, para os humanos, isso também é assim? Também se pode ver assim dessa maneira, portanto, mais quantidade, podiam ser outras pessoas? Como é que isso é aqui?

R: Não. Nós aqui até funcionamos muito bem. Funcionamos como equipa multidisciplinar e nota-se, quer os auxiliares, quer os enfermeiros, quer os médicos. Há uma relação próxima entre todos e toda a gente trabalha no mesmo sentido para a melhoria do doente [There seems to exist a close relation among all professionals (nurses, doctors and medical assistants) and everybody works with the same objective of improving patient's health] [everybody works with the same objective of improving the patient welfare]. Portanto, não é a questão do número. Nós somos poucos, somos pouquíssimos auxiliares e pouquíssimos enfermeiros para o número de doentes que temos e pela qualidade dos cuidados.

E1: Porque é que diz isso?

R: Porque eu, de momento, tenho uns 28 doentes de enfermaria em que tenho dois enfermeiros à noite. Portanto, 14 doentes para cada enfermeiro, com uma auxiliar. Eu devo ter uma média, de momento no serviço, eu devo ter uns 28 doentes e devo ter uns 20 dependentes – dependentes com fraldas, que não tomam banho, que não se posicionam sozinhos, não fazem nada disso. Portanto, durante a noite, em que supostamente eles até deviam descansar, e é isso que se pretende, que descansem, mas eu tenho de ir lá no início do turno dar antibióticos, medicação, posicioná-los, trocar a fralda ... dos 14 doentes, eu tenho de fazer isso a uns 10. Eu quando chego ao último já passou quase 2 horas. Portanto, quase que já tenho de voltar ao primeiro e voltar a fazer de novo. Alternar pelo menos os posicionamentos, para alternar de 2 em 2 horas, para não ficarem todos marcados. E é bastante cansativo. Portanto, temos esse número de enfermeiros para esse rácio de doentes. Há noites em que temos 14 doentes completamente independentes, que se levantam e vão à casa-de-banho, que

estão no quarto e se precisam de alguma coisa tocam à campainha. Há aqueles que não gostam de chatear, mas há aqueles pronto, que sabem perfeitamente que se precisarem de alguma coisa, tocam, a gente vai lá e pronto “é alguma coisa para dormir. Eu estou com dores” e eles próprios é que nos vão dizendo e nós vamos lá. Os outros que são totalmente dependentes nem tocam à campainha, nem fazem nada disso. Portanto, somos nós que temos de os vigiar para perceber se está tudo bem, se não estão entalados nas grades, se não se tentam levantar, se a fralda está limpa. Isto na noite. E durante o dia o mesmo. Durante o dia alimentá-los. Muitos deles diabéticos, por causa daquele jejum noturno tenta-se dar sempre qualquer coisa à 1 da manhã ou às 2, para aguentarem até ao pequeno-almoço, porque o pequeno-almoço às vezes é só às 9, 9 e meia. E durante o dia também, as refeições, os banhos, isso tudo, chegamos a ter ... para o doente às vezes também é mau. Porque é assim, eu tenho 5 ou 6 doentes que são totalmente dependentes, portanto, eu só consigo dar banho ao último quase ao meio-dia. Portanto, só o consigo levantar já para o almoço. Portanto, ele ficou aquelas horas todas na cama porque eu não tive disponibilidade, porque os outros também eram dependentes e eu tenho que começar por um. Tentámos sempre começar por aquele que é mais dependente, que é para dar o pequeno-almoço, dar o banho, levantá-lo, fazer isso tudo. Mas quando chega ao último, já é tarde, ele passou a manhã na cama, coitado. Mas não há outra hipótese. Da mesma forma que eu estou ali, os meus colegas também estão ocupados. Portanto, ninguém o conseguiu levantar antes daquela hora. Para ele também não é bom, mas por isso é que eu digo faltar a nível de pessoas – quer de auxiliares, quer de enfermeiros – nessa prestação de cuidados. Porque os cuidados são prestados. O doente toma o banho, é-lhe feito o penso, é-lhe dada a medicação, é-lhe dada comida, ele faz o alevante, ele cumpre as horas levantado (por exemplo, até pode ser o último a ir para a cama para compensar). Ele faz isso tudo, mas só se levantou depois do meio dia e esteve a manhã toda ali. E, às vezes, parece “ah, ninguém se lembra de mim” mas não é, ainda não houve oportunidade de chegar a ele. Por isso é que eu digo que às vezes falta neste sentido, falta enfermeiros nisto, porque se tivéssemos mais um ou dois enfermeiros por turno, o número de doentes atribuídos era menor. Portanto, aqueles últimos dois doentes já não seriam meus, já seriam de outra minha colega e geríamos isso de outra forma, os doentes já teriam cuidados mais cedo. É claro que se... imaginemos que esse doente... não fica sem tomar o pequeno-almoço, não é? Eu faço uma pausa e vou lá dar-lhe o pequeno-almoço e depois continuo, se tiver a fralda suja eu também não vou deixar até ao meio-dia com a fralda suja, eu vou lá, mas há certos cuidados que ... mas depois levantá-lo eu só vou levantá-lo àquela hora. Também não é bom para eles, mas não consigo de outra forma.

E1: Mas o que está a referir, basicamente, pressupõe que há uma forma de fazer e que para conseguir mais tem de ter mais recursos.

R: Tenho.

E1: Mas eu vou-lhe pôr a questão ao contrário: se lhe dessem a possibilidade (não sei se dão. Às vezes até têm reuniões com a sua chefe, com os colegas, ...) de reorganizar o serviço, o que é que faria para conseguir melhor serviço – no fundo, mais – mas com menos ou os mesmos recursos? O que é que mudava na organização, aqui?

R: Mas com os mesmos recursos?

E1: Ou com menos até, se quiser pressionar. A ideia é: se me disserem assim “olhe, não vou fazer melhor mas se tiver mais recursos faço” mas isso é a lógica tradicional, que é aumentar a capacidade. Mas sem aumentar a capacidade, como é que eu posso olhar duma ótica de gestão de organização – organização no sentido de organizar recursos – e fazer diferente? O que é que diria se lhe pedissem isso?

R: É assim, isso é o que a gente já faz.

E1: Pois, mas eu quero ouvi-la.

R: É o que a gente faz. O que tentamos é: logo no início, na divisão – mas há dias que não dá – tentamos que cada pessoa fique com doentes que sejam independentes e com um ou dois dependentes, e não ficar só com doentes dependentes, para ter bastante tempo para cada um, e depois os independentes tomam banho sozinhos, são pessoas completamente autónomas que quando precisam vêm ter connosco, não precisamos de estar sempre lá ao pé, eles próprios vêm ter connosco. Tentamos fazer isso. Mas há vezes em que o serviço está extremamente pesado e não dá, por mais que se queira pôr aquela pessoa com menos doentes dependentes não se consegue, porque eles são quase todos dependentes... e é o que a gente faz. As coisas terminam muito mais tarde, mas terminam, são feitas, são executadas. E é isso que estava a dizer, arranjar tipo estratégias. O primeiro doente acabou por se levantar às nove e meia e o último só se levantou ao meio-dia e meia, portanto, quando forem para a cama, o que se levantou primeiro, há de ir primeiro e o último há de ir mais tarde, só há de ir depois do jantar, para tentar compensar aquelas horas fora da cama, tentamos jogar dessa maneira.

E1: Mas eu estava a tentar falar consigo noutra registo que era: como é que eu posso reorganizar os meus recursos – mais os baseados nas skills do pessoal, não tanto os materiais, mas depois, se calhar, também está associado – de forma a que haja um desempenho diferente? Sei lá, não percebo nada do seu serviço, não sou enfermeiro e não tenho a mínima ideia. Por exemplo, especializar pessoas, alguns faziam só determinado tipo de tarefa e depois rodavam.

R: Ah sim, isso foi uma coisa que ... não sei, há alguns hospitais em que ainda se vê, mas aqui já não se vê. Mas existia, existia a tarefa – e aqui também se passou –, em que havia um enfermeiro só para dar a medicação, havia um enfermeiro só para dar banho

E1: mas depois rodava.

R: Sim, sim, rodava, todos os dias rodava. Hoje eu ficava encarregue da medicação, amanhã ficava encarregue dos banhos. Isso, na minha ótica, não é uma coisa eficaz, porque eu nunca conheço no todo o meu doente. Se eu só vou lá dar a medicação, falta ali qualquer coisa. Portanto, eu acho que a pessoa deve ser responsável pelo seu doente. Dar-lhe a medicação, dar-lhe o banho, dar-lhe a comida, fazer-lhe o alevante, fazer-lhe os pensos, esclarecer-lhe dúvidas, portanto, como um todo, porque só assim é que eu conheço o doente que tenho à minha frente e só assim é que eu consigo ajudar. Se eu vou só lá... Se dividíssemos isso e ficasse só com uma parcela de todo o cuidado que aquele doente precisa naquele dia, para mim não era suficiente. Para mim e para nós.

E1: Mas no outro dia só fazia... pôr os medicamentos. No outro só mudava fraldas, no outro só dava banho. Mas acabava por conhecer o doente, só o fazia era por diversas fases.

R: Eu conhecia...

E1: Conhecia todos.

R: Eu conhecia, sim. Porque se fosse para dar medicação, dava. Podia dar aos doentes todos, conhecia. Mas não conhecia o doente como um todo.

E1: Mas se rodasse no dia a seguir por outra coisa, ao fim de 5 ou 6 dias já fez tudo.

R: Está bem, mas ao fim de 5 ou 6 dias o doente também pode já não ser o mesmo. É o que eu digo, isto é um serviço de cirurgia em que eles estão cá 2 ou 3 dias, às vezes entram de

véspera, são operados e têm alta no dia a seguir – uma pessoa que venha ser operada às varizes está cá de véspera, no dia a seguir vai ao bloco, vem do bloco, passa cá a noite e, se for preciso, no dia a seguir já tem alta. Está cá 2 ou 3 dias. E acho que para o próprio doente é preferível ter um enfermeiro de referência, que passou o turno com ele, e vai expondo certas dúvidas [I think that for the patient is preferable to have a nurse of reference, that passed the shift with her or him, and to which he/she can express certain doubts]. Porque depois temos aí pessoas, e temos visto vários tipos de doentes em que não dizem nada e, às vezes, eu estou lá 2, 3 dias e percebo que há ali qualquer coisa que não está bem e que a gente começa a puxar pelo doente e ele então começa a falar. Às vezes são dúvidas e são questões que para nós até não têm... pronto, são coisas mesmo simples, mas para o doente estava-lhe a fazer uma confusão tremenda e são coisas mesmo simples, mas que eles têm vergonha de perguntar. Só que depois eles veem-nos hoje, veem-nos amanhã, veem depois e acabam por nos fazer a questão. Se eu só fosse lá dar a medicação naquele dia, ele nunca faria aquela pergunta, porque, de cada vez que é uma coisa, é um enfermeiro diferente, ele não se abriria, não falaria, não esclarecia aquilo que lhe estava a ... Portanto, a meu ver, nessa gestão não conseguia ser eficaz no trabalho, nem eu ganhava, nem o doente... sobretudo o doente não ganhava, porque tinha um enfermeiro para cada coisa e a ideia...

E1: Portanto, no fundo

R: a ideia aqui é ter – temos 3 turnos – enfermeiro naquele turno e saber que me posso dirigir àquele e não “espera lá, agora é a medicação, tenho de pedir a este, agora é não sei quê e tenho de pedir àquele”. Saber que naquele turno tenho aquele enfermeiro e, portanto, posso...

E1: Portanto, para si, o seu trabalho decisivo é o relacionamento com o paciente.

R: É o relacionamento, sim, o relacionamento com ele. Porque ao criar uma relação com o doente é muito melhor para nós e para ele. Ele sente-se muito mais à vontade para colocar as questões que quer. Às vezes são pessoas mais dependentes em que temos de dar banho. São situações muito frágeis, não é? A pessoa está ali, mesmo banho na cama ou banho na casa-de-banho, são pessoas que muitas delas sempre viveram sozinhas e agora chegam aqui e é uma... às vezes, sobretudo homens e é uma mulher que lhe vai dar banho. São situações, para nós normalíssimas, que é o que a gente faz todos os dias, mas, para eles, muito constrangedoras. E o facto de estarmos lá com eles e a explicar é muito bom, porque depois eles próprios sentem-se mais à vontade para nos colocarem as questões e pedirem. E vamos conhecendo melhor os

doentes. Às vezes, temos imensos doente que nos dizem “ai não tenho dores, está tudo bem” e a gente vê perfeitamente na cara da pessoa que deve estar ali... que é impossível, com a cirurgia que fez ou com aquilo que aconteceu, que é impossível não ter dores. E a gente fica ali e puxa mais um bocadinho e “ah, pois, realmente, mas eu não queria chatear, não queria incomodar”, mas depois eles vão falando. Portanto, o relacionamento é, sem dúvida, importantíssimo para obter resultados a vários níveis [The relationship created is, without doubt, useful to get results at several levels].

E1: Mas eu volto à mesma coisa que é: saindo da ótica da eficácia – que é o que está a dizer, que é ter resultados – como é que pode usar esse relacionamento, para conseguir ter uma relação com o doente (agora já saindo da ótica da utilização) mas mais eficiente. Ou seja, como é que consegue ter com menos tempo afetos, ou se isso tem impacto ou como é que pode ter. Ou menos tempos afetos àquele doente, ou coisas deste tipo, não sei. Estou aqui a inventar...

R: Não percebi. No meu relacionamento?

E1: Portanto, tem um relacionamento. O que me está a dizer é que quantos maiores pontos de contacto tem com o doente, melhor é o relacionamento – como é obvio, isso faz parte duma relação, porque os pontos de contacto geram uma maior intimidade e à partida melhoram a relação, é aquilo que acabou de dizer. Mas isso estava-me sempre a pôr a questão na base do ser mais eficaz. Agora ponho-lhe a questão de outra maneira: como é que usa isso, essa forma de estar, para conseguir otimizar os seus recursos – nem que seja o seu tempo?

R: Ah, sim. O facto de a gente conseguir criar uma relação com o doente – e a gente consegue quer com os doentes independentes, quer com os doentes dependentes, é igual – porque a gente consegue otimizar as coisas... consegue otimizar. Por exemplo, eu agora antes de vir para aqui eu tinha medicação para dar às 11 da manhã, mas eu tenho doentes que são completamente autónomos e estão conscientes e estão orientados de onde é que estão, portanto, eu antes de vir para aqui eu fui lá e disse “está aqui”. E a primeira conversa “ah, mas ainda não são 11 horas”, e disse “Eu sei. Mas às 11 eu posso não estar cá, portanto isto é para tomar às 11 horas”. Portanto, eu consigo gerir muito melhor as coisas porque eu sei, porque eu os conheço e sei que não vão tomar aquilo fora de horas, vão tomar aquilo às 11 horas. Têm despertador ou têm o telemóvel, pronto, têm às 11 horas. Também tenho aqueles que sei que não conseguem sozinhos, e que estes sim, tenho de ir lá às 11 e tenho de ser eu a dar com

o iogurte... tenho que dar. Mas, como aqueles são independentes... eu tenho várias coisas para fazer à mesma hora, mas consigo antecipar umas – porque eu sei que eles vão tomar àquela hora – para, que depois, aqueles que não conseguem, eu estou lá a horas e consigo dar aquilo a horas. Ou seja, consigo ir gerindo as coisas. Por exemplo, tenho os pensos para fazer. O doente vai ao banho ... Ia dizer “tem os pensos para fazer”, “ah, mas então deixe-me tomar banho primeiro e depois faz os pensos”. Pronto, então, “você vai tomar banho” enquanto eu faço isso, e, depois, entretanto, ele acaba de tomar banho e eu já me despachei do outro sítio. Portanto, tenho de jogar um bocadinho com aqueles que são mais independentes, com aqueles que são mais dependentes. Os que são mais dependentes precisam mesmo de mim para fazer a maioria das atividades. Aqueles que são mais independentes eu consigo jogar, ou seja, os cuidados que tenho de prestar àquele independente eu vou encaixando nos espaços dos...

E1: Portanto, otimiza o tempo, é isso que está a tentar dizer.

R: Sim, sim. Dá para otimizar... Com esses doentes assim dá para fazer isso.

E1: E outras coisas que consegue fazer com menos recursos, sem ser o tempo, ou de outra forma? Ou seja, dependendo da relação que cria.

R: A gente, por exemplo, ... uma das coisas muito importantes é, no pós-operatório, as pessoas começarem a andar... tudo isto ajuda na recuperação do pós-operatório ... o andar... por N fatores. E que eles o que mais querem é estar deitadinhos no dia a seguir, porque estão muito doentinhos, pronto, coitados. Mas o que “ah, não me posso mexer”, “ah, que me dói”. E a gente tenta “não, você tem que andar, e você tem que andar”. E, então, vamos arranjando estratégias ou alternativas para a pessoa ir andando. Por exemplo, “olhe, se andar agora um bocadinho ou não sei quê, eu depois então deixo-lhe ir beber o café”, mas naquela na brincadeira, ou então “se quiser o café vá lá buscar à máquina, tem de ir até à salinha”. E, às vezes na brincadeira, vamos levando a pessoa a fazer as coisas que nós efetivamente queremos, porque o que eu quero é que ele ande, precisa de andar. E aqueles doentes que para eles também passavam a vida na cama, em que a gente os senta e 5 minutos depois já estão a pedir para ir para a cama outra vez, a gente diz “ah, fica só mais um bocadinho”, “ah, almoça e depois vai”, depois chega o almoço, ele almoça, “agora acabou de almoçar, não pode se deitar já, convém ficar aí mais um bocadinho”. Pronto, e vamos arranjando assim umas coisinhas para ... eles não querem, não é? Mas não é os estar a contrariar, mas arranjando ali umas formas de fazerem o que é benéfico para eles, e que é o que eu quero que eles façam,

não é? Que fiquem ali sentados X horas, apesar de eles estar sempre a dizer que não “pronto, olhe, só mais um bocadinho, só mais isto”, “vou só ali fazer qualquer coisa”, “olhe, então vou só almoçar e depois venho”. Pronto, e eles vão acabando por ficar ali. E, nesse caso, vão ficando ali sentados. Os outros, vou pedindo para andar. Ou, por exemplo, “ah, tem de me ir fazer o penso”, olha “então vai aqui à sala de pensos”, “ah, não vou me levantar”, “não, para fazer o penso tem de ser na sala de pensos”. Pronto, e as pessoas vêm-se quase que obrigadas, mas depois começam a andar e depois dizem “ah, afinal até não dói assim tanto”, e eu disse “pois, tem que andar” e vão acabando por fazer aquilo que eu quero que eles façam. Portanto, vou conseguindo que eles vão fazendo. Há dias que não, mas pronto, mas vou conseguindo que eles façam o que eu quero.

E1: E isso faz-lhe economizar recursos.

R: Para já, quanto mais tempo o doente está deitado, pior é para o seu pós-operatório, por tudo – a nível intestinal, para a recuperação, para as dores (quanto menos se mexer...).

E1: No fundo, está a associar isso à ocupação da cama.

R: Também, também.

E1: Para além da qualidade do doente.

R: Sim, sim, sim. Para ele é pior a nível da parte intestinal, é das dores (porque quanto menos se mexe, menos se quer mexer. E qualquer esforço, que não seja esforço, qualquer coisa que faça, vai-lhe doer muito mais, portanto, tem que começar aquela atividade), e isso, e depois implicam. Em vez de a pessoa estar aqui 2 ou 3 dias, está aqui 5 ou 6. E isso tem custos para todos. Tem mais custos para toda a gente. E, sobretudo, para o doente, que tem menos benefício para o doente ficar aqui, sujeito depois a apanhar outro tipo de infeção e depois ficar mais uma semana ou quinze dias. Portanto, isso acaba por não ser benéfico para ninguém.

E1: Então fazia sentido haver um plano para conseguir economizar tempo, materiais, coisas desse género assim? Um plano aqui é um nome muito bonito, um conjunto de diretivas. Ou não?

R: É assim, isto...



E1: Deixe-me só pôr as coisas noutros termos. Eu estou a ouvi-la, e eu tenho uma formação em gestão, portanto, de enfermagem não percebo de nada – embora já tenha dado aulas numa escola de enfermagem, mas isso foi uma coisa (inaudível) – mas a ideia com que eu fico é que o termo eficiência está muito pouco presente. Você está sempre a ir para a lógica do resultado, não é?

R: Sim.

E1: Ou seja, da eficácia, de fazer bem e melhor. No fundo, criar qualquer coisa que o doente tenha depois impacto na qualidade de vida dele – o que é natural. Mas o que eu lhe pergunto é: devido a isto, penso que será genérico – aliás, já estive a falar com várias pessoas e isto até é o que é tradicional na saúde –, o que eu lhe pergunto é se faria sentido haver diretivas mais ou menos tênues (não muito ajustadas) que indicassem um conjunto de ações, sem prejuízo do doente, que poderia gerar uma maior economia de recursos.

R: É assim, poderia haver um plano, mas acho que isso são coisas que nós fazemos todos os dias, percebe? Não é uma coisa que por estar aqui escrito a, b e c que eu sou obrigada a fazer, não é?

E1: Se estiver escrito é.

R: Sim. Se estiver escrito eu tenho que a cumprir. Mas acho que estas situações são coisas que a gente faz todos os dias, faz a todos os doentes, adequa ao doente que tem. Portanto, não é por não existir um plano que eu não as faço. Ou não é por existir um plano que eu vou fazê-las todos os dias. Eu acho que não é preciso o plano. A gente faz e adequa ao doente. Da mesma forma que eu tento que o doente seja cada vez mais autónomo no pós-operatório, eu também respeito, há momentos de dor que a gente não consegue fazer nada. E por mais que eu queira fazer, não consigo. E tenho que esperar ali uma hora ou duas para recomeçar. Portanto, acho que tem a ver com o doente que a gente tem à frente. Portanto, não é um plano que me ia fazer...

E1: Muito bem. Então se lhe dissessem assim: olhe, já cá está há 10 anos, a sua chefe é uma pessoa já com alguma experiência, indique-me duas medidas que podiam levar a uma “economização” (confusão com economia) de recursos. Estou a tentar forçar este aspeto. Ou seja, não é que o doente fique melhor. É duas medidas – ou se quiser dizer três ou uma é igual – mas que você acha que se fosse discutido na equipa e institucionalizado (podia não ser

escrito) levaria a ter ganhos de menor número de recursos usados, sejam eles quais forem (tempos, pessoas, materiais, o que você quiser). Não se esqueça que isto aqui fica entre nós e, obviamente, depois só será passado se... não é preciso pensar... não vai dizer “despedia a equipa toda” porque não é isso que estamos aqui a tentar ver...

R: Não, que a gente até funciona bem. Por exemplo, uma das medidas, uma das coisas que a gente já falou N vezes, que não é d’agora, é de há muito tempo, é: os médicos fazem alterações à hora que querem. Há muitos sítios que, por exemplo, as alterações são até às duas da tarde, mas eles fazem alterações à hora que querem, e nem sempre as comunicam. A maioria deles não.

E1: Alterações? De medicamentos, tratamentos?

R: Qualquer um deles. De qualquer coisa. Tratamentos. Medicamentos. Às vezes estão a fazer soros e param. Às vezes ainda não estão a comer e passam a comer. Pronto, de qualquer coisa. E fazem isso a qualquer hora. A maioria deles não. A maioria deles vem ter connosco e diz “olhe, eu alterei aquela medicação”, ou “eu quero ver aquele penso”, N coisas, “olhe agora o senhor passa a comer”, N situações. Muitos deles dizem. Agora há muitos que também não dizem nada, só escrevem no computador. Então, eu tenho que estar... já fui ao computador ver o que tinham escrito. Daqui a 1 hora tenho de lá voltar para ver se alteraram alguma coisa. Às 3 da tarde tenho de fazer o mesmo, porque se não às 3 e meia chega o médico e diz assim:

- “ah, aquele doente está com soro?”

E eu:

- Sim.

- Mas eu já parei isso há duas ou três horas.

- Ah pronto. E disse a quem?

- Ah, não disse a ninguém. Escrevi.”

Ou seja, perdemos imenso tempo nisso. Será que tem alterações? E depois, eu não consigo estar sempre no computador, porque tenho outras coisas para fazer. E se então começo a fazer as coisas que tenho para fazer para aquele dia e que fique 2 ou 3 horas sem ir ao computador, quando lá vou às vezes já tenho alterações, mas, entretanto, já me veio o médico dizer “ah,

mas eu alterei”. Isso é uma coisa que já foi discutida com a chefe e já foi discutida com o médico chefe. “Se fizerem alterações têm que as comunicar”. Às vezes análises, fazem pedidos de análises para o próprio dia e não nos dizem anda. E depois chega à noite, vamos ver, “ah, afinal isso era para colher hoje”, mas ninguém nos disse. A gente não adivinha que se lembraram... mas isso é uma coisa que já se falou mas que continua a não se cumprir. Porque, que eles façam alterações a qualquer hora, pronto, foi àquela hora que ... ou porque viram o resultado de uma análise, ou porque viram o resultado de um exame e então acharam que o doente já podia comer, acharam que o doente já... Mas então têm de comunicar! Porque eu depois perco imenso tempo no computador, e depois tenho de estar sempre lá. Eu vou lá ver uma vez, pronto. E depois não é só uma, eu tenho que ler o diário clínico não é só uma vez por dia, tenho de ler várias, porque eles podem-se lembrar e alterar N situações. Ou é alterar medicação, que eu não acompanhe e depois à tarde vou ver e “ah, ele... “... normalmente damos medicação à uma da tarde e depois já não tenho medicação até ao resto do turno, portanto, se não tenho medicação até às 4, já não volto à medicação, só se o doente me pedir alguma coisa, se não, não volto lá. Mas, se for preciso, quando chego às cinco vou lá, abro o computador e vejo, “ai, o soro está parado desde a uma e meia” ou assim, mas ele não disse nada... porquê? Porque a gente tinha dado a medicação e já não tinha ido lá mais. Portanto, isso faz-me ir várias vezes e perco imenso tempo nesse sentido. Uma coisa tão simples que bastava dizer “olhe, eu alterei aquilo” e eu perco imenso tempo... Eu falo eu, nós todos. Perdemos imenso tempo a ir ver aquilo. E isso é uma coisa que já falamos, e alguns médicos cumprem e dizem-nos, avisam-nos logo, “olhe, alterei aquilo, fiz aquilo, fiz aquilo”. Porque isto faz-nos ganhar imenso tempo, não é? Não estamos sempre ali a ver o que é que é.

E1: Ok, outros exemplos possíveis.

R: Este é um deles. Mais...? De nível de gestão, de otimizar... sei lá. Depois vai surgindo tanta coisa...

E1: O que está a falar é uma questão de planeamento, ou de procedimento. Mas poderá haver outras áreas, não sei. Estou a dizer-lhe isso...

R: E há. Estava aqui a pensar... Não sei, não sei, agora assim de repente.

E1: Regularmente revisitam essas coisas, na reunião com a chefe? Como é que isso...?

R: A gente vai falando, mas depois nunca há nada certo.

E1: Mas nunca fica formal?

R: Não. Outra coisa que é muito básica. Eu tenho 3 computadores ali na nossa sala. Nós de manhã somos 5, 6 enfermeiros. Eu tenho ali 3 computadores. Agora, cada vez mais, as coisas estão informatizadas. Portanto, tudo o que eu faço, tem de estar registado e eu preciso do computador. Preciso do computador para ver terapêutica, preciso do computador para validar as ações daquele dia, para ver que tipo de tratamentos é que tenho para executar. E depois, lá ao fundo, tenho os quartos dos médicos que também têm três ou quatro computadores. Se você for ali àquela sala vai ver os 3 computadores ocupados pelos médicos, ou o dietista, ou os nefrologistas, ou os cirurgiões, ou fisioterapeuta. Toda a gente utiliza aqueles computadores. E eu que preciso de registar as minhas coisas, não tenho computador. Portanto, isso faz-me atrasar, não é? Porque depois eu tenho que ficar à espera, porque os nossos computadores são aqueles. Eles não, eles podem utilizar o que quiserem.

E1: Mas porquê?

R: Porque dá-lhes mais jeito aqui.

E1: Não, não. Porque é que ... Ah! É só por jeito.

R: Sim, sim. É só por jeito. Porque, como os processos dos doentes estão aqui, portanto, dá-lhes mais jeito estar aqui. A eles dá-lhes jeito, mas a mim dificulta-me mais o meu trabalho, porque eu depois tenho de ficar à espera para ter acesso a um computador.

E1: Portanto, o que me está a dizer é que podia ser reorganizado.

R: Podia.

E1: Se calhar os processos dos doentes estarem num outro sítio ou estar nos computadores todos.

R: Ou isso, podia. Porque são eles que querem o processo... podiam os processos estar lá em baixo ao pé deles, porque, por exemplo, aquela parte lá em baixo já foi reorganizada. Porque aquela parte lá em baixo, a parte deles, só tinha um computador, o que não era suficiente. Então, já reorganizaram aquilo de forma a que a antecâmara tivesse 3 ou 4 computadores – não sei quantos é que têm – para eles utilizarem, mas eles continuam a utilizar os daqui. Portanto, continuam a dificultar o nosso trabalho, porque depois tenho menos acesso a um

computador. Depois acaba por me atrasar, por me atrapalhar. Às vezes diz-se “olhe, não podem estar os 3 computadores ocupados. Vão lá para baixo”. Isso era uma das coisas que também já falamos com a chefe, mas que nunca... nunca houve aquela ordem “olhem, os vossos computadores são aqueles, só podem utilizar os daqui se ninguém precisar deles”, para nos facilitar. Não é facilitar, é para termos as nossas condições de trabalho, porque senão depois não consigo validar nada. Depois chego às 4 horas e ainda me falta não sei quantas coisas porque não consegui ir ao computador àquela hora. Que eu chego lá, tenho o computador ocupado, “pronto, olhe, ainda tenho isto para fazer, vou fazer isto”. Depois volto. Está o computador ocupado, alguém está a acabar e não sei quê. Depois fico ali às vezes à espera, “ah, estou a acabar”. E eu fico ali à espera que alguém acabe, esteja a acabar para se ir embora. Está a prejudicar o meu trabalho.

E1: Consegue encontrar mais exemplos?

R: Mais exemplos... às vezes o facto de sermos poucos dificulta. Às vezes tenho uma auxiliar só de manhã. Uma auxiliar só de manhã é impensável. Com recados, ter de levar os doentes para o bloco, ter de levar os doentes ao raio-x, análises para pedir. Depois se preciso de ajuda com algum doente ou alguma coisa, também não tenho. Só tenho uma auxiliar ou duas, porque estão com recados, a levar doentes para um lado e a levar doentes para o outro, e depois não consigo. E depois tenho de ir pedir a uma colega minha. Ou tenho de esperar. Ou seja, em vez de eu estar ali um quarto de hora, fico quase o dobro ou o triplo porque fico à espera de ajuda. Da mesma forma que eu estou ocupada, os outros também estão ocupados.

E1: Mas como é que contornava esses obstáculos? Os obstáculos para ser mais eficientes.

R: Esse de não ter...

E1: Os vários que falou – dos computadores, dos...

R: Pois, mas esses dos computadores que são mesmo desagradáveis, porque uma pessoa quer trabalhar e não consegue, eu acho que isso devia estar “bem, vocês utilizam estes computadores porquê? Porque é que não utilizam os vossos?”, “Ah, porque os processos estão aqui”, “ai é? Então pronto. Os processos ficam lá”.

E1: Então é uma questão de organização do serviço. Quem é que pode organizar o serviço? A sua chefe?

R: Sim, a chefe. A minha chefe, sim.

E1: Então porque é que ela não faz? Se ela tivesse aí, eu perguntava-lhe a ela, mas como ela disse que era você...

R: Pois, pois.

E1: ... pergunto-lhe a si.

R: Pois, não sei. Mas era uma coisa muito simples, e que nos facilitava imenso. Se você agora for lá, eu vou apostar consigo em como estão lá três médicos no computador.

E1: Sim, está bem, mas se é assim tão simples, porque é que ela não organiza o serviço de outra maneira?

R: É, porque para eles é uma questão de comodidade, não é de mais nada...

E1: Mas porque é que ela não organiza o serviço de outra maneira? A questão agora é por que é que não o faz.

R: ... Se dissessem assim “aqueles computadores são mais lentos, aqueles computadores não funcionam”, mas não é, são todos iguais.

E1: Mas porque é que ela... será por uma questão de não criar problemas de relacionamento?

R: Talvez. E depois é aquela questão de “ah, eles sempre usaram estes computadores”. Está bem, sempre usaram porque não tinham, agora têm. Podem usar... digo eu. É aquilo da acomodação, “ah, eles sempre estiveram aqui”. Mas eles estavam ali porque só tinham um. Agora têm vários e já não é justificação para estarem ali. Mas isso era uma medida simples de resolver. Mas isto já foi falado só que ainda não passou para a prática, continua tudo igual.

E1: Pois, está bem. Eu estava a tentar ver porque é que não muda.

R: Não sei, pode ser por causa disso. Essa chefe é uma chefe nova, está cá há menos de um ano.

E1: É esta senhora com quem falámos, não é?

R: É. Nova no serviço. Já está no hospital há muitos anos, mas era chefe de outro serviço. E veio para cá em maio do ano passado, portanto, está cá há menos de um ano. Ainda não tem a

relação que tinha a outra chefe, que a outra chefe já aqui estava há mais de 20 anos. E talvez não tenha ainda uma relação tão próxima, sobretudo com os médicos. Não sei se é naquela parte de “ah, não vou criar mau ambiente”, ou não sei. Alguma coisa é, porque se ela quisesse fazia isso. Da mesma forma que ela implementa outras coisas, podia muito bem...

E1: Então o que me está a dizer é que se calhar fará sentido haver uma pessoa responsável pela organização dos recursos que não seja as pessoas diretamente envolvidas nas várias equipas relacionais.

R: Não, acho que não, porque as pessoas diretamente envolvidas é que têm o conhecimento.

E1: Mas pelos vistos não estão a...

R: Sim, mas têm conhecimento. Por exemplo, esta parte dos computadores, ela sabe, porque ela vê. Ela está cá todos os dias e vê que é assim. Se vem uma pessoa externa organizar esse tipo de trabalhos, ...

E1: Não precisa de ser externa, mas uma pessoa que tenha essa função apenas.

R: Sim, mas acho que havia coisas... nem é agindo de má fé, mas havia coisas que não ia conseguir organizar porque não tinha o conhecimento de causa. Nessa situação, acho que, sem dúvida, era a chefe que devia fazer isso. Não o fez, pode ser única e exclusivamente porque não quer, mas devia ser ela a fazê-lo.

E1: E ela tem consciência disso?

R: Ela sabe, que ela está aqui todos os dias, e estamos sempre a dizer. E às vezes dizemos “vou usar o seu porque não tenho mais nenhum”. A gente também lhe diz isso, e ela sabe que... E às vezes “ah, têm que pedir para eles saírem”. Às vezes é o tipo de resposta que a gente recebe. Mas podia ter outro pulso e fazer as coisas de outra forma. Perceber porque é que eles estão ali e arranjar outra solução.

E2: Estava a pensar que nesta parte dos recursos acaba por ser como está e não haver grande alteração, por mais que se tentem comunicar os obstáculos que existem, acaba por não surtir efeito.

R: Sim, há coisas que não surte grande efeito. Sim, há coisas que não surte não. Temos ali uns monitores mais velhos que estamos fartos de pedir e...

E1: Isso é outra coisa. É que eficiente é ter sempre muito a ver com a organização, enquanto que o que você fala é mais ligado com a eficácia – que é fazer melhor. Mas eficiência não é fazer melhor, é fazer o mesmo com menos recursos, ou melhor com os mesmos. Não implica a lógica... isso é como as estradas. Nós aqui há muitos anos, a lógica foi a lógica de aumentar a capacidade, mas nunca se pensou em gerir a estrutura que já tínhamos. Agora que não há dinheiro é que se começou a pensar nisso. Por isso é que lhe estava a pôr a questão da crise, quando houve ali algum limite aos recursos, como é que se desenrascava.

R: Não, mas aí a gente desenrascou-se bem. É isso o que eu lhe digo: a nível de quantidade até não houve muita falta, era a nível da qualidade e isso via-se perfeitamente, e tínhamos de ter outro tipo de cuidados. Nós éramos os mesmos, era tudo o mesmo, os doentes são os mesmos, as instalações são as mesmas, aquilo que a gente precisa é o mesmo, a qualidade do material é que era menor. Portanto, era uma questão de adaptar ao doente que tínhamos à nossa frente. Às vezes não era suficiente. Enquanto que noutras alturas punha ali só um adesivo e era suficiente para aquilo ficar como eu queria, agora não é, tinha de pôr dois ou três, tinha de ir buscar mais um penso. Às vezes até gastando mais, porque como o material era de fraca qualidade, às vezes tinha de gastar mais. Mas pronto, sempre fomos contornando as coisas e conseguíamos ultrapassar. Nunca houve prejuízo por parte do doente por haver a crise e haver aquele tipo de materiais. Mas isso notou-se que os materiais eram francamente...

E1: Ok. Deixe-me agora mudar-lhe para o segundo, que é: até que ponto, nisto que estamos aqui a falar em termos de eficiência, o doente (beneficiário) pode ser um colaborador e, no limite, um coprodutor do serviço? Como é que isso acontece, como é que você vê isso?

R: Como é que o doente, desculpe?

E1: Pode ser um colaborador. Ele próprio ser proativo. Como é que ele pode ser colaborador e o que é que você acha que é necessário para que isso aconteça. E, no limite, como eu estava a dizer, ser mesmo coprodutor. Não quer dizer que faça, mas poderia fazer um conjunto de ações que tinha impacto na eficiência, porque a libertava, ou facilitava-lhe o trabalho, ou o que fosse. Agora é só para ter uma ideia... Quer no pré, quer no pós. No bloco não está lá, portanto, não está em causa.

R: No pré... a maioria dos doentes que nós cá temos, como disse no princípio, têm várias comorbilidades e muitos deles já foram cá operados. É raro o doente que vem cá pela primeira vez. A maioria deles já veio o ano passado, há dez anos, pronto, a maioria deles já cá passou e



conhece as instalações. Portanto, isso facilita-nos um bocado. Eles estão no quarto, vêm para a sala de refeições, andam aí a passear, sabem onde é que nós estamos, sabem onde é que nos podem encontrar, pronto. Portanto, já se movem muito melhor no pré. E, aqueles que vêm pela primeira vez, só no pós-operatório é que já conhecem melhor as coisas, porque no início eles fazem aquela coisa “ah, tenho mesmo de comer no quarto? Não posso ir comer para ali?”, ou então, “ah, e onde é que é a luz?”, e vão-nos chamando, às vezes, muitas mais vezes do que...

E1: Os que não conhecem.

R: Os que não conhecem, do que aqueles que conhecem. Ah, “porque disseram-me para ir comer, mas eu não sei onde é que é”. Pronto, há várias coisinhas pequeninas, mas que aqueles que já conhecem já fazem isso e não nos perguntam. E, depois, no pós, também temos aqueles doentes que sistematicamente tomam banho todos os dias e, sistematicamente, molham os pensos. Nós temos calendarizações para a realização dos pensos e poucos são aqueles que é para fazer diariamente. A maioria deles tem uma periodicidade de 3 em 3 dias, mais ou menos. E há aqueles que ao tomar banho, sabem que não podem molhar os pensos, e vão sempre para baixo do chuveiro e tomam o banhinho. A enfermeira vai lá e “eu já lhe disse que não pode...”. E depois tocam. “ah, tenho os pensos molhados, tem de me fazer os pensos”. E, depois, a pessoa às vezes está a meio de uma outra coisa, nem sempre tem tempo de ir lá fazer logo o penso. Mas depois fica a pensar que ele não pode ficar com aquilo molhado, portanto, também tenta ir lá o mais rápido possível para aquilo não ficar ali ensopado, porque depois para infetar é dois minutos. E tentamos que o doente “olhe, mas você não pode molhar”. Há uns que têm extremamente cuidado, mas há outros que em vez de se ajudarem a eles próprios, não, continuam a molhar os pensos, e todos os dias, e todos os dias, e todos os dias. E temos que ralhar, temos que chamar à atenção, temos que explicar N vezes o quão prejudicial é aquilo que eles estão a fazer. Há uns que percebem e efetivamente depois mudam os seus hábitos, há outros que não, até o dia de tirarem os pontos molham aquilo todos os dias. Por outro lado, temos então esses doentes que estava a dizer, a nível de colaborar, sobretudo os transplantados renais, são doentes que implicam um certo tipo de aprendizagem internados para poderem ir para casa em segurança, a nível de terapêutica, de pesos, de avaliação de urina. Têm N coisas que podem fazer após serem transplantados e há muitos deles que colaboram muito e que aprendem muito bem aquele tipo de informação, o que nos facilita muito o trabalho. Eu agora quando lá chego, ele já se foi pesar, já me diz logo o peso, se já viu a sua tensão arterial, diz-me logo o valor, diz-me logo o que é que bebeu, diz-me a quantidade

de urina que fez. Pronto, isso é bom para ele, porque é o que ele vai fazer em casa, portanto, ele já está muito autónomo naquela parte, e é muito bom para mim, porque ter de o acompanhar à balança, ter que voltar para trás, ter que esperar que veja a tensão, ter que esperar que meta o termómetro, ter que ir despejar o chichi, ter que fazer “quantos copos é que eu bebi? Um, dois, ...”. Isso tudo é tempo e a maioria deles faz isso tudo de forma autónoma, portanto, é bom para eles porque quanto mais depressa eles conseguirem ter esta autonomia, mais depressa vão para casa. E é bom para mim porque eu chego lá (posso estar lá e conversar um bocadinho com eles) mas se for única e exclusivamente só para tirar apontamentos, eu chego lá e em 2 segundos consigo tirar aquela informação toda. Enquanto que, se for outro, em que tenho de o acompanhar, tenho que esperar e ... aí perco muito, muito, muito mais tempo. E há uns que fazem não porque não podem, mas porque não querem mesmo.

“- Então, mas já se foi pesar?

- Não.

- Mas tem que se ir pesar.

- Ah.

- Pronto, vamos lá pesar então.”

E vamos. Mas há outros que são muito autónomos nisso. E de virem às vezes “ah, já são 11 horas, vinha buscar a medicação em vez de ir lá ao quarto, já que está aqui, pode-me dar já, em vez de ir lá ao fundo ter comigo?”. Pronto, há uns que são assim, que passeiam imenso por aí porque sabem que devem andar, que devem retomar a atividade para não estarem tanto tempo deitados e não sei quê e eles próprios “já andei, já vou andar outra vez”, “você não me viu, mas eu estive a andar à tal hora e agora estou a andar outra vez” e não sei quê, que eles próprios querem ir para casa e, portanto, eles próprios fazem as suas coisas sozinhos para também ver se não ficam aqui muito tempo. E há muitos interessados e que cumprem as coisas, há outros que...

E1: Tem mais exemplos que me possa dar desse tipo de colaboração, cooperação, coprodução?

R: Estes dos transplantes é porque é obrigatório. Depois temos... deixe cá ver. Ah, também temos imensos doentes diabéticos, em que muitos deles vêm porque nem sequer trazem insulina, nem sequer avaliam glicémias, não fazem nada. Há outros que não, há outros que ... a gente não consegue chegar a todos ao mesmo tempo. A avaliação de glicémia devia ser feita antes da refeição, mas se eu faço ao primeiro antes da refeição, quando chego ao último às vezes a refeição já lá está. E há aqueles que “ah, como você não estava cá, eu vi quanto é que tinha, porque estava aqui a comida e você ainda não estava cá”. Há uns que têm essa preocupação. Ou seja, mantêm no internamento aquilo que faziam em casa. Há outros que perdem. Há outros que estão internados e não fazem mais nada. A partir do momento que são internados não fazem mais nada, não veem tensão, não veem diabetes, não veem nada. Estou internado, a responsabilidade não é minha. Há outros que não, que não a perdem, que mantêm a sua autonomia. Temos também muitos doentes amputados, muitos, em que é uma situação muito diferente, mesmo muitas transferências do andar. Há um grande apoio da fisioterapia em que ela ensina a passar da cama para a cadeira, da cadeira para a cama. E que depois muitos deles vão ajudando nesse sentido. Às vezes até de mais, querem passar sozinhos sem supervisão nenhuma e, às vezes, corre mal. Mas há outros que já estão mesmo tão certinhos que eles próprios já se vão mobilizando na cama, já se conseguem sentar na cama. Eles próprios querem ganhar, cada vez mais, a autonomia, uma vez que perderam um dos membros, mas ganhar cada vez mais a autonomia. E isso ajuda-nos. Quando é, por exemplo, a hora da refeição demoram mais tempo, mas estão eles sozinhos, mas eles conseguem-se sentar de forma a comer e não ficar à minha espera, que quando lá chego ter de os sentar, os posicionar e pôr o tabuleiro à frente. E que eles também vão ajudando nesse sentido. Portanto, para eles é bom e para mim também é, porque quando lá chego com a medicação, eles já estão sentadinhos prontos para comer, já não preciso de estar ali a posicioná-los para comer, portanto, também é bom, e é bom para eles.

E1: Mas isso é uma questão quase cultural, digamos assim, já vem de trás. Há alguma coisa que o hospital ou o serviço lhe dê como indicações para isso? Ou seja, há regras, ...?

R: É assim, na parte dos transplantados é obrigatório. Um transplantado só tem alta quando consegue autonomamente fazer as coisas.

E1: Sim, sim. Mas há regras do género: o doente deve fazer... é-lhe transmitido “olhe, você para estar aqui...”

R: é assim...

E1: Claro que se não fizer que não o põem na rua.

R: Se há alguma coisa escrita, não sei.

E1: Escrita ou transmitida formalmente.

R: Alguma coisa escrita, não sei, mas que ... O que eu digo, neste dos transplantes é, porque às vezes os transplantados já têm alta clínica – ou seja, não há nada que os prenda cá –, já têm tudo pronto, cicatriz cirúrgica sem problema nenhum, ou seja, não há nada que clinicamente os prenda ao hospital, mas se eles ainda não são capazes de avaliar a tensão, ou não são capazes de se pesar, se não são capazes de cuidar de si e não arranjam alguém que cuidasse deles, não têm alta até termos a certeza que ele vai para casa e consegue tratar dele ou arranjar alguém que trate dele ou às vezes com isso da rede de cuidados. Mas só vai com a certeza de que tem autonomia. Às vezes, são preguiçosos só. E depois com a autonomia... Por isso, não é nada escrito, mas é uma coisa que toda a gente sabe. O médico chega e diz:

“- Olhe, vou dar alta aquele transplante.

- Pois, não vai. Porque, entretanto ...”.

Ele às vezes ficou diabético, ainda não consegue avaliar a glicémia sozinho, então tem que ficar cá mais 2 ou 3 dias para a gente insistir naquele ensino, para depois ele ir para casa de forma autónoma. Não é uma folha que a gente tenha, mas é uma coisa que todos nós cumprimos e todos nós sabemos.

E1: Só queria perguntar mais uma coisa. Suponha agora que... tente imaginar uma situação em que precise, conjuntamente com o paciente, de criar qualquer coisa nova que tenha impacto no paciente, na sua qualidade de vida, qualquer coisa do género assim. Existe situações dessas aqui? Estamos a falar em coprodução. No fundo, ele está a fazer uma atividade que se ele estiver a fazer, você não tem que fazer ou alguém

R: Sim. Alguém que a fazer, tem de ser feita.

E1: E que à partida está nos cuidados do hospital. Agora, há alguma coisa que você acha que possa existir que criaram de novo? Um procedimento, uma maneira de estar, qualquer coisa desse tipo assim, que teve impacto para ele sair mais cedo ou para... em que ambos se

juntaram e “vamos fazer aqui uma coisa diferente, nova, que leva a que você possa sair mais cedo um dia” ou qualquer coisa do género assim, ou ter uma outra abordagem, “não está a resultar esta abordagem consigo, portanto, vamos tentar arranjar outra forma”. Ou com o paciente ou com a família, também às vezes... estava ao bocado a falar dos transplantados em que, às vezes, será a família ou alguém por ele.

R: Sim, às vezes...

E1: No caso de coprodução, o termo é cocriação. Ou seja, criaram qualquer coisa juntos, diferente do que estava instituído, com impacto no resultado, naquilo que é a expectativa do doente e, obviamente, também sua, porque, no fundo, está-se a juntar para fazer uma coisa diferente. Diferente no sentido de tentar encontrar uma situação que não estava prevista e que gerou um resultado que é benéfico para os dois lados – para ele porque (não sei, estou a inventar) saiu mais cedo, ou melhor, ou mais apoiado, ou não sei quê e, para si também porque facilitou a sua vida, o hospital teve menos custos. Não sei. Estou a inventar completamente.

R: Estava aqui a pensar, mas isso não é bem isso, são estratégias. Às vezes temos doentes analfabetos em que a gente não faz as caixinhas da medicação, mas faz tipo o sol e a lua, a medicação, supostamente, do pequeno-almoço e do jantar. Tentámos, em conjunto com o médico, arranjar uma alternativa de modo a que ele (a maioria deles tem medicação às 7, às 9, ao meio dia, às 5 da tarde, às 9 da noite, pronto), tentar arranjar de forma a que só haja dois horários de medicação, de manhã e à noite, para baralhar o menos possível, com o sol (manhã) e a lua (noite) [we have illiterate patients, in which we do not do the regular medication containers, but the sun and the moon instead, supposedly, referring to breakfast and dinner. We try, jointly with the doctor, to find an alternative (...)]. Mas isso não é assim nada de ...

E1: É, é. Coisas desse género...

R: Às vezes temos isso. Fazemos estas coisas de forma que...

E1: E que foi feito com eles, com o acordo deles e com eles, não é?

R: E que aí junta toda a gente. Tentar perceber com o médico se podemos dividir a medicação só em duas, porque às vezes é um comprimido que ele faz uma vez por dia ao almoço. Mas, se faz uma vez por dia, não se pode juntar de manhã ou juntar à noite? Pronto, e com ele

tentámos arranjar só dois momentos de medicação. Depois, com o doente que não sabe ler, fazemos um sol e uma lua, e “estes são de manhã, a lua são aqueles que tem de tomar à noite”. Pronto, tentar jogar neste sentido de forma que a pessoa vá para casa em segurança. Seja autónomo naquele tipo de medicação, porque depois são medicações novas que as pessoas não estavam habituadas a tomar. Há muitos deles que já conhecem aquilo que fazem, mas depois às vezes saem daqui a fazer outras coisas – nem que seja um antibiótico durante 15 dias – mas há medicamentos novos que depois eles não sabem encaixar. Isso é uma das coisas que se faz.

E1: Qualquer coisa que a família possa colaborar...

R: Ah, com a família também temos, sobretudo nos doentes que ficam amputados. Muitos deles colocam depois próteses – que não são imediatas – e outros não colocam. Mas mesmo aqueles que colocam as próteses, as próteses não são imediatas, portanto, eles ficam ali X tempo sem aquele membro. A maioria dos doentes que falamos são amputações abaixo do joelho, portanto, não conseguem andar sozinhos.

E1: E isso é por razões de diabetes, ou...?

R: Sim, a maioria são doentes insuficientes renais e diabéticos, portanto, têm muita má circulação e acabam por... A maioria deles já cá veio. Primeiro pelos dedos, depois pelo pé, e depois acabam por ficar amputados. E a maioria deles já está em tão mau estado clínico que às vezes nem consegue colocar próteses, mas há outros que conseguem. Mas nesse intervalo, quer ponham, quer não ponham, é muito diferente. Uma pessoa que sai da sua casa pelos seus pés e que depois volta a casa sem uma perna, todo o espaço é tudo muito diferente. Por exemplo, às vezes aqui muitas das coisas os doentes acabam por ficar sempre mais tempo, porque a família pede para conseguir... Por exemplo, está tudo bem, não sei quê e imagine que tem alta segunda-feira. “Ah, não pode ser só no final da semana? Para me dar tempo”. As pessoas tentam reformular mais ou menos a casa de forma a que passe a cadeira de rodas, por exemplo. Ou então, quando estão cá, aproveitamos e fazemos as transferências com os doentes para a família também aprender como é que pode ajudar aquele familiar a passar da cama para a cadeira. Temos também muitos doentes ostomizados, com uma ostomia, com um saquinho, em que também nunca se viram naquela situação ...

E1: Mas, por exemplo nesse caso – nesse ou no outro, como quiser –, o que é que é feito de novo colaborativamente, que não é uma coisa de fazer igual? Juntaram-se e para que tenha este resultado, vamos aqui fazer qualquer coisa em conjunto os dois, ou com a família...

R: Por exemplo, com a família. A gente percebe... qual é a cadeira de rodas que vai usar? Qual é a altura da cama? Então vamos aqui treinar, vamos treinar aqui para quando chegar a casa conseguir fazer e a própria família é que nos vai... Há coisas muito simples do tipo: aqui dá-nos mais jeito a nível de espaço, a gente todos os dias levanta o doente, senta-o na cama, e roda-o para a direita para o levantar. E, às vezes, chega a esposa e diz assim “ah, mas ele em casa costumava dormir no outro lado e dá-me mais jeito do outro lado”. Então o que é que a gente faz? Muda a cama, que é para ela aprender da maneira que vai fazer em casa, porque ela em casa vai-se sentar e virá-lo para a esquerda, e nós aqui estamos sempre a sentá-lo e virá-lo para a direita. Parecendo que não, a pessoa depois baralha-se. Então a gente pode mudar o doente de cama para nos dar mais jeito... porque, às vezes, virá-lo para a esquerda está muito perto da parede e a gente já não o consegue mobilizar. Então o que é que vamos fazer? Vamos mudá-lo de cama. Se não fosse por causa disso, não mudávamos, ficava ali naquela cama que estava muito bem, mas tentámos adaptar para que a família consiga participar no máximo possível.

E1: Mas aí o que me está a dizer é que é uma aprendizagem a três, não é?

R: Sim.

E1: Vossa, com o doente e a família, para depois...

R: Que é para tentarmos fazer as coisas o mais parecido com o que ele vai ter em casa para, quer o familiar poder ajudar, quer o próprio doente poder colaborar naquilo que pode.

E1: Tem mais exemplos?

R: O que estava a dizer, isso das ostomias. Nós também temos o cuidado do ensino... muitos deles delegam isso a uma outra pessoa. São pouquíssimos aqueles que eles próprios querem tratar deles e delegam sempre a alguém.

E1: Isso é complicado.

R: Sobretudo no princípio, em que a pessoa tem pontos, e não sei quê. Em que não se consegue dobrar e então é sempre alguém, normalmente o marido ou a esposa, que faz aquilo. E, às vezes, imaginemos, são de longe. São de Monchique. O senhor que foi operado na terça-feira é de Monchique. Na sexta até está tudo bem, pode ter alta. Mas a esposa de Monchique só pode vir ao fim de semana. O doente fica cá no fim de semana – apesar de já ter uma alta quase programada, porque já podia ir para casa –, a esposa vem de Monchique e, no fim de semana, a gente está ali com ela e treinámos com ela. E treinámos e ela põe, tira, faz, corta, de forma a que a gente perceba, pronto, ok, ela percebe, sabe como é que se faz, portanto, agora o doente, sim, pode ir para casa em segurança.

E1: Portanto, o que me está a dizer é que basicamente... há no fundo um objetivo, passa por um espaço em que há uma tentativa de encontrar um ponto comum com a família, vai-se ver como é que na prática isso pode ser efetuado...

R: E às vezes faz atrasar a alta do doente [sometimes it delays the hospital discharge].

E1: Sim, e isso implica que o doente depois tenha um processo de ter recursos que, provavelmente, não são apenas dele, no caso que está a falar é a esposa, para ter uma nova forma de funcionamento. Mas isto que eu estou a dizer faz sentido para si?

R: Faz. E às vezes isso faz com que o pós-operatório seja mais demorado. O doente já podia ter tido alta, porque a nível clínico podia (não tem sinais de infeção, a ferida tem boa evolução, se for preciso já nem tem pontos) e, portanto, já podia ter ido para casa. Anda sozinho, come sozinho, já podia ir para casa e não vai porque aquela parte ainda não está bem estudada. Portanto, às vezes é um contrassenso: correu tudo tão bem e ficou internado não sei quanto tempo. Ficou porque era preciso, porque aquela parte do ensino é importante e ele tinha que ir com aquilo para casa bem. E quando a gente percebe que o próprio não vai ser capaz, então temos de arranjar um cuidador que seja capaz e que tenha disponibilidade para cá vir e poder treinar. Não é só chegar e ver. Tem de treinar, tem de mexer. E, às vezes, acabam por...

E1: E, portanto, o sítio de encontro (se quiser chamar assim) é aqui?

R: É.

E1: É aqui que têm de usar uma sala qualquer em que vocês se juntam.



R: É, é. Ou no quarto do doente, se o doente estiver sozinho ou vamos aqui à sala de pensos e mostramos o material para a pessoa mexer. Normalmente, a pessoa leva consigo para casa, para ver, para mexer, para cortar, pronto. Um material de leitura para depois trazer dúvidas, para esclarecermos qualquer coisa, para treinar o doente para poder ir para casa em segurança.

E1: Tem mais exemplos disso?

R: Não sei, estava aqui a ver, mas não. A maioria dos nossos doentes são esses, porque depois dá tudo no mesmo. É, por exemplo, os que ficam diabéticos que não eram, também na aprendizagem da administração da insulina, muitos deles já vêm muito mal, portanto, não conseguem sozinhos, temos que arranjar alguém que faça por eles, às vezes temos aqueles doentes que moram sozinhos. Ou às vezes são doentes dos palops que moram naqueles quartos, em residências e que não têm qualquer tipo de apoio e, então, tenta-se arranjar depois alternativas. Bem, ele é diabético, mas não pode fazer comprimidos, tem mesmo que ser insulina? Porque a insulina não consegue dar. É que depois ele pode dar a menos, mas pode dar a mais. O risco é muito grande. Será que os comprimidos são suficientes? Então vamos experimentar. O médico passa os comprimidos e ele fica cá uns dias a ver se os comprimidos são suficientes. Tenta-se ver o que é que é melhor para aquele doente em causa. Pronto, mas não é possível. Bem, então tem mesmo de ser insulina. Bem, vai fazer insulina o quê? Faz insulina uma vez de manhã, então vamos ver se o centro de saúde, se eles podem passar lá de manhã a administrar insulina. E depois há aqueles casos que tem mesmo de ser para uma rede de cuidados, que não conseguem voltar a casa. Pronto, tenta-se articular assim dessa maneira, de forma que seja o melhor para o doente.

## Appendix A-4

### Interview 4

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

R: Para mim, a eficiência acaba por ser um bocadinho aquilo que me disse, que é conseguir, de acordo com os recursos que eu tenho disponíveis, com a colaboração dos outros profissionais, do doente, conseguir fazer o melhor possível com aquilo que tenho disponível, da forma mais eficiente, ou seja, com rapidez, mas com qualidade, para atingir o objetivo esperado, que tudo corra pelo melhor.

E1: Mas isso é um pouco fazer. Agora fazer com menos recursos, como é que podia?

R: Fazer com menos recursos? É assim, eu acho que nós quando estamos a falar na área da saúde... como é que eu lhe hei de dizer isto... é muito um bocadinho às vezes até... quando a gente fala nas empresas, na política do downsizing, de conseguirmos com menos... Eu acho que na área da saúde nós temos de ter muito cuidado com essas coisas e os recursos não podem ser poucos, porque há coisas que, para nós conseguirmos efetivamente melhorar a situação dos doentes ou obter os resultados esperados, há recursos que têm de estar disponíveis, e há coisas que têm de funcionar [(...) in the health area we should be very careful with that things and the resources cannot be too little (...)]. Não dá para cortar demasiado os recursos ou para tentar diminuir muito os recursos para conseguir mais eficiência ou menos custos ou... [It is not possible to cut too much the resources or to try to diminish too much the recourses in order to get more efficiency or less costs] Eu acho que há coisas que têm de ser assim, porque se não, inevitavelmente, isso vai-se refletir nos resultados e na saúde das pessoas. Portanto, obviamente que o ideal é que ... eu acho que muitas vezes tem a ver com o trabalho interdisciplinar, ou seja, eu acho que se nós comunicássemos melhor, se as coisas funcionassem melhor interdisciplinarmente, isto muitas vezes corria muito melhor. E eu acho que há alguma falha de comunicação em relação, por exemplo, à equipa médica. Eles falham muitas coisas, coisas que depois temos que ser nós a fazer e a

tratar, e que nos vão roubar tempo para aquilo que é o nosso trabalho. E, muitas vezes, eu acho que nós somos menos eficientes porque temos de fazer o nosso e aquilo que não é nosso.

E1: Quer dar exemplos?

R: Quero. Por exemplo, todos os doentes antes de descerem para o bloco têm de ter o consentimento operatório assinado. O doente não vai para o bloco fazer seja aquilo que for sem o consentimento.

E1: Do doente?

R: Do doente. O doente tem que assinar o consentimento antes de descer para o bloco. É a função do enfermeiro no turno da noite verificar aquela checklist do doente que vai para o bloco na manhã a seguir. Nós chegamos para fazer noite, agarramos no processo do doente e no doente que temos à frente e vamos preencher uma checklist. Uma das coisas que faz parte da checklist é verificar se o doente tem o consentimento operatório assinado. O que é que acontece? O doente não tem o consentimento operatório assinado. Se não é o primeiro doente a descer para o bloco, menos mal. De qualquer maneira, vai roubar a mim tempo quando chego para fazer manhã, e que fico responsável por aquele doente e por levá-lo ao bloco, eu não posso, supostamente, descer com o doente para o bloco sem o consentimento assinado, portanto, ando aí ó tio, ó tio, a bater à porta dos senhores doutores, “olhem que este doente que vai para o bloco não tem consentimento assinado”, “ai não é meu, ai é daquele, ai é o doutor não sei quê”, e eu perco, se for preciso, meia hora a andar a bater às capelinhas para conseguir que alguém dos senhores doutores – porque é a função deles pegar no consentimento e ir assinado – para eu poder descer com o doente para o bloco. E isto atrasa tudo. Atrasa-me o meu trabalho, porque eu tenho outras coisas para fazer, não é minha função andar atrás dos senhores doutores para eles irem tratar de uma coisa que já devia estar tratada. Atrasa a descida do doente para o bloco. A sala do bloco fica à espera porque eu não desço com o doente sem o consentimento assinado, ponto. Portanto, isto acaba por ser tudo... isto é um dos exemplos.

E1: E tem mais exemplos?

R: Mais exemplos... Um doente, por exemplo, vai para o bloco e vinha com um valor de INR elevado.

E1: INR não sei o que é...

R: Tem a ver com a coagulação. Os doentes têm que ter um determinado INR para serem operados, porque se não, vão sangrar... O doente vinha com um INR elevado. Antes de ir descer para o bloco, tem de colher às não sei quantas INR, para ver se o INR está dentro dos valores estipulados para o doente poder ser operado. Sim, senhor, eu fico com o doente. Vou para colher INR, onde é que está a requisição? Não há pedido de colheita de INR. Eu não posso pedir, eu não posso fazer, portanto, eu não posso pedir análises como enfermeira. Também não posso colher o INR ao senhor e mandar o tubo assim aos trambolhões para o laboratório e dizer assim: olhe, façam-me lá um INR que o senhor precisa. Não. Os senhores doutores pediram e até escrevem no diário clínico: o doente tem que colher, o doente tem de fazer. Mas depois não deixam a requisição. Eu quero colher INR ao senhor e não tenho. Lá ando eu aí a bater... “Olhe, veja-me lá que o doente estava com um INR de tanto, ...”. Depois, lá finalmente me fazem a requisição, vou recolher o INR, vai o sangue para baixo, o INR não está bom, tem que fazer outra (inaudível), tem de fazer isto, tem de fazer aquilo, troca o tempo operatório, vai outro, desce outro que depois não estava preparado, não tinha feito ainda o banho. Tudo isto atrasa. Tudo isto atrapalha muito o nosso processo. Eu acho que... a ideia que eu tenho aqui neste serviço, eu acho que nós temos excelentes cirurgiões, acho que eles operam muito bem, mas depois tudo que é ... chegam ao bloco, cortem e cosem muito bem, mas tudo o que é o resto que está à volta é assim um bocadinho... Depende, não são todos. Há exceções. Mas a maioria é tudo assim um bocadinho, pronto... E depois estão sempre a contar com os enfermeiros para resolver, porque sabem que nós temos mil olhos em cima de tudo, mesmo aquilo que não depende de nós, mas que a gente tem obrigação de ver, tem a obrigação de verificar. Claro que eu podia “borrifar-me” no assunto e dizer: não quero saber, olhe, atire com o doente para o bloco, quero lá saber. Que eles é que tinham de pedir o INR, o problema é deles. Mas o problema não é deles, o problema é do doente. E, portanto, nós acabamos por fazer muita coisa que não é o nosso trabalho, fazemos pelos doentes. Porque eu acho que quem é enfermeiro de coração e quem gosta muito daquilo que faz, anda aqui pelos doentes, e para os doentes. E resmungamos, refilemos, mas vamos sempre fazendo, pelo doente. E depois eles habituam-se que a gente faça e quanto mais a gente mais, mais eles se encostam e menos fazem. Isto são tudo coisas que complicam muito, para mim, a eficiência da coisa.

E1: Aqui está a associar ao tempo, não é? À organização também.

R: A organização quer dizer tudo. Sim, porque o tempo depois implica em tudo. Porque eu tenho não sei quantos doentes, tenho não sei quanto tempo para fazer os pensos. Se andei

meia hora ou quarenta minutos atrás para conseguir assinar um consentimento, todos os meus outros doentes – que nem vão ao bloco, nem têm nada a ver com aquele senhor – vão ter os pensos menos bem feitos, porque bem e depressa não há quem. Depressa e bem não há quem. Sobretudo quando falamos de saúde. Há coisas que têm de levar o seu tempo, não dá para... quando a gente faz depressa estamos a atamancar alguma coisa, em termos de cuidar do doente. Nós precisamos de... mais para mim, o tempo é um fator muito importante. Eu acho que os recursos são importantes, mas eu acho que o enfermeiro é muito, ou devo ser, ... por norma, os enfermeiros são pessoas muito desenrascadas, passo a expressão. E quem não tem cão, caça com gato, e nós muitas vezes conseguimos obter o mesmo resultado ou um resultado igualmente bom utilizando outras coisas, que não é propriamente o material que era esperado usar, mas que a gente consegue adaptar e fazer igualmente um bom efeito. Mas, para tudo isto, a gente precisa de tempo.

E1: Mas isso dos materiais, estamos a falar de quê?

R: Olhe, por exemplo, apósitos de pensos. Que às vezes o apósito mais correto para realizar aquele penso é este ou aquele e não há, não há. A gente liga à farmácia: olhe, temos rutura de stock. E nós, com o conhecimento que temos dos apósitos de pensos tentámos contornar a situação. Em vez de pormos aquele, pomos um destes e um destes e misturamos, e vamos conseguindo gerir a situação assim. Doente colostomizados, por exemplo, que a gente precisava de uma determinada placa de ostomia, com um determinado saco – que é o mais adequado naquela situação – não há. Então, vamos olhar para as placas que temos, para os sacos que temos. O que é que eu posso, com aquilo que tenho disponível, fazer para que aquele doente fique bem cuidado em termos de cuidado da ostomia? E a gente consegue contornar um bocadinho a coisa. Obviamente que há coisas que são imprescindíveis. Não há, não há, não dá para fazer, mas a gente consegue rodear, assim, um bocadinho a coisa. Até para isto, para a gente às vezes improvisar, é preciso tempo, tempo para pensar, para olhar para o que tem. Se eu andar a correr as coisas são muito difíceis.

E1: Por exemplo, aqui há uns anos atrás, com a crise, houve uma pressão para reduzir custos. Com certeza que aqui também tiveram esse...

R: Sim, mas isso é em todo o lado, todo o tipo de...

E1: E pelo que tenho ouvido dos seus colegas (não aqui neste serviço, mas em geral), do ponto de visto da eficácia, de fazer e fazer bem, não houve problemas. Isso leva-me a perguntar: então é possível cortar custos?

R: É. É possível cortar custos porque há coisas que eu acho que nós – e contra nós, enfermeiros, falo –, nós desperdiçamos muito material. Nós desperdiçamos muito material. Eu vou-lhe dar um exemplo. Nós usamos dois tipos de compressas. Temos as chamadas compressas limpas, que são compressas não esterilizadas, vêm todas num pacotinho, e depois temos pacotinhos individuais, que trazem 5 compressas cada um, esterilizadas. Obviamente que as compressas esterilizadas são muito mais caras do que as compressas não esterilizadas. Precisamos de ir ver um BM teste, de picar um doente para ir ver a glicémia, nós não precisamos de uma compressa esterilizada, mas chegamos ali ao carrinho e não há compressas limpas. Eu acho que, mais uma vez, muitas vezes o fator tempo tem a ver com isto. Eu não vou perder tempo a ir ao armazém buscar compressas limpas. Eu abro um pacote de compressas esterilizadas e tira uma compressa, que não era necessária. E, às vezes, uso as outras se precisar, se não precisar até vai fora.

E1: Porque é que não há? Porque alguém tinha de lá pôr e não pôs?

R: Pois, alguém tinha de lá pôr e não pôs, não veio do armazém, somos nós mesmos. Somos nós, enfermeiros, quem faz a reposição dos carros. Portanto, isto são coisas que estão no chamado carro de terapêutica – que é aquele carro que anda, pronto. E somos nós que temos a obrigação de fazer a reposição do carro. E se efetivamente houver no armazém, a nossa obrigação é se acabaram as compressas limpas, ir buscar outro pacote e pôr. Às vezes não há. Não veio para cima porque, ou a chefia do serviço não pediu, ou não há mesmo em armazém (porque às vezes não há).

E1: A chefia do serviço é a enfermeira chefe?

R: Pois, penso que sim, é ela que trata disso.

E1: Não é o diretor do serviço?

R: Não, não, não, não. É a chefe do serviço que trata dessas coisas. Muitas vezes temos rutura de stock de prolongamentos de soros e começamos a ter mais os chamados prolongamentos opacos, que são mais caros do que os medicamentos transparentes, pois são feitos para medicação e outras coisas que são fotossensíveis. Mas acaba. Até não há em armazém.

Pronto, e a gente começa a usar os opacos, porque também não temos outra maneira. Não há outra maneira de pôr as coisas em perfusão se não for com um sistema. Só temos sistemas opacos, que são mais caros, paciência, não há outro, usamos esses. Uma coisa que nós desperdiçamos muito, por exemplo, é agulhas. Foi uma coisa que eu aprendi a não desperdiçar. Nós (não perceptível) as vias dos doentes, ou seja, sempre que fazemos medicação, a seguir, limpamos a via com soro e (não perceptível) com fibrillin. Eu tenho muitos colegas que na ponta de cada seringa põem uma agulha. Eu não faço isso. Eu abro o pacotinho, que aquilo está esterilizado, não é? Eu aspiro o soro, tiro a agulha, meto o soro dentro do pacotinho e uso a mesma agulha para aspirar os soros todos. Isto é uma coisa muito simples de fazer e que poupa no material. Temos os transfers, que é uma coisa que nós espetamos para preparar medicação. Por exemplo, eu dou um olho se já sei, porque conheço os doentes e são doentes, alguns, que têm internamentos prolongados e eu já sei que este, este e este têm o mesmo antibiótico. Eu posso usar o mesmo transfer para preparar os três antibióticos, porque é exatamente a mesma substância, é exatamente a mesma água, portanto, são as mesmas substâncias, eu posso usar o transfer. Está limpo, está estéril, os coisões estão estéreis, não há mistura de terapêutica porque a terapêutica é a mesma, pode misturar, não faz mal e eu aproveito o material assim. Até para preparar, por exemplo, analgesia. Não sei quantos doentes que têm o nolotil endovenoso, eu posso, com uma seringa e uma agulha, preparar 3 doses de nolotil, porque a substância é exatamente a mesma. Portanto, aspiro e meto num, aspiro outra ampola e meto noutra, e usar a mesma seringa e a mesma agulha. Há algumas estratégias que eu uso porque eu tenho alguma consciência do custo do material, porque fiz um estágio no hospital da luz [There are some strategies that I use because I have some conscience about the cost of the material (...)]. E quando fiz esse estágio no hospital da luz, eu era obrigada a imputar ao doente, ao processo de cada doente, o custo daquilo que usava. Eu chegava ali: 3 seringas, 2 agulhas. E comecei a perceber a quantidade parva de dinheiro que a gente, às vezes, deita fora, sem necessidade [I began to understand the silly amount of money that we, sometimes, throw away, with need]. Mas eu acho que quem não passou, por exemplo, por esta experiência, se calhar tem mais dificuldade em perceber. “É uma compressa”. Só que é uma compressa hoje, uma compressa hoje vezes vinte enfermeiros, e isto todos os dias acaba por ser um custo excessivo de material que a gente não precisava de ter, de usar. Às vezes há coisas que é o próprio material que acaba por ser um desperdício. Por exemplo, nós temos agora umas garrafas de soros, uma coisa recente que nos apareceu aí. Nós tínhamos uns frascos com uma tampa e uma rosca. Uns frascos de 100, meio litro. E nós conseguíamos, até aproveitando para o mesmo doente, mas podíamos usar para vários porque

aquilo está estéril, para fazer pensos. Agarrávamos a garrafinha do soro, sem (não perceptível) deitávamos para qualquer lado, fechávamos a garrafinha, púnhamos a data de abertura e íamos usando aquele soro até acabar. Agora em vez desses frascos de tampa de rosca, mandaram-nos uns frascos moles que têm uma tampa que se parte como as ampolas. Aquilo, uma vez aberto, acabou, não há como fechar. Às vezes não é exequível determinado tipo de pensos usar as ampolinhas de 10, precisamos de uma quantidade maior de soro, mas não precisamos daqueles frascos. Eu disse “então, mas o que é que eu faço a isto?” e a chefe do serviço disse-me “ah, isso é de uso único, é de uso único”. Pronto, e eu usei um bocado e o resto do frasco vai fora. Escusava de ser assim.

E1: Então, o que é que se pode fazer? É uma questão de planeamento, é uma questão de procedimentos...?

R: É uma questão de se perceber que se calhar o barato sai caro. Que eu acho que é um conceito que em saúde as pessoas não entendem. Eu acho que há uma preocupação muito grande em poupar custos a curto prazo, sem perceber que isso implica custos a longo prazo [I think there is a big concern about saving costs at the short run, without understanding that it may imply costs at the long run]. Porque eu tenho a certeza que eles deixaram de usar estes frascos de rosca e apareceram aquelas coisas de abrir porque são mais baratas. De certeza absoluta que aquilo é mais barato, olhando para o tipo de frasco. E o que é que acontece? É mais barato, parece que custa menos a comprar, mas depois vão ter de comprar mais, muito mais, porque um frasco é de utilização única e metade vai fora. E aquele frasquinho com a tampinha de rosca, ta-ran-tan-tan, a gente aproveitava o frasco todo. Portanto, eu acho que há muito aquela perspectiva de ir para aquilo que é mais barato, só que o barato sai caro. Nós tivemos uma vez cá um sistema de soros – que a gente até brincava e dizia que aqueles tinham vindo dos chineses, da loja do chinês, de certeza absoluta – que aquilo não funcionava. Não funcionava. E nós, quer dizer, usávamos ..., tínhamos de usar não sei quantos fora até arranjar um que funcionasse. E houve uma altura que chegamos aqui, à nossa ex-chefe de serviço e dissemos: “Chefe, a gente não trabalha mais com isto, façam o que quiserem, como quiserem, porque isto não funciona, isto não é seguro”. Nós púnhamos uma perfusão num doente, aquilo a pingar ping, ping, um determinado antibiótico, virávamos as costas e quando dávamos por isso o antibiótico tinha entrado todo dentro da veia, porque aquilo não funcionava. Eram baratíssimos, de certeza, em relação aos outros que a gente usava.

E1: Portanto, no fundo, o que me está a dizer é que há riscos, não é?



R: E há riscos, sempre, sim, sim. Bem, na saúde, sim. Eu acho que isto é uma área muito à parte. Porque eu acho que quando há uma coisa que corre mal... quando nós trabalhamos numa empresa, ao computador, quando alguma coisa corre mal o pior que pode acontecer é estragarmos um trabalho feito, partirmos um computador, ou não sei quê, é chato, é custo, é não sei quê, mas paciência. Aqui estamos a falar de saúde e da vida das pessoas, isso não tem preço. Não devia ter.

E1: Não é toda a gente que tem essa opinião.

R: Pois, mas não... pois, mas está mal. No meu ver está mal: a vida e a saúde não têm preço. Ou melhor, têm um preço, mas que a gente não pode é olhar ao preço. Percebe?

E1: Sim, sim, estou a perceber.

R: Eu percebo que nós vivemos num país, que tal como os outros todos, não tem recursos ilimitados e os recursos são limitados e a gente não pode fazer nascer o dinheiro nas árvores e temos que conseguir gerir aquilo que temos da melhor maneira possível, mas tem de haver limites para aquilo que se corta, para aquilo que se quer tirar, para aquilo que se quer poupar [(...) resources are limited and should be well managed, although, never forgetting the need to have boundaries when talking about reducing material or resources]. Poupe-se noutras áreas onde seja mais fácil.

E1: Mas acabou de me dizer que...

R: Mas sim, há coisas que se podem poupar, sim.

E1: ... que é possível, não é?

R: Sim, é possível, sim.

E1: No fundo, concluindo com aquilo que disse, o que fazia falta era um conjunto de ações, planos, protocolos – chame-lhe o que quiser – que têm em vista isso. Portanto, como é que eu posso fazer o mesmo, neste caso, com outros recursos.

R: Exato, o mesmo, poupando um bocadinho os custos, mas há coisas que não dependem de nós. Quando a direção do hospital decide que compra aqueles frascos de soro que são mais baratos, que compra aqueles sistemas de soros que são mais baratos porque não sei quê, e não percebe que...

E1: Mas eles ouvem-vos, não é? Ou não?

R: Mais ou menos, não sei. A gente faz... eu não falo com a direção do hospital, não é? Eu falo com a minha chefe. O que é que ela faz lá chegar não sei.

E1: Deve haver... eu não sei como é que é o procedimento hierárquico, mas deve haver uma forma de lá chegar.

R: Pois, não faço a menor ideia.

E1: Aliás, porque a administração só sabe é de... é público, política e, obviamente, é custos e resultados.

R: Eu dou-lhe um exemplo que é uma coisa que é um disparate e eu não sei se vai para a frente ou se não. Nós estamos desde setembro ou o que é sem diretor efetivo de serviço. Temos uma diretora

E1: A enfermeira chefe?

R: Não. Diretor médico, diretor de serviço.

E1: Ah! O diretor do serviço.

R: O nosso diretor de serviço reformou-se e acabaram por nomear um... que é diretora de qualquer coisa e acoplou um bocadinho isto, mas não está cá, nem cá trabalha, pronto, e deixou o Dr. Nogueira a gerir um bocadinho as coisas, porque quer dizer, os olhos dela aqui, aquilo é assim... E, portanto, desde que o nosso diretor de serviço saiu, este serviço é suposto levar uma grande mudança, é ser transformado em não sei o quê, que a gente ainda não percebeu muito bem. Uma das coisas que se fala aí que vai acontecer é abrirem aqui no piso uma unidade de cuidados intensivos, supostamente, na ala A.

E1: Como é que se chama esta aqui ao lado?

R: Intermédios. Tiveram ali a ver a ala A. Portanto, abrir ali uma unidade de cuidados intensivos é um investimento imenso. Portanto, desde deitar paredes abaixo, porque aquilo não é possível assim, da maneira como aquilo está num quarto de duas camas fazer uma unidade, instalar uma série de coisas, comprar material, com monitores, ventiladores, ta-ran-tan-tan. Cada unidade de cuidados intensivos tem de ter um ventilador próprio... E querem

abrir aqui uma unidade. Eu sei que o Dr. Martinho, com esta história, pegou na administração e levou-os lá abaixo aos cuidados intensivos – eu sei porque eu trabalhei e vim de lá de baixo dos cuidados intensivos – mostrar-lhes que existe uma sala lá em baixo de cuidados intensivos que está desativada. Porque nós tínhamos uma unidade de cuidados intensivos de cardiotorácica e uma unidade de cuidados intensivos polivalente – cuidados intensivos médicos – que funcionava ali, que, por questões financeiras e desastres de gestão de dinheiro foi fechada e ficou só com a unidade de cuidados intensivos cardiotorácica. E aquela sala foi desativada, neste momento serve de sala de recobro da hemodinâmica. E o Dr. Martinho pegou na administração e disse: “Para que é que vocês, se vocês têm aqui uma sala? É só abrir. Para além de que têm uma equipa de cuidados intensivos habituada a fazer cuidados intensivos médicos que pode dar resposta a esta sala, como já dava antes de ela ser fechada.” E a resposta dele ao Dr. Martinho foi: “Ah, não sabíamos que isto estava aqui, que estava desativado.”. Pois, mas foram eles que a fecharam. Percebe? Eu acho que querem poupar, poupar, poupar, mas há coisas tão importantes onde podiam poupar, mas se calhar não poupam porque não interessam, não sei. Não sei qual é o objetivo, percebe? Quando temos uma unidade de cuidados intensivos prontinha a trabalhar, é só abrir a porta, com tudo – está lá tudo paradinho –, para que é que vamos estar aqui a deitar paredes abaixo para montar uma unidade de cuidados intensivos, quando temos lá a sala em baixo? Isto é uma coisa muito complicada. Eu acho que isto mexe com muitas coisas, é questão de política, é questão... eu acho que isto é tudo menos uma questão de saúde e de doentes. É essa a ideia que me dá.

E1: Mas no seu dia a dia, na sua prática, que obstáculos é que encontra, que pudessem ser removidos, para que essas situações, que aqui relatou algumas de falta de eficiência ou menos eficiência, possam ser...

R: Olhe, que os médicos fizessem melhor aquilo que lhes compete. Era logo meio caminho andado para me facilitar a mim o meu trabalho. Se eles fizessem tudo aquilo que é deles, eu fazia o meu muito mais facilmente e de forma mais eficiente. Lá está, mas isto não poupa custos, que é contratar mais pessoal. Mas isso não é uma questão de poupança de custos, é uma questão de me permitir a mim fazer melhor o meu trabalho. Porque se eu tiver de dar sozinha resposta a dez doentes, eles não ficam tão bem cuidados como se eu tiver cinco doentes.

E1: Sim, claro. Ao aumentar a capacidade é sempre...

R: Pois, mas existe aquele limite em que depois já é demais, e não é necessário porque também não é suposto nós andarmos a – passo a expressão – roçar as costas na parede. Mas fazendo bem e dando aos doentes tudo aquilo que os doentes precisam, nós precisávamos de mais pessoal. A parte informática do nosso trabalho, e que não há como contornar, e que cada vez nos põem a fazer mais coisas e faz parte do meu trabalho. Eu tenho que fazer o meu trabalho e, a seguir, tenho de deixar uma parte do meu turno para ir registar aquilo que fiz. Eu percebo perfeitamente aquilo que a chefia nos transmite: que aquilo que não está registado não é feito. Nós resmungamos: passamos imenso tempo ao computador. Um dia a enfermeira Carvalho disse-me assim: “Quantas vezes posicionaste aquele doente na noite?”, e eu disse “cinco vezes”, “registaste?”, eu disse “não”, “então não posicionaste vez nenhuma”. Percebe? Portanto, aquilo que não está registado não é feito, por melhor que seja o meu trabalho. Só que o tempo que eu passo ao computador rouba-me imenso tempo para os meus doentes. Uma coisa que nós temos doentes a passar por situações muito difíceis, doentes que estão em situações terminais, e que precisam de aquilo que a gente chama o apoio emocional. São doentes que precisam que a gente os oiça. E eu não tenho tempo porque tenho que ir para o computador dizer que prestei apoio emocional. Portanto, eu estou ao computador a dizer ‘eu prestei apoio emocional a este doente’ e para eu estar ali a fazer aquilo não estive com o doente [I am on the computer writing ‘I gave emotional support to this patient’ and, in order to do that, I was not with the patient]. Mas, pelos vistos não há como contornar, porque eu tenho que fazer registos, porque se não registar não foi feito. Pelos vistos, não há volta a dar a isto. Ou há. Eu acho que haveria, mas isso é uma coisa que era muito complicada, era preciso que eu mandasse. Eu acho que quem construiu o sistema de registo e o programa é alguém que não está na prática de cuidados, porque havia formas mais simples e mais eficientes de a gente registar o que fez com menos tempo. O programa é complicadíssimo, cada vez nos põem mais coisas para clicar, mais coisas para escrever, percebe? Eu acho que é de quem não tem noção, ou que já não se lembra, provavelmente já estive na prática em alguma altura da sua carreira e, neste momento, está atrás da secretária a criar programas para os enfermeiros e não tem noção daquilo que é o dia a dia. Porque se não, faziam uma coisa muito mais simples, em que eu em meia dúzia de coisas dizia tudo o que fiz. Eu consigo em um bocadinho de papel, em meia dúzia de linhas, em cada doente, dizer tudo aquilo que fiz àquele doente, em vez de ter páginas e páginas de coisas para escrever e para fazer cliques de computador. Mas pronto, como eu não mando nada... Se eu mandasse, eu fazia um programa diferente...

E1: No fundo, o que me está a dizer é que os procedimentos são obstáculos a ser mais eficiente [procedures are an obstacle].

R: Sim.

E1: Então, se lhe dissessem assim, suponha que agora sou eu que estou aqui sentado

R: E que manda...

E1: Suponha que agora vamos fazer um programa de eficiência no serviço, indique-me três ou quatro situações, da sua prática – porque, no fundo, muitas das coisas que diz é com os outros – agora digo, na sua prática e na dos seus colegas, que tivesse impacto na eficiência e que pudesse ser considerado uma redução de recursos (pode não ser diretamente associada ao dinheiro) e que, sem pôr em causa a eficácia do seu serviço (não ia morrer), dê-me aí três ou quatro situações que possam ser traduzidos num programa de ação.

R: Hmm. Só da parte da enfermagem?

E1: Eu gostava de ouvir também da sua realidade. Sem dizer que é o outro que tem de fazer.

R: Sim, sim. Mas como isto é um trabalho interdisciplinar, é um bocadinho difícil estancar as coisas.

E1: Não, eu não quero estancar, quero é que se foque...

R: Só focando nos enfermeiros, para mim, é gerir melhor a utilização do material. Essa, para mim, era uma coisa onde facilmente se poupava. Portanto, é gerir melhor a utilização do material.

E1: É aqueles exemplos que deu...

R: Aqueles exemplos que dei de usar uma agulha para não sei quê, usar... percebe? Pronto. Mais coisas? Se calhar uma distribuição mais equilibrada dos doentes. Ou seja, eu tenho X doentes para distribuir por X enfermeiros. Se eu distribuir a carga de trabalho mais equitativamente faz com que se consiga uma melhor gestão de tempo, e tempo é dinheiro. Porque, em vez de andarem uns a olhar para o ar, enquanto que os outros estão aí a “fanfar” e atrasados e a gastar mais tempo. Ou então, uma coisa que nós fazemos aqui neste serviço, mas que nem em todos os serviços fazem, é deitar a mão uns aos outros, e nós fazemos muito isso.

Portanto, se eu estou despachada, se os meus doentes estão mais leves e eu já me despachei, já fiz tudo que tinha a fazer, e há uma colega que está muito carregada, eu vou ajudar. E isso nós aqui fazemos, nós trabalhamos bem em equipa. Mais coisas...

E1: Depois têm as implicações nos outros corpos – nos médicos, na gestão...

R: As implicações nos outros corpos era eu não ter que fazer aquilo que não é da minha competência. Que a parte médica tivesse a sua parte toda feita...

E1: Mais cuidado na passagem de informação...

R: Mais cuidado. Fazer tudo o que lhes compete, deixar tudo feito, deixar os consentimentos assinados. Os consentimentos para os TACs é outra coisa que nós temos... para os TACs, que o doente tem que assinar um consentimento para fazer TAC. Que é uma coisa que é relativamente recente, de há uns anos para cá, e que também nunca a gente desce com o doente para o TAC, a auxiliar desce com o doente para o TAC e o doente volta para cima porque não tem consentimento. E depois andamos aí... É também o nosso tempo, tempo dos auxiliares que andam com os doentes para cima e para baixo, leva do TAC, traz do TAC para assinar consentimento, volta para o TAC. Outra coisa que também implica com outra classe que é os auxiliares, que, neste momento, temos uma escassez imensa de auxiliares de ação médico, o que nos obriga a nós fazer trabalho que eles poderiam fazer. E, para nós, eu não tenho problema nenhum em fazer isso, não é uma questão de classe, nem nada disso, do estilo: aquilo é trabalho dos auxiliares, eu não faço porque eu sou enfermeira. Não, não é isso. Só que nós precisamos muito deles para fazer determinadas coisas, para nos “des-sobrecarregar” a nós. Se eu tiver que fazer o meu e o deles porque eu não tenho auxiliares que cheguem, também a coisa é muito difícil. Mas, isso também é outra coisa que está difícil de resolver, porque não nos contratam auxiliares. E nós temos se for preciso aí um serviço cheio, com quase trinta doentes, com uma auxiliar na tarde, com N doentes acamados, N doentes para levantar, N fraldas para mudar.

E1: Mas um auxiliar não pode mudar fraldas, não é?

R: Não pode? Pode, pode. Pode, sim. Pode mudar fraldas, pode dar banhos.

E1: Ai pode?

R: Sim, sim. Dependendo dos doentes, pode. Dependendo dos doentes, claro.

E1: Disse aí uma coisa que era diferenciar os doentes, mas está a falar pelo número ou por tipologias?

R: Neste caso, eu estava a falar dos banhos por tipologia, por tipo de doente.

E1: Não, mas quando estava a falar dos seus colegas, portanto, que se podiam...

R: Por tipologias. Porque os doentes são-nos distribuídos equitativamente em termos de número, o problema é que a carga dos doentes não é toda igual. Há doentes que são muito independentes, que tomam o seu banho, que comem, que vão à casa de banho sozinhos, que a única coisa que eu tenho que fazer é dar-lhes medicação, quase. E há doentes que precisam de mim para tudo, inclusive para comer. E, portanto, é diferenciar os doentes nesse sentido, da carga de cuidados, não de número, o número é sempre por igual.

E1: Não por ato de enfermagem, não é? Quando estamos a falar de diferenciar por tipologia é no trabalho que eles dão, não é?

R: Sim, sim, sim. É os cuidados que eles implicam. O número de horas... porque isto é medido em número de horas de cuidados. Portanto, o número de horas de cuidados que aquele doente implica é muito menor do que o número de horas de cuidados de outros doentes. E se um enfermeiro tem um número de horas de cuidados muito superior a outro enfermeiro, a distribuição não está equilibrada. Se o meu turno tem 8 horas e se eu tenho X horas de cuidados que ultrapassam muito as horas que eu tenho no turno, depois, eu tenho que andar a correr, as coisas não ficam bem-feitas, enquanto o outro está a... pronto, está aí a beber o café, a olhar para o ar. E está aí a ganhar o ordenado, não é?

E1: Mas isso à partida não se consegue saber, não é? O doente entra...

R: Não. Quando o doente ...

E1: Quanto muito no pós-operatório.

R: Não. Nós temos uma ... mas é que há doentes... nem todos os nossos doentes são cirúrgicos. E há doentes que nós temos aqui que entram para ser operados, que já vêm de casa acamados. Portanto, muitas vezes a dependência do doente não advém da cirurgia realizada, nem do seu problema de saúde. O doente vem com um problema de saúde, porque fez análises, porque tinha uma infeção da vesícula ou não sei quê, mas o doente é que tem oitenta

e não sei quantos anos, tem uma demência, é diabético, tem pé diabético e já está em casa a fralda, acamado, sem comer, etc. Nós temos uma coisa que se chama Sistema de classificação de doentes, que nós temos de fazer todas as manhãs – por falar nisso, ainda não classifiquei os meus doentes –, que nós classificamos o doente por carga de trabalho. Nós temos uns determinados itens, inclusive a quantidade de medicação que faz, endovenosa ou oral, para perceber quanto tempo é que se demora a preparar a medicação, porque há doentes que depois também têm imensa medicação endovenosa para preparar e que demora tempo, há outros em que é só ir à gaveta, agarrar nos comprimidos e dar. E nós temos um sistema de classificação de doentes, em termos de carga para os cuidados, dos seus autocuidados (higiene, banho, iluminação, comer, etc.), a medicação, quantidade de pensos que eu tenho para fazer para aquele doente. Aquilo é: nós consultamos o processo e calculamos, preenchendo aquilo, número de horas de cuidados para as próximas 24 horas. E, portanto, o ideal era cada chefia, antes de distribuir o turno, abrir cada doente com as horas de cuidados que lhes são atribuídas, e quando distribui, distribuir em termos de horas de cuidados de forma equitativa. Pronto, isso não é feito. Os chefes têm mais ou menos uma noção do serviço e dos doentes, sobretudo aqueles que têm internamentos mais prolongados, pegam numa folha e dizem: tu ficas daqui aqui, tu ficas daqui aqui. Às vezes as coisas não ficam muito bem distribuídas.

E1: Eu tinha falado nisso – só para vos explicar – porque aqui há uns anos falou-se muito que se podia especializar os enfermeiros por atos.

R: Deus me livre e guarde. Isso é um disparate.

E1: Porquê? Porque isso criava rotina, que curva a aprendizagem era menor, era mais rápido e, no fim, o resultado, conseguia fazer mais.

R: Pois, mas está a ver? Isso é uma visão de quem não presta cuidados às pessoas, porque eu acho que é uma das coisas mais importantes num enfermeiro é exatamente o todo, o conseguir olhar para o doente e cuidar o doente como um todo. Porque há alguns anos atrás, e há serviços onde isso ainda se faz, onde se faz o chamado trabalho à tarefa. Vais tu, pegas numa ponta e dás os banhos todos. Vais tu, pegas numa ponta e dás a medicação toda. Isso não é ... isso vai completamente contra a filosofia do que é uma boa prática de enfermagem, porque um bom enfermeiro é aquele que olha para o seu doente como um todo, e que percebe o todo do doente [(...) a good nurse is able to see and take care of the patient as a whole]. E o enfermeiro, e eu acho que há muito essa visão, e eu acho que a sociedade infelizmente tem



essa visão do enfermeiro, é que nós somos uma espécie de tarefeiros que faz aquilo que o médico prescreve. E nós não somos. Nós somos pessoas com imensos conhecimentos. As pessoas se pegassem no programa do nosso curso, o nosso curso é difícilíssimo de fazer. Nós temos imensos conhecimentos que nos permitem, inclusive, não fazer aquilo que o doutor mandou fazer. E se eu não tiver esses conhecimentos, e se eu agir à tarefa, e se eu não tiver o todo do meu doente na mão, eu vou fazer asneira. Dou-lhe um exemplo muito simples. Eu tenho um doente. Abro a terapêutica do meu doente. Avaliei os sinais vitais do doente. O doente tem uma série de anti-hipertensores para fazer, e eu tenho que dar medicação ao doente. Aqueles hipertensores o doente sempre os fez, até já vinha de casa a fazer aquilo tudo, mas, neste momento, na situação atual de saúde do doente, o doente não pode tomar aquilo, se não o doente vai desta para melhor. E eu tenho conhecimentos e conheço a medicação muito bem, e sei que hipertensores fazem o quê, quais são os mais bradicardizantes, quais são etc., vou ver os sinais vitais que eu avaliei no meu doente, vou ver aquilo que o doente tomou nos dias anteriores, qual foi o efeito que teve nas pressões arteriais do doente e vou escolher daquilo o que é que dou, como é que dou ou se nem dou nenhum. Se eu trabalhasse à tarefa, um vê os sinais vitais, o outro vai dar a medicação, o outro vai não sei quê, ia dar asneira da grossa. E, portanto, um enfermeiro que é competente e que trabalha bem é exatamente o enfermeiro que tem o doente na mão, que conhece o seu doente, que sabe exatamente o que é que se tem passado com o seu doente, que sabe tudo, desde a medicação que faz, porque é que faz, dos antecedentes que tem, o que é que precisa em termos de cuidados, a situação familiar. Muitas vezes nós temos que fazer a ponte entre o doente e a família. Isto acontece muito nos doentes terminais, em que há ali uma espécie de bloqueio doente-família, em que a família não deixa o doente expressar os sentimentos e as emoções, fala de tudo, do tempo e da chuva, e quer é animar o doente quando o doente está mesmo a precisar de falar daquilo, o doente está a precisar de se sentar com a família e dizer: eu vou morrer, eu estou a morrer, eu preciso que seja feito isto e que seja tratado daquilo. Esta ponte é uma ponte muito importante. Nós temos um papel muito importante entre o doente e a família e que precisamos de tempo para isso. Um tempo que muitas vezes não temos, porque não posso deixar de dar medicação para fazer estas coisas. Isto é muito complicado. Nós precisamos de tempo. Um enfermeiro, para trabalhar bem, precisa de muito tempo, dependendo dos serviços, obviamente.

E1: Ok. Vou passar um bocado para aquela outra parte que lhe disse que era ver o doente como um recurso e, portanto, no fundo, ele colabora e até pode coproduzir em parte do serviço (aliás, já vi exemplos disso). Consegue dar-me uns exemplos como é que isso pode

ser visto? Ou seja, como é que a colaboração ou não do doente no serviço, podendo ou não coproduzir (no sentido de fazer coisas), tem impacto na eficiência do seu desempenho, na sua eficiência e da organização.

R: Eu acho que isso é um bocadinho relativo porque tem a ver com a capacidade que o doente tem para colaborar, porque há doentes que até querem ser muito colaborantes e não têm capacidade para, e há doentes que têm capacidade para fazer muita coisa e não querem fazer nada, chegam aqui e acham que de repente... uns porque acham que chegaram ao hotel, outros porque acham que ‘agora estou doentinho’, e isto vê-se muito sobretudo nos homens. É ‘fui operado, aí que estou doentinho, e tenho aqui o copo da água e a garrafa e toco à campainha para me darem o copo, porque nem sequer isto faço’. E o tempo que eles tocam à campainha e dizem que precisam de um enfermeiro, e me fazem andar para trás para a frente, para lhes pôr um copo na mão que eles podiam perfeitamente agarrar, é tempo desperdiçado. Claro que quanto mais independente for o doente, mais consegue colaborar. Por exemplo, os doentes que têm que fazer o banho pré-operatório e aquelas coisas, nós fazemos os ensinamentos (porque nós temos de fazer ensinamentos aos doentes) e, quanto mais o doente for autónomo e tiver capacidade de compreensão e de fazer corretamente aquilo que lhes dissemos, o doente fica autónomo, a gente dá tudo e ele não... não invisto do meu tempo naquela pessoa, porque a pessoa consegue fazer sozinha. Às vezes não é só uma questão de capacidade. Nós temos uma faixa etária de doentes internados muito avançada, muitos doentes idosos. E, às vezes, os doentes até têm capacidade física, ainda se mexem bem, mas depois aqui na cabecinha as coisas já não ficam muito bem. E a gente tem que dizer: isto é o líquido, não pode pôr aqui, não pode pôr ali, o sabão que está na esponja anula o efeito do líquido, tem de tirar o sabão da esponja. E a gente faz este ensinamento todo e, quando chega a hora de tomar banho, o doente já não sabe se era com o sabão da esponja, com o líquido, coitadinhos. E depois até a própria ansiedade com que o doente vem – que é internado para ser operado –, às vezes aquela ansiedade e o nervosismo a gente fala e a pessoa só ouve metade e só retém um décimo. De resto, eu às vezes brinco, mas eu acho que há coisas que podiam ser feitas, e eu acho que até faziam bem aos doentes que era, em vez de eu andar de quarto em quarto com os dinamaps a ver as tensões, a ver não sei quê, eu podia chegar ao pé dos meus doentes e dizer: meus meninos, às X horas vai lá tudo para vermos as tensões. Não é trabalhar à tarefa, é dos meus doentes, dos doentes que me estão atribuídos. E os doentes que são doentes que se mexem perfeitamente e que andam aí de um lado para o outro podiam perfeitamente vir todos ter

comigo e, num instantinho, sentavam-se ali na cadeira, tuc tuc tuc, eu via as tensõezinhas todas.

E1: Isso também é uma questão de procedimento.

R: É. Mas pronto, mas não cabe na cabeça das... As pessoas estão doentes... Eu acho que até faz bem, porque há doentes que não querem sair da cama, que não saem dos quartos, que estão ali um bocadinho em baixo, até lhes fazia bem fazê-los fazer, colaborar, participar.

E1: E fazer parte do serviço, não é?

R: Fazer parte do serviço. Depois há aqueles com quem esse tipo de coisas não dá, porque eles, de repente, chegaram ao hotel. Às vezes, a gente tem de os chamar um bocadinho à atenção, de forma assertiva, de que isto é um hospital e não um serviço de internamento, ou o hotel.

E1: Basicamente, é isso tipo de coisas, não é? De medir a tensão, tomar banhos, ...

R: Sim, sim, sim, sim.

E1: Tem algumas coisas assim mais que eu posso estar aqui a não ver, de coprodução, digamos assim?

R: Não, eu acho...

E1: Coprodução nem tanto. Vamos chamar colaboração. Tomar a medicação, também se calhar podiam saber, não é? Se calhar vocês perdem muito tempo a especificar o que é que é.

R: Sim, mas a medicação está connosco, está à nossa responsabilidade, é nossa responsabilidade dar a medicação ao doente, somos nós que ensinamos o que demos, o que não demos, porque é que demos, porque é que não demos e isso é uma coisa que temos que ser nós a fazer. No dia em que a gente der as caixas aos doentes e os deixar estar a tomar medicação, isso, para mim, não é exequível. Dar medicação é uma coisa de muita responsabilidade, portanto, acho que por aí não. Mas pronto, se eles colaborassem noutras coisas, pronto, naquilo que pudessem colaborar... Há doentes que colaboram. Há doentes que, por exemplo, nós pusemos um antibiótico ou uma medicação qualquer em perfusão e os doentes nem sequer tocam à campainha, pegam no suportezinho, vêm ter connosco, à nossa

procura, e “enfermeira, já acabou”. E a gente (não perceptível) a via, ta-ran-tan-tan e pronto, “olhe, leve o suporte, leve lá para o quarto e arrume”. Mas a maioria dos doentes não, não...

E1: Deixe-me só fazer-lhe mais uma pergunta, que é numa outra ótica, pode até ser para além do local físico aqui, que é: há situações em que vocês conjuntamente com o doutor, ou com a família, que possam criar conjuntamente soluções que não estavam previstas e que visam qualquer coisa que seja mais ajustada àquele tipo de doente? Eu posso dar exemplos, mas não queria.

R: Eu não estou a perceber a sua pergunta.

E1: Uma coisa é ele dentro de um sistema que está perfeitamente pré-definido ajudá-la, colaborar, coproduzir o que está definido, no fundo, faz o que está no protocolo, está no programa, o que for. Isso é uma ótica. Agora, suponha que pretende que, conjuntamente com o doente e/ou família, criar situações que não estão previstas mas que têm impactos previstos na ...

R: Isso é muito fácil. Quer dizer, eu vejo várias. Por exemplo, os doentes que precisam de ajuda para tomar banho, a família vir ajudar a tomar banho. Não estou a dizer aqueles doentes acamados, que a gente tem que visualizar a pele à procura de úlceras de pressão, feridas, estou a falar daqueles doentes...

E1: Mas isso é coprodução. Mais uma vez, eles fazem alguma coisa que está previsto fazer e, portanto, não faz você...

R: Ah, qualquer coisa que não fosse...

E1: Que seja uma inovação – inovação é muito pomposo – mas qualquer coisa que é feito de diferente, de novo, que é ajustado no relacionamento que tem com o paciente, e eventualmente com a família, para criar qualquer coisa que é mais ajustado àquele doente, mas que não estava previsto, portanto, teve que se criar, pelo relacionamento que construiu consegue ver qualquer coisa que tem que ser feito conjuntamente e que leva à criação de qualquer coisa, não sei, agora estou para aqui a inventar. Vou-lhe dar um exemplo. Estou a dar-lhe um exemplo de uma pessoa na minha família que teve um tumor maligno e que teve que lhe ser retirado uma parte do intestino, foi ostomizado, e, antes de ir para casa, a enfermeira, com o médico (mas o médico aí não teve muito...), chamou a família – a família mora ali e (era a minha sogra) ia estar na minha casa durante quinze dias, pelo menos, até foi

mais – e tentou-se ver como é que, para aquele caso concreto, se conseguia que ela tivesse condições. Numa primeira fase, apenas ajustar o saco e ...

R: Sim, mas isso não sai fora da ... isso é o nosso... isso já está instituído, é assim.

E1: Mas ela não foi só coprodução porque, no fundo, essa enfermeira tentou perceber como é que era a realidade da minha sogra e ...

R: Ah, mas isso nós fazemos com todos os doentes.

E1: ... como é que se criava um procedimento novo, no caso, por razões específicas dela, ela “bom, isto não é muito católico”, a melhor maneira é assim, assim, assim e assim. E há exemplos desses? Está a ver? Não sei se consigo explicar.

R: Mas isso, para mim, é uma coisa que não é fora do habitual, nós fazemos isso com todos os doentes.

E1: Eu não estou a dizer que é fora do habitual, eu quero é saber que casos é que desses é que está a ver como possíveis exemplos disto.

R: Pois, mas é que não são possíveis, são reais na nossa prática diária.

E1: E que têm impacto na eficiência, obviamente, não é?

R: Sim, sim, mas isso nós...

E1: Não só na eficiência. No fundo, tem impacto na qualidade de vida do paciente, mas também tem impacto na eficiência porque, obviamente, implica outro tipo de utilização de recursos, nem que não seja não ter de cá voltar outra vez.

R: Sim, muitas vezes os doentes, quando a coisa não é bem feita, e os doentes não são capazes de tomar conta da sua ostomia, os doentes entram-nos aí com a pele perístoma... miserável e são internados.

E1: Mas eu não quero... quero ouvi-la a si.

R: Mas pronto, mas por exemplo, no caso das ostomias, isso é uma prática nossa. É nossa preocupação sempre fazer – e isso é função do enfermeiro – uma avaliação daquele doente, da capacidade que o doente tem para autocuidar da sua ostomia, se é necessário ou não envolver

a família, que colaboração ou apoio que aquela família pode dar ou não dar, e nós começamos tão precocemente quanto possível o ensino ao doente e família, ou só à família, quando o doente não tem capacidade, mas isso é uma coisa que é da nossa prática diária. Doentes oncológicos que vão para casa a fazer administração de enoxaparina – aquelas injeções que põe o sangue mais fluído – é da nossa função, portanto, nós já sabemos que quase todos os doentes oncológicos ali naquela primeira fase vão fazer enoxaparina, já sabemos. Os médicos, alguns, têm o cuidado de nos avisar: atenção, que este doente quando tiver alta vai para casa a fazer enoxaparina. E nós começamos tão precocemente quanto possível o ensino da autoadministração de enoxa ao doente, ou à família ou a ambos. Doentes que, por alguma razão, se tornam diabéticos. Por exemplo, doentes com cirurgias pancreáticas, doentes transplantados que, devido à carga de corticoides, que saem a fazer na primeira fase de transplante, ficam com as glicémias elevadas, têm de começar a fazer inclusive insulina. Ensina ao doente e/ou família, ou consoante a avaliação que a gente faz das necessidades familiares do doente, ensinar o doente a picar o dedo, ensinar o doente quais são os valores que deve ter, quais é que não deve ter, como é que se administra insulina, treinar isso com o doente, inclusive, temos aí uma barriginha...

E1: E é possível criar uma situação nova para isso? Suponha que o doente tem um conjunto de limitações, até pode ser o espaço físico ou cá ou para onde vai, isso implica criar qualquer solução que não estava prevista, ou pelo menos que tenha de ser adaptada, fuja do standard?

R: Isso assim no vazio é um bocadinho difícil. Obviamente que quando nos surge um determinado tipo de situação, nós tentamos arranjar soluções para ajudar a pessoa da melhor maneira possível. Muitas vezes essas soluções até passam por envolver a nossa assistente social e, numa primeira fase em que o doente está mais dependente, ou que o doente não se pode mobilizar e que é necessária uma cadeira de rodas, quando se prevê que isso vai ser uma coisa temporária, o doente ir para a rede de cuidados continuados, durante um mês, ou dois, o tempo que é preciso para depois estar mais autónomo para ir para casa. Isso é caso a caso, situação a situação. Não estou a ver assim de repente... inventar assim uma coisa qualquer, não me vem nada. Mas sim, mas é uma coisa que nós fazemos, na nossa prática diária esse tipo de avaliação e procurar soluções, aquilo que seja melhor. Não é para mim, não é para o médico, é para a pessoa e para a família da pessoa.

E2: Há quanto tempo é que está cá?

R: Aqui, na cirurgia geral, há seis anos.

E2: E no hospital?

R: Desde 2010.

E1: Há oito.

[Fim de gravação.

Recomeço na gravação.]

R: Eu não sei se já viu os nossos quartos.

E1: Já.

R: Pronto, nós temos um cadeirão, uma mesa de cabeceira, uma cama, outra mesa de cabeceira, outra cama, e ali está um armário. Normalmente, este doente que está aqui junto ao armário, esta cama está quase encostada ao armário, o doente mobiliza-se para este lado. Nós, o doente acaba de ser operado, nós percebemos qual é a forma melhor do doente se mobilizar e, muitas vezes, andamos com as mesas de cabeceira às costas, porque o doente consegue ser mais autónomo ... se se levantar para este lado, precisa de ajuda, mas se se levantar para aquele, o doente consegue a sua autonomia, até para a autoestima do doente é muito bom conseguir fazer sozinho, as pessoas até se sentem logo melhores. E, portanto, nós andamos com a mesa de cabeceira às costas, trocamos os lados da mesa de cabeceira, ou os cadeirões, de maneira a facilitar a mobilização do doente. Mas isso é uma coisa que é da nossa prática. A gente já faz isso já tão...

E1: Está bem, eu sei. Eu sei que é difícil, mas estou a falar consigo.

R: Mas às vezes é difícil a gente lembrar-se assim das coisas porque é tão o nosso diário, isto é tão rotineiro para nós, de olhar para o doente, de dar ao doente o melhor e fazer o melhor, é tao rotineiro que, para nós, isto não é nada de extraordinário, é o dia a dia, é assim. Ou deveria ser assim. Os enfermeiros que não são assim deviam ser.

E1: Claro. É evidente que os doentes em que, normalmente, são doentes que têm ou doenças crónicas ou que têm problemas muito complexos, isso põe-se mais, porque há sempre uma componente que cada caso é um caso, não é possível seguir um standard, protocolo como na sala de operações – chega lá, entra, faz não sei o quê, corta, faz, etc. –, aqui é essa a lógica dos enfermeiros dos serviços: criar uma relação com os doentes, não é?

R: Lá está, por isso é que o trabalho a tarefa ... mas está a perceber?

E1: Estou.

R: Mas está a ver onde eu quis chegar? Por isso é que eu dar ... pôr cada doente a fazer ... por isso é que isso não funciona, porque, no dia em que isso for assim, nós perdemos o todo do doente. Estamos todos a trabalhar para aquele doente, mas ninguém o ajuda, porque eu só vejo aquela parte, tu só vês... e a gente precisa de ver o todo do doente para conseguir fazer as coisas como deve de ser.

E1: Sim, sim, eu também estou de acordo com isso, mas aqui não tenho de estar de acordo. Só estou aqui a perguntar.

R: Claro. Sim, sim, sim. Pois, mas eu quando oiço falar desse tipo de coisas põem-se-me os cabelos em pé.

E1: Porque essa é a lógica ... no fundo fazer parafusos é a mesma coisa, tem uma lógica fabril, de século passado, de linha de produção. Se se especializar...

R: Tu metes os parafusos, eu aperto os parafusos... sim, sim, sim, sim.

E1: Se só mudar fraldas, não sei quê, no fundo, vai demorar menos tempo a mudar fraldas do que se fizer aquilo com mais outras coisas, não é? Portanto, a lógica é essa. O que me está a dizer é que numa ótica de um serviço, particularmente este de cuidados de saúde, mas podia ser em geral, há um relacionamento entre o beneficiário e o prestador que se sobrepõem, porque se não, não está a fazer um serviço, está a fazer coisas.

R: Sim.

E1: Se for comer hambúrgueres no McDonalds serve, mas se tiver outra complexidade já não serve.



R: Sim, mas eu acho que o problema é que neste caso é mais do servir ou do que não servir, é consequências que podem ser graves.

E1: Mas o que eu estou a falar é no serviço no sentido do cliente, que aqui é o beneficiário, tenha uma melhor qualidade de vida, seja imediata porque tirou lá o problema, ou seja a longo prazo. Mas obviamente que é mais fácil visualizar isto quando eu tenho doentes crónicos ou com doenças crónicas, que já vêm com um grande historial e vai continuar, ou, então, estão numa fase ou pré ou mesmo já fase terminal, e aí a coisa está mais presente. Mas, se calhar, vocês aqui, na fase terminal já cá não está.

R: Não, não, temos. Nós temos muitos doentes a morrer aqui no serviço.

E1: Ah é?

R: Sim, sim, nós temos muitos doentes... aliás, neste momento, estamos numa fase em que estamos cheinhos de doentes terminais, sim.

E1: Mas não passam por uma enfermaria de cuidados continuados?

R: O nosso país não tem ... o ideal era que houvesse no nosso país resposta em termos de cuidados paliativos para todos os doentes. Não há. Não há unidades de cuidados paliativos que cheguem. O que é que nos acontece aqui muito na nossa realidade? O doente vem com um problema oncológico que ainda dá para fazer ali alguma coisa, o doente vai para casa e regressa ao fim de um ano, ou dois, ou cinco, aqui com a sua situação piorada e vem morrer aqui.

E1: Já não vem cá fazer nada, não é?

R: Vem para morrer aqui. Portanto, o doente vem cá porque foi aqui que foi operado, são estes cirurgias que o seguem e o doente é internado, é feita uma avaliação, ok podemos fazer mais alguma coisa? Não podemos. O que é que há para fazer? (não perceptível) e o doente fica aqui e aqui falece connosco.

E1: Não tem a ver já com isto, mas há estudos que vêm dizer, não tanto à tarefa, mas que os hospitais não deviam ser tão generalizados. Portanto, devia haver dois tipos de hospitais. Hospitais que eram intensivos em conhecimento, em coisas complicadas, e aqueles que para 90%, 80% das situações deviam resolver o problema. Acha que isso é factível em Portugal?

Ou seja, no fundo, é não ter hospitais que vem cá tudo... este aqui já não sei como é que é, porque este já é um hospital um bocado diferente, mas, por exemplo, no grupo Egas Moniz é capaz de já ser mais assim, não é? Tanto lá vão pessoas com problemas complexos como vão com problema menos complexos. O que hoje se diz é que os hospitais...

R: Trabalharem por especialidades.

E1: Não é especialidade, é pelo tipo de problema. Se é um problema que mesmo que seja... e não tem todas as especialidades... são hospitais que têm ... aliás, este era assim, quando depois de ser intervencionado (demasiado ruído de fundo – som impercetível) especializou-se na área do coração e nessas coisas. No fundo, era um pouco como um hospital de laboratório, que só faziam... não quer dizer que fosse só uma coisa, não é? E era altamente intensivo em conhecimento, os médicos eram quase todos cientistas, as enfermeiras também, e outros que era para onde ia o maralhal todo, eram quase centros de saúde – não é assim, mas estava a generalidade das coisas que não eram tão complicadas, digamos assim. Isso faz sentido? Se libertasse essa carga...

R: Eu não sei porque é assim... Eu acho que com a experiência que eu tenho, com aquilo que eu vejo, depende um bocadinho. Efetivamente... como é que eu hei de lhe dizer isto? É que um doente que não é complicado, daqui a meia hora é um doente de intensivos. Está a perceber o que é que eu quero dizer? Obviamente que dependendo ... nós temos muito aqui esta experiência. Nós temos aqui muitos doentes nesta cirurgia geral que vêm ser operados aqui porque foram recusados em todos os hospitais, porque os anestesistas não os anestesiavam, porque são doentes ASA 4 ou ASA 5, doentes com um risco anestésico brutal – porque têm muitos problemas cardíacos – e ninguém os opera, são todos recusados. Portanto, são todos chumbados. Chegam aqui e os nossos anestesistas anestesiavam. E operam e as pessoas saem daqui na maior, a andar no pezinho delas, como se nada fosse. Portanto, os nossos doentes são doentes com muitas comorbilidades. Ou seja, o doente vem cá para ser operado à vesícula, mas traz um historial de insuficiência renal, diabetes, não sei quantos enfartes, não sei quantos AVCs, etc. E o doente até entra aqui na boa, vem cá só fazer uns furinhos, tirar a vesícula e, de repente, esse doente que entrou para cá para tirar a vesícula, daqui a meia hora está nos cuidados intensivos. Neste caso, aqui não, porque a gente deixamos de ter o CI polivalente, porque a fecharam, mas transferindo para o S. Francisco. Portanto, eu acho que quando tratamos de saúde, as coisas são assim porque agora é assim, agora é assado, não é? Claro que há pessoas que têm menos risco. Se falarmos de uma pessoa de vinte anos que vem cá para

tirar o apêndice e que não tem comorbidades nenhuma associadas, que é uma pessoa sem historial e saudável, aquilo que se prevê é que a pessoa chegue aqui, tire a vesícula (confusão com apêndice) e que não seja complicado, não é? Pronto, se calhar podia haver coisas que atendessem esse tipo de pessoas assim sem antecedentes...

E1: Eu só perguntei isto mas não faz parte do nosso debate, estou só a falar...

R: Sim, eu sei, estou a pensar. Sem antecedentes...

E1: ... porque a questão essencial que está por detrás disto é porque há quem diga que a medicina no futuro vai ser tão cara que não faz sentido ter isso replicado por todo o lado. Portanto, há hospitais muito especializados e depois o grosso da coisa é feito por outros menos especializados. Mas não têm robots não sei quê...

R: Mas, lá está, mas o que é que eu...

E1: Eu não estou a falar dos particulares. Particulares é quem vai, paga.

R: Sim, sim. Mas, assim vendo as coisas de forma abrangente, em que é que isso poupa o quê e a quem?

E1: Poupa que não tem que replicar.

R: Portanto, não há vinte robots, basta haver aquele que tem robot...

E1: Se calhar há um ou dois hospitais no país que tratam de determinado tipo de situações que são complexas e...

R: Mas eu acho que isso não é assim já?

E1: Não sei.

R: Eu acho que isso já é um bocadinho assim. Há determinado tipo de tecnologias...

E1: por exemplo, operações ao coração, se calhar...

R: Mas isso não precisam de ser robots, só precisam das mãos do cirurgião.

E1: Pois, mas tem alguma complexidade. Neurocirurgia...

R: Tem complexidade, mas é assim...

E1: Não é tirar um apêndice, como estava a dizer.

R: Sim, sim. Mas o que eu estou a tentar pensar é assim: já nem todos os hospitais operam coração, certo?

E1: Sim. Portanto é seguir esse caminho, é cada vez menos. Ser cada vez mais especializado e cada vez menos modalidades. Portanto, as pessoas vão ...

R: Sim, eu acho que não é preciso haver tudo em todo o lado, desde que a oferta também não seja reduzida ao ponto de dificultar o acesso das pessoas às coisas. Porque é... e isso já acontece um bocadinho no nosso país. Para que é que vamos ter 20 centrinhos de saúde ou unidades? Fecham aquilo tudo e abrem um centro de saúde não sei aonde, e depois os desgraçados que estão na aldeia e que não têm como se deslocar...

E1: Mas aí a lógica dessa situação é a lógica do volume, não é? Portanto, para eu ter volume não tenho de ter... mas aqui a lógica é a da especialização, dos equipamentos, das equipas...

R: Mas vai dar mais ou menos ao mesmo, no sentido em que podemos reduzir os especialistas, os equipamentos, mas não de forma a dificultar o acesso das pessoas às coisas. Ou seja, tem que ser de forma a que ... quer dizer, em cada área geográfica haja... quer dizer, para não obrigar as pessoas que vem, sei lá... como nós, por exemplo, temos aqui muitos doentes dos Açores que vêm ser aqui operados. Temos imensos doentes das ilhas que vêm ser operados ao coração, que vêm...

E1: Mas isso é outra coisa.

R: ... mas nas ilhas podia haver.

E1: Alguém definiu que das ilhas vêm para aqui.

R: Mas porquê? Porque é que nas ilhas não há um belíssimo cirurgião cardiotorácico? Porque é que as pessoas das ilhas têm que estar a vir ao continente, com tudo aquilo que isso implica, porque depois vêm, vem a família, depois não têm onde ficar, porque nem toda a gente tem família no continente, são obrigados a alugar aí umas casitas ou uns quartinhos ao preço ... que isto aqui em Carnaxide é horrível.

E1: (Não perceptível)

R: Portanto, até se tudo bem especializar, mas de maneira a garantir às pessoas os acessos às coisas, não sermos também... Mas eu acho que as coisas já são um bocadinho assim. Nem todos os hospitais operam coração, nem todos os hospitais operam fígado, nem todos os hospitais fazem transplantes, isso já é um bocadinho assim. E, no entanto, todos os hospitais têm medicina, e todos os hospitais têm cirurgia, aquelas coisas assim mais comuns, acho que é assim, acho eu.

E2: Oncologia já é um bocado, acho eu.

E1: Sim, alguns.

R: Oncologia também. Nem todos os hospitais têm oncologia.

E1: É levar isso ao extremo. No fundo, é essa tendência ser levada ao extremo. Nos Estados Unidos há isso: há os hospitais gerais – que são aqueles grandes hospitais – e depois há hospitais muito específicos – uma coisa qualquer, só fazem aquilo –, e desses hospitais gerais as pessoas são transportadas para esses...

R: Mas pronto, se a pessoa puder recorrer ao hospital geral e o hospital geral pegar na pessoa e ...

E1: Pronto... Quem defende isso...

R: Não me choca, acho que não...

E1: Quem defende isso, defende isso por uma razão que é específica: que as pessoas cá têm muito má opinião do que é o centro de saúde. Portanto, as pessoas vão logo para a urgência. ‘Vou já para a urgência que isto pode ser complicado’, portanto não vão ao centro de saúde. Você (Diana) se calhar tem uma experiência diferente.

E2: Eu, por exemplo, nunca vou ao centro de saúde, mas vou muito ao posto médico. Mas vou ao posto médico desde que estou no posto médico em que estou atualmente. No que estava antigamente, eu não ia ao posto médico, pois sabia exatamente que não iria ter consulta, não valia a pena perder tempo a ir para lá.

R: Pois.

E2: Eu acho que isso também parte muito da organização de cada...

R: Eu acho que se as pessoas também não vão ao centro de saúde é porque sentem que o centro de saúde não dá a resposta que as pessoas precisam, se não as pessoas não iam à urgência.

E1: No fundo, era transformar alguns centros de saúde quase, ou mesmo, nos hospitais.

E2: Sim, mini hospitais.

R: Sem internamento?

E1: Não. Quer dizer, os centros de saúde é que deixavam de ser ... quer dizer, a lógica que há hoje...

R: Deixava de haver centros de saúde e criava-se uns hospitais...

E1: Os centros de saúde eram uma espécie de farmácias mais sofisticadas, se quiser. E passava a haver hospitais generalistas e depois havia hospitais extremamente específicos, para determinado tipo de situações. Tinham era que ter obviamente... resolver estes problemas.

R: E capacidade de dar resposta...

E1: Se calhar no país só havia um...

R: Até podia... se um chegasse e tivesse pessoal e salas suficientes, e internamento suficiente para dar resposta e não criar listas de espera de 25 metros para dar... por isso a mim não me choca, desde que as pessoas sejam levadas e encaminhadas devidamente para lá. Por isso a mim não me espanta nada.

E1: Pronto, mas isto não tem nada a ver com o que estávamos para cá a falar.

## Appendix A-5

### Interview 5

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

E1: Basicamente é o que é que entende, na sua prática – não é em abstrato –, por eficiência. Ou como é que isso materializa, digamos assim, na...

R: Então, acho que no bloco ou em qualquer serviço – não tem só a ver com o bloco, nem tem só a ver com a enfermagem – tem de haver colaboração entre as várias partes. Começa por aí, para mim, a eficiência, porque se uma parte falhar, falha a cadeia toda [if one part of the process fails, all chain fails]. De resto, mais o quê? Em que é que podia ser

E1: Portanto, colaboração, para si, tem a ver com eficiência, é isso que está a querer dizer?

R: A eficiência tem a ver com a colaboração. É o contrário. Para mim, para haver eficiência tem que haver colaboração entre as várias partes. Por exemplo, exemplos concretos, nós estamos a terminar um doente no bloco. Essa sala vai ficar livre para o doente seguinte. Demora cerca de meia hora para as auxiliares limparem a sala. Telefonámos para o piso para prepararem o doente seguinte. O que é que é o prepararem o doente seguinte? É o doente pôr o pijama do hospital, se estiver com o pijama dele, é ir à casa de banho fazer os cuidados mínimos de higiene, caso seja necessário, é dar a pré-medicação, se for dada no piso, que às vezes é dada no bloco, e pôr o doente na maca pronto para vir para baixo. Este espaço seria a meia hora, vá lá, da limpeza da sala do bloco. Muitas vezes estamos parados à espera que o doente desça porque, por exemplo, só temos dois elevadores – um para doente, outro para lixo – e o elevador está ocupado ou está com a porta aberta em algum sítio. Portanto, isto é um exemplo concreto como é que a coisa poderia melhorar: bastava que a pessoa antes, que tivesse usado o elevador, tivesse fechado a porta, por exemplo. E nós já não estávamos 10 minutos, um quarto de hora, parados à espera que exista elevador para trazer o doente, para poder começar a cirurgia seguinte. Ou se, por exemplo, estão duas ou três salas a terminar ao mesmo tempo, temos 2 ou 3 auxiliares, eles não conseguem estar todos a limpar a mesma sala mais rápido, tem que estar uma em cada – também vai demorar mais. Pronto, este tipo de

coisas pequenas em que se poderia melhorar. De resto, acho que a nível de comunicação, os cirurgiões às vezes também trocam as cirurgias na última da hora porque, por exemplo, o doente está constipado e não pode vir, é cancelado. Em vez de vir aquele, vem outro. Por vezes esquecem de avisar o bloco. Aí também poderia melhorar, porque aí vamos ter que pôr material diferente. Nem todas as enfermeiras fazem todas as valências, porque depende do grau de integração em que estão e aí, às vezes, também vai ter que haver mudanças porque mudou a cirurgia. Também demora algum tempo. Pronto, é este tipo de colaboração de equipa que eu me refiro. É mais a nível de comunicação que se poderiam agilizar as coisas e não ter estes tempos mortos entre um doente e outro. A nível do doente propriamente dito, como vos disse, o doente chega, fala connosco, identifica-se, se virmos que a pessoa está mais nervosa ainda dizemos umas gracinhas, uns entram na brincadeira, outros não – se não entram, também param as gracinhas por aí – mas, normalmente, a seguir, não se lembram sequer de ter entrado no bloco. Portanto, isto ali há o stress naquele momento, mas, para efeitos futuros, não tem repercussão nenhuma porque o doente não se lembra. Não sei mais o que é que querem saber.

E1: Não, não. É isso, é ouvi-la. No fundo, a eficiência aqui está a associar ao tempo, não é? Aos tempos mortos, portanto, o recurso para si é tempo, não é?

R: Sim.

E1: Mas há outros recursos, não é? De material, ...

R: A nível de material, normalmente, não temos grande problema. Mesmo quando não há um determinado material, ou há outro do mesmo género que o substitua, ou conseguimos contactar os laboratórios a tempo de nos trazerem durante a cirurgia, no decorrer da cirurgia. Portanto, aí não temos grande problema.

E1: Mas podem usar diversos tipos de materiais. Quem é que define isso? É a sua chefe, não é? Portanto, ela é que é responsável pelo bloco, não é?

R: Ela é responsável pelo bloco, mas, normalmente, os materiais eu penso que sejam por concurso, são definidos anualmente por concurso e ganha esta ou aquela empresa que fornece este ou aquele material. Obviamente, temos que ter este determinado tipo de material, mas há várias empresas a fornecerem o mesmo de marcas diferentes. Portanto, isso é definido a nível



de concurso, nós não temos qualquer escolha, qualquer opinião (podemos dizer se gostamos ou não gostamos, se é melhor ou se é pior), mas não somos nós que definimos isso.

E1: E isso não tem implicações depois no concurso seguinte?

R: É assim, supostamente, a enfermeira Marques Bentes saber-vos-á responder melhor que eu, mas, habitualmente, para a escolha do material, vai um cirurgião cardíaco e vai um cirurgião geral, mas nem sempre aquilo que eles dizem que é melhor é o que é escolhido. Porque isto não é só a nível deste hospital, é a nível do CHLO e o cirurgião daqui pode gostar mais do material B e o cirurgião dali pode gostar mais do material A. E depois – isto é uma especulação – mas, para mim, o que ganha é o que for mais barato. Pelo menos é aquilo que nós vemos na prática. Entre o A e o B, se são semelhantes, ganha o mais barato.

E1: Então, qual é a vossa função em termos da gestão dos materiais – já que estamos a abordar isso? A sua ou do departamento que, neste caso, é o bloco.

R: Em termos de gestão de materiais, nós vamos dando baixo no computador à medida que vamos gastando, para que seja repostos. Mas em termos da escolha de ser o material A ou B, não temos qualquer influência.

E1: Nem de equipamentos, nem nada disso?

R: Não. Nós podemos dizer... por vezes vêm-nos perguntar (as chefias), se temos duas coisas diferentes para a mesma função, ‘qual é que gostaram mais?’ e, obviamente, a nossa opinião é tida em conta dentro do possível. Mas não significa que aquele que a maioria gosta mais seja o escolhido. Isso depois aí é a nível de chefias mais altas e nós não temos... damos a opinião, mas fica por aí, fica pela opinião.

E1: Não tem consequência?

R: Normalmente... nem sempre tem consequência.

E1: Então, basicamente, o que me está a dizer é que aquilo que tem influência na decisão é a gestão ou a organização do tempo, mais nada.

R: Sim, o que nós podemos mais... é a organização do tempo, é vermos se temos ou não o material necessário para as cirurgias do dia seguinte, que, como lhe digo, se a cirurgia entretanto é mudada, porque o doente estava constipado, ou porque não veio, ou porque já foi

operado noutro hospital, vai depois influenciar. No dia seguinte, se calhar, vamos precisar de um material que não era o que estávamos à espera, porque o doente também não é o que estávamos à espera, aí temos que falar com a chefia para agilizar, se não houver o material que queremos, para chegar a tempo. Mas, de resto, não temos muito mais influência.

E1: E porque é que isso acontece?

R: É como estava a dizer: o doente pode ser cancelado. Porque, imagine, o doente mora nos Açores, está vento e o voo foi cancelado. Já não vai ser aquele doente, vai ser outro. Ou chamou-se o doente – os doentes habitualmente vêm na véspera, a não ser que sejam doentes muito instáveis e vêm mais tempo antes, mas, habitualmente, vêm na véspera da cirurgia – para casa (que também não somos nós, é o piso) e o doente está constipado. Também não pode vir fazer a cirurgia, é cancelado, é chamado o próximo da lista. Por exemplo, se isso acontecer depois do bloco já estar fechado, nós só sabemos no próprio dia, não sabemos no dia anterior. Portanto, aí muda a cirurgia, se calhar muda o material. Até pode calhar de ser exatamente a mesma cirurgia noutro doente e o material seja exatamente o mesmo, mas, também pode calhar de ser uma coisa completamente diferente.

E1: O planeamento do bloco é feito por vocês enfermeiros?

R: O planeamento não. Os médicos cirurgiões, quer cardiotorácicos, quer cirurgia geral, fazem uma lista de semana a semana. Penso que é quarta ou quinta-feira, acho que é quinta, dão-nos a lista para a semana seguinte. Mas essa lista não é estanque. Portanto, é a tal coisa: se chamam um doente e ele, por alguma razão, não pode, passa o seguinte...

E1: Mas pegam nessa lista e dizem assim: “tenho de operar para a semana um, dois, três, quatro...”

R: Sim, nós sabemos, à partida, o que é que vamos ter na semana seguinte. Na quinta-feira sabemos o que é que vamos ter na semana seguinte.

E1: Mas porque é que um é na quinta e no outro é na quarta, e não é o contrário, como é que isso é feito?

R: Ah, isso eu não sei. Isso é planeamento dos cirurgiões. A lista é-nos dada.

E1: Ah, não é consigo.

R: Não.

E1: Então o que é que tem a ver com vocês?

R: Temos um determinado número de salas de bloco operatório de cirurgia cardiotorácica e um determinado número de salas de cirurgia geral e de cirurgia ambulatoria. E a lista é-nos dada. Nós só temos que dizer, por exemplo, se tivermos, imagine (não é normal, mas imagine) que temos 3 ou 4 enfermeiros de atestado, ou de férias, quando muito podemos ligar e dizer: Olhe, não é possível este número de cirurgias porque faltam-nos não sei quantos enfermeiros. E aí tem de ser reagendado de outra forma. De resto, não temos grande influência nessa escolha. Aliás, não temos nenhuma.

E1: E acha que devia ter?

R: Não sinto essa necessidade. Desde que nós saibamos antecipadamente o que é que vamos ter para a semana seguinte, conseguimos programar as coisas. E conseguimos, por exemplo, imagine que eu tenho então um de atestado, ou de férias, ou de qualquer coisa, eu tenho mais cirurgias na manhã do que na tarde. Tenho mais pessoas a fazer tarde que, se calhar, como é o caso hoje que não temos uma anestesista, não estão a fazer nada no bloco, não estão a fazer nada quer dizer, estão a fazer trabalho...

E1: Sim, pronto, não estão a fazer operações.

R: ... prazos de validade, arrumações, outras coisas que são necessárias que não operar o doente. Poderia, eventualmente, passar as pessoas para manhã, porque, se calhar, falta-me enfermeiros de manhã e, se calhar, tenho enfermeiros a mais à tarde. E isso será com a enfermeira Marques Bentes ou com a chefe de equipa, na ausência da enf. Marques Bentes. Nesse caso, telefonavam-nos e perguntavam “no dia tal, em vez de fazeres tarde podes vir fazer manhã? Tenho pessoas a mais na tarde e tenho pessoas a menos na manhã.”. E nós podemos ou não podemos. À partida, consegue-se gerir isso.

E1: Consegue-se como?

R: Nunca há muita gente a dizer que não. Há pessoas que, obviamente, têm duplo emprego e que já têm a semana inteira programada, ou o mês inteiro programado, e que não têm flexibilidade nenhuma a este nível, mas a grande maioria das pessoas, se for avisada

antecipadamente, pode perfeitamente vir fazer manhã em vez de vir fazer tarde, é uma questão de reorganizar as coisas a nível pessoal.

E1: Ok. Então, no seu dia a dia, o que é que pode considerar ser ganhos de eficiência? Tirando esses porque esses não dependem de si, depende da sua chefe e depende dos cirurgiões...

R: Sim, do planeamento.

E1: No seu dia a dia, na sua prática, o que é que poderá ser conseguir ganhos de eficiência?

R: Pois, não sei.

E1: Como é que consegue fazer o mesmo com menos recursos? Ou fazer mais com os mesmos?

R: Nem lhe sei responder. Isto depende dos hospitais. Nós aqui tentamos fazer todas as funções, é menos monótono [less monotonous]. Eu prefiro assim. Há pessoas que não. Eu prefiro assim, a maioria de nós preferem assim. Nós, aqui neste bloco, eu não conheço a realidade dos outros blocos. Portanto, nós acabamos por rodar entre a cirurgia geral e a cirurgia cardíaca, e rodamos as três posições dentro da sala de bloco – a enfermeira de anestesia, a enfermeira instrumentista e a enfermeira circulante. Quase todas nós, não todas, mas quase todas nós fazemos as 3 funções e nas 2 especialidades. Depois há uma ou outra que algumas coisas não fazem. No meu caso, por exemplo, a única coisa em que eu ainda não estou integrada é na instrumentação da pediatria, que é a última coisa a ser integrada. Começamos pela cirurgia geral, depois pela cirurgia cardíaca, nas três funções, e, finalmente, passamos à pediatria, porque é uma coisa muito mais específica. E muito mais minucioso. Portanto, na pediatria eu faço a anestesia, faço a circulação, ainda não faço a instrumentação. De resto, rodo em todas as coisas. Portanto, a nível da tal eficiência, imagine que íamos operar um adulto de 60 kg e, afinal, esse adulto foi cancelado e vem uma urgência e vem uma criança (nós não temos urgência aberta à rua, mas recebemos urgências de outros hospitais, de todo o país, incluindo ilhas). Portanto, imagine que afinal vem uma criança que acabou de nascer com 800 gramas. Se calhar tem de haver ali uma reorganização, porque se eu estiver a instrumentar a cardíaca, eu podia instrumentar o adulto de 50 ou 60 quilos, mas não vou instrumentar a criança de 800 gramas porque não estou integrada nisso. E, então, eu terei de passar ou para a anestesia, ou para a circulação, ou trocar com alguém de outra sala que esteja integrado na cirurgia pediátrica na instrumentação. Mas isso também é a nível da chefia, ou

mesmo entre nós, na falta de alguma chefe, também conseguimos organizar isso, porque sabemos quem é que faz cada uma das funções.

E1: Então, volto à mesma pergunta, como é que na sua prática pode fazer mais com menos?

R: Não lhe sei responder.

E1: Estão ligados à máquina, tem ali uma atividade, utiliza recursos, portanto, há de haver alguma coisa que implique...

R: Não sei. Para além destes tempos mortos, que acho que poderiam ser reduzidos, não estou a ver muito mais coisas. Porque a nível de material não depende de nós. A nível de trocarmos a ordem dos doentes também não depende de nós, temos que nos adaptar, obviamente, mas não temos qualquer influência na troca, nem na programação destes doentes. Portanto, não lhe sei responder.

E1: Bom, mas de qualquer maneira está-me a dizer que na sua prática não, mas também começou por dizer que em termos de equipa, de colaboração, isso pode ser visto. Então eu pergunto-lhe: e na equipa, para além disso, o que é que pode acontecer que poderá, dentro do bloco – que tenha a ver com a sua prática, a ideia é sempre ter experiência para contar –, o que é que poderá acontecer que, mesmo não sendo focado em si, mas que tenha conhecimento, que podia ser diferente. Tirando isso do planeamento que, para nós, já está claro.

R: Não sei. Redução do tempo de limpeza das salas, se tivéssemos mais auxiliares, que por vezes são poucos. Questão de organização do material, se soubéssemos com mais antecedência quando há estas alterações dos doentes, porque não somos nós que os alteramos, nem depende de nós esta alteração. Mas, se formos avisadas atempadamente, se calhar, conseguimos organizar as coisas mais facilmente. Em vez de estar o doente no piso à espera, a ver se nós temos ou não temos o material para poder descer para o bloco, podíamos saber de véspera se o tínhamos ou não e mandá-lo vir se for o caso. Mas, de resto, não estou a ver muito mais... O circuito é este: nós telefonamos para o piso... supondo que o doente que vem é o que está programado...

E1: e que foi informada pela tal lista que o médico lhe entregou, não é?

R: Pronto, supondo que o doente que vem é aquele que está programado, nós, na véspera, pomos num carro, que é chamado carro de circulação, todo o material que vai ser necessário para aquela cirurgia. Depois, esse carro fica feito. Pode faltar uma ou outra coisa de materiais que haja em menos quantidade, que estejam ainda na esterilização por terem sido usados anteriormente, mas que até à manhã seguinte estão prontos, portanto, não há questão quanto a isso. E são repostos então na manhã seguinte antes de começar a cirurgia. Nós sabemos que eles existem, estão é a ser esterilizados, mas, até à manhã seguinte estão prontos. Depois, quando nós chegamos, testámos todo o material da sala (os ventiladores, as luzes, os aspiradores, os desfibrilhadores), pronto, tudo aquilo que poderá ser necessário é testado antes do doente chegar. A auxiliar faz uma limpeza das superfícies também antes do doente chegar, embora a sala tenha sido limpa no dia anterior, há sempre acumulação de pó, e então é sempre feita uma limpeza ainda antes...

E1: E há uma desinfeção, não é?

R: Exato. É sempre feita uma limpeza mesmo antes do doente chegar. Entretanto, nós telefonamos para o piso. O doente desce. Faz a pré-medicação e a higiene, o que tiver que fazer lá em cima. Uns fazem pré-medicação no piso, outros fazem já no bloco, depende dos doentes, depende das patologias e depende das cirurgias em si. A grande maioria faz a pré-medicação, antibióticos e isso, no bloco. Se for cirurgia cardíaca, fazem alguns sedativos ainda no piso, mas vêm perfeitamente acordados. Mais calmos, mas acordados. Alguns nem isso fazem, fazem tudo no bloco. Portanto, o doente chega, são postas vias periféricas e arteriais, se for o caso. O doente é posto a dormir, é ventilado, é algaliado. Enquanto isto se faz – que isto é feito pela enfermeira de anestesia e pela enfermeira circulante –, a enfermeira circulante começa a abrir o material esterilizado para a enfermeira instrumentista, que entretanto se desinfeta, começa a pôr a mesa. Tudo isto em simultâneo. E, assim que o doente está pronto para a cirurgia, o material também já está todo pronto na mesa. Portanto, o cirurgião desinfeta-se e começa a cirurgia. Portanto, em termos destes tempos, eu acho que não se consegue fazer muito melhor.

E1: Nem reorganizando de outra maneira?

R: Nem estou a ver como é que se poderia reorganizar de outra maneira, porque nós acabamos por fazer isto as três enfermeiras mais a anestesista mais ou menos tudo em simultâneo, portanto, enquanto um anestesia,... a enfermeira tem de pôr as vias sempre primeiro, que é

por onde se faz a anestesia, mas, depois, enquanto a anestesista e o enfermeiro da anestesia anestesiam, a enfermeira circulante está a algaliar e a pôr o material para a mesa, a enfermeira instrumentista está a colocar o material na mesa e a pôr as suturas e tudo aquilo que é necessário, tudo isto em simultâneo demora entre 40 minutos a uma hora, se for uma cirurgia cardíaca – na cirurgia geral demora um bocadinho menos (também há menos coisas a pôr e menos coisas a fazer). Não estou a ver, em termos de agilizar a coisa, como é que se poderia fazer, porque isto é tudo feito em simultâneo. Portanto, a única coisa que eu vejo que se podia realmente agilizar é nestes tempos mortos entre cirurgias e nestas eventuais faltas de material, se o doente não for aquele que nós estamos à espera. De resto, não estou a ver como é que ... não é que não seja possível, eu é que não estou a ver como.

E1: Não, eu só estou a ...

R: Se calhar é possível, mas eu não estou a ver como fazer a coisa de outra forma.

E1: E nessas situações, que aqui acabou de referir, tem riscos, quer dizer, há riscos para o doente se por acaso já não é naquela ordem, se troca?

R: Se for alterado? Com as checklists que existem atualmente é difícil falhar alguma coisa para além de uma eventual falta de material que demora um bocadinho mais a chegar [With the checklists that exist these days is hard to miss something (...)]. Porque é confirmado o nome do doente quando se pede ao piso para preparar o doente. E se nós estamos a mandar preparar o senhor Manuel Joaquim e o piso tem lá que não é o Manuel Joaquim, é o Fernando Miguel, diz-nos logo: “mas espera aí, a nossa lista não é essa”. Portanto, logo aí temos a primeira barreira. E nós vamos ver. “Então espera, se eu tenho um nome, tu tens outro, vamos ver o que é que se passa” e telefonamos ao cirurgião, ou ao secretário de unidade, a quem tiver disponível, para saber o que é que se passa. Se, mesmo assim, o doente chegar à porta do bloco... os doentes atualmente têm uma pulseira com o nome, o número do processo, o número do episódio – que é o número do internamento, ao fim e ao cabo – e a data de nascimento. Portanto, nós confirmamos à porta, antes do doente entrar, o nome e a data de nascimento, pelo menos, nome completo (porque pode acontecer, ainda aconteceu a semana passada, termos duas pessoas em duas salas, em simultâneo, em cirurgia cardíaca, com o mesmo primeiro nome e o mesmo último nome). Portanto, confirmamos sempre o nome completo e a data de nascimento, pelo menos. Confirmamos com o processo, confirmamos com a pulseira. Se o doente estiver consciente, confirmamos com o doente. E perguntamos

sempre ao doente a que é que vem ser operado e quem é o cirurgião – que às vezes não nos sabem dizer o nome, mas sabem-nos descrever (é alto, é baixo, é gordo, tem barba, não tem) e nós acabamos por dizer dois ou três nomes e chegamos lá, e vamos confirmar ao processo se de facto é isso o que está escrito. Portanto, aí é muito difícil falhar, porque há N confirmações. Portanto, é confirmado antes de sair do piso, primeiro telefonicamente, depois com a enfermeira que está no piso com o próprio doente, depois é confirmado à porta do bloco, depois chega à sala e é novamente confirmado pela anestesista, assim como, é confirmado se tem alergias, se não tem, a que é que já foi operado, se é alérgico a alguma coisa. Todas estas perguntas são feitas 4, 5, 6 vezes, as vezes necessárias até termos a certeza de que é aquele doente, de que é aquela cirurgia, e que tem esta ou outra alergia ou que não tem, ou que nem sabe se tem – porque aí ele diz-nos logo que não sabe.

E1: Se não fosse feito tinha ganhos, mas tinha um risco maior, é isso?

R: Tínhamos ganhos em tempo, mas tínhamos, se calhar, perda para o doente, porque, se calhar, íamos amputar a perna direita e tirávamos a esquerda, por exemplo, não é? Portanto, eu se calhar acho que aí não íamos ganhar grande coisa. E isto também não demora muito tempo, porque isto é feito em simultâneo enquanto o maqueiro está a passar o doente dos rodados da maca de fora para a de dentro – nós não temos propriamente um transfer, devíamos ter, mas por problemas arquitetónicos não temos. A nossa entrada do bloco, da porta dos doentes, é entre duas paredes mestras e, para termos um transfer atual, essas paredes não deveriam existir, porque a estrutura é maior do que o espaço que temos entre paredes. Portanto, estão a tentar dar a volta a isto, mas, assim sendo, o transfer é feito à moda antiga: vai a marquesa com o rodado até a porta do bloco, e depois esse rodado encaixa noutro rodado que está dentro do bloco, e a parte de cima da marquesa desliza de um lado para o outro. Todas estas confirmações são feitas enquanto que o maqueiro está a fazer isso. Portanto, ao fim e ao cabo, acaba por não haver ali uma grande perda de tempo. E o resto das confirmações com a anestesista e com a enfermeira de anestesista, já com o doente dentro da sala, são feitas enquanto estamos a monitorizar o doente, enquanto estamos a pôr uma via periférica. Portanto, durante esta conversa não estamos parados, estamos a fazer algo em simultâneo. Portanto, acaba por não haver aqui grande perda de tempo.

E1: E há alguma coisa que podia ser feito por outros, antes de vocês tomarem conta do doente? Ou seja, eu agora lembrei-me, e se isso fosse feito por alguém a montante?



R: Acaba por ser feito quando o doente entra, na véspera, ou antes da véspera, é feita uma história clínica pelo médico

E1: Esta ou outra coisa qualquer, não estou a dizer...

R: Portanto, todas estas perguntas já são feitas e estão escritas no processo do doente, só que isto tem de ser tudo confirmado novamente à porta porque, imagine quem vem trazer o doente, pega naquele doente, mas pega no processo de outro. Eu chego à porta e vejo que o nome do processo não corresponde com o nome do doente, e alguma coisa se passa. Confirmo o nome com o doente, confirmo a pulseira, por aí fora... Isto a mim nunca me aconteceu, mas o facto é que pode acontecer. Os processos estão todos num armário e pode calhar de pegarem num errado. Ainda para mais que antigamente os processos tinham os nomes por fora e agora não têm, por uma questão de privacidade agora não têm. Portanto, tem que abrir o processo, ver o nome lá dentro... pode acontecer um erro, sim. Mas com estas confirmações todas antes do doente ser anestesiado é muito pouco provável que aconteça, mas é para isso que as checklists existem.

E1: Claro. Portanto, no fundo o que me está a dizer é que isto é muito protocolo, muito standard, e é cumprir com os standards.

R: Sim.

E1: E a minha pergunta é: a montante ou a jusante de vocês, haveria alguma coisa que pudesse ser feito que pudesse ter impacto na vossa eficiência de desempenho, digamos assim?

R: Não estou a ver.

E1: Ou entre vocês, entre os anestesistas, entre os cirurgiões, há alguma coisa que faça trazer aqui problemas? Não é se falham ou não falham, não é isso que quero dizer – porque isso é outra coisa –, é mais...

R: Pois, como é que isso poderia ser melhorado.

E1: eu estou mais preocupado com a questão da organização, porque, normalmente, quando se fala de eficiência tem imediatamente consequências na maneira como é organizados os processos, portanto...

R: Eu acho que isto demorou um bocado – nós fazíamos isto de uma maneira informal, por assim dizer – e, entretanto, com as certificações que agora há em todo o lado, e que andou toda a gente a fazer as certificações por todo o lado, começou a ter que ser feito de uma maneira mais metódica e começaram a existir folhas de checklist – que nós fazíamos a checklist mas verbal, portanto, não havia registo de ter sido feita uma checklist, fazíamos todas estas perguntas ao doente, mas não ficava escrito que as tínhamos feito. E, inicialmente, quando começámos a ter que preencher a folha, houve uns tempos mortos porque as pessoas ainda não conheciam bem a folha, tinham que ver quais eram as perguntas que faltavam fazer, porque já não era aquela coisa da pergunta informal, tinha que ser por aquela ordem. Depois passou a ser a folha no computador. Também havia problemas porque as pessoas mais velhas aqui não estão muito habituadas a mexer em computador, tiveram que aprender a mexer no computador. Aí sim, houve algumas “perdas” de tempo. Neste momento, acho que isso já está de tal maneira mecanizado que já não é um problema.

E1: Voltando à questão: em termos dos outros profissionais em relação com outros profissionais, esse relacionamento poderia ser melhorado ou não? Ou é mais uma coisa aí...

R: Acho que é mais uma questão de comunicação do que propriamente de relacionamento. Às vezes a comunicação poderia ser melhor – entre médicos e enfermeiros, entre enfermeiros e auxiliares –, às vezes a comunicação podia ser melhor.

E1: Consegue dar exemplos? Não é preciso nome, é só dar exemplos.

R: Também não fazia intenção de dizer nomes. Mas sim, às vezes, por exemplo, chega o cirurgião à sala e diz... imagine eles um doente que vai pôr uma válvula aórtica. Existem 3 ou 4 marcas diferentes de válvula aórtica que são hipótese para aquele doente. E nós, à partida, perguntamos qual é a válvula que vai pôr, para sabermos se vamos buscar... temos que ir buscar os medidores da válvula, para medir qual é o tamanho adaptado àquele doente, que só vai ser medido depois do doente estar aberto, embora tenhamos um cálculo por ecografia, quando se vai ver na realidade, às vezes, não é bem aquele número, é o número acima ou o número abaixo, porque tem a ver com o tecido do doente. E quero a válvula A ou B. Às vezes, quando nos pedem efetivamente a válvula, já não é a A ou a B, é a Z. E nós temos que ir outra vez sair da sala e ir buscar a válvula Z. Eles refilam porque estão à espera e porque não têm a válvula que querem. Se calhar, se nos tivessem dito um bocadinho antes que afinal não era a A, era a Z, nós tínhamos ido buscar antecipadamente e eles não tinham que ficar à espera.

Esta espera, atenção, são dois ou três minutos, não é uma grande espera, a não ser que a válvula não haja, mas à partida há, porque isto é repostado consoante vamos gastando. Eu gasto a válvula A hoje, faço um papel, entrego à chefe de turno ou à chefe do serviço que vai comunicar que foi gasta aquela válvula e que vai pedir outra ao armazém. Portanto, à partida, no dia seguinte ou até no próprio dia, aquela válvula é repostada. À partida, haverá todas as opções que eles querem, a não ser que haja rutura de stock. Mas, se ele me disser “eu vou pôr a válvula A” e quando estiver a abrir o doente “ah, afinal, este tecido não dá para a válvula A, é a válvula Z”, eu vou logo buscar as coisas. Se me disserem em cima do acontecimento... e nesta altura eles costumam estar mais impacientes, porque quanto menos tempo o doente estiver de bypass, melhor para a doente, portanto, querem tudo depressa. Aí podia melhorar a comunicação, sim. É muito frequente eles disserem “ah, mas eu não quero a A, quero a Z. Quero já!”, quer já mas vai ter que esperar que eu vá buscar, porque não está dentro da sala do bloco, está no armazém do bloco, portanto, eu tenho que a ir buscar. Mas, de resto, não vejo assim grande problema de comunicação. Entre nós e as auxiliares também, às vezes, há algumas exaltações que também poderiam ser facilmente resolvidas, do género: chamo a auxiliar A ou B para vir limpar a minha sala que terminou e, ou não responde, ou responde “já vou” e passado 10 minutos ainda não veio, e depois vamos à procura e, afinal, estão a limpar outra sala, na outra ponta do bloco. O bloco é redondo.

E1: Eu sei, eu conheço.

R: Pronto. Estão a limpar outra sala, na outra ponta. Se nos tivessem dito, à partida, ‘agora não posso, estou a limpar a sala não sei quantos’, nós escusávamos de ter chamado três, ou quatro, ou cinco vezes e ficarmos irritados porque elas não responderam e, afinal, estão ocupadas. Mas isto são coisas que acontecem, se calhar, todos os dias, mas que eu acho tão fáceis de resolver.

E1: Sim, sim, mas é a sua prática, é isso que a gente quer perceber.

R: Exato.

E1: Há outra coisa que eu lhe queria perguntar também. Mas, em termos também da eficiência, o trabalho que foi feito, não por si, porque não é a sua competência, mas por colegas seus a montante e a jusante têm implicações? Ou seja, há alguma coisa que, tirando essa de veio errado ou pronto, tirando essas coisas, há algumas situações em que haja implicações – digamos assim – no seu trabalho?

R: Sim. Por exemplo, coisas práticas que às vezes até nem vêm escritas. Por exemplo, o meu colega do piso vem-me passar o doente à porta. Portanto, o doente entra e, entretanto, ele fica-me a passar o que é básico do doente – o doente tem esta ou aquela alergia, tem não sei quantos anos, já fez esta ou aquela cirurgia (muitas vezes passam coisas que são importantes para nós e que não vêm escritas, e que não têm que vir, do género: o doente está muito ansioso porque aconteceu isto ou aquilo na família). E nós, quando abordámos o doente, já sabemos que ele está ansioso, não por causa da cirurgia, mas por outra coisa qualquer que aconteceu antes e que não tem nada a ver com a cirurgia. E, se calhar, já abordámos de uma maneira diferente do que abordaríamos se o nervoso fosse pela cirurgia. Ou, por exemplo, o doente, sei lá, é ex-alcoólico. Nós já sabemos que ele vai ter uma reação diferente aos fármacos do que se não fosse. Portanto, já sabemos que, se calhar, vamos ter que dar uma quantidade diferente, uma dose diferente, às vezes até fármacos diferentes. Portanto, este tipo de comunicação entre nós e quem esteve com o doente antes é importante. Ou, por exemplo, sei lá, o filho ou a filha do doente viajou e não pôde vir vê-lo antes da cirurgia. Também é um fator de stress para o doente, e nós aí podemos conversar ‘ah, onde é que está? E para onde é que viajou?’ e acaba por aliviar um bocado o stress. Nós estamos na “conversa” com o doente como se fosse uma conversa informal, mas, ao fim e ao cabo, ele está distraído e está a contar aquilo que o preocupa e, quando dá conta, já está a dormir e nem deu por isso. Portanto, acho que esse tipo de comunicação não oficial também é importante.

E1: E isso seria uma informação que poderia ser dada, neste caso, pela enfermeira do piso?

R: E essa informação normalmente é-nos dada pelo enfermeiro do piso, que acaba por estar mais tempo com o doente do que os cirurgiões. Os cirurgiões estão com o doente todos os dias, mas vão lá fazer a visita, conversam um bocadinho para o doente, seguem para o doente seguinte. Ao fim e ao cabo, os enfermeiros e os auxiliares é que passam mais tempo com os doentes e é a quem eles contam estas ansiedades, estes problemas, e se estão com medo da cirurgia, ou se estão com medo porque o filho foi viajar, ou porque vai nascer o neto daqui a três dias e não estão lá para ver, estes tipos de coisas.

E1: Ok... Eu agora queria-lhe...

R: Eu não sei se ajudei muito. Achei que iam fazer perguntas mais específicas.

E1: Não, não. Mas a ideia é ouvi-la falar.

R: E não propriamente assim de opinião.

E1: Já estou a falar demais, porque a ideia é mesmo ouvir o que é que, para si, entende por eficiência no seu trabalho, mesmo que diga as coisas que são menos inesperadas, mas é a sua visão.

R: Depois, com os técnicos, que não sou eu propriamente que comunico com eles. Técnicos de informática, ou com o electricista, ou... Também acontece, por exemplo, temos uma lâmpada fundida. Estamos a precisar de operar. Vamos dizer à chefe que temos uma lâmpada fundida. Ela comunica para o electricista. Pode calhar de o electricista estar disponível e conseguir vir mudar aquela lâmpada entre as duas cirurgias. Excelente. Ou pode acontecer só vir no dia a seguir. Se calhar, esse processo também poderia ser melhorado, mas como eu não conheço o lado do electricista, não lhe sei dizer como, porque eu não sei se ele estava ocupado, ou se não estava no hospital, ou se estava a almoçar, não faço ideia. Pronto, este tipo de coisas. A mesma coisa com a informática. Temos um problema qualquer, comunicamos para a informática. Às vezes conseguem resolver na hora, outras vezes não conseguem. Como agora tudo é informatizado acaba por ser complicado: às vezes temos que ir utilizar o computador de outra sala que não a nossa, porque o nosso não está a funcionar. Esse tipo de coisas, normalmente, é resolvido no próprio dia. Às vezes, não são, não é logo na hora porque não é possível, mas isso também é uma coisa que me ultrapassa. Eu comunico o problema, mas depois não sei porque é que não conseguiram vir resolver na altura. Isso depois tem a ver com a organização do outro lado, que eu não conheço.

E1: Sim, senhora. Portanto, passando agora àquela segunda parte que nós tínhamos falado, que é ver o paciente como um recurso. Ou seja, consegue encontrar situações em que o beneficiário do serviço – o paciente – possa colaborar (eu sei que quando está a dormir não colabora nada) ou tenha alguma intervenção, ou possa ter alguma intervenção no seu desempenho, na sua realidade?

R: Acho que isso também é um bocadinho complicado.

E1: Eu sei, eu sei.

R: Porque no bloco eu não estou a ver tipo de ... para além de ficarem o mais calmos possível e serem sinceros naquilo que tomam ou que já tomaram, ou nas doenças que já tiveram, pronto. Por exemplo, os doentes que às vezes que têm hepatite B ou que têm HIV, muitos

deles não nos dizem, a gente acaba por saber pelas análises, mas alguns não nos dizem. Obviamente que isso depois interfere. Convém nós sabermos para nos protegermos. Por outro lado, à partida, segundo as regras, todos os doentes têm que ser tratados como infetados até prova em contrário. O facto é que nós deveríamos, mas não tratamos todos os doentes com luvas, e máscaras, e viseiras, e por aí fora, até porque isso cria uma barreira entre nós e o doente. Porque um doente que nos vê chegar de viseira e de luvas vai logo perguntar: mas o que é que se está a passar? O que é que eu tenho? Às vezes não tem nada, é uma questão de precaução. Portanto, a nível técnico, sim, deveríamos usar isso em todos os doentes. O facto é que não o fazemos. Não o fazemos, não porque não nos queremos proteger, mas porque não queremos assustar o doente.

E1: Portanto, isso que está a dizer é que devia haver uma informação prévia, antes de eles chegarem ao bloco, quer ao doente, quer a vocês.

R: Normalmente há. O doente faz análises e, normalmente, existe essa informação entre os técnicos de laboratório e os enfermeiros, os enfermeiros e os auxiliares, por aí fora. Mas, por exemplo, é uma coisa que o doente poderia logo dizer à partida: cuidado que eu tenho isto, ou tenho aquilo, ou tenho aqueloutro. Alguns fazem-no, outros não. Que mais...? Em que é que ele poderia colaborar?

E1: Alguma medicação que tivesse de tomar antes? Mas isso já é mais com o piso, não é?

R: Isso normalmente, é, é com o piso. Nós, basicamente, no bloco fazemos o antibiótico, que é quando o doente já está a dormir ou quase. Aí colaboram dizendo se são ou não alérgicos a algum antibiótico. Alguns não sabem sequer, porque nunca calhou de fazerem, ou os que fizeram nunca foram alérgicos, portanto, não nos sabem dar essa informação. Aqueles que são doentes recorrentes sabem. Por exemplo, nós temos muitos doentes insuficientes renais, diabéticos, nós temos doentes complicados, à partida. É muito raro termos um doente considerado simples.

E1: Saudável.

R: Exato. Considerado simples. Normalmente os doentes que vêm parar a este hospital ou já tem problemas cardíacos, são doentes de cirurgia geral e vêm ser operados a uma hérnia, mas já têm problemas cardíacos, ou são insuficientes renais, ou são diabéticos. Portanto, têm uma

série de problemas para trás e já conhecem muito bem a sua história. E esses, sim, colaboram connosco e sabem o que é que vai acontecer, porque já foram submetidos a N cirurgias...

E1: Mas o que é que é colaborar convosco?

R: O dizerem-nos ... provavelmente, estão mais calmos que os outros que nunca fizeram uma cirurgia, porque sabem o que os espera, e já conhecem o bloco operatório. E se forem doentes de cirurgia geral, por vezes até se lembram de ter entrado no bloco e de ter falado connosco, porque fazem menos medicação do que os doentes de cirurgia cardíaca, porque é uma cirurgia muito mais longa e, portanto, a medicação é mais forte e têm a tal amnésia retrograda – que nem todos os da geral têm, porque nem todos os anestesistas fazem exatamente a mesma medicação. Portanto, algumas têm este efeito, outras não têm. E normalmente esses doentes mais recorrentes, independentemente de terem estado connosco ou com outras enfermeiras, já sabem o que é que lhes vai ser perguntado e nós ainda não perguntamos e eles já estão a responder: ah, eu sou alérgico a isto e àquilo, e tenho esta doença, e já fui operado àquilo ou aqueloutro. Os outros estão um bocado assustados, não sabem o que é que lhes vai acontecer, não sabem o que é que lhes vai ser perguntado, também não conseguem colaborar da mesma forma. Agora, a grande maioria dos doentes colabora na medida do possível. ‘Abra a boca para eu ver se consegue abrir muito ou abrir pouco’ e eles fazem voluntariamente, ‘deixe-me ver as suas veias’, ‘deixe-me ver o seu braço’, ‘ponha o braço assim, ponha assado, estique a cabeça’, esse tipo de coisas eles fazem, que é a colaboração que nós precisamos. Outro tipo de colaboração é complicado eles fazerem, porque, ao fim e ao cabo, o melhor que podem colaborar connosco é estarem o mais calmo possíveis, que nem todos estão, e não fazerem como alguns que nós temos, por exemplo, chegam-nos às vezes aqui pessoas... um exemplo concreto: uma senhora que chegou aqui que tinha as duas pernas e um dos braços completamente tatuados e, assim que viu uma agulha, desatou a gritar e a chorar. E nós ficamos a olhar para ela espantados: então, mas se quer ser operada... era de cirurgia geral, não me lembro especificamente o quê, mas era uma coisa simples e foi, à vontade, uma hora para lhe conseguirmos pôr um cateter, para pôr o soro, para começar a fazer medicação. Porque gritava, esperneava, tentava fugir da marquesa, o cirurgião veio inclusive perguntar-lhe: “mas se não quer ser operada assina que não quer e vai-se embora”. Porque a colaboração foi zero. Agora, como é que se evita este tipo de coisas? Também não sei responder. Porque a senhora, apesar de ter feito tatuagens, tinha medo de agulhas e diz que o medo de agulhas veio já depois de ter feito as tatuagens, por causa de qualquer coisa que aconteceu no dentista, que ela na altura explicou, mas já não me lembro. Mas foi qualquer coisa com o dentista. Tinha

pânico de agulhas. Como é que ela vai colaborar? Ela não consegue ficar quieta. Nós não lhe conseguimos dar o anestésico se não lhe pusermos a agulha. Portanto, é complicado. Não sei em que é que se pode melhorar isto. Só se for anestesiada como uma criança, com uma máscara e lhe pusermos a agulha depois. Mas isso também depende do anestesista e da concordância da doente. Portanto, a nível de colaboração não sei, por exemplo, neste caso, como é se poderia ter melhorado. Ou ela já vinha relativamente sedada com algum comprimido que lhe dessem no piso e aí seria mais fácil pôr-lhe a agulha. Mas, mais uma vez, é uma questão de comunicação e de coordenação, porque, se calhar, ela no piso não disse a ninguém que tinha medo de agulhas, e só quando se confrontou com uma agulha na mão do enfermeiro é que ficou em pânico. Portanto, podíamos nos ter precavido se soubéssemos que ela tivesse medo de agulhas, sim. Mas também se ela não disse a ninguém, se calhar ninguém lhe vai perguntar especificamente se tem medo de agulhas, a não ser que haja uma história que nos leve a essa pergunta, essa pergunta não vai acontecer.

E1: Usando a sua lógica, acha que faria sentido vocês (agora não sei se é exatamente a enfermeira) ter alguma atividade pré...?

R: Sim, eu acho que fazia e isso está falado. Eu acho que fazia sentido uma visita pré-anestésica de uma enfermeira – não tem de ser especificamente a enfermeira que vai ficar com o doente no dia a seguir. Se for, melhor, porque ela aí chega ao bloco e vê uma cara conhecida. E nós fazemos isso na pediatria. Na pediatria... imagine, estão três enfermeiras em cada sala. Três de manhã, três à tarde. Nós tentámos que, pelo menos, uma dessas três pessoas que vão estar na sala com a criança, vá visitar a criança no dia anterior, para explicar o que é que se vai passar, que vai chegar ao bloco, levámos coisas connosco, levámos uma máscara, levámos o (não perceptível) do ventilador que, no caso das crianças, tem uns ursinhos, os eléctrodos que vão ser colados que, no caso das crianças, ou são coloridos ou têm gatinhos, ou têm sapinhos, pronto. Levamos tudo isso para a criança não ter aquele impacto. Se for um bebé, falámos com os pais porque não é a criança que vai... não vai resolver esse impacto, vai ter impacto na mesma. Mas se for uma criança com mais de um ano já consegue perceber que viu aquela cara ontem, que vai ter esta máscara na cara e que vai ter um determinado cheiro, mas é para depois não sentir o que lhe vão fazer a seguir, já se lhe consegue explicar: vamos pôr uma agulha, mas só depois de estares a dormir, não vais sentir, depois quando acordares vais ter tubos, não vais conseguir falar, mas a seguir tiram-te os tubos e já consegues, é normal, é mesmo assim. Tudo isto se faz na criança. Não se faz na maioria dos sítios – aqui ainda não se faz, nalguns faz –, aqui ainda não se faz no adulto. É uma das coisas que estamos



a trabalhar e que há de ser para fazer no futuro. Acho que em termos de ansiedade, se calhar, essa senhora ia dizer nessa altura que tinha medo de agulhas, porque nós íamos dizer: vamos-lhe pôr uma agulha, vamos lhe pôr um soro no braço. E ela, se calhar aí, dizia logo: cuidado que eu tenho pânico de agulhas. Neste caso, é feita a visita pelo enfermeiro do piso que lhe diz que vai ao bloco, que vai ser operada a isto ou àquilo, que tem de tomar banho antes de descer, e que tem que pôr a camisa do hospital e não a dela, ou o pijama, ou o que for, e que vai descer e que a seguir vai ser anestesiado, mas, se calhar, não especifica: vai ser usada agulha, vai ser usada a máscara, vai ser usada não sei quê. Isto, com as crianças, começou-se a fazer há uns anos e tem-se provado proveitoso [(...) it showed to be useful]. Portanto, de facto, as crianças... claro que as mais pequeninas choram na mesma e têm aquela ansiedade de separação da mãe ou do pai, e isso é incontornável, acho eu. Como mãe e como criança, acho que isso é incontornável. Mas, o chegarem ao bloco e verem uma cara que já viram ontem, que não é alguém completamente desconhecido – isso também acontece com a anestesista, a anestesista também vai lá no dia anterior – é completamente diferente do que chegarem a um ambiente que não conhecem e passarem para o colo de alguém desconhecido. As crianças mais pequenas, elas não vêm, nem sempre vêm na maca. Às vezes passam de colo para colo, conforme o que a criança quiser. Se a criança vier acordada, muitas vezes passa de colo para colo, que acaba por ser menos stressante para a criança do que vir numa maca a olhar para o teto. E isso nas crianças consegue-se perfeitamente fazer. Num adulto, acho que sim, seria proveitosa essa visita pré-anestésica. Ainda não acontece, estamos a tentar implementá-la e pronto, estão a ser feitas experiências, folhas para ser feita essa visita e isso requer também uma certa disponibilidade do pessoal, que, se calhar, nem sempre há. Porque o facto de eu estar a ir fazer a visita, não estou no bloco naquele momento. E se calhar é uma coisa que demora vinte minutos, meia hora

E1: Mas no caso que estava a reportar, se calhar, vinte minutos antes, poupava uma hora no bloco.

R: Exato. Nalguns doentes sim.

E1: E há alguma, no caso que estamos a falar, há alguma atividade que o doente possa fazer se for mais disponível, ou tenha maior nível de conhecimentos, ou seja mais novo, há alguma coisa que se lhe pode pedir para coproduzir no serviço? Por exemplo, no pós e no pré é relativamente fácil encontrar exemplos. Aqui não sei, por isso é que lhe estou a colocar. Ou ele colocar-se de maneira diferente ou pegar... você suportar um equipamento, qualquer coisa

que ele tenha de fazer. Há alguma coisa disso (desse tipo de coisas) que existe? Para além da colaboração que estamos a falar, de estar com bom espírito, passar informação, achar que vai tudo correr bem.

R: Pessoalmente, se nós lhe pedirmos para segurar ou para fazer qualquer coisa, isso eles fazem, facilmente.

E1: Não, mas como possibilidade de se instituir isso. Estava ali aflita e: olhe, pode segurar isto? Não é isso. É mais no sentido de alguma atividade que ele pode efetuar.

R: Acho que não. Em termos do que eles podem fazer antes que seja benéfico depois é mais a nível de, por exemplo, nos doentes de cirurgia cardíaca, e alguns fazem isso, imagine que o doente tem uma dificuldade respiratória qualquer. Muitos fazem cinesioterapia respiratória ainda pré-operatória, para que depois traga benefícios no pós-operatório, mas isso também é definido com os cirurgiões e com... nós temos enfermeiros de reabilitação, e também é definido com eles, não é connosco do bloco. E se eles veem que o doente tem alguma dificuldade respiratória, sim, fazem isso. Ou respiratória, ou muscular ou o que for que possa prevenir problemas de futuro. Portanto, fazem uma preparação antes.

E1: Portanto, não depende de si.

R: Mas não é no bloco.

E1: No bloco não há nada que tenha...

R: Não. No bloco não estou assim a ver nada que eles possam fazer que melhore.

E1: E há alguma coisa que tenha que ser feita, ou que possa ser feita, no sentido de colaborativamente ser adaptado algo de novo, que não era previsto, e que o doente tenha que ter intervenção? Ou seja, está previsto um conjunto de procedimentos.

R: Ah, e surge uma coisa nova?

E1: Ou surge, ou chega-se à conclusão que é benéfico para o doente.

R: Sim, isso nós adaptamos.

E1: E consegue-me dar exemplos disso? Em que ele tenha que também, ou pelo menos, ou processar a informação, ou atuar ou qualquer coisa desse género.

R: Normalmente, quando isso acontece, é durante a cirurgia, portanto, o doente já não vai ter intervenção. Mais na cirurgia geral, o doente quando assina o consentimento informado para uma determinada cirurgia, muitas das vezes, vem escrito... por exemplo, imagine que o doente tem um tumor nalguma parte do intestino. Vem escrito que a cirurgia que ele vai fazer, e com os nomes técnicos e explicado ao doente, é retirar o tumor neste sítio assim e assim.

E1: E corta uma parte.

R: E todas as intervenções que daí sejam necessárias. Imagine que o tumor afinal não está só em 10 cm e está em 20cm. Então já não vai tirar 10 cm, vai ser necessário tirar 20 cm, mas não vai acordar o doente a perguntar se quer tirar os 20 cm. Portanto, vai tirar os 20. À partida, o doente consentiu que era aquela cirurgia ou todas as que daí decorressem que fossem necessárias e terá que o fazer. Imagine que o tumor é mais abaixo do que aquilo que se estava a pensar. Obviamente que os exames dizem que é daqui aqui, mas, às vezes, a falha de 2 ou 3 cm é determinante para o doente ficar ou não com uma colostomia. Sabem o que é uma colostomia?

E1: Sim, sabemos.

E2: Sim.

R: Desculpe, eu não sei qual é a vossa especialidade. Pronto, imagine que o doente terá que ficar com uma colostomia, não vamos acordar o doente a perguntar: olhe, afinal vai ter que ficar com uma colostomia, avançamos com a cirurgia ou não? Se é um tumor, avançasse com a cirurgia, faz-se a colostomia, provisória ou não, e depois explica-se ao doente porque é que foi necessário. Portanto, não é uma coisa em que o doente consiga intervir.

E1: Sim, é isso. Portanto não há nada que ... eu estou a pensar mais em coisas que sejam no pós...

R: Coisas em que ele possa intervir, por exemplo?

E1: Sei lá, um doente oncológico. A maneira como se pode construir a relação no pós (e que ele tem que colaborar) pode ter... o ambiente em que vai estar, a maneira como interage com a família. Tudo isso pode ser preparado também com vocês. Vocês não é o caso do bloco.

R: Imagine que o doente é oncológico e já sabe, à partida, que terá que ficar com uma colostomia. Que às vezes acontece também o contrário: é-lhes dito que provavelmente irão ficar com uma colostomia e, quando está no bloco, vê-se que afinal é 1 cm mais acima, consegue-se fazer a anastomose e não tem que ficar com uma colostomia.

E1: E conseguem tirar o círculo todo, não é?

R: Melhor.

E1: Ou então, vai ser recuperar a prazo.

R: Ou fica com uma colostomia provisória e depois é restabelecido o trânsito. Normalmente, os doentes que, à partida, se sabe que vão ficar com uma colostomia, no piso – e isto eu sei porque estive no piso três, estive na cirurgia geral antes de ter vindo para o bloco, portanto, já há muitos anos atrás – é feito um ensino pré-operatório. Portanto, o doente, é-lhe dado umas luzes, vá, a dizer: olhe, vai ficar com uma colostomia. Uma colostomia é isto e vai ter que aprender a tratar dela, e a cuidar dela e a viver com ela. E diz-se o básico de como cuidar e de como fazer. E depois é feito um ensino mais exaustivo pós-operatório, até que o doente consiga ser autónomo – isto no caso de um doente autónomo, obviamente.

E1: Mas nesse seu circuito...

R: Na mudança do saco de colostomia, e do tratamento da colostomia e tudo mais.

E1: Sim, mas nesse seu circuito, há alguma coisa que se possa fazer antes que tenha implicações no bloco?

R: Não estou a ver.

E1: Pois, não sei, estou a perguntar

R: É como lhe digo: pode haver, mas não...

E1: Na sua experiência...

R: É como lhe digo. Na minha experiência o que nós fazíamos era isto. No piso, se sabíamos, à partida, que isso era uma possibilidade, preparávamos logo o doente para...

E1: No piso?

R: No piso. Não é no bloco. Porque nós no bloco estamos com o doente acordado meia hora, uma hora, se tanto.

E1: Pois, mas na lógica que estava a falar que podia haver uma interferência prévia, pode haver situações... no seu caso não porque já passou pelo piso, mas pode haver pessoal do bloco ou o contrário – para mim, o que eu estou a ver, até é o contrário, enfermeiras que estejam no piso que não tenham experiência do bloco – e, portanto, podia haver um conjunto de atividades que fosse interessante (nem que sejam informativas, como foi aquelas que referiu) intervir colaborativamente para, posteriormente, ter alguma coisa. Porque, no fundo, vai ter uma situação quando o doente for para o bloco. Portanto, no fundo, não é uma responsabilidade vossa, podem sempre dizer assim: isso é com os do piso. Mas podem também dizer: bom, mas a nossa intervenção pode começar antes e se, colaborativamente, face aquele doente, àquela situação, aquele ta ran tan tan, se conseguirmos uma aprendizagem ta ran tan tan, ele chega-nos ao bloco noutras condições....

R: Noutro espírito.

E1: Eu estou a inventar. O espírito aqui já percebi.

R: Mas acho que é mais a nível de espírito, porque o doente ali...

E1: Essa do espírito já me disse, agora...

R: Exato, mas é mais a esse nível, porque o doente, ao fim e ao cabo, como lhe digo, está connosco acordado meia hora. E nessa meia hora, nós estamos sempre a fazer alguma atividade ao doente: ou estamos a pôr a via periférica, ou estamos a posicionar, ou estamos a pôr uma linha arterial, ou o anestesista está a pôr um cateter central e aí já está anestesiado, ou está a entubar. Portanto, acordado acordado, a conversar connosco, estará, se calhar, dez minutos, um quarto de hora, porque todas as atividades depois já é com o doente a dormir.

E1: Mas o doente é um corpo humano, portanto, tem um comportamento mesmo estando a dormir. E esse comportamento não depende nada do que foi feito antes? Basta dizer: é com os outros e a gente especifica o que é que eles têm que fazer. Não haverá aí alguma coisa que se possa...?

R: Não. Se calhar há, mas eu não estou a ver em que é que...

E1: Eu também não sei, estou só ...

R: ... em que é que um ensino prévio, ou o que quer que seja prévio, poderá influenciar no comportamento do doente quando ele já está a dormir.

E1: ... pode haver qualquer coisa antes...

R: Eu acho que pode influenciar sim, a nível da tal ansiedade e tudo mais, enquanto ele não está a dormir. Por exemplo, a tal visita pré-operatória, que eu acho que aí diminuiria a ansiedade [(...) the preoperative visit, that I think that would diminish the anxiety.']. Aqueles que são recorrentes e que já vieram ao bloco cinco vezes, seis vezes, que já nos conhecem e pronto, sabem perfeitamente o que é que vai acontecer, podem estar ansiosos em relação à cirurgia em si, ao resultado da cirurgia, mas não com a vinda ao bloco, porque já conhecem o bloco, já conhecem as pessoas, já sabem o que é que vai acontecer a seguir, já sabem que lhes vão pôr uma agulha, que vão pôr o soro, que vão pôr a dormir, portanto, esses não estão tão ansiosos. Podem estar com o resultado da cirurgia em si. Por exemplo, uma amputação. Obviamente que o doente vai estar ansioso com o facto de ser amputado, mas já sabe todo o circuito e já conhece as pessoas, portanto, já não há ansiedade a esse nível. Um doente que é primeira vez que vem ao bloco, claro que há, porque ele está a entrar para um sítio totalmente desconhecido e não sabe muito bem o que é que lhe vai acontecer, por mais que tenha lá ido a anestesista dizer: você vai ficar a dormir, e vai ser operado, e vai acordar com um tubo na boca e não vai conseguir falar. Isto é um bocado abstrato para quem nunca foi ao bloco. Pelo menos eu, pondo-me na posição do doente, acho que não ficava muito descansada só com esta conversa. Se calhar, o facto de lá ir a enfermeira e a anestesista, e de quando chegar ao bloco já ter uma cara conhecida, como acontece com as crianças, se calhar diminui um bocadinho esta ansiedade.

E1: Mas, para si, a questão é só essa...

R: Mas é a nível daquele comportamento dos primeiros dez, quinze minutos.

E1: É só isso, não há ...

R: Porque depois daí para a frente, não estou a ver como é que poderá alterar qualquer tipo de comportamento do doente.

E1: Porque, obviamente, há um conjunto...

R: Porque, a partir daí, o doente já não consegue nem colaborar, nem deixar de colaborar.

E1: Ele não comunica, mas o corpo... Pois, eu estou a perceber a sua lógica. É da responsabilidade do serviço que ele não venha com... não tenha comido uma feijoada meia hora antes... estou a exagerar.

R: Exato, que também acontece. Feijoadas não, mas iogurtes – que são muito problemáticos.

E1: Mas o que me está a dizer é que isso não é da vossa responsabilidade.

R: Não. É assim, obviamente que o piso tem que saber que o doente vem para o bloco naquele dia e o bloco também tem que saber. Agora, o bloco não consegue controlar se o doente está ou não está em jejum. Quem controla é o piso. Obviamente que se vier uma visita e lhe der um iogurte, o piso também não consegue controlar. E isso acontece. E, nesse caso, ou a cirurgia é adiada para umas horas depois, se houver vaga umas horas depois, ou é cancelada e é feita no dia a seguir, na semana a seguir, quando houver vaga. Acontece, já aconteceu e é incontornável, a não ser que a gente comece a revistar todas as visitas e todas as malas dos doentes. Às vezes:

- Ah, tive fome, comi.

- Então, mas não sabia que vinha ao bloco?

- Sim, mas tive fome.

É um bocado difícil conseguirmos controlar isto, a não ser que haja uma câmara em cada quarto, que, obviamente, não vai haver. Pronto, isto é difícil de controlar. Agora, a nível de informação, de saberem que o doente tem que fazer a tricotomia, que tem que estar em jejum... muitos doentes, por exemplo, também acham (isto também passa pelo tal ensino pré-operatório) que jejum é comida, água não tem nada a ver com jejum. Portanto, tem que lhes ser dito: jejum a partir da meia-noite, não come e não bebe, nem água. Mas isto depois vai da nossa experiência. Como lhe digo, eu estive no piso. Deu-me a perceber que os doentes acham que água não é jejum. Se calhar, quem esteve toda a vida no bloco e nunca esteve num piso, se calhar, não tem esta perceção. Como, por exemplo, me aconteceu uma vez no piso, e que não tem a ver com o bloco, tem a ver com a tal perceção que nós temos de aquilo que os doentes sabem ou deixam de saber, fazem ou deixem de fazer. Nas cirurgias mais simples, eu não sei se ainda é assim, mas na altura em que eu ainda estava no piso era: havia doentes com

cirurgias maiores, tinham que fazer um enema de limpeza, havia doentes com cirurgias mais simples, por exemplos, varizes ou outra coisa qualquer assim mais simples, que, em vez de fazer um Enema, fazia um Microlax, e nós deixávamos, na tarde do dia anterior à cirurgia, dois Microlax para o doente fazer. Entregávamos ao doente... eu, pessoalmente, e a grande maioria dos meus colegas perguntávamos:

- Sabe para que é que isto serve?

- Sei.

- Sabe como é que se faz?

- Sei.

- Então tem que fazer os dois durante esta tarde e depois vem-me dizer se fez efeito ou não.

- Ok.

Eu ficava contente com esta conversa, até um doente me dizer que sabia muito mal. Eu aí percebi que o 'sei como é que se faz' e 'sei para que é que serve' é mentira, porque não sabe nada, nem o que é que faz, nem para que é que serve e bebeu-os. Mas se isto não me tivesse acontecido, eu continuava a dizer a mesma coisa: sabe para que é que é? Sabe como é que se faz? Sabe como é que não sei quê? Eu, a partir desse dia, passei a dizer: tira a tampinha, enfia no ânus, aperta, tira. Passei a explicar tudo, independentemente de eles me disserem sei ou não sei. Assim como, uma vez um doente tomou um comprimido com o invólucro. Porque no hospital é unidose e, portanto, os comprimidos vêm, muitas vezes, com dois invólucros, ou seja, o invólucro de alumínio do próprio comprimido, que depois é cortado comprimido a comprimido, e o invólucro quadrado de plástico do hospital. E o doente tirava o de fora e não tirava o de dentro. Eu também só acreditei quando vi. Mas, como lhe digo, eu se tivesse passado toda a vida no bloco, não tinha esta noção. Dava o comprimido para o doente, dizia que era para tomar a esta hora e não ficava a ver se ele o descascava ou não o descascava, porque não me passa pela cabeça que alguém não o descasque. Portanto, isto tem muito depois a ver com a vivência de cada um.

E1: E com o nível de conhecimento das pessoas também.

R: Exato.



E1: Há muitas histórias dessas do Georjinho de abril, quando houve aquelas campanhas de alfabetização, em que se ia para o Alentejo e não sei quê, havia muitas histórias dessas.

R: Eu não me passaria pela cabeça, nem que alguém comesse o Microlax, nem que alguém tomasse o comprimido sem tirar de dentro do invólucro de plástico e de alumínio. Mas pronto, efetivamente eu vi que isto acontece, portanto, passei a vigiar muito mais se tiram o comprimido de dentro do invólucro ou não, se fico lá à espera que tomem. Coisas que eu antes, se calhar, não fazia, se não tivesse visto isto.

E1: E isso que me está a dizer tem um impacto na qualidade futura daquele doente?

R: Claro. Por exemplo, aquele doente, de certeza que se eu não tivesse dado conta, tinha vindo mal preparado para o bloco, porque não tinha feito o Microlax, não é? Ia-me dizer que sim, que tinha feito e, na realidade, fez sim, mas não pela via correta.

E1: E no caso da ansiedade, o que é que isso traduz depois no bloco? Suponha que é a primeira vez que vou para o bloco, que vou ser operado a uma coisa qualquer, e vou todo nervoso, e digo que vai correr mal, aquelas coisas que normalmente ninguém gosta de ouvir, isso depois tem implicações a que nível? Para além de vos influenciar a vocês.

R: Nós, se calhar, perdemos mais tempo desde que o doente chega até o doente ser anestesiado, porque antes de lhe enfiar uma agulha no braço, vou tentar conversar com ele e tentar acalmá-lo. Não vou chegar ali, e dá cá o braço, e enfia a agulha e acabou. Pronto, não é que não...

E1: Mas que implicações... pronto, perdeu tempo... mas implicações futuras, no pós-operatório, não existem? A não ser correr mal, mas isso é outra história.

R: Não... Quer dizer, a este nível, por exemplo, da preparação, obviamente que ... neste caso seriam umas varizes, por exemplo, mas imagine que outra coisa qualquer, uma hérnia, por exemplo, ou qualquer coisa intestinal. Obviamente que havia de haver um fator de stress maior, não para o doente, mas para o cirurgião, porque o doente não ia estar bem preparado e, se calhar, durante a anestesia, ia haver um descontrolo de esfíncteres e íamos perder ali mais um tempo a fazer higiene ao doente antes, ou durante, ou depois da cirurgia. Mas isso, para o doente propriamente, o doente vai estar a dormir e não se vai aperceber.

E1: Portanto, no fundo, está-me a dizer é que estão a criar colaborativamente um ambiente prévio à intervenção. É isso, não é?

R: Sim, porque depois durante a intervenção, não há grande coisa em que o doente... ele acaba por não se aperceber, corra bem ou corra mal, ele não se apercebe. O stress é para os cirurgiões, é para os enfermeiros, é para o anestesista, é para quem está na sala sim, mas o doente, à partida, não se vai aperceber porque está anestesiado. Obviamente, também há cirurgias... Por exemplo, as fistulas arteriovenosas, para fazer diálise. Aqui, são feitas, a grande maioria – a não ser que seja um doente muito mau –, a grande maioria são feitas com anestesia local. Aí sim, o doente já pode colaborar ou deixar de colaborar.

E1: Como?

R: A maioria desses doentes são doentes insuficientes renais – a maioria não, todos são doentes insuficientes renais –, alguns são diabéticos, alguns são recorrentes e esse doente, por exemplo, vai ter que estar uma hora, duas horas, três horas, depende como corre e depende dos vasos, no bloco, quieto, com o braço nesta posição, em que a única coisa que está anestesiada é o braço e é no local onde lhe vão fazer a incisão. Obviamente, se eu tiver um doente que estão-lhe a mexer num vaso, numa veia e numa artéria, e o doente coça a cabeça, e quer virar para aqui, quer virar para aqui, e dói-me a perna, e dói-me o rabo, e dói-me as costas, obviamente que a cirurgia vai demorar o triplo do tempo, porque o cirurgião não consegue fazer uma anastomose entre uma veia e uma artéria se o doente passa a vida a mexer. Nestes casos, se o doente estiver muito agitado e tivermos uma anestesista disponível, tentamos sedar um bocadinho o doente, não anestesiá-lo ao pouco de ter de o entubar, mas sedá-lo um bocadinho para ele ficar a dormir e ficar sossegado.

E1: Põem-lhe uma máscara, não é?

R: A grande maior parte das vezes, fica a enfermeira à cabeceira a conversar com o doente, e se precisa de mais uma almofada aqui, e de mais uma almofada ali, e tem mais calor, e tem mais frio, e ‘cuidado que não se pode mexer’, ‘olhe que eles estão a mexer no braço e é uma coisa delicada e tem que estar quieto’. Vai mais por acalmar o doente com uma conversa do que por uma intervenção medicamentosa, porque, ao fim e ao cabo, o doente não lhe está a doer o braço, está anestesiado. Dói-lhe é as costas porque está muito tempo na mesma posição, ou porque já tem uma escara porque é um doente acamado, ou porque está irrequieto porque está ali há muito tempo. Portanto, vai mais, aí sim, também é preciso a colaboração do

piso – e, normalmente isso existe – de dizerem ao doente que aquela cirurgia vai ser feita com anestesia local, e que ele vai ter de estar sossegado, e que pode demorar mais ou pode demorar menos, e aí a colaboração do doente connosco e nossa com o doente é esta coisa de ele dizer: estou incomodado porque tenho frio, ou porque tenho calor, ou porque tenho formigueiro no pé, ou porque me dói as costas, e a gente tentar melhorar, na medida do possível. Esses, sim, podem colaborar connosco porque estão acordados. Agora, de facto, nos de anestesia geral, não estou assim a ver onde é que eles podem colaborar, a partir do momento em que estão anestesiados. É mesmo só aqueles primeiros dez minutos, um quarto de hora, de aliviar a ansiedade que, eventualmente, possa haver.

E1: No pré. E no pós? Está-me a falar de coisas que são antes, não é?

R: No pós... No pós... Os doentes de cirurgia cardíaca saem daqui entubados a dormir. Saem daqui entubados, anestesiados, ventilados, vão para os cuidados intensivos. Portanto, a partir daí...

E1: Já não é consigo.

R: É com os cuidados intensivos, não é connosco. Portanto, nós vemos o doente acordado quando chega e, a partir daí, não o vemos mais acordado, só se o formos visitar aos cuidados intensivos, o que, à partida, não faz parte do protocolo. Os doentes de cirurgia geral, a grande maioria são acordados no bloco. Tenta-se explicar ao doente e isso é feito, normalmente, pela anestesista na visita pré-anestésica – e se o doente nos perguntar é feito também na altura antes de o pôr a dormir – que, no fim da cirurgia, vamos acordá-lo, vai ter um tubo na boca, não vai conseguir falar de imediato, mas, assim que conseguir respirar sozinho, vamos-lhe tirar o tubo, é normal que tenha tosse, pode tossir à vontade, não se pode mexer muito porque a marquesa é estreita. Obviamente que esta informação nalguns fica, noutros não. Portanto, há doentes, normalmente, quando acordam... adormecem ansiosos, acordam ansiosos. Os que adormecem calmos, acordam calmos, a grande maioria das vezes. Portanto, se nós os conseguirmos acalmar antes de os pôr a dormir, excelente, quase de certeza que vão acordar calmos. Se estiverem super ansiosos quando os conseguimos pôr a dormir e entubar, quase de certeza que acordam aos pinotes na cama, e nós, normalmente, estamos preparados para isso, porque já sabemos que se aquele doente adormeceu agitado, vai acordar agitado. Portanto, obviamente, tentamos acalmá-los antes, mas nem sempre isso é possível e, às vezes, acaba-se por dar os anestésicos com o doente ainda ansioso porque não se conseguiu acalmar de outra

forma, e já sabemos, à partida, que quando ele acordar vai espernear, e vai tentar sair dali, e não vai saber onde é que está e, até lhe conseguirmos explicar onde é que está, vamos ter ali uns minutos de confusão. Mas, tentámos prevenir e, nesse caso, não conseguimos. Não há muito mais a fazer.

E1: Pois, pois.

R: Nós tivemos um doente, por exemplo, aqui há uns meses, que já não me lembro a que é que era operado, mas era um doente com um grau académico universitário, super educado, mas que estava muito ansioso com a cirurgia, que conseguiu mais ou menos, percebemos que ele estava ansioso, mas conseguiu-se controlar. Foi anestesiado e quando acordou era um chorrilho de asneiras e de espernear que parecia que tinha vindo das barracas. Quando, ao fim de uns minutos, lhe conseguimos finalmente convencê-lo, depois de tentar explicar várias vezes, que estava no bloco e que tinha sido operado, e que já nos tinha visto, que não éramos desconhecidos, e o senhor, de repente, parou, parou tudo – parece que houve ali uma pausa no tempo –, olhou para nós: “Ai, ai, desculpem, desculpem, portei-me tão mal! Peço imensa desculpa “. Porque a pessoa, realmente, depois cai em si e vê onde é que está e alguns apercebem-se, outros não, da figura que fizeram. Neste caso, o senhor esteve três dias a pedir desculpa, porque, efetivamente, aquele não era o comportamento normal dele, só que estava completamente desorientado. Mas, habitualmente, isto não acontece, não é muito frequente.

E1: Portanto, não há nenhuma atividade

R: Nós costumamos conseguir acalmá-los antes.

E1: Sim. E, portanto, não há nenhuma atividade ainda feita por vocês que tenha implicações depois no estado futuro do paciente?

R: A este nível, acho que não. Passa só por esta conversa inicial e explicar-lhe o que é que vamos fazer. Que isso eu acho que sim, poderia ser feito mais cedo, mas, de resto, não.

E1: E depois, depois de ser intervencionado?

R: Não. Não. Nas crianças, como há a tal visita pré-operatória, há também um inquérito que está a ser implementado há pouco tempo, um inquérito pós-operatório – mas que é mais feito aos pais, do que propriamente à criança –, do que é que correu mal, o que é que poderia ter

corrido melhor, o que é que gostaram, o que é que não gostaram, se a visita antes ajudou ou não ajudou, pronto, este tipo de coisas.

E1: Mas o que gostaram, basicamente, o que é que?

R: Não, não é se gostaram da comida ou da casa de banho.

E1: Pois, é a hotelaria. É o que eu ia perguntar.

R: Exatamente. Não. É se a relação com o médico foi boa ou não foi, se da parte da enfermagem podia ter sido feita alguma coisa para melhorar que não tenha sido, sugestões do que possa ser feito para melhorar, pronto, este tipo de coisas. Para o adulto, que eu saiba, isso ainda não existe neste hospital. Por exemplo, o meu filho teve um acidente de mota há uns meses (há um ano) e foi atendido nas urgências de S. Francisco Xavier. Eu recebi um telefonema, se calhar oito ou nove meses depois, do inquérito de satisfação, que eu já nem sequer me lembrava, “porque é que me estão a ligar de S. Francisco?”. E aqui eu acho que isso não há, pelo menos, se há, eu não tenho conhecimento. Se houver, se calhar a nível dos pisos, eu não tenho conhecimento.

E1: Mas esse tipo de... não é isso que nós estamos a... No fundo, o que nós estamos à procura é de um relacionamento que estabeleceu com o doente e, desse relacionamento, resultou alguma coisa criada colaborativamente, que tenha tido impacto

R: Pois, mas é como eu lhe digo, só a nível destes de cirurgia com anestesia local, que esses conseguem-se lembrar se gostaram, se não gostaram, se estavam nervosos e os conseguiram acalmar, se não conseguiram, se foram simpáticos ou antipáticos, se foram brutos ou não brutos, pronto, esse tipo de coisas. Agora, os que ficam com anestesia geral, obviamente que nós tentámos ser simpáticos e tentámos acalmar as pessoas, mas a grande maioria não se lembra. Não se lembra sequer de ter entrado no bloco. Portanto, não sei a que nível isso poderá melhorar porque, pronto, nós fazemos o que podemos, obviamente, mas, em termos de impacto para o doente, tem impacto no momento, mas o impacto futuro não sei se terá porque o doente não se lembra. Obviamente, não vamos ser brutos lá por causa disso, nem antipáticos por causa disso, mas...

E1: Sim, sim. Mas no pós, depois de acordar, ele vai-se lembrar, não é?

R: Depois de acordar não se lembra de ter entrado no bloco.

E1: Sim, sim. Mas a partir daí para o futuro.

R: Daí para a frente sim, mas depois daí para a frente é a tal coisa: não está connosco já. Porque o doente, assim que acorda, está connosco cinco minutos, se tanto, e vai para o recobro, e do recobro vai para o serviço, ou vai do bloco para os cuidados intensivos e, nesse caso, ainda a dormir. Portanto, ele acaba por não se lembrar de acordar no bloco, nem de adormecer no bloco. Raramente se lembram.

## Appendix A-6

### Interview 6

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

R: Quer que eu conte aquilo que acontece ou quer... ?

E1: Como quiser. O desafio é: o que é que para si é eficiência?

R: Para mim, eficiência começa por aproveitar os recursos humanos e materiais que existem dentro do bloco, duma forma que... as coisas estão estipuladas semanalmente e estão preparadas em termos de recursos, humanos e físicos, tudo o resto, para aquilo que está previsto para a semana seguinte. Isso não é a nossa realidade. A nossa realidade é que temos – não se passa tanto com a cirurgia geral, passa-se mais com a cirurgia cardíaca – o mesmo programa que nós recebemos habitualmente à sexta-feira por volta das 11h da manhã, ao meio dia já está trocado, às 3h da tarde já é outro, à segunda-feira já é outro. Isto para lhe dar um exemplo. Eu sou responsável pelos recursos materiais do bloco, em termos de próteses, material de armazém, tudo isso. Se eu, no mapa de ... aquilo que me vem programado para a semana seguinte, à sexta-feira, se me vierem 10 doentes para uma válvula aórtica, eu tenho que ir ver o meu stock de válvulas aórticas, a ver se está de acordo com aquele mapa. Estou-me a fazer entender?

E1: Sim, sim.

R: Tem que haver o suficiente para dar resposta àquela semana. Mas na segunda-feira já tenho outro mapa. Deixei de ter 10 aórticos para passar a ter 5 e passei a ter, em vez dos restantes 5 aórticos, 5 coronários. E aí vou ter que ver mais material, que, às vezes, não está na sua plenitude. Nós temos um stock máximo e um stock mínimo, às vezes há problemas de fornecimento e nós temos que estar sempre em cima dos fornecedores a dizer: precisamos, porque. Mas depois, às vezes acontece é que as coisas são mudadas e vou-lhe ser franca: chegam a ser mudadas na mesma semana doze, catorze vezes.

E1: Mas porquê?

R: Por desorganização de cirurgias, presumo eu, é uma área que a mim já não me compete. Porque, afinal já não é aquele doente, não sei se o doente desistiu, se não desistiu, porque depois não nos é dado feedback nesse sentido, ou o doente não quis, ou não apareceu, ou porque está constipado. E, às vezes no próprio dia, nós chegamos cá de manhã e, vamos supor, eu hoje à tarde vou ter um aórtico, mas depois o cirurgião quando chega aqui às 9h da manhã diz-me: “afinal aquele aórtico da tarde não é aórtico, é coronário”. E uma coisa que estava preparada, porque nós temos preparado sempre tudo do dia anterior...

E1: Os carrinhos, não é?

R: Os carros para as cirurgias, vai ter que ser modificado. Não é que isto... Isto consome tempo e consome recursos humanos, porque uma das pessoas que estava para aquela sala vai ter que sair da sala durante 10, 15 minutos para ir alterar aquele carro. Estou-me a fazer entender?

E1: Sim.

E2: Sim.

R: Isso e outras coisas. Isso e outras coisas.

E1: Quais são as outras?

R: As outras? Também na cirurgia cardíaca nota-se muito que os doentes têm pouca informação, trazem pouca informação. Sabem quem é o seu cirurgião, às vezes o cirurgião que dizem não é bem aquele que vem, mas pronto, à partida, sabem o nome de alguém, ou, provavelmente, pode ter sido o cirurgião que lhe fez a primeira consulta e depois foi passado. Não sabem, muitas vezes, é a totalidade do seu diagnóstico, porque, muitas vezes, temos um doente com válvula mitral e às vezes é comum um doente de válvula mitral ter uma insuficiência tricúspide, e ter que se ir à válvula tricúspide, e o doente não sabe que tem uma insuficiência tricúspide. Chega-se lá e depois tem-se que pôr uma prótese. Mais tarde, o cirurgião vai ter que lhe dizer que lhe pôs uma prótese. Mas o doente não estava informado antes. E outra coisa que faz muita falta, faz muita falta e isto é uma coisa com que nós lutamos há muitos, muitos, muitos anos é aquilo que já se faz em pediatria, que é a visita pré-operatória de enfermagem. Porque nós sabemos que há muita informação que o médico passa, o cirurgião passa ao doente, mas que não é aquela informação que o doente precisa, o doente precisa de outras informações, precisa de ter uma preparação um bocadinho diferente [we



know that there is a lot of information that the doctor passes, the surgeon passes to the patient, but that information is not the one that the patient need, the patient needs other information, he/she needs to have a preparation that is a little different]. Por vezes, o nível de ansiedade com que entra é muito grande, porque não é a mesma coisa que tratar de uma unha encravada, não é? Os doentes da cirurgia geral, a sua grande maioria, já vêm um bocadinho mais preparados, vêm mais preparados, vêm preparados para o que vai acontecer, mas pronto, lá está, faz falta. Faz falta porque nós começamos há cerca de um ano e tal, dois anos, a visita pré-operatória de pediatria e isto faz mais sentido aos pais, que ficam muito ansiosos lá fora – temos bebés muito pequeninos que não entendem – mas, no caso dos adultos, fazia sentido isto acontecer para os adultos, para os utentes que vêm ao bloco. Eu própria já entrei neste bloco e devo-lhe confessar que a visão do bloco do lado do utente é muito diferente do lado do colaborador, do funcionário, do enfermeiro [(...) the vision of the operating room from the professional's point of view is much different from the point of view of the patient]. No meu caso, eu quando vim ao bloco, para mim o bloco foi assustador e eu já cá trabalhava há vinte anos, há quinze. A visão é completamente diferente. Depois, mais?

E1: No fundo, o que aqui esteve a dizer-nos foi a questão do tempo, da organização do planeamento, mas falou da relação, basicamente, isso é com outras equipas, não é? Neste caso, os cirurgiões. Mas também há as anestesistas, também há os técnicos, não é?

R: Sim. Ouça, com os técnicos de perfusão não há grande... não há mesmo, não há, de todo. São eficientes porque, para nós, a diferença naquilo que se vai fazer é no material que nós vamos usar, seja aórtico, seja coronário, seja mitral, usamos materiais diferentes. Para os perfusionistas, o material é sempre o mesmo, a máquina é sempre montada da mesma maneira. Para os assistentes operacionais, para eles é igual, é um utente como outro qualquer. Para os cirurgiões, lá está a tal coisa, a comunicação é fraca, para não dizer quase nula.

E1: Mas é uma questão só de comunicação ou é uma questão de organização das duas coisas?

R: Eu acho que é as duas coisas em conjunto. É a organização entre eles, deles, e depois a comunicação entre serviços.

E1: Serviços é equipas aqui, não é?

R: Não. Eu estou a falar, portanto, cirurgiões mesmo com o próprio bloco, porque nós cá em baixo não funcionamos por equipas, porque eu hoje posso estar na cirurgia geral, na sala da

cirurgia geral, mas amanhã posso estar na cirurgia cardíaca. Nós não temos dias fixos, não temos equipas fixas. As pessoas rodam por tudo. Por isso é que eu lhe disse que a Cláudia, a única coisa que lhe faltava era instrumentar pediatria – que é o último patamar da nossa formação aqui dentro, vá lá, digamos, da nossa preparação. É o último patamar, é a única coisa que lhe falta, ela já faz as valências todas.

E1: E roda nos três lugares?

R: E rodaaaa, a cirurgia cardíaca, pediatria, anestesia e circulação, só não faz instrumentação. E na cirurgia geral faz tudo. Na cirurgia cardíaca de adulto também faz tudo. Portanto, da mesma maneira como eu, que agora pronto, devido àquilo que estou a fazer, já não faço tanto como gostaria, mas pronto. A nossa evolução é assim: começamos pela cirurgia geral até conseguir instrumentar, e depois, cirurgia cardíaca, desde a anestesia, circulação, e depois de alguns meses a circular para ver o que é que se passa do lado de dentro, e depois de ter uma noção mais ampla da anatomofisiologia e não sei quê, porque crianças é diferente de um adulto – normalmente são congénitos, não é? –, aí passam à instrumentação. Portanto, a visão dela, nesse sentido, só lhe escapa essa parte, mais nada. Já não lhe escapa tanto, porque ela já circula há uns tempos – daqui a nada está a instrumentar.

E1: Mas dentro da equipa, agora com a enfermagem...

R: Dentro da equipa há informação. Entre nós há informação. O problema é quando ela não nos chega do lado de fora. Porque, muitas vezes, as alterações em cima da hora, nós só as sabemos quase na altura de chamar o próximo doente, mandar preparar o próximo doente e chamar. Porque, por exemplo, em todas as cirurgias, mas, sobretudo, nota-se mais é na cirurgia cardíaca porque são cirurgias muito mais demoradas e, por serem mais demoradas, o tempo de preparação dos doentes, são doentes que vêm pré-medicados, enquanto que os da cirurgia geral, a grande maioria não vem pré-medicado. O que é que acontece? Nós, cerca de 20 minutos antes, pouco mais ou menos, de doente que está na sala de terminar, antes de chegar à fase do penso e não sei quê, ligamos para cima para o serviço a dizer: “Preparem o senhor fulano tal.”, “Ah, mas esse senhor não está cá”. Afinal não é esse senhor, é outro. É outro, é o fulano tal. Ah, mas ninguém disse nada. Vamos ter com o cirurgião:

“- Ah, eu disse logo de manhã.

- Disse a onde?”

Lá em cima. E cá em baixo, quem é que disse?

E1: Então é uma questão de relacionamento entre as várias equipas.

R: É a comunicação. A comunicação é que falha, mas não entre nós cá em baixo. Porque, por exemplo, eu se estiver na sala e se, entretanto, for:

“- Olhe, é para preparar fulano tal.

- Ah, mas não é esse, é outro.”

Eu chego à sala e automaticamente digo a toda a gente: “olhem que já não é aquele, já não é aquele senhor que estava marcado. É o fulano tal, que o diagnóstico é outro.” Portanto, entre nós a comunicação passa. Dos cirurgiões e dos serviços para nós... por exemplo, a cirurgia geral nisso funciona melhor. Porque, quando elas têm alterações que são comunicadas lá em cima, mesmo que o cirurgião não comunique para baixo – normalmente eles até comunicam – , mas mesmo que eles não, há sempre alguém no serviço (um enfermeiro, ...) que comunica para o bloco a dizer que afinal não é aquele doente, que é outro. A cirurgia cardíaca já não, já não é da mesma maneira.

E1: É uma questão de interação entre equipas, no fundo?

R: É entre serviços, mais serviços.

E1: Sim, sim, mas são equipas diferentes.

R: Sim, sim.

E1: E isso implica que tenha que haver uma certa flexibilidade, não é?

R: Há muita flexibilidade!

E1: E como é que...

R: Eu devo-lhe dizer que tenho 61 anos e ainda tenho muita ginástica. Não, tem que haver, tem que haver porque isto é o nosso dia a dia. Dia que corra, ou dois ou três dias que corram tal e qual como planeado é uma festa, é uma festa.

E1: Sim, senhor, ok. Mesmo dentro da parte agora da enfermagem, a eficiência tem sempre a ver com ganhos de repetição, não é?

R: Hum, hum.

E1: Se eu fizer a mesma coisa durante três anos não tenho o mesmo desempenho que se começar agora a fazer, como é óbvio.

R: Exato.

E1: E, portanto, como é que vocês (enfermagem) utilizam esta constatação nos humanos para aumentar a eficiência entre a equipa? Já me disse que rodam, portanto, não há...

R: Nós rodamos, não é fixo.

E1: Portanto, como é que rodando...?

R: Mas há determinadas coisas que... aqui nós somos apelidados e divididos, pelos enfermeiros mais jovens, pelos velhos e os novos.

E1: São os juniores e os seniores, não é?

R: Mas somos mesmo. “Olha, vai ter com aquela que é velha.”

E1: Não foi assim que ...

R: Mas dizem. Mas pronto, nós já estamos habituados e nem sequer levamos a mal. Nós, ao longo da nossa experiência, foram-nos surgindo coisas, determinadas situações inesperadas que depois deixaram de acontecer, porque nós na altura tivemos que nos desenrascar e, com isso, aprendemos a estar prevenidos para a próxima, e tentamos passar isso aos mais novos. Os mais novos começam a fazer coisas como nós fizemos pela primeira vez há dez ou quinze anos atrás, e nós alertamos sempre para “olha, não te esqueças de levar isto e isto, porque pode acontecer”, “não te esqueças de ter na sala isto e isto, porque pode acontecer”. E, às vezes, as pessoas, há uns mais jovens que são um bocadinho resistentes, mas depois vêm ter connosco e dizem: “Afim! tinhas razão”. Porque isto o que é que faz? O facto de nos ter acontecido uma vez, nessa vez houve perda de tempo, não foi grave para o doente, poderia ter sido, mas não foi. E depois implica uma correria, porque se a coisa não estiver perto isto implica uma correria, e estamos a falar de dois, três minutos que nós perdemos, e então é sprints. O que é que acontece? Nós quando vamos preparar um carro para uma cirurgia semelhante para o outro dia, se por exemplo, se for eu, meto logo aquele material ali, porque eu sei pode acontecer, pode acontecer, já aconteceu. E, então, isto poupa minutos ou pelo

menos um ou dois minutos poupa, de preparação para aquela situação. Deus queira que aquilo não seja preciso, mas, se for preciso, está lá. Dei-lhe resposta que queria?

E1: Hum, um bocadinho ao lado.

R: Foi um bocadinho ao lado?

E1: Que é, eu volto a fazer a pergunta: aceitando que a repetição aumenta a eficiência, porque eu consigo fazer algo mais rápido, ou com menos custos, ou o que for, como é que vocês se organizam no dia a dia para que essa aprendizagem exista, para que repetindo possam fazer...

R: É assim, quando se faz...

E1: Uma vez que não é por tarefa. Não é para aí que eu quero ir. O que eu quero é que da mesma maneira como fazem, como é que, digamos assim, (se calhar não é consigo, é com a enfermeira chefe, não sei), qualquer equipa tem um conjunto de metodologias (podem até ser informais) que...

R: Não tanto por equipas, mais por enfermeiros. Não é tanto por equipas, mas por enfermeiros. Como lhe disse, nós não funcionamos por equipas. Cada um de nós... por exemplo, eu hoje posso estar com duas colegas na mesma sala – estamos três sempre por sala –, mas amanhã esta está na sala 2 e esta está na sala 4, portanto, não somos propriamente uma equipa.

E1: E já agora, desculpe interromper, e deviam ser?

R: Houve uma fase em que fomos.

E1: E como...?

R: A experiência que eu tenho é que na fase em que fomos, e só havia 1 equipa, uma

E1: Uma não, havia várias, mas eram uma equipa, não?

R: Não. Só havia uma.

E1: Ah, só havia uma.

R: O restante rodava. Esta equipa tinha a ver com o antigo diretor da cirurgia cardíaca que era uma pessoa com um feitio especial e não gostava de operar com toda a gente. Ele ou amava

ou odiava, não tinha meio termo. Isto para lhe dizer que as pessoas que estavam na sala dele, entre segunda e sexta, eram sempre as mesmas três, que rodavam entre si. O que é que aconteceu? Ao fim de 4 anos, não, menos, nós estivemos assim talvez uns 4, 5 anos, nós já não falávamos entre nós, porque eu sabia o que é que ela queria e a outra também sabia o que é que ela queria, e eu sabia o que é que o cirurgião queria. Ninguém falava. Estou-me a fazer entender?

E1: Mas isso é mau ou bom?

R: É mau. Não, não é mau.

E1: De certa forma é porque já sabem o que é que vai acontecer a seguir.

R: Não é mau. É porque aquilo já estava de tal maneira rotinado que nós sabíamos sempre o que é que ia acontecer a seguir. Quando as coisas estavam a acontecer mal, se acontecessem mal, nós já sabíamos – mesmo sem falar – o que era preciso a seguir. Funcionávamos muito bem.

E1: Então há ganhos de eficiência aí?

R: Funcionávamos muito bem, mas, saindo daquele cirurgião, já não funcionávamos da mesma maneira. Porque cada cirurgião tem a sua técnica. Embora as cirurgias possam ser iguais, as técnicas diferem um bocadinho. E se eu sei o que é que é preciso para aquele cirurgião, eu tenho que saber o que todos os outros, que fazem a mesma coisa, precisam, ou querem, ou gostam.

E1: Se houver uma equipa que funcione com 1, com 2, o que for, nesse caso, ficam afetadas a vários tipos de...

R: Sim, sim, sim, mas isso foi muito mal recebido na altura por todos os enfermeiros do bloco.

E1: Porquê?

R: Porque achavam que havia discriminação. Para lhe ser franca, eu também achei que era um bocadinho discriminatório da parte dele. Ele era só aquelas, era só aquelas.

E1: Então, mas o outro ao lado era só aquela, era só aquela, e o outro ao lado...

R: Mas é que com os outros isso não acontecia.

E1: Não. Mas o que eu estou a pôr é se fosse assim, cada um tinha um grupo adstrito.

R: Sim, sim. Ouça, a minha experiência diz-me que, nesta situação, o que é que acontece? Acontece é que, se eu ficar sempre com aquele cirurgião, vamos supor, cirurgia geral, sempre. Eu, depois, ao fim de um ano ou dois, perco a mão ou perco o que é que se passa na cirurgia cardíaca e nós, aqui, o objetivo é estarmos sempre a rodar, para estarmos sempre atualizá-los porque há sempre evolução, as coisas continuam sempre a evoluir. Aquilo que eu fazia – estou no bloco há vinte e dezasseis anos – e, aquilo que eu fazia nessa altura, para o mesmo tipo de cirurgia, já não é aquilo que eu faço hoje. As coisas evoluíram. Evoluíram no bom sentido, tornaram-se mais fáceis, mais rápidas. Quando eu entrei para este bloco, muitas vezes, uma cirurgia cardíaca começava às 9h da manhã e acabava às 6h da tarde e agora temos cirurgias a acabarem ao meio-dia, uma da tarde, a mesma cirurgia.

E1: Portanto, havia ganhos de eficiência, perdia-se depois era capacidade de aprendizagem. É isso que me está a dizer?

R: Perdia-se a capacidade de aprendizagem nas outras áreas, porque se as pessoas ficarem fixas, o ganho de eficiência é só por núcleos, por salas, por equipe. Porque, depois, se me tirarem dali eu já vou andar assim um bocadinho a apanhar papéis do outro lado.

E1: Então, mas partindo do pressuposto que se calhar a eficiência é dessa maneira, como é que eu posso passar essa lógica para a rotação? Ou seja, como é que eu na rotação posso repetir funções de maneira a ir aprendendo? Ou seja, há algum programa – programa não é preciso que seja escrito –, mas a responsável por...

R: Haveria forma de?

E1: ... ou a outra senhora que nos abriu a porta ao bocado...

R: A enfermeira Marques Bentes, que é a chefe.

E1: em princípio terá uma responsabilidade sob as enfermeiras do bloco, penso eu.

R: Sim, sim.

E1: Ela, provavelmente, saberá que umas são melhores numa coisa, melhores noutra, portanto, se calhar ela poderia ter uma distribuição que levasse à aprendizagem...

R: Quem faz a distribuição sou eu. Sou eu porque sou, como estava a dizer, a mais velha do bloco. E tento fazer a distribuição de acordo com a experiência de cada um. Ou seja, vamos voltar à Cláudia, é um exemplo. A Cláudia, até há pouco tempo, só fazia anestesia e pediatria, não circulava, que é um bocadinho mais complexo. De maneira que, ao longo dos meses, eu fui tentando pô-la na anestesia, depois, a seguir, na circulação com uma pessoa que a apoiasse, com uma pessoa que lhe pudesse dar um bocadinho de retaguarda. Só quando ela começou a ficar um bocadinho mais preparada, começou a ficar sozinha. Agora quando há pediatria, ela vai sempre para lá, que é para consolidar o seu conhecimento acerca daquilo. Porque a criança de hoje é uma coisa, mas a criança de amanhã é outra. Portanto, ela tem que apanhar as várias situações da pediatria, para consolidar os seus conhecimentos. Mas depois há, por exemplo, outras pessoas que temos cá há menos tempo, que estão a iniciar a sua formação na cirurgia cardíaca, mas têm apanhado repetidamente sempre os mesmos diagnósticos, mas precisam de outros, porque aquilo que se faz num doente coronário é diferente do que se faz num doente aórtico. E aí, as pessoas que aí estão apanharam 99% de coronários, se lhes aparecer um aórtico, elas não sabem. E, então, tento flexibilizar a distribuição das pessoas... lá está, com a alteração dos programas operatórios sempre, constantes e não sei quê, eu quando faço o plano (nós fazemos a distribuição à sexta-feira, para a semana seguinte), vou pôr: fulana tal precisa de estar em doentes valvulares, de maneira que vou pôr nesta sala, que é um doente valvular. Mas, se naquele dia me trocarem as voltas e puserem ali outro coronário, eu, se tiver hipótese, vou tirar daquela sala para a pôr num valvular, mas tenho que fazer essa troca em cima da hora.

E1: Portanto, o que me está a dizer é que isso é feito de uma forma quase empírica, pelo seu conhecimento das pessoas, das realidades e vai ajustando.

R: Exato. E vou ajustando.

E1: Portanto, não há um programa específico, estipulado.

R: Não. Há um programa de formação das pessoas. As pessoas estão um X tempo em formação. Quando entram começam com formação na anestesia, depois, ao fim de cerca de 6 semanas, faz-se uma entrevista em que o próprio enfermeiro diz como é que se sente em termos de preparação. Se ele disser que já está à vontade, fica acompanhado, na mesma sala,



com uma pessoa mais velha que lhe... Não fica acompanhado na anestesia. Três enfermeiros, não é? Ele fica na anestesia.

E1: Claro. Mas pode sempre ir...

R: Quem está a circular é uma pessoa que pode dar uma mãozinha, mas que o deixa ficar um bocadinho liberto para ver até que ponto é que ele se desembrulha.

E1: Portanto, o que me está a dizer é que a eficiência é construída na equipa, nos três.

R: É, é construída ao longo do tempo.

E1: No tempo e na equipa onde ele está.

R: E na equipa, exato. E depois tentámos sempre ter as mesmas pessoas na sala ao longo da sua formação, que é para saberem... as pessoas sabem em que ponto de evolução é que ele está e sabem onde é que ele precisa de mais ajuda. Isso tentámos. Há sempre duas, três pessoas destinadas a esse tipo de acompanhamento, porque cada uma conhece...

E1: Mas isso é feito com o objetivo de eficácia, portanto, de ele ter um desempenho melhor.

R: Sim, é e de evolução na sua formação.

E1: Mas não de eficiência, pelo que me está a dizer. Não é para garantir que gasta menos tempo, que utiliza materiais de uma forma diferente. Não sei se me estou a fazer entender. Portanto, não há uma lógica de eficiência, há uma lógica de ele... não é a pessoa ainda com o desempenho exato, portanto, vamos formá-lo ainda...

R: Não, mas ele no tempo em que ficou acompanhado (6 a 8 semanas), ele é formado no sentido da eficiência.

(Pausa na gravação)

R: Mas sabe que, às vezes, a rotina, pelo menos a experiência que eu tenho é que a rotina, às vezes, relaxa as pessoas.

E1: Também, também.

R: A rotina relaxa as pessoas, porque depois acham que já são conhecedoras da totalidade da sabedoria e... [routines can relax professionals, as far as they can think that they already know everything]

E1: Então quer dizer que há um risco, não é?

R: E fazem ali um “xante”, um “xante”.

E1: Então quer dizer que há um risco associado à procura da eficiência.

R: Eu acho que há. Eu acho que há um risco associado por excesso de confiança, por excesso de confiança, tipo ‘eu já sei tudo’ e depois há ali uma falha pelo meio. Eu acho que o excesso de confiança é mau. A eficiência faz sentido desde que não leve ao excesso de confiança, no meu ver [Efficiency makes sense as long as it does not lead to excess of confidence (...) they begin to facilitate, they facilitate].

E1: Sim, sim, mas eu quero ouvir...

R: No meu ver, na minha perspectiva. O excesso de confiança, para mim, acho que é mau porque as pessoas acham que ... começam a facilitar, facilitam. E nós com um doente não se pode facilitar, por muito bom que ele seja, não dá para facilitar. Há determinadas coisas... Há passos que não se podem saltar, eles têm que ser cumpridos, mesmo que isso implique mais três, quatro minutos, mas têm que ser cumpridos. Fugi à pergunta?

E1: Não, não. Mas isto não há perguntas certas, nem respostas certas, é ouvi-la.

R: Mas relativamente às equipas fixas, a minha experiência é que, de facto, depois funciona-se muito bem, muito bem, mas muito bem no sentido de, vou-lhe dizer que tive dias, entre as três da tarde e as oito da noite, fazer duas cirurgias cardíacas, com o mesmo cirurgião.

E1: Portanto, está a repetir a situação.

R: Os gestos repetidos, os gestos repetidos, os gestos repetidos.

E1: Portanto, há ganhos aí, neste caso, de tempo, de preparação. O que me está a dizer é que isso não compensa, mas eu penso que aí haverá outras coisas, não é?

R: Só não compensa pelo facto de termos cirurgiões dentro da mesma especialidade que têm técnicas diferentes, porque A faz esta cirurgia desta maneira, mas o B já faz daquela maneira, de outra maneira diferente [it does not compensate because surgeons, with the same specialization, have different methods]. E se eu sair desta sala para esta eu vou ter que lhe estar a perguntar quinhentas vezes o que é que ele quer, enquanto que se eu estiver nesta eu não preciso de perguntar, já sei. E os cirurgiões, antigamente, eram uma grande mais valia que se perdeu – perdeu-se por eles, não por nós –, entravam na sala na fase de indução do doente e diziam exatamente o que é que se ia passar e o que é que iam querer. Nós estávamos a preparar uma mesa, uma mesa de instrumentos, e o cirurgião punha-se em frente a nós e dizia: “vou fazer isto, e isto, e isto, e isto”, de maneira que nós já sabíamos qual era o trajeto e o que é que ia ser necessário. É evidente que tínhamos de contar sempre com alguns desvios, mas ia ser aquilo. E agora perdeu-se, porque se nós perguntarmos, e continuamos a perguntar: “Doutor fulano tal, o que é que vai fazer? Como é que vai fazer?”. A resposta de alguns é: “isto é sempre igual”. E não é. Portanto, a comunicação de cirurgiões com enfermeiros também é muito fraca. Já foi muito boa.

E1: E é isso que está na base do risco, que depois está associado a...

R: Exato. O que faz com que... há perdas de tempo. Isto origina perdas de tempo, perdas de eficiência.

E1: Tempos mortos.

R: Tempos mortos que seriam desnecessários se houvesse este tipo de diálogo, que já não existe.

E1: Voltando novamente, agora mais centrado nas questões dos custos para nós termos aqui uma ideia, não sei se é consigo ou se é com... mas pelo menos tem uma ideia. Aliás, não sei qual é a diferença entre uma ... isto é um parêntesis.

R: É assim, ela é a enfermeira chefe, eu sou a enfermeira coordenadora.

E1: Qual é a diferença?

R: Ela chefia o serviço.

E1: Mas, na prática, o que é que isso quer dizer?

R: E eu coordeno tudo cá fora, coordeno tudo, os enfermeiros e não sei quê, embora ela seja a responsável, não é?

E1: É uma espécie de subchefe, é isso?

R: É. Quando ela não está quem manda sou eu. Sim, eu sou a subchefe, é isso.

E1: Nós suponhamos que estão as duas em pleno...

R: Temos que estar em sintonia.

E1: Sim, mas o que é que faz uma e o que outra não faz?

R: Fazemos praticamente... quer dizer, ela faz horários, eu não faço horários.

E1: Mas os lugares existem ou é apenas uma... existe na hierarquia do hospital?

R: Sim, sim. Portanto, ela está no topo...

E1: Portanto, está uma atividade afeta a essa posição. Se existe funcionalmente, tem uma atividade.

R: Sim, sim, é. Eu, por exemplo, sou, como lhe disse, responsável pelos recursos materiais do bloco todo.

E1: E pelo pessoal, pelos vistos, pela afetação.

R: Não, pelo pessoal não. Pelo pessoal vem ela.

E1: Ah, estava a dizer que afetava as equipas...

R: Não. Eu é que faço a distribuição das equipas, só por uma razão: porque as conheço melhor. Só por isso. É porque ela está no bloco há dois anos, e, quando veio para cá, as pessoas que cá estão já cá estavam. Portanto, ela conhecia muito pouco, conhecia pouco, conhecia noutra vertente, porque ela era chefe do serviço de cirurgia geral. A vertente que ela conhecia das pessoas do bloco era outra. De maneira que, como eu conheço melhor as pessoas, sou eu que faço a distribuição. Agora, as últimas duas, três semanas, já tenho feito a distribuição juntamente com ela, também para ela começar a tentar perceber, ela quer perceber o porquê de se fazer assim, e também dar a sua opinião, porque já vai vendo, entrando nas salas e conhecendo as pessoas. Sobretudo, eu sou responsável pelos recursos

E1: Físicos.

R: Físicos.

E1: E ela pelas pessoas.

R: E ela pelas pessoas.

E1: E pela relação institucional com a equipe.

R: Exato, com certeza.

E1: Mas, de qualquer maneira, está dentro do assunto para a pergunta que lhe ia fazer, que era... pergunta que não é pergunta, é mais a tentar perceber e eu faço sempre a mesma questão: nós passamos por um período difícil do país em que houve um conjunto de cortes, também nos hospitais, e isso teve repercussões, não é? E toda a gente me diz que continuaram a fazer o mesmo. Não estou a falar agora no bloco, mas já falamos com várias e “não, nós fazemos sempre o mesmo”, pronto, se calhar não era o mesmo material, mas isso é pouco importante. Quer dizer então que havia aqui um espaço enorme de ganhos de eficiência, não houve problemas, não é? Não estou a falar de si, estou a falar com o que me dizem, e eu quero pôr-lhe a questão que é: e no bloco é assim? Quer dizer, cortaram 10%, 5%, não sei quanto é que foi, e fica tudo na mesma?

R: Não. Não.

E1: O que é que mudou? Que riscos é que houve?

R: O que mudou talvez seja a... não é talvez seja, foi mesmo. O que mudou foi: nós temos períodos mensais de compra, portanto, um stock de compra que tem que ser para um mês, porque também não temos espaço físico para mais do que isso.

E1: Claro, claro, o armazém aqui é uma despensa.

R: É. Exato. E também por causa dos prazos de validade e tudo isso. E as entregas, os fornecimentos, eram feitos com muito atraso. Às vezes chegávamos a estar dois e três meses à espera do material, de maneira que, quando pedíamos, pedíamos quase o dobro do necessário, porque sabíamos que íamos ficar três meses à espera. Após o consumo daquele todo, íamos ficar mais dois ou três meses à espera. Portanto, a única diferença foi nisso. Porque, de resto,

em termos de material, tipo de material, qualidade de material e tudo isso, não houve alterações.

E1: Portanto, até gerou mais custos.

R: Gerou um bocadinho mais de custos, gerou.

E1: Sim, porque se se compra mais e fica em armazém, tem um custo vosso.

R: Não, não. Mas o material era consumido.

E1: Com certeza, mas estava era mais tempo na vossa posse.

R: Estava era mais tempo na nossa posse.

E1: Tinha um custo, tinha um custo de armazenar.

R: É, tinha um custo acrescido, sim senhora, pois claro.

E1: Então volta à minha: há aqui uns ganhos enormes de eficiência a fazer, não é?

R: Pois. Mas, neste momento, isso já não acontece. Isso, neste momento, já não acontece. Já há algum tempo que não acontece. Aliás, desde setembro que isto já não acontece, já não temos que estar preocupadas com isso.

E1: Mas foi só isso? Foi só o dilatar do tempo?

R: Foi só o dilatar... porque, eu julgo, que tinha a ver com pagamentos.

E1: Eu não estou a falar na questão de... é evidente que isso teve implicações nas promoções das pessoas e isso tudo.

R: Sim, sim, mas isso não vamos por aí...

E1: Isso aí é genérico para a administração. Mas eu estou a falar agora no caso específico dos recursos mais tangíveis, operados, portanto, esses recursos não houve problema nenhum. Até pelo contrário, gerou mais custos.

R: Não, gerou mais custos... não foi mais custos ao longo do ano. Os custos foram os mesmos, só que nós tínhamos era que fazer uma encomenda superior, porque sabíamos que a

próxima encomenda ia levar dois meses. Portanto, nós tínhamos que fazer uma encomenda, não para um mês, mas para dois meses, mais ou menos. Pronto. Tínhamos que fazer um cálculo, mas o cálculo nunca é real. Porque temos semanas, por exemplo, em que operamos vinte aórticos e zero coronários, mas depois temos outras semanas em que operamos dez aórticos e dez coronários. Portanto, temos que ajustar ali um bocadinho. Temos um stock máximo e um stock mínimo, aí tínhamos que ajustar um bocadinho. Agora esse problema já não se põe, porque nós, neste momento, as encomendas que eu fizer hoje, daqui a (se não houver problemas com o fornecedor, atenção, porque às vezes há problemas é na produção) 72 horas está cá. Portanto, eu faço o suficiente para vinte e tal dias, pouco mais ou menos, que é o tempo de funcionamento, dias úteis de...

E1: Ok. Deixe-me só voltar aqui atrás, que é o seguinte: quando há pouco estava a falar essencialmente nos cirurgiões – penso que nos anestesistas esse problema não se põe, não há...

R: Não. Os anestesistas são apanhados de surpresa como nós.

E1: Porque eles estão afetos ao bloco, não é?

R: Não, não. É porque, da mesma forma que a informação não nos é passada a nós, também não é passada aos anestesistas. Ainda por cima, tem a agravante de que nos doentes – em todos – mas, sobretudo, os de cirurgia cardíaca, no dia anterior à cirurgia os anestesistas, quem está de prevenção, vai aos serviços fazer a visita pré-operatória de anestesia a cada um dos doentes programados. Mas depois, no dia seguinte, já não é aquele doente, e a anestesista esteve a falar com aquele doente. Faça-me entender?

E1: Sim, sim.

R: É porque a informação também não lhes é passada. Muitas vezes também lhes é passada em cima da hora, ou então, é passada tipo assim que chegam aqui às 8h da manhã e depois são elas que nos vêm dizer a nós: olhe que afinal já não é aquele doente, é outro e não sei quê, com outro diagnóstico.

E1: Portanto, a intervenção vai-lhe demorar mais tempo a arrancar porque ele tem que entender o que é que quer seguir naquele caso.

R: Não, não vai demorar mais tempo a arrancar, o que vai demorar mais tempo é: o doente vem, começa a fazer a parte da preparação de anestesia, vias e tudo isso, só que as outras duas pessoas que teriam que estar ou deveriam já estar na sala a preparar tudo o resto para a cirurgia, estão a alterar um carro.

E1: E isso é vosso, é da enfermagem?

R: É nosso.

E1: Deles é apenas saber que tipo de fármaco usam e que doses, e coisas desse tipo.

R: Tudo isso.

E1: É mais rápido, portanto.

R: Quer dizer, para eles a alteração não é muito grande, são poucas as alterações. Para nós, às vezes implica fazer um carro de raiz, e um carro de raiz leva tempo.

E1: Portanto, no fundo, o que me está a dizer é que há um problema de comunicação. E agora já sou eu a falar, mas, eu se tivesse que dar alguma opinião – eu não quero dar opiniões – mas, se tivesse que dar opinião, o que eu diria é que não há um conceito de bloco operatório e que seja validado por todas equipas que estão nesse bloco, porque, aquilo que é a sua visão de bloco não é a mesma dos cirurgiões. Pode-me dizer que ... ‘era fácil chegar a um conceito, o problema depois era fazer (não perceptível) porque depois eles têm outras atividades, outras pressões e outras coisas’, mas, de facto, o que existe é que não é um conceito partilhado.

R: Não. Não.

E1: Agora sou eu, de gestão, interpretando aquilo que me está a dizer.

R: Mas não há e é uma coisa pela qual nós temos, de facto, tentado chegar a um consenso em termos de diálogo e, provavelmente, quem faz esse tipo de apelo é a enfermeira chefe (a enf. Marques Bentes) junto dos diretores de serviço

E1: Repare, mas está a ficar no informal, não é? Eu também com os meus colegas – eu dou aulas, não só mas pronto, também dou aulas – e nós temos um conceito definido para o que é que se quer de uma licenciatura ou de um mestrado.

R: Claro, o que é que se pretende, quais os objetivos.



E1: E qual é o meu papel aí, o que é que eu tenho que fazer. Posso não dar as aulas todas, mas há uma parte que eu sei que tenho que dar, porque tem implicações no outro, ele depois não consegue, ou então vai repetir

R: Ouça, eu sei que isso fica escrito em ata.

E1: Não, também. Mas o que eu estou a tentar ver consigo é como é que se podia fazer de maneira a que as pessoas... eu, por exemplo..

R: Houvesse compromisso.

E1: É inerente à minha atividade. Quer dizer, eu tenho uma cadeira que se chama, sei lá, Gestão das Operações, posso ir falar de marketing, não é porque não possa falar, mas a seguir os alunos vêm dizer: “aquele professor não deu matéria e eu não percebo nada do que você (o seguinte) está a dizer”, “eu nunca falei nisso”. Stocks, estamos a falar de stocks. Há um que vai dar uma cadeira que precisa daquilo, uma cadeira de abastecimento, qualquer coisa. E eu atrás deveria ter dado gestão de stocks e o outro começa, partindo do princípio que eu já dei, põe lá os modelos e por aí fora, e “ah professor, eu nunca dei isso”.

R: Pois, ouça, eu não sei qual...

E1: Estas situações, também existem, mas é o que eu estava a falar: há uma partilha mais ou menos intrínseca à equipa que ali está do que é que é o conceito daquele produto. Portanto, aqui o vosso produto é resolver o problema à pessoa, não é?

R: Exato.

E1: E pelo que me está a dizer – estou a pôr a questão para dizer se é – não há um conceito assumido pelas várias equipas, do que é que é a sua função e do que é que é o produto.

R: Das várias não. Algumas sim, outras não. A grande maioria não. A grande maioria não. Embora exista... não sei se está protocolado, se não está protocolado, necessidade de haver esse tipo de comunicação e não haver variantes ao que estava inicial, que voltamos ao tal problema do mapa que sai à sexta-feira ao meio-dia ou às onze.

E1: Isso é depois... é como eu na universidade é dar aulas, mas não houve uma partilha anterior...

R: Não, e uma pessoa está preparada para aquilo... as pessoas todas, a equipe, os enfermeiros do bloco estão preparados para aquilo e todos os dias vão ter que se preparar para outra coisa.

E1: E isso gera um risco para além da eficiência.

R: Gera riscos, gera stress, gera conflito.

E1: Sim, claro. Então se corre mal... Se não corre mal, a coisa vai andando...

R: Gera tudo isso. Gera aquela nuvem negra por cima de toda a gente que está implicada no assunto. Mas faz sentido.

E1: Faz, faz, eu só estava a tentar ouvi-la sobre isso.

R: Faz sentido. Nós tentámos amenizar as situações, mas amenizar só para nossa proteção, porque estamos aqui o dia todo, oito horas, é pesado, não vemos a luz – graças a Deus hoje estou a ver um bocado. Se estamos sempre, todos os dias, de manhã à noite, no conflito, isto gera muito stress, cansa muito psicologicamente, não é fisicamente, psicologicamente cansa muito. E há uma quebra na eficiência e na eficácia. Há uma quebra, há uma quebra porque a pessoa quando está stressada funciona de forma diferente. Fica muito mais conflituosa, há mais gritaria, há mais correria. Tudo isso altera. Quando as coisas são ali certinhas, nós sabemos que é um tipo de cirurgia com riscos, mas estamos preparados para aqueles riscos. Agora quando as coisas são mudadas, são riscos acrescidos e são alterações na própria ... nos intervenientes há alterações que vão gerar também riscos acrescidos, pelo stress que se gera, pelo conflito que se gera, por tudo.

E1: Eu gostava então, uma vez que não falamos sobre isso, de ver a questão do beneficiário, do paciente. E a questão aqui, também genérica, é: como é que o paciente pode ser um recurso para atuar colaborativamente com vocês (claro que é na sua prática) que tenha impacto na eficiência do sistema, a sua não colaboração ou a sua colaboração, sendo isto, o caso mínimo de ele não puxar (não perceptível) até ao máximo que é ele poder coproduzir qualquer coisa em vez de vocês – nos pisos é mais simples.

R: No piso é mais simples.

E1: Ele vai ver a tensão arterial, ... mas o que é que poderá acontecer aqui...

R: No piso é mais simples. Aqui, há uma coisa, para já, que era facilitadora em termos de ansiedade para o doente, que era no dia anterior, a tal história da visita pré-operatória.

E1: Mas isso poderá ter impactos depois na cirurgia? Ou seja...

R: Na cirurgia em si, em si propriamente não. Tem impacto é na fase inicial, de quando o doente entra na sala, isso sim. Teria impacto era nos efeitos da ansiedade do doente. Um doente ansioso é um doente que não tem vias. Não tem. Elas desaparecem. Um doente que vem ansioso, isto

E1: Não se consegue apanhar.

R: não se consegue apanhar. Quer dizer, consegue-se com muito esforço e alguma dor da parte do doente. Um doente que vem assim um bocadinho mais relaxado é mais colaborante nesse sentido.

E1: Então quer dizer que podem colaborar na construção de qualquer coisa para o resultado da intervenção? Não ao nível de mexer nos instrumentos, como é óbvio.

R: Não. A nível da cirurgia não. A nível da cirurgia não. Talvez do tempo, do tempo que permeia a entrada do doente, o fim da anestesia, o início da cirurgia. Às vezes são anestésias muito prolongadas, por variadíssimas coisas, porque o doente é muito mau, porque vem muito ansioso, porque ... ou vem mal preparado, variadíssimas coisas.

E1: Mal preparado é psicologicamente ou mal preparado do ponto de vista ...

R: Fisicamente até, muitas vezes.

E1: Portanto, os fármacos que tomou e da informação que traz com ele.

R: Sim. Até porque há muitos doentes que entram que não estão pré-medicados, que é a tal história, o doente que tem a pré-medicação prescrita já não é o que vai vir.

E1: Pois, mudou, não é?

R: E a anestesista não viu aquele. Como não viu aquele, não lhe prescreveu pré-medicação. Ou seja, o doente vem na sua plena consciência. Isto seria mais ... talvez se consiga mais com os doentes de loco-regional, esses sim, e os doentes de anestesia local – que nós temos

doentes que fazem loco-regional que são aquelas raquianestésias e as anestésias locais e não sei quê.

E1: Anestésias locais são aquelas para pequenas intervenções.

R: Pequenas coisas.

E1: Ou stents, essas coisas.

R: Sim.

E1: Mas não é você que põe stents, pois não?

R: Nós aqui não, é ali na hemodinâmica. Mas nós fazemos acessos para hemodiálise com anestesia local, pomos cateteres também para hemodiálise.

E1: Para insuficientes renais, não é?

R: Exato. Mais? Depois há doentes que se forem fisicamente “robustos”, para reparação de hérnias, podem fazer as raquianestésias. E se for um doente que...

E1: Podem fazer eles mesmo?

R: Não.

E1: Ah!

R: Não. Podem ser submetidos a uma raquianestesia. Mas aí, lá está, depende da preparação do doente. O doente até pode vir um bocado ansioso, mas depois há aquela fase do enfermeiro... não é o enfermeiro que propõe, primeiro, quem propõe é o anestesista.

- Olhe, acha que se sente capaz de fazer uma raquianestesia? Escusa de ser uma anestesia geral.

- Ah, mas eu não quero, porque não sei quê.

- Então, mas eu dou-lhe uma coisinha e fica a dormir. Não é uma anestesia geral, é só uma raquianestesia e é uma recuperação mais rápida.

Os doentes aí colaboram. Aí colaboram.

E1: Mas colabora, o que é que isso quer dizer?

R: Colaboram no sentido de “ai, estou aqui há muito tempo, dói-me as costas” e, às vezes, cirurgiões estão em amena cavaqueira e pronto, não têm propriamente ali o objetivo de terminar àquela hora, pode ser mais um bocadinho e depois vem alguém que fala e não sei quê. E o doente começa-se a queixar porque está na mesma posição há imenso tempo – quando eu digo imenso tempo é hora e meia. Mas, é desconfortável, uma mesa de bloco operatório é muito desconfortável. O doente vai dando o seu feedback. Eu acho que isto é uma parte de colaboração por parte do doente. E então as anestésias locais são muito más, porque o doente com uma loco-regional fica anestesiado da cintura para baixo e ele a única coisa que pode mexer é o braço, é um bocadinho das costas e pouco mais. Não sente as pernas e não sente a parte abdominal. O doente de anestesia local, esse nós dizemos: “oh senhor não sei quê, mas quer que nós demos uma ajudinha só para pôr um bocadinho de lado, ou ajeitar um bocadinho as pernas, veja lá”. “Ai, se me pusesse uma almofadinha de baixo das pernas”. O cirurgião: “Olhe, não vire o braço”. E ele põe outra vez o braço na mesma posição, porque se vai distraíndo, porque nós ficamos ali a tentar conversar com o doente para o distrair também, para aliviar um bocadinho aquele stress. O doente vai relaxando e vai virando, virando, virando. “Olhe, oh senhor não sei quê, ponha o braço na sua posição”. Esses sim, esses sim, têm a sua parte de colaboração na cirurgia. Os outros não.

E1: Mas aquilo que eu estava a tentar ver que era de criarem qualquer coisa que era ajustada àquele doente porque ele colaborou, não faz parte do protocolo normal. Isso existe, ou não? Ou seja, há uma solução nova que...

R: Não. Não.

E1: Aqui é uma parte de produção do serviço, porque tem que ter a enfermeira “Esteja quieto, não sei quê”, mas não há nada de novo, de diferente, que é ajustado só àquele caso. Ou há?

R: Não. Não. Não. Portanto, o doente é que precisa um bocadinho de mais interação porque está acordado (o doente da anestesia local), precisa de um bocado mais de interação do enfermeiro. Nós temos que estar a prestar atenção ao cirurgião, mas também temos que dar um bocadinho de acompanhamento ao doente, porque o doente está acordado. Enquanto nas anestésias gerais, nós temos que prestar atenção ao que se passa com o doente, mas o doente não se queixa. Nós temos que estar a prestar atenção a tudo o que seja monitorizações e tudo isso, mas o doente não se queixa.

E1: E o queixar-se acha que é importante?

R: Eu acho que é importante. É evidente que um doente de cirurgia cardíaca jamais se poderia queixar.

E1: Sim, está a dormir, não é?

R: E é o tipo de cirurgião em que era impossível.

E1: Sim, eu estou a tentar pensar mais na cirurgia geral.

R: Sim. Um doente, ou que se queixa, ou que

(PAUSA NA GRAVAÇÃO)

E1: Estávamos a falar da questão da possibilidade do doente colaborar.

E2: Um doente que se queixa...

R: Sim. Isso é mais...

E1: Eu estava a tentar ver é se havia alguma coisa que teria impacto, teria consequências, na qualidade de vida mas no pós-operatório do doente, essa colaboração ou não. Ou aquilo também faz o que ele faz, facilita-vos é a vida.

R: Facilita a sua permanência e talvez encurte um bocadinho o tempo de permanência no bloco. Eu acho que facilita.

E1: Mas não há nada que permita ajustar-se mais a ele? Com consequências que são específicas para ele, não é genérico para todos.

R: Não. Não. Não. O funcionamento é igual para todos que sejam de cirurgia geral. O funcionamento acaba por ser igual. O número de pessoas na sala, muitas vezes é que acontece que, como o doente não está com uma anestesia geral, está com uma anestesia local, o número de pessoas é que diminui dentro da sala, porque não são precisas tantas pessoas, não são precisos três enfermeiros, porque quem faz as anestésias locais são os cirurgiões, não é um

anestesista. Uma loco-regional já é um anestesista, mas as anestésias locais é um cirurgião. Portanto, só precisa de uma enfermeira que esteja a instrumentar, um instrumentista, ...

E1: E um técnico, não é?

R: Não é técnico. É um enfermeiro. Os técnicos aqui não existem. Temos assistentes operacionais que tratam das salas em termos de higienização.

E1: Mas esses só entram no fim ou no princípio, não estão lá durante.

R: Estão fora da sala. Dão apoio à sala.

E1: Sim, sim. Na sala estão três pessoas, não é? É o cirurgião e dois enfermeiros, não é?

R: Três enfermeiros.

E1: Não. Mas no caso que estava a falar.

R: Ah, neste caso está o cirurgião, um ajudante, mais dois enfermeiros – o enfermeiro que está a instrumentar e o enfermeiro que, ao mesmo tempo que circula, dá apoio ao doente.

E1: Ah, pois, está bem, está bem. Não estava a ver esse. Ah, só uma questão aí: a questão da família. Como é que acha que a família pode...? Tem algum impacto no...?

R: Eu acho que tem, no sentido...

E1: ... na vossa eficiência.

R: Não. É assim, eu acho que teria, neste momento não tem. Tem da parte da pediatria. Aí tem.

E1: Mas isso é formal, porque a criança não consegue...

R: Exato.

E1: Mas eu estou a dizer é, para além dessa questão da pediatria, o envolvimento da família poderia ou poderá, não sei, ...

R: Eu acho que teria se houvesse a tal visita pré-operatória feita pelos enfermeiros do bloco ao doente que vai ser operado no dia seguinte haver uma presença da família, porque toda a

informação e ensino e tudo isso que se faz ao doente, a família absorveria também essa informação e esse tipo de...

E1: E prepararia o doente para o pós-operatório.

R: Exato. E, se calhar, apoiava, eu não digo que não apoie, mas teria mais noção, talvez, da forma de apoiar aquele doente no seu pós-operatório [all of the information and teaching and so on what we give to patients, the family would also learn that information... maybe they will be more aware about the way to support that patient in his/her post-surgery]. E depois havia mais envolvimento até da parte da própria família, eu julgo que sim.

E1: Aí podia haver ganhos até para vocês no bloco?

R: Eu julgo que sim, eu julgo que sim. Há doentes que nós sabemos... há doentes que não querem que a família saiba o que é que eles têm, nem querem nem ninguém ao pé, mas há doentes que fazem parte de uma família estruturada, em que existem os pais, os filhos e os netos, e não sei quê.

E1: O normal, não é?

R: Pronto, o normal, exato. E essas pessoas que vêm ser operadas, se a família mais chegada, que acompanha e que depois vem no pós-operatório às visitas com regularidade e não sei quê, se as pessoas já tivessem, inicialmente, uma informação um bocadinho mais esclarecedora sobre aquilo que se ia passar, a evolução e tudo isso, as hipóteses de evolução, eu acho que em termos de eficácia, até não para nós, mas de permanência no hospital, talvez fosse beneficiada nesse sentido. Porque eu acho que uma pessoa informada reage de outra maneira, julgo eu.

E1: Quer-nos dizer mais alguma coisa?

R: Não sei se falta alguma coisa para dizer.

E1: Não, não. Eu acho que já passamos mais ou menos por tudo. Pode ser que haja alguma coisa que não esteja a ver, mas, à partida, face àquilo que era a minha expectativa ouvi-la sobre estes assuntos. Alguns já tinha até ouvido, por uma colega, outros não porque ela não tem a sua experiência.



R: A única coisa que eu possa acrescentar é que uma das coisas que influencia em termos de eficiência – e não estou a confundir eficiência com eficácia, são coisas diferentes –, temos muito poucos assistentes operacionais, muito poucos. O que é que isto quer dizer? Quer dizer que se eu tiver três salas a acabar ao mesmo tempo, eles só conseguem higienizar uma de cada vez. Alguma das salas se vai atrasar, quando poderia não se atrasar. E estamos a falar às vezes de 15, 20 minutos. Quinze, vinte minutos ao longo de toda a semana, duas vezes por dia ao longo de uma semana, é muito tempo. Mas, lá está, tem tudo a ver com a contratação de pessoal. Aí sim, sente-se, aí sente-se.

## Appendix A-7

### Interview 7

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

E1: Sobre um tema que, à partida, nós pensámos que é conhecido, que é a eficiência. O que é que é eficiência? O que é eficiência para si como cirurgião, o que é que é a eficiência em relação com os seus colegas, o que é que é a eficiência em relação com as outras equipas, de enfermeiros, ou técnicos... É cirurgião cardíaco, não é?

R: Sou cirurgião cardíaco.

E1: Portanto, as enfermeiras dos pisos, dos serviços, em geral. E depois uma segunda abordagem que é: o que é que é a eficiência na ótica do paciente? Nós também vamos falar com pacientes, mas, nesta fase, é sobre a sua experiência.

R: Mas isso acaba por ser muito linear, não é?

E1: É. Mas é tentar não ser muito específico, que é para ouvi-lo.

R: Não ser ou ser?

E1: Eu não ser. Nós não sermos. Porque, se não, estávamos a conduzi-lo já por um caminho que não é o seu. Nós aqui é uma lógica de contar uma história. Conte-nos lá a sua história, baseado na sua experiência...

R: Então quer que eu fale sobre o que é que é a eficiência para mim.

E1: Para si. Nesta ótica de (não perceptível) interna, da organização, colegas, etc. do serviço onde está e depois o que é que acha que é a eficiência na ótica do doente.

R: Então, dois níveis, a nível de eficiência. Então, eficiência pegamos a dois níveis. Um deles é o nível técnico, que é a eficiência do procedimento que vai ser feito, todo o... as análises que têm de ser feitas antes, o que é que tem de ser feito durante a cirurgia e o que é que tem

de ser feito depois da cirurgia – são condicionantes técnicos específicos para o procedimento que está a ser feito. E depois, há uma outra eficiência que é a eficiência paralela, no decurso todo do doente ao longo do trajeto de passar por esta cirurgia, vamos dizer assim. Começando pela segunda: a eficiência passa por um doente quando entra ter tudo calendarizado, e isto acaba por... a eficiência prende-se por fazer o mais correto no menor tempo possível e menor esforço possível. Isto implica sempre um decurso tipo fábrica, no sentido em que, quando o doente entra, tem uma cama à espera dele, tem pessoas à espera dele, todos os requisitos para a cirurgia estão prontos, desce para a cirurgia na altura em que tem de descer, é operado na altura em que tem de ser operado, e continua daí para a frente. No pós-operatório, quando acaba a cirurgia, tem uma cama à espera, tem uma unidade à espera para o receber, tem um pós-operatório que decorre de acordo com o que está já pré-definido e tem alta dentro do que está estipulado para um internamento. Vou-lhes dar um exemplo. Por exemplo, um doente coronário tem um internamento de 5 a 7 dias na cirurgia cardíaca em geral e especificamente aqui e, portanto, prende-se sempre por isto. O que é que implica (dentro deste procedimento de lado, que não estamos a falar do técnico)? Implica que o doente é chamado com antecedência. Que, da parte do doente, traz os exames e não vem doente para que, ao chegar cá, afinal não seja tudo cancelado. Quando chega cá, há uma vaga pensada para ele. Os enfermeiros fazem a admissão do doente. O médico está à espera dele e vem vê-lo logo no dia antes de ser operado. Fica tudo programado para o dia seguinte: é pedido o sangue, é feita as análises para ter a certeza que analiticamente está tudo certinho, não há nenhuma complicação com a cirurgia. Os exames todos que levaram a ter este diagnóstico que implique a cirurgia estão validados e estão presentes. Tudo isto são requisitos que têm de estar prontos. E se não estão é contra a eficiência de um procedimento que está programado. Toda esta programação tem de ser feita antes, como é óbvio, porque se não a eficiência desaparece porque não é capaz de este procedimento ser eficiente, à partida. Implica depois disso que, no bloco operatório, não haja intercorrências, que o doente desça no dia seguinte quando está programado. Que quando descer há alguém, os enfermeiros estão prontos para o receber no bloco. O anestesista está pronto para o anestesiar. O cirurgião começa a cirurgia dentro do que é suposto. A cirurgia decorre de acordo com o que é programado para o tipo de patologia. E, quando acaba a cirurgia, o doente já tem vaga nos cuidados intensivos para poder transitar para os cuidados intensivos. Nos cuidados intensivos, a parte técnica – que já falaremos – será toda linear. Portanto, há o acolhimento do doente e é feito o winning quer das drogas, quer ventilatório, quer a vigilância dos doentes, quer do estado neurológico de acordo com o que é normal. E conforme essa evolução vá sendo normal, o doente possa, estando extubado depois

e sem drogas, poder sem transferido para a enfermaria, onde faz o resto do seu tempo de internamento de acordo com o que é protocolado e poderá, então, ter alta, com os seus papéis de alta. Este é, como eu lhe digo, esta primeira margem de eficiência e que, muitas vezes, temos areias aqui na engrenagem, digamos assim. Ou porque o doente quando chega não tem logo cama. Ou porque há atrasos e falta alguém no bloco e então, ou não tem anestesista, ou não tem enfermeiro, ou não tem médico e, então, não se consegue fazer a cirurgia na altura em que tem de ser feita. Ou quando acaba a cirurgia e não há ainda vaga nos cuidados intensivos e tem de ficar à espera. Ou porque, quando vem depois para a enfermaria, e para ter alta, nomeadamente, muitos dos doentes precisam de alguns exames para se certificar que está tudo certinho para ter alta, faltam esses exames e protela-se aqui um, ou dois dias a alta por causa exatamente ... tudo isto são coisas processuais que vão implicar uma não eficiência no que se quer projetar para cada doente. Como é óbvio, estes tempos que eu tenho falado – e por isso é que comecei a fazer um coronário de 5 a 7 dias de internamento –, isto tem a ver com as variabilidades de cada doente. Cada um destes protocolos vai adstrir não ao epítome da doença que o doente tem, mas ao doente em si. Há doentes que para além de terem doença coronária, têm insuficiência cardíaca, têm doença renal, têm doença pulmonar. Há outros doentes que só têm a doença coronária e, como é óbvio, cada doente tem que se... o protocolo base – que é esta parte tipo fábrica, pensada, que eu vos estou a dizer (entra num dia, é operado no dia seguinte, vai para os cuidados intensivos, às 48 horas normalmente está na enfermaria outra vez, ao quarto, quinto dia faz um ecocardiograma e, se estiver tudo bem, tem alta), – isto vai-se adequando ao tipo de doente. Mas, de base, é uma prova que, se conseguirmos cumprir isto que está projetado – não só por ideias, mas por experiência, pelos timings que nós sabemos que são os indicados, quer internacionalmente, quer por nós –, quando corre dentro deste programado, sentimos que as coisas foram feitas da melhor maneira possível. E da melhor maneira possível é exatamente o protocolo de eficiência, que é conseguir fazer o que temos de fazer, com o menor consumo de recursos e no menor tempo possível. Agora, isto é a parte processual, digamos. A parte técnica já é diferente. Uma eficiência técnica é conseguir corrigir – no meu caso que sou cirurgião – a patologia da base, na forma menos invasiva, mas com um melhor resultado possível. E não só o melhor resultado atual, mas o melhor resultado a la long [(...) in the less invasive way, but with the best result – not only the actual, but the best result *a la long*], portanto, tudo o que eu faço em cirurgia cardíaca, eu faço com o intuito de ser o mais curativo possível – porque, felizmente, em cirurgia cardíaca, nós temos muito pouca neoplasia, portanto nós não temos de nos preocupar com esse género de ... –, nós o que tentámos arranjar, digamos assim, muitas vezes

conseguimos que fiquem o resto da vida tratados. Portanto, e isto que estamos a falar, quando tratamos de crianças com 1 mês de vida e quando tratamos de velhotes com oitenta e tal, noventa anos. Em todos eles é tentar que esta patologia que nos é indicada, na maior parte dos casos, fique tratada, para o doente ter uma ótima vida e não precise de ser re-intervencionado [(...) have a normal life, without the need of another surgery]. Nesse sentido, a eficácia técnica tem a ver exatamente com isso, com conseguir, no procedimento operatório específico que estamos a fazer, ter a capacidade de oferecer uma instituição ad integrum quase, quando isso é possível. Quando não é possível, conseguir uma alternativa fisiológica laica, ou seja, conseguir que o coração fique a funcionar de uma forma que dura para sempre, mesmo que não seja o que é normal numa pessoa que nasce sem patologia cardíaca, mas que a verdade é que o doente fique tratado, para todos os efeitos. Isso será esta eficiência técnica. Esta eficiência técnica depois vai depender de muitas coisas. Depende de ter os materiais necessários para fazer as coisas que quero fazer. Infelizmente, estando num hospital público, às vezes há coisas que não estão disponíveis, às vezes falha. Há uma válvula que não há e eu tenho que pôr uma outra válvula, que não é exatamente a que eu tenho mais experiência, mas que, pronto, que a durabilidade não possa eu ter condicionantes e, na minha experiência, achar que não seria a que eu queria pôr. Isto são tudo falhas técnicas, mas que vão afetar a minha eficácia. Se hoje – que é um dia de greve – e eu não tenho enfermeiros, e estou a cancelar doentes, como é óbvio, neste momento, mais do que falha técnica, não há eficiência processual hoje porque nós estamos a cancelar os nossos doentes, porque ao haver greve de enfermeiros, não tenho enfermeiros suficientes para dar para fazer uma cirurgia com segurança. E como é óbvio, não vão fazer uma cirurgia sem enfermeiros, tal como não vou fazer uma cirurgia sem ter anestesistas, ou não vou fazer uma cirurgia sem ter cirurgiões, como é óbvio. Neste caso, especificamente hoje, é o exemplo de um problema que afeta logo à partida a eficiência processual, portanto, nem sequer chegamos à eficiência técnica. Voltando à eficiência técnica: portanto, falta este material – que infelizmente é algo que existe e que é real. Erros cometidos, ou por mim, ou por quem está a operar, como é óbvio, isso também vai afetar a própria eficiência. Às vezes pode haver achados de novo ou comorbilidades... por exemplo, um doente que estamos a operar, na cirurgia cardíaca, e, de repente, começa-se a rasgar uma coisa que não estávamos à espera rasgar e que eu posso nem sequer ter tocado nela, como é óbvio, aí entra dentro de um campeonato de complicação no decurso, sem que seja um erro adstrito a alguém – tem a ver com a própria fragilidade do doente ou tem a ver com fatores que nos transcendem como ser humano (há coisas que não conseguimos, mesmo na melhor das projeções, conseguir perceber). E, como é óbvio, isso é

algo que também entrará aqui na eficácia do que é que nós estamos a conseguir fazer. Mas, cada vez mais, todos estes processos são algo que nós conseguimos evitar porque, então especificamente em cirurgia cardíaca... cada vez mais, isto era algo que há 40 anos se falava e que poderia afetar a capacidade do que se faz, hoje em dia, ... eu trabalho numa área hiper-específica, a cirurgia cardíaca nós não temos margem para erro. Se alguma coisa corre mal, o doente fica inevitavelmente muito mal ou não fica nunca mais, como é óbvio. E, portanto, a nossa margem de erro é mínima, e o nosso estudo pré-operatório e o nosso estudo do doente é exaustivo, nesse sentido, para que nada disto também aconteça [the margin of error is minimum and their knowledge and study of the patient's condition must be extensive]. Isso também é algo que ... Por isso é que conseguimos dizer que processualmente temos já estipulado os tempos de internamente e, para cada técnico operatório, nós já temos muito padronizado o que é que fazemos e como é que fazemos. E a verdade é que, variando de cirurgião para cirurgião, e até variando mesmo de país para país, havendo algumas nuances no tipo de material que uns usam mais ou não – uns gostam mais de uma marca de umas agulhas, outros de uma marca de outras agulhas –, mas, conceptualmente, ao ser tudo tão padronizado, acabamos por conseguir que a reprodutibilidade seja muito grande. E, para qualquer cirurgia e para qualquer cirurgião, a capacidade de ser reprodutível e para o mesmo tipo de patologia, mesmo variando o tipo de doentes mas, para o mesmo tipo de patologia, conseguir fazer um procedimento adequado e ter um resultado que é semelhante é exatamente o que nós [for the same condition, even with different patients, being able to do an adequate procedure and having similar results]... é o expoente de o que será a chamada eficácia técnica, que é conseguir exatamente entregar a cada doente o que está preconizado que seja o ideal para aquela patologia. E pronto, são assim estes dois campeonatos que, à partida, sem muitas linhas, me fazem... Objetivamente, onde nós, em Portugal, em cirurgia cardíaca, e no público especificamente – porque no privado há coisas que variam e eu trabalho nos dois lados –, o que nos é mais difícil e mais vezes aparece areias na engrenagem é nesta parte processual. Não tanto na parte técnica, mesmo às vezes havendo variações no material de base, somos uma especialidade muito diferenciada, portanto, eu se não tenho determinado tipo de material, eu não faço o doente, não vou sequer pôr-me aqui a condicionar o resultado no doente por uma coisa que é uma vergonha não termos. Processualmente é que é mais complicado. Entre as greves, entre alguém que fica doente, entre falta de vagas aqui, falta de vagas ali, etc., isto tudo acaba por afetar a nossa eficiência e fazer com que doentes que poderiam, idealmente estariam cá internados e teriam alta entre o quinto e o sétimo dia, às vezes têm alta ao oitavo, ao nono, ao décimo, décimo primeiro e isto, não só põe em risco o doente pelo aumento do

tempo de internamento, que inevitavelmente está associado ao aumento do risco de infeções, porque, como é óbvio, um doente que está internado, as únicas bactérias que sobrevivem são as mais graves.

[Pausa na gravação]

R: Portanto, já não sei onde é que ia.

E1: Mas estava a falar do processo, que aqui há diferença entre técnica e processo, e onde havia mais complicações...

R: O processo, hoje em dia, é onde sentimos mais areia na engrenagem. É porque há greve, é porque falta uma cama, ...

E1: Deixe-me só voltar um bocadinho atrás. Disse várias vezes a palavra 'eficácia', não é?

R: Sim.

E1: Portanto, para si eficiência é eficácia?

R: Não. Eficiência e eficácia eu sei que são diferentes.

E1: Muita gente confunde as duas definições.

R: Sim, mas são diferentes. Os dois conseguem os resultados, um consegue no menor tempo possível.

E1: Com menores recursos, não é?

R: Com menores recursos, sim. Menor tempo possível, menores recursos. Portanto, um é ser eficaz, que é conseguir chegar ao resultado. Eficiente é com o menor tempo possível.

E1: Portanto, o que disse, no fundo, é uma lógica de compliance com o protocolo, não é?

R: Ao ter compliance ao protocolo, nós conseguimos minimizar as variantes e conseguimos ser o mais eficientes possíveis. Não só eficazes – conseguir ter o resultado que nós queremos

da cirurgia –, mas conseguir ter o resultado, consumir o mínimo de recursos, não ter que estar todos os dias a dizer: hoje vou precisar disto, ou daquele ou d'aqueloutro. Automaticamente sei que, se vou operar um coronário, vou precisar de ter um afastador, vou precisar de ter isto, isto e aquilo, vou precisar de ter uma unidade de cuidados intensivos, vou precisar de ter uma anestesista com estas características, vou precisar de todas estas vertentes. Ao estar protocolizado, nós conseguimos ser mais eficientes. A ideia é esta.

E1: Há uma lógica de repetição...

R: Há uma lógica de... mas não só repetição, mas, até diria mais, de padronização. Ao padronizar cria... para um doente coronário – estou a usar um coronário, mas podia dizer um aórtico, um mitral, não interessa –, quando este doente, tendencialmente, ao ter todas estas coisas já pré-definidas, sabemos que não há ninguém que não saiba o que é que estamos a fazer, o material está todo confirmado, à partida, antes de ser necessário, as pessoas estão todas à espera deste tipo de cirurgia, com este tipo de duração, com este tipo de ... isto entrando em coisas técnicas, há uns doentes em que nós parámos o coração, há outros doentes em que nós não temos de parar o coração, há uns doentes em que temos de usar umas máquinas, há outros doentes em que nós já não temos de usar. Ao estar já pré-definido que para este tipo de doente vamos fazer assim, a eficiência é muito maior, porquê? Porque já toda a gente está, à partida, a saber o que é que vamos fazer e todos os requisitos que, normalmente, esta cirurgia tem, já vão ser preenchidos antes dela começar. Portanto, não vamos estar à espera disto, daquilo. Não vai faltar isto ou aquilo. E, portanto, tudo se vai desenrolar com uma velocidade maior e com uma eficiência muito maior, nesse sentido.

E1: Mas está-me a falar de um céu muito azul, não é? Nem sempre as coisas acontecem assim.

R: Como lhe digo, nós somos muito padronizado e, cada vez mais, temos maior diferença nesse sentido. Felizmente, é como lhe digo, nós estamos no fim de linha. Em Portugal, há Lisboa, Porto, Coimbra e Funchal que faz cirurgia cardíaca. Porquê? Os requisitos que nós temos de ter para fazer este género de cirurgias são muitos grandes, não só a nível de diferenciação pessoal, mesmo a nível de especificidade de material, por um lado. E depois, o que envolve a nível de componentes, de exames, de (...) é muito grande. Eu não posso decidir hoje operar um doente a Vila Real de Santo António só porque me apetece. Enquanto que um cirurgião geral consegue, um cirurgião plástico consegue, um cirurgião cardíaco não



consegue, nem tem sequer material, as pessoas não estão sequer formadas o suficiente para ter um treino específico para conseguir fazer determinado tipo de cirurgia. Portanto, ao haver protocolos definidos, estão já a ser excluídos todos os que não cumprem todos estes desígnios. E estes desígnios são muito apertadinhos. Como digo, é uma cirurgia que tem muito pouco margem de manobra, no sentido em que nós não temos grande margem para erro, porque, quando há erro, nós sabemos.

E1: Mas há coisas que não correm assim tão pré-definidas como é suposto.

R: Como é óbvio.

E1: Hoje temos um doente marcado para as 10 horas e, por qualquer razão, o doente desiste, não veio.

R: Isso, era como eu dizia, o que é mais frequente ... é estas areias na engrenagem que eu estava a querer dizer ... é o mais frequente de acontecer... Hoje há greve. A nós confirmaram ontem que...

E1: Mas essa ainda é... ainda está mais ou menos, com avisos e não sei quê.

R: Ontem. Quer dizer...

E1: Mas pode acontecer você chegar hoje aqui e, por qualquer razão, o doente que era para operar às 10 e não pode...

R: Vou pôr uma coisa mais simples. Era suposto operar agora à tarde e era suposto um doente ter alta para poder um doente da unidade subir e para o doente ir para o bloco e, quando acabasse, poder sair e haver cama. O doente afinal sentiu-se mal e não vai sair hoje. Nós não temos camas de reserva para conseguir estar a pôr doentes. Imediatamente, eu tenho que orientar as coisas. Das duas uma, ou consigo orientar as coisas para ter a certeza que vou ter uma cama de cuidados intensivos ou, então, o meu doente é chumbado porque, apesar de eu ter o doente internado, com as análises certas, uma equipa do bloco à espera e eu pronto para operar, se eu não tenho cama de cuidados intensivos para o receber a seguir, eu não posso operá-lo. E isso é das coisas que infelizmente acontece. Foi por onde eu comecei. A parte processual, digamos assim, é a que é mais frequente haver dificuldade em ser eficaz.

E1: E nessa parte – visto que é a parte em que penso que haverá mais situações destas – quais são os obstáculos a que seja eficiente? Na sua experiência, não estou a dizer...

R: A gestão.

E1: A gestão? O que é que entende por gestão?

R: A gestão das camas.

E1: Mas isso é com o serviço, não é com a enfermeira-chefe, no piso, penso eu?

R: Só que são vários serviços. Entre o serviço de cirurgia cardíaca, o serviço do bloco e o serviço dos cuidados intensivos, estamos a falar de três serviços. E, como deve imaginar, gerir três serviços com enfermeiros-chefes diferentes nem sempre é fácil. Outra coisa é: os próprios doentes. Tendo nós padronizando, volto onde comecei. Nós padronizamos para o doente tipo, mas há muitos doentes que variam e, portanto, ao quinto, ao sétimo dia, não consigo estar a dar alta a este doente. E, portanto, o mais difícil, muitas vezes, é esta parte de que... pedi... Por exemplo, no caso, o doente não teve alta. Vou ter de andar, ou eu ou um colega meu, a tentar arranjar uma vaga. Se não houver no meu piso, noutra piso pedir a um colega meu para tentar ter uma vaga para conseguir que o doente que está na unidade possa subir para outro sítio, para eu poder ter uma vaga. Isto é algo que acaba por ... idealmente, se houvesse uma pessoa só a adstrita a gerir as camas, era algo que seria muito mais fácil. A verdade é que é muito difícil conseguir que isso aconteça, porque uma pessoa, no trabalho dela não vai só gerir as camas e, mesmo assim gerindo, depois há sempre estas alterações. Um doente que estava tudo contabilizado para uma coisa e depois afinal o doente não sai.

E1: Nesse tipo de obstáculos, quais são aqueles que são mais significativos? Este é a gestão das camas, não é?

R: Certo.

E1: Mas deve haver mais, não?

R: Acima de tudo, eu acho que, neste momento, neste hospital – e em Portugal –, a maior dificuldade é a gestão das camas. É um planeamento numa coisa que é volúvel, porque estamos sempre a contar que... enquanto que numa fábrica nós sabemos, quando o carro acaba de ser montado, sai da linha de montagem, nós um...

E1: Muitas vezes...

R: Está bem, mas de base sabe e consegue projetar que, por hora, vai ... nós conseguimos projetar que, à partida, vamos operar X doentes neste dia, e é o que é suposto, assumindo que vão todos sair. Mas, para esse sair, enquanto que numa fábrica o carro sai, estaciona-se lá fora e há espaço, aqui, o doente quando sai do bloco, tem de ir para um outro serviço. E os que estão no outro serviço, quando estão estáveis, têm que ser transferidos para o terceiro serviço e, no terceiro serviço, quando estão em caso disso, têm que ir para casa. É preciso, para isso tudo, que – começando pelo fim – que os doentes possam ir para casa e um familiar o venha buscar, e que haja vaga para este subir, e que o doente esteja estável para ir subindo, portanto, tudo isto são coisas que, nesta primeira fase, depende também de como é que o doente está. E isso, sendo padronizado, é uma variável que depende do próprio doente. Mas, para além disso, ... Ou seja, maior parte das vezes, 80% dos casos, a verdade é que conseguimos que o que nós projetamos que corra de acordo com o que está pensado. Em 20%, entre os vários níveis que é preciso todos rodarem ao mesmo tempo para que as vagas se avancem normal, um deles varia. Ou na unidade de cuidados intensivos, o doente que devia sair não está bom para sair e isso implica que tem de ou outro doente sair ou esse não pode ser. Ou no piso há qualquer complicação e o doente não tem alta. Ou a família diz que, afinal, não o pode vir buscar hoje. Há muitas coisas que é muito difícil estar a projetar. E, nesse sentido, esta parte de gestão de quem é que sai, quem é que não sai, para que piso, quem é que roda, se isto fosse tudo um único piso, um único serviço em que estava tudo mais ou menos junto, mas não é. E, muitas vezes, nós operamos doentes que não entram pelo meu serviço. Às vezes entram pelo piso 5 – que é cardiologia –, ou vêm transferidos de S. Francisco, ou vêm transferidos da Ferreira da Fonseca, ou vêm transferidos do hospital de Cascais. Isto quer dizer que o input de doentes não é o mesmo que o output de doentes que eu tenho na enfermaria, nos cuidados intensivos e na intermediária. Portanto, esta parte é a parte que, objetivamente, é mais complicada hoje em dia. Em segundo nível, é quando há falta de alguém – ou falta de enfermagem, ou falta de... – neste momento, cirurgiões nós acabámos por não ter falta. Poderá ser noutra sítio o problema. No nosso caso, não tem sido esse o problema. É quando nos faltam ou técnicos – porque nós temos técnicos adstritos, para quando temos que usar cirurgias em que usámos uma máquina para fazer de coração, há um técnico específico a tratar só da máquina, não faz mais nada a não ser durante esse procedimento –, neste caso, estes são os perfusionistas. Temos uma falha de um perfusionista, temos condicionante. Se temos uma falha ou de uma enfermeira ou de uma anestesista, temos condicionante. No último ano, tivemos um problema, neste serviço

especificamente, que foi: houve muita falta de anestesistas porque... não interessa. E, portanto, foi um dos condicionantes que ocorreu. Estivemos a ver a estatística e, em mil doentes, houve quase 4% ou 5% de problemas com anestesista.

E1: Porque não há anestesistas no hospital ou porque...?

R: Porque não havia anestesista no hospital.

E1: Nesse caso tem que ir buscar fora, não é?

R: Não. Isso seria muito bom, só que, para isso, é preciso que o conselho de administração depois trate disso.

E1: Então quando estava a falar...

R: Estou a dizer 4 ou 5% dos casos no ano passado em que os doentes foram cancelados por falta de anestesista. Portanto, foi falado que havia falta de anestesia. A chefe de anestesia falou com o hospital, tentaram arranjar e não conseguiram arranjar quem viesse cá fazer. Volto a dizer: nós fazemos cirurgias muito diferenciadas. Não é qualquer anestesista que anestesia para cirurgia cardíaca. Portanto, há um pull em Portugal e nem todas as pessoas podem, mesmo que queiram, não têm os requisitos para fazer. Portanto, acaba por ser uma coisa mais difícil. Já foi melhorando. Neste momento, conseguimos contratar 3 pessoas nos últimos 6 meses, para a anestesia. Para vocês também perceberem até que ponto é que isto é uma coisa complicada. Houve muitas cirurgias que não foram canceladas porque nós, para não estar a prejudicar o doente, numa ótica não de eficiência mas de eficácia, é ao menos operá-lo e em vez de operar... começar a cirurgia às 2h, acabar um outro doente e às 6h da tarde estar eu a começar o doente que devia ter começado na outra sala, mas como não tive anestesista nessa sala, começo quando acaba a outra sala – devia acabar às 6h e às 7h30 seria o fim dessa sala, que não vai ser porque eu só às 6h é que eu vou começar o meu doente (que devia ter começado às 2h). E isso é algo que nós fizemos muito o ano passado para aliviar exatamente estas faltas que vamos tendo quando estamos a falar de pessoas. A nível de material, felizmente, e dado a nossa necessidade, é algo que sendo um pré-requisito, nós, à partida, somos já avisados com antecedência de: “Dr. Tiago, não tenho (não perçável) 1.25 para o senhor fazer o coronário que está marcado para quinta-feira”. Nessa altura, eu digo: “então das duas, uma: quarta-feira ou tenho esse material confirmado ou então cancelamos o doente e vamos pôr outro doente que não precise desse material em específico e vamos

avançar.” E isso, como é óbvio, implica gestões. Conseguir avisar o doente ainda antes de vir para ser internado e dizer: “olhe, não há material, vou ter que o adiar por esta razão” e, assim, não está o doente a ser internado, para depois ser cancelado, para depois ser estas coisas todas.

E1: Mas o que estava aí a referir é um pouco a interação com outros profissionais.

R: É, essa é contínua.

E1: E até que ponto é que alguma da perda de eficiência que estávamos aqui a referir deriva disso?

R: Também há uma parte – como acabei de mostrar – que depende de...

E1: Mas é só isso? Há mais casos? Tem mais exemplos possíveis?

R: Acaba sempre por ser... entre nós cirurgiões, felizmente, não há assim grande... não há nada que interfira no nosso trabalho.

E1: Por exemplo, uma coisa que é constante nas – nós já falamos com outros... – enfermeiras é que os médicos, os cirurgiões, cancelam e não lhes dizem nada, e depois isso implica que tenha de haver ajustes, e desenrascas...

R: Se o doente é cancelado, por exemplo, ...

E1: Às vezes até me disseram, não sei quem foi, mas disse-me: até estávamos à espera que ele descesse para o bloco, e depois dizem: “olha, afinal não é”.

R: Nós, isso acontece porque... nós só cancelámos doentes, tendencialmente, quando se cumprem algumas destas questões, que é: ou não há vagas ou então não temos suficientemente pessoal para poder avançar. E...

E1: Mas isso não pode saber antes? Não poderia haver aqui uma maior interação?

R: Vou-lhe dar um exemplo mais claro. Nós, ontem de manhã, soubemos que à tarde íamos... deixámos de ter um anestesista porque foi pai. Ninguém sabia que ele estava...

E1: São exceções, não é?

R: Mas soubemos ontem às 9h da manhã.

E1: Sim, mas estou a falar de uma coisa que é mais recorrente.

R: Normalmente, muito mais do que isso não. As nossas enfermeiras... nós estamos estruturados de uma forma que, todos os dias de manhã, às 8h, durante a semana, ao fim de semana não, às 8h temos uma reunião em que discutimos os doentes da unidade e os doentes que vão ser operados, e está presente a equipa toda cirúrgica, portanto, os cirurgiões todos, e estão presentes os chefes de enfermagem dos cuidados intensivos e do piso. Portanto, automaticamente, se há mudanças de alguma coisa, os dois chefes de cada serviço são logo informados. Portanto, nessa parte, quando há um doente... Por exemplo, ontem de manhã soubemos que o doente não ia ter anestesista à tarde. Portanto, a melhor forma foi – exatamente o que eu contei antes – só comecei o doente às 6h da tarde o doente que devia ter começado a operar às duas da tarde, porque tive que usar a anestesista, que acabou por fazer os dois casos em seguida em vez de estar a fazer ela um e outra colega fazer outro. Os enfermeiros do piso 4 foram logo, imediatamente, informados que o doente não iria descer às 2h da tarde, como estava pré-definido, que isso varia com o tempo – há uma coisa estipulada – normalmente, por volta da uma e meia, duas, os doentes descem para a cirurgia da tarde. Se, por ventura, a cirurgia prévia atrasar, a enfermeira do bloco liga a dizer: “O doente ainda está atrasado” ou então “O doente já acabou, vamos mandá-lo descer mais cedo”. Portanto, isto são coisas que estão muito já oleadas e são faladas. Com os enfermeiros, objetivamente, acabam por eles saber disto: exatamente quando é que cancelamos, se é um doente que... Por exemplo ontem, se a cirurgia se estivesse a complicar e às 6h da tarde eu não estava à espera de começar sequer, nessa altura vinha cá cima e dizia: este senhor está em jejum, eu vou falar com ele e vou cancela-lo, porque estamos a tentar esticar a corda para o fazer – dado que tive uma falta de anestesista e estou a tentar fazê-lo em sequência com o outro anestesista de outra sala, mas já são 6h da tarde e não vou começar a operá-lo às 8h ou às 9h da noite, porque aí já começa... porque estou a projetar uma coisa que, neste momento, já nem sequer se está a realizar. Portanto, se aquela cirurgia devia ter acabado às 6h e às 6h não está para acabar, não vou estar a projetar uma nova vez para depois voltar a haver problemas e, ainda por cima, estar eu fora do meu horário a operar um doente que nem sei se vou conseguir começar à hora que quero. Portanto, tentámos projetar dentro do normal. A partir do momento que sai do normal do que se estaria à espera, nessa altura vou ter que cancelá-lo, mas as enfermeiras sabem. E por vezes acontece é ter: são quatro e meia da tarde, eu passo lá em cima e as enfermeiras:

“- Então já sabe Dr. Tiago?”,

- Não. Ainda não consigo dizer, tenho a meta por volta das 5h30. Se às 5h30 o doente estiver a acabar, avançamos. Se não, eu já digo alguma coisa.”

Isto é o que normalmente costuma acontecer. Não temos muitas vezes os: ser cancelado, os enfermeiros saberem e os cirurgiões não saberem. Isso não é costume. Antes pelo contrário. Tudo começa cá por baixo pelo bloco e só quando cá em baixo, no bloco, eu tenho as coisas orientadas, é que as coisas vão confirmadas lá para cima.

E1: Portanto, o que me está a dizer é que tem de haver aqui uma certa flexibilidade.

R: Super. Tem que haver uma certa flexibilidade e não só. Sendo uma fábrica com tudo pré-programado, este protocolo de base, tem que se estar sempre atento porque nós não somos fábricas, somos ser humanos e varia, os doentes variam, as coisas todas variam, mesmo sem ser só pela parte humana de relações, como tínhamos falado com o próprio doente e com as próprias dinâmicas que vão havendo. Há sempre variações.

E1: E isso como é que é no dia a dia, esse “desenrasca”?

R: Estando presente, vendo, passando no piso, ter a certeza que está tudo bem, ir ao bloco, ter a certeza que está tudo bem, acabamos por ter... eu como cirurgião, para os meus doentes, acabo por confirmar com toda a gente antes as coisas todas. Vejo o doente na véspera. O doente é internado... Por exemplo, o doente que eu operei ontem à tarde foi internado terça de manhã. Terça de manhã chega e, quando chega às 9h da manhã, a secretária já tem lá os pedidos que nós deixámos para fazer as análises. Vai fazer as análises, o raio-x, vai fazer. Por volta da hora de almoço, entre um doente e outro, eu subo, vou ao piso, vejo o doente, vejo as análises se está tudo bem, se está tudo certo. Pego na história, vejo os exames todos que ele tem, vejo se falta alguma coisa. Se faltar alguma coisa, vou pessoalmente pedir para me fazerem repetir um ecocardiograma. Confirmar se tem as coisas todas. Se não, vou eu pedir pessoalmente, vejo a medicação e, no piso 4, fica tudo orientado para fazer os cuidados pré-operatórios de protocolo (boceja os produtos para desinfetar a boca, toma banho com outros produtos para desinfetar, faz o raio-x, faz as análises, tem a visita da anestesia, tem estas coisas todas). Vejo se está tudo bem. No dia seguinte de manhã, às 8h, temos a reunião. Às 8h30 eu desço a confirmar: está tudo bem com o doente, pode descer. Vai descer. Chego ao bloco e digo: “Já mandou chamar?”. Disseram se o doente já está, já desceu, e não sei quê. O anestesista já está na sala. Ou vejo que o doente está a descer e digo: Vamos avançar com isto, não sei quê. Portanto, falo com ele. Quando estamos a começar a cirurgia, voltámos a fazer

um pequeno “briefingzinho”. Hoje em dia, nós temos já isso também – não tem a ver com a cirurgia cardíaca – faz-se a checklist antes do doente entrar na sala, faz-se as checklists com os profissionais, etc. É como lhe digo, isto são coisas muito padronizadas, mas tudo isto faz com que as coisas fluam normalmente. Quando acabo a cirurgia o doente ainda está a ser preparado, sai e vou sempre aos cuidados intensivos ver se está tudo bem, se há algum problema com a cama. Antes de ter começado o doente já – se estivemos na reunião – sabemos se há algum problema com a cama, com a vaga para o doente sair do bloco a seguir ou não. E, portanto, isso implica uma predisposição para ir estando muito em cima das coisas. Mas isso é como em tudo na vida. Ou uma pessoa faz para estar em cima das coisas e elas correm mais direitinhas. Ou se uma pessoa deixa andar, elas vão andando, mas é sempre mais seguro tendo um bocadinho de controlo. É isso que sinto, como pessoa, que tenho que estar sempre um bocadinho em cima para ter a certeza que está tudo certinho. Mas, se eu não fizer nada, sei que as coisas vão andando, porque está muito protocolado já.

E1: Mas depois tem estas questões que não correm bem, não é?

R: Claro. É como em tudo. É por onde eu comecei. Areias na engrenagem há sempre algumas.

E1: Mas continuando nesta perspetiva, quais são os obstáculos para que as coisas não corram bem, que poderiam ser resolvidos? Há alguma coisa? Nem que seja mudar os processos.

R: Eu acho que de base tinha que haver alguém adstrito a fazer... eu acho que o problema maior é este da gestão de recursos físicos, de vagas. Haver alguém adstrito a isto, a conseguir planear exatamente as vagas, as camas, etc. e com todas as variações que vão tendo ao longo do dia e que são inevitáveis. Eu acho que isso seria algo que faria uma grande diferença. Porque, neste momento, o resto, que é os materiais, ...

E1: Os obstáculos que esteja a ver a que as coisas possam correr melhor. Ou, pondo as coisas no tema que nós estamos aqui a abordar, que se possa conseguir ser mais eficiente. É sempre possível ser mais eficiente. Há coisas que são difíceis mas, quanto mais eu caminho nessa...

R: Uma coisa. Especificamente, os horários de trabalho, eu acho que poderiam ser mais otimizados. É irrelevante, eu tendo ou não tendo horário, se eu tenho um doente para operar, eu vou ficar até ao fim da cirurgia. Numa cirurgia especificamente, nós, e cá neste hospital, temos ali uma orientação. As enfermeiras estão adstritas de que faz um turno das 8h às 3h, e outra da 1h às 8h. O que quer dizer que tem ali duas horas de sobreposição em que uma entra,



faz algumas coisas, rende na sala às 2h da tarde. Portanto, às 2h da tarde, estejamos nós na fase do campeonato em que estejamos, as enfermeiras, a anestesista e o perfusionista mudam. O cirurgião fica igual. Muitas vezes, isto não acho que seja o ideal para a cirurgia em si, porque, apesar de tudo, mesmo fazendo uma passagem muito rápida e estando muito a par do que estão a fazer, é algo que atrasa um bocadinho, não é a mesma coisa que começar com um doente desde o início como o cirurgião está a começar. Mas isto é uma coisa. Mas onde eu acho que faz mais diferença é, se um doente acabou à 1h e tal, e o doente sai da sala, se fosse a mesma equipe, rapidamente, poria o outro doente à 1h30. E, muitas vezes, o que sentimos é que, se uma equipe vai sair às 2h, não vai pôr o doente à 1h30, para isso, espera meia hora e os profissionais que entram chamam um nome. E, facilmente, nós perdemos ali uma hora, uma hora e tal, em que o doente podia ter sido chamado e ter começado a cirurgia, e que não começa porque estão ali... Na prática, “ah faltam...”, “não vou começar o doente, pôr as vias, quando não vou ser eu a fazer o doente. Para isso, quem entra faz.”. E depois quem entra atrasa-se um bocadinho a chamar. Eu acho que isso é algo que nós sentimos como cirurgiões todos os dias, que é entre um caso e outro. Então, se for ali nesta altura próxima das trocas, demora o dobro do tempo do que demoraria.

E1: Mas isso implicaria ter uma equipa afeta a cada ...?

R: Eu acho – e isso opinião minha, Tiago – eu acho que se tivesse uma equipa adstrita das 8h às 20h, que...

E1: A si ou ...?

R: Por exemplo, se eu tivesse uma equipe que soubesse que hoje vou operar 2 doentes, e sou eu, ajuda-me este, quem me anestesia é esta doutora e os meus enfermeiros são estes. Se eu começo e logo às 8h estamos a fazer as coisas, eu acho que o decorrer seria muito mais certinho, porque acabamos por estar muito mais todos no mesmo sentido. Acaba por ser muito mais útil, muito mais dedicado. Contra isto – e é uma das coisas que objetivamente eu acho que piorou – foi esta história de pôr o dedo e de cumprir o horário pelo dedo, especificamente para os enfermeiros. Porquê? Porque dantes eu despachava-me, as cirurgias acabavam às 6h e tal e os enfermeiros iam para casa, mas, se a cirurgia se complicava e só ia acabar às 9h30, 10h, os enfermeiros estavam na sala e acabavam a sala. Hoje em dia, como eles – quer tenham trabalho ou não – têm que pôr o dedo até às 8h da noite.

E1: Dedo, só para registar, é o relógio ponto.

R: Sim, é o relógio ponto. Tem que validar a sua assiduidade e tem uma hora definida que tem de ser àquela hora, quer se despachem antes ou depois. Hoje em dia, temos coisas que às 6h da tarde eu, muitas vezes, se há alguma outra sala que é expectável que às 8h da noite não esteja acabada – e a partir das 8h da noite só há uma equipa de enfermagem do bloco e entra a urgência –, eu que dantes conseguia fazer um doente e por boa-fé das pessoas não sairia às 8h, e acabaríamos às 9h e tal, e a mesma equipa que está de tarde acabaria-me esse doente sem ter que estar a pedir à urgência para vir. Ou, se a urgência estiver noutra sala, sem ter que importunar outra gente. E porque é que tinham esta boa-fé? Porque estavam ali para fazer trabalho. No fundo, como, hoje em dia, muitos outros serviços, as metas é o trabalho efetuado e não o horário feito. Nós que estamos específicos a determinados tipos de procedimentos – que às vezes pode variar aqui o horário –, se tivéssemos adstritos aos procedimentos, quando acabasse o procedimento as pessoas podiam-se ir embora, e até acabar as pessoas ficavam, havia uma boa vontade para começar às 6h da tarde um doente, mesmo sabendo que iam acabar depois da hora, e ficavam. E hoje em dia, deixou de haver essa boa vontade. Se eu acabo às 4h da tarde, tenho que ficar até às 8h e não posso ir embora porque tenho que cumprir este e o outro. E, no dia em que saio às 8h, se eu ficar mais tempo, depois vão ter que o chefe me justificar isto e, primeiro que justifique porque é que eu tive que ficar e não sei que mais, não vai justificar. Isto foi algo que fez com que a nível de qualidade e possibilidade de fazer as coisas piorou muito a nível da gestão adstrita a uma coisa que não é uma ciência matemática, porque, havendo protocolos, não é uma ciência matemática quanto é que vai demorar. Isto paga o justo pelo pecador. Como é óbvio, haveria muita gente a nem sequer estar no serviço, a não cumprir horário e a não fazer os seus objetivos, certo. Nós trabalhamos de uma forma em que eu não trabalho sozinho, eu trabalho sempre em equipa. E, portanto, a equipa toda, quando estamos a operar, estamos todos juntos. Nesse sentido, se conseguíssemos ter isto vocacionado por objetivos – dois doentes adstritos para uma equipe fazer durante o dia de hoje – e a equipa fazia estes doentes, a eficiência era completa porque a mesma equipa fazia tudo...

E1: Diferentes pessoas têm diferentes resultados, não é?

R: Claro.

E1: Não basta estar só protocolado.

R: Mas, ao estar protocolado, nós conseguimos que se aproxime desta reprodutibilidade, que foi o que eu lhe falei ao bocadinho. E que para qualquer procedimento cirúrgico conseguir haver uma reprodutibilidade de bons resultados, de acordo com o que a lei de (não perceptível) diz hoje em dia que está preconizado para cada tipo de patologia, como é óbvio, é o que se quer. Portanto, conseguir fazer o que se está predisposto a fazer, de acordo com a lei (não perceptível), com os menores recursos extra possíveis e cumprindo o que, cada vez mais, ao estar protocolizado, sabemos que é o que é normal, e assim, seguindo uma normalidade de procedimentos. Estas seriam, pelo menos para mim, as...

E1: Deixe-me só pôr uma coisa que já pusemos e algumas respostas não foram o que eu estava à espera. Aqui há uns anos, e ainda hoje estamos a viver nessa situação, tivemos uma crise e, portanto, houve uma necessidade de cortar custos. E a gestão de topo – com certeza que neste hospital não foi diferente – reduziu o budget que tinha para o hospital. E, como é que isso se fez sentir na eficiência?

R: Durante muito... olhe, esta coisa das anestesistas prendeu-se também muito com isso. Esta dificuldade em contratar anestesistas durante um tempinho, e que só agora é que começaram a ser contratadas, tem a ver com isso. Não foi só o ano passado que, de repente, deixámos de ter anestesistas. Foi progressivamente que começou a ter mais dificuldade e não conseguimos que o CHLO dissesse que conseguia contratar, tendo por base – como já tinha dito – que os anestesistas têm de ser muito específicos mas a verdade é que não conseguiam e, eu sei que, uma das coisas que ofereciam era que o pagamento cá era menor do que ofereciam para outros hospitais, mesmo em altura de crise. Portanto, isso era uma questão. Logo no início da crise, os primeiros tempos foram assim um bocadinho complicados. Houve um dia que os cuidados intensivos não tinham compressas... Mas eu acho que isso se prendeu mais com alfernar, houve um erro de gestão porque nós, é como lhe digo, o que passamos a fazer e fazemos sempre é com, por mais de 24 horas, confirmámos o material para as nossas cirurgias e se não há, nós nem sequer ... não vamos correr riscos de o doente precisar de uma coisa e eu não poder pô-la. Isso é inusitado. O doente morre, se isso acontecer. E, como tal, nós passamos a ser muito mais certinhos. Nós e até a ... digo, a chefe do bloco é que gere muito esta parte do material e ter a certeza que, para cada cirurgia que está programada, tem todo o material que é necessário. Nós, por exemplo, pediatria, que é então híper específico. Nós temos uma pediatria agendada para terça para um determinado tipo de cirurgia. Quinta-feira, a enfermeira chefe do bloco avisa: “Atenção, não tenho este material. Eles disseram que até segunda-feira dão resposta. Se segunda-feira de manhã não tiver a confirmação, a criança, à

partida, vai ser cancelada”. Portanto, isto foi uma forma de fazer face exatamente a estes cortes todos. Nessa altura e nessa altura dos cortes, houve um trabalho de o hospital, apesar de agora ser um hospital ligado ao Egas e ao Santa Cruz (confusão com S. Francisco), durante muito tempo foi um hospital pequenino, em que sendo híper diferenciado, portanto, cirurgia cardíaca, transplantação cardíaca, transplantação renal, alguma coisa de cirurgia geral mas não tão fulgurante como outros serviços, e uma cardiologia de intervenção muito diferenciada, portanto, tudo coisas de ponta e conhecendo-nos todos, como vocês percebem porque vão passando, acabámos por tentar, mesmo nessa altura, insistir para manter a mesma qualidade, quer trabalho, quer material. Sentimos uma diferença enorme na qualidade do material que nos foi adstrito, desde que nos passámos a juntar ao Egas e ao S. Francisco. O que havia de dinheiro, escolhas cá, não sei como é que era porque não passa por mim, mas no material sentimos algum défice de qualidade e foi preciso todos juntos dizer logo: “este pode ser mais barato, o que não é admissível, porque para picar um doente com este tenho que usar duas agulhas e com o outro, que é um bocadinho mais caro, pico só com uma”. E, portanto, houve vários materiais que, mesmo nessa altura, tivemos de nos chatear e dizer: “Com este tipo de material nós não avançamos. Não temos essa possibilidade”. Em alguns conseguimos, em outros não tanto, mas tudo o que era crasso desapareceu. Houve uma altura há dois anos, uma coisa específica, um cateterzinho que pomos aqui pela pele e vai até ao coração, e deixámos no pós-operatório durante 24 horas. Em um ou dois casos mudaram para um outro, que não parecia tão bom mas pronto. Um ou dois casos que, quando se tirou esse cateter, começou a sangrar e teve-se que voltar a abrir porque o sítio, o furinho, que, normalmente, quando tirámos o cateter fecha – porque era mínimo –, ficava a babar. Foi dito que isto não era admissível, portanto, não interessava, ou havia um novo material ou não íamos continuar com este tipo de cirurgia até haver uma mudança. E conseguimos que houvesse esta mudança. Portanto, foi também aqui um bocadinho de trabalho em conjunto. Mas eu volto onde eu já disse, eu sou uma área híper especializada e diferenciada e a nossa margem de erro é muito pequenina, portanto, nós também por aí houve coisas que conseguimos que não resvasse.

E1: Suponha que agora tinha responsabilidade aqui neste hospital e lhe diziam: Olhe, temos de cortar 15% do orçamento... você é cardiopulmonar, não é?

R: Cardiotorácica.

E1: Cardiotorácica. Como é que fazia? Eu sei que você não é o diretor, mas supondo que era.

R: Eu dizia: Então há muitas coisas... Que era exatamente ver o que é que é e que coisas é que têm que mudar. Porque se eu não tiver segurança para fazer determinado tipo de procedimentos, não o vou fazer. Não vou pôr nem em risco o doente, nem em risco o meu serviço por causa de... [Because if I do not have safety to do certain types of procedures, I will not do them. I will not put the patient in risk, and neither my service]

E1: E então?

R: Teria que ser visto exatamente em que é que ia cortar...

E1: Mas isso é o que lhe estava a perguntar a si. Eu tinha X. Tenho agora X menos 20, ou menos 15%. Não sou médico, sou gestor.

R: Em que é que vai mudar?

E1: O que é que vai fazer com isso? Como é que se safa? O serviço...

R: Tem que, inevitavelmente, se... tem que se ver em que é que se podia cortar ou não, mas essa parte, felizmente, não passa por mim, mas, inevitavelmente, se eu não tiver condições, íamos ter que começar a operar menos, porque ao operar menos, gastámos menos material [(...) we will have to do less surgeries, because by doing less surgeries, we spend less material]. Agora, depende do material e depende do tipo de coisas. Há muitas coisas em que se tent... por exemplo, uma das coisas em que tentámos imenso cortar é nos produtos sanguíneos, portanto, transfusões, plaquetas. Há montes de produtos que nós fazemos na cirurgia cardíaca e alguns deles que são caríssimos. Há produtos que custam mil e tal euros. Alguns custam... das próprias drogas que usámos, há umas que nós sabemos que são mais caras e mais baratas. Por exemplo, sabemos que as duas são parecidas – a Milrinona e a Dobuta, são dois fármacos que nós fazemos no pós-op. de cirurgia cardíaca e ajuda o coração a funcionar de determinado tipo de forma – um custa 5€, o outro custa 30€ (estou a dar relações, não sei se são estes valores mas a diferença será esta – um é 6 vezes o preço do outro). Um tem uma mais-valia, o outro também tem mas não é tão boa em alguns casos. De base, cada vez mais usar a mais barata e resguardar esta só para mesmo os casos que são essenciais usar esta. Se bem que os dois têm as mesmas características. Portanto, tentar ir por aí para tentar frenar, quando são equivalentes. Quando não são equivalentes, a única opção é, ao não pôr o doente em risco – que é algo que eu não acho que seja possível –, seria diminuir

o número. Estou a dizer com um certo aumento. E volto a dizer: felizmente não passa por mim.

E1: Eu queria era que falasse de si, que falasse...

R: Claro. Estou a ser prático. Não posso ser mais prático do que estou a ser com isto.

E1: Está bem. Está bem. Eu agora queria era ver a outra parte, que era do lado do cliente, do cliente ser um colaborador. No caso do bloco é muito difícil. Mas, no ciclo todo, como é que o cliente pode ser visto como um colaborador do sistema? No limite, ser um coprodutor.

R: Mas isso, então, queria falar com um doente?

E1: Não, não. Quero falar consigo. Qual é a sua visão desta hipótese. Aquilo que até agora essencialmente temos falado é a lógica industrial da eficiência, que é aquilo que é mais...

R: Industrial, por um lado, e técnica, por isso é que eu falei dos dois.

E1: Sim. Mas eu agora estou-me a pôr noutra situação, que é olhar para a possibilidade do cliente ser um colaborador da minha operação (a minha operação genérica).

R: Bom, sendo objetivo. Esta macacada de agora não haver doentes. Eu trato doentes, porque se não são doentes, eles não tinham de ser tratados. Portanto, utente, paciente, bom... Do meu doente, para ele ajudar nesta eficiência

E1: No limite, como eu estava a dizer, é poder fazer alguma coisa.

R: Faz toda a diferença se for um doente: primeiro, se eu o tiver informado bem, e isso depende de mim. Na consulta antes de ser operado, se eu o informar, ele sabe o que é que vai fazer. E se chega cá com isso por base e tendo com... nós pedimos sempre para trazer as análises, para saber o que é que está a fazer, saber a sua história. Se o doente está orientado, doentes que nos vêm e traz um “dossierzinho” com os internamentos que tiveram, a medicação que estão a fazer à data, tudo isto ajuda imenso para que não haja aqui falhas de: este remédio que fazia e agora não está a fazer, quando é que parou, quando é que não parou. Isto ajuda muito. A colaboração de um doente no pós-operatório e, acima de tudo, a família estar presente no pós-operatório também ajuda imenso nesta eficiência, porque a própria recuperação é diferente tendo uma família presente que possa, que o doente já está na enfermaria, andar com ele para trás e para a frente. Como é óbvio, os enfermeiros têm que

prestar cuidados e dar a medicação, mas para o doente poder ir começando a andar, passeando para trás e para a frente, a parte de termos os voluntários que vêm, às vezes, nos doentes mais dependentes, dar a alimentação. Mas se houver uma família que possa estar presente, que possa puxar por ele, tudo isto ajuda a que a eficiência de passar por este processo seja muito mais serena e muito mais eficaz e eficiente, nesse sentido, porque conseguimos que o próprio doente tenha um apoio, não só individualizado, mas um acompanhamento também que é muito maior do que, um doente que, como é óbvio, estando internado, tem enfermeiros e auxiliares e os médicos que estão a tomar conta dele, mas que não conhecem d'antes, não sabem quais são os gostos, não sabem quais são os valores, como é óbvio, não só o doente em si, a postura que o doente tem perante isto, eu acho que, acima de tudo, também o envolvimento da família ajuda muito. Nós operámos muito sexta, sétima, oitava, nona década de vida. Portanto, doentes que começam progressivamente a ser mais dependentes e, nesse sentido, a cabeça do doente, o ser certinho ajuda muito, a família estar presente ajuda imenso.

E1: O conhecimento... o que está a falar já é mais que a informação, é a capacidade...

R: Eu costumo dizer isto aos doentes. Eu tenho desde analfabetos a professores universitários, ou o que for, portanto, a nível de diferenciação intelectual. Objetivamente, eu a cada doente tento, dentro do seu discernimento, explicar-lhe o que é que estou a fazer e mais ou menos este protocolo (os 5 ou 7 dias de internado, ao segundo dia vai para aqui, ao terceiro dia vai para alo, ...). Eu explico a todos eles isto para estarem orientados do que é que estamos a fazer. Muitas vezes os doentes dizem:

“- Oh doutor, o que o doutor quiser. Estou nas suas mãos, o doutor é que decide.

- Está bem, eu decido, mas eu quero-lhe dizer...”

[Pausa na gravação]

R: Tudo isto, explicando a cada doente, eu acho que faz toda a diferença. Porque o doente está orientado sobre o que é que estamos a fazer e, não sendo ele que vai ser quem faz, é ele que depois tem que ter atenção a estar a respirar fundo quando eu digo. Quando eu digo para não fazer esforços com os braços durante o primeiro mês, para não andar a fazer esforços com os

braços. Quando eu digo que quero que vá andando no tempo que está cá internado, no terceiro, no quarto, no quinto dia em que está cá, que vá com a família andando no corredor para trás e para a frente para começar a haver toda esta parte de não sedentarismo, que melhora muito a parte muscular e a recuperação motora no pós-operatória, para que o resultado depois também seja sempre melhor, porque, como é óbvio, ao haver uma deambulação precoce, também o próprio organismo começa a aproveitar todo este tempo, que está muito aumentado no coração. Tudo isto será importantíssimo, eu acho que é importantíssimo. Eu até costumo brincar e dizer que, ao terceiro dia: “Bom, a minha parte está feita. Agora a bola está no seu campeonato, no campeonato do doente. Agora eu preciso que faça isto como eu lhe digo, faça (não perceptível), quero que ande, quero que acompanhe todas as informações e indicações que nós estamos a dar, para que, da sua parte, corra tudo certinho, para que o resultado seja todo o que nós almejamos. Agora, acho que sim. Acima de tudo, pré-op. é trazer as coisas certinhas e ter compreendido o que é que vamos fazer e ter tudo de acordo com o que foi pedido e pensado. E depois, acima de tudo, entra no pós-operatório, não só a parte física, como até a parte intelectual estar vocacionado para agora ter que...

E1: Sim, senhor. Só mais uma questão para ficar claro. Não é possível, na sua experiência – e estou a olhar para o ciclo todo, não só o bloco –, o doente ser coprodutor, ou seja, realizar um conjunto de tarefas que tem a ver com o seu tratamento.

R: No pré-op. tem que ele tomar banho, tem que ele bocejar os produtos que nós dizemos. Mas, ir para o bloco, somos nós que o levamos. A parte da cirurgia, ele está a dormir, como é óbvio. No pós-operatório, tem que colaborar em tudo o que nós lhe vamos dizendo e nós vamos indicando o que é que é para a fazer. Para além disso, não é ele que vai opinar, nem é ele que vai ter iniciativa própria a fazer X ou Y, porque esse X ou Y pode ser bom ou não pode ser bom. Portanto, o ideal nesta fase, e o que é mais útil, é cumprir o que está adstrito e o que nós sabemos que é o que vai ser melhor para conseguir chegar ao que estamos a tentar chegar.



## Appendix A-8

### Interview 8

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

E1: É livre de nos dizer o que quiser.

R: Os doentes são internados, habitualmente, na véspera da cirurgia e chegam aqui e têm logo o contacto com o hospital com imensos folhetos, que eles podem consultar e integrar-se melhor no dia-a-dia e nas rotinas que são importantes para eles. E, portanto, essa parte, para a integração, é uma coisa que é relativamente recente e que os ajuda. São vistos pelo médico do serviço e são vistos pela anestesia no final do dia. São vistos pela anestesia, a anestesia faz os apontamentos sobre aquilo que é relevante para a própria anestesia. Normalmente, os doentes vêm com vontade de colaborar, porque eles, muitas vezes, até já estão à espera há algum tempo pela cirurgia, de maneira que ficam aliviados de ter chegado a altura de serem operados, portanto, não é assim um grande esforço fazê-los colaborar. Pelo contrário, eles estão até bastante desejosos de saber o que é que podem fazer para melhorar os resultados deles. De maneira que, o que é que eu acho em relação à eficiência? Acho que, muitas vezes, se houvessem mais recursos, as coisas tornavam-se um bocadinho mais fáceis, porque quem vê os doentes na véspera das intervenções é o anestesista da urgência e o anestesista da urgência, muitas vezes, está a fazer alguma urgência e, portanto, tem que adiar um bocadinho a visita pré-anestésica ou tem que arranjar ali uma solução de compromisso com o número de doentes que há para ver e com as coisas que há para fazer e, portanto, às vezes isso fica sub-ótimo, não é? Fica sub-ótimo. Nos dias calmos, eu acho que as coisas correm bem.

E1: Mas dentro das equipas que estão no... isto até estava a falar no antes, não é?

R: Sim, estou a falar no antes, no pré-operatório, quando o doente entra.

E1: Sim, mas, portanto, aí em que é que se traduz a eficiência? A eficiência é consumir menos recursos...

R: É consumir menos recursos com bons resultados.

E1: Portanto, o tempo, materiais, o que for. Portanto, traduz-se em quê? Como é que poderia ser diferente para ser melhor?

R: Ah, bem, isso talvez pudessem fazer algumas modificações para ser melhor, porque, na realidade, como nós temos uma altura para ir observar os doentes que é variável, muitas vezes os doentes ou foram fazer uma radiografia, ou foram fazer um eletrocardiograma, ou estão com visitas e com família e, portanto, se tivesse talvez um espaço só previsto para serem aí observados pelo anestesista e pelo cirurgião que os vai operar, talvez as coisas fossem mais eficazes, no sentido que as pessoas não estão à espera que venham dos exames complementares, porque têm só a parte da tarde para fazer os exames complementares e estas observações. Porque na parte da manhã acabam por tirar sangue, acabam por conhecer e serem integrados no serviço e tudo isso. Portanto, isso talvez fosse uma coisa que melhorasse, mas a verdade é que não é muito fácil de organizar, porque já uma vez pensámos em que um enfermeiro poderia talvez arranjar os doentes todos a serem vistos e deslocar-se a determinado sítio, mas depois também não há pessoas suficientes para fazer isso e, portanto, fica assim um bocadinho... diferencial.

E1: Portanto, um determinado sítio quer dizer uma sala, não é? Está a falar...

R: Uma sala, não tem sala da consulta porque os doentes estão internados, não é? Mas uma sala que esteja disponível, e que os doentes vão e que vão acompanhados, tudo isso. Mas as pessoas que existem são muito estritas às suas funções, não há pessoas extra para fazerem coisas extra.

E1: E isso, o que é que fazia? Fazia com que eu conseguisse organizar melhor a consulta pré-operatória, é isso?

R: Fazia com que eu conseguisse organizar melhor... sim, sim. E perdesse menos tempos mortos à espera de exames ou à espera de que os doentes estejam prontos para serem observados. Ficava tudo um bocadinho mais eficiente, porque a poupança de tempo também é eficiência.

E1: Claro, com certeza. Mas e isso implicava ter um enfermeiro a fazer isso, era isso?

R: Sim, não era preciso ser um enfermeiro, podia ser um auxiliar a ir buscar os doentes, para os acompanhar, para os trazer, para depois os levar, para ... ali as coisas ficavam todas

prontas ao mesmo tempo, ficavam os recursos todos disponíveis a poderem ser utilizados naquela altura.

E1: E por que é que o anestesista não se desloca à enfermaria?

R: E desloca, é isso que faço. Mas, muitas vezes, não encontro lá o doente porque foi fazer o raio-x, às vezes não encontro o doente, foi fazer o eletrocardiograma, outras vezes está com a família e com o outro doente, vamos sair um bocadinho e tal, para manter a privacidade e tal. E, portanto, tudo isto são coisas que se repetem todos os dias e que todas juntas e anuladas eram capazes de representar algum tempo.

E1: Mais exemplos?

R: No pré-operatório?

E1: Não. Podemos passar ao ciclo, ir andando, mas se houver mais coisas a dizer aí nessa fase...

R: Depois, no intra-operatório, julgo que as coisas estão bem oleadas e estão bem ... são um bocadinho repetitivas, por um lado, portanto, as coisas são fáceis e fluem, e não há grandes...

E1: Mas aí o que é que é para si eficiência, aí no bloco?

R: É não estar à espera de coisas que já deviam estar prontas quando se sabe o que é a intervenção, quando se sabe que género é que é o doente – em termos de monitorização, em termos disto, em termos daquilo –, mas eu acho que isso, a eficiência é mais visível no intra-operatório, porque se operam muitos doentes e porque há bastante experiência sobre isso.

E1: Mas uma das coisas que nos têm vindo a dizer é que, muitas das vezes, as coisas não correm bem porque um dos grupos profissionais que têm que colaborar, ou não estão presentes, ou são chamados para outras coisas. No seu caso, acha que isso é relevante, o não haver disponibilidade por qualquer razão à equipa?

R: Só em relação às urgências. Se a anestesista que está de urgência é que foi ver os doentes, se houver alguma urgência a decorrer, não os vai ver nessa altura. Ou vai vê-los bastante mais tarde ou, normalmente, não vale muito a pena ir vê-los de manhã porque nem têm análises, nem têm exames, nem têm ainda nada que se possa observar, só falando com o doente, mas é

melhor juntar aquilo e depois observar o doente com tudo aquilo que ele tem para mostrar de exames complementares e tudo.

E1: Mas, por exemplo, não se conseguiriam marcar mais intervenções se houvesse uma maior pull de determinado tipo de profissionais? Isso não acha que há ... uma das coisas que nos têm feito chegar é que, muitas vezes, não há nenhuma área específica, depende das áreas, mas, por vezes, não há profissionais disponíveis – não há enfermagem, ou não há...

R: Mas é o que eu estou a dizer, mas é o que eu estou a dizer. Se não houvesse poucos recursos não era o anestesista de urgência que estava a ver os doentes para o dia seguinte, porque é uma atividade que, para 8, ou 9, ou 10, ou 11 doentes demora umas três horas. E, portanto, é preciso ter sempre a confiança que não vai haver uma urgência nessas três horas, o que num hospital que faz coisas de risco, não é muito consensual. Portanto, claro que mais... estou a falar nas circunstâncias atuais, claro que com mais recursos tudo se tornava mais fácil.

E1: Sim, sim. Mas conseguia-se ganhar, ou seja, usando mais recursos, consegue-se ter maiores poupanças? [(...) using more resources, is it possible to have more savings? (...) Time savings, yes.] Ou esses mais recursos, o que iam fazer era, pronto, conseguia-se mais porque havia mais gente. Conseguia-se fazer mais coisas.

R: Poupanças de tempo, sim. [(...) using more resources, is it possible to have more savings? (...) Time savings, yes.]

E1: Só nos tempos? Que há tempos mortos, é isso que me está a dizer? Que podiam ser cobertos...

R: Sim. Há tempos mortos e há mesmo alturas... de vez em quando, há um dia ou outro em que os doentes, para o dia seguinte, não são vistos, porque a pessoa está numa urgência e a urgência não acalmou a tempo de ir ver os doentes e eles estarem acordados.

E1: Entre as várias áreas – os cirurgiões, o anestesista, as enfermeiras do bloco, dos serviços, nos andares – portanto, acha que essa interação tem algumas implicações no âmbito daquilo que se consegue em termos de eficiência ou não? Entre as várias equipas.

R: Não há grande interação. Há alguma interação, mas não é uma interação que seja poupadora de tempo ou ... há interação no caso de haver dúvidas sobre o estado do doente, no

caso de alguma coisa não estar muito esclarecida, aí interagimos para ver se entendemos e se percebemos, mas não é no sentido de agilizar.

E1: Portanto, esse ponto aí não há nada... e na questão do material, acha que haverá alguma, recursos materiais, físicos – equipamentos, consumíveis, coisas desse tipo assim – acha que há alguma...

R: Ah, o equipamento que nos faz mais transtorno de sempre é a parte dos computadores, que são muito poucos, e a parte digital é muito lenta, os computadores demoram imenso tempo a abrir, e demora-se imenso tempo a conseguir o que quer que seja. Portanto, quando se diz “agora queremos hospitais sem papel e hospitais só digitais e tal”, para isso é preciso ter recursos capazes e estes são muito lentos, são antiquados, as aplicações são muito antiquadas. Outro dia percebi que nós não podíamos escrever nas aplicações dos doentes internados nos outros pisos, a não ser que fossemos através desses pisos, porque o serviço de anestesia, como o serviço de imuno-hemoterapia, como o serviço de radiologia, tudo isso, não pode escrever no processo dos doentes pela sua especialidade, tem que escrever pela especialidade do serviço de internamento, o que torna tudo e informação bastante confusa, porque como não vem lá “observação pela anestesia”, vem “observação pelo serviço”... se formos tentar escrever, ninguém vai lá ver, ninguém suspeita de uma coisa dessas. Portanto, eu julgo que as aplicações são muito antiquadas, não estão sincronizadas com o que se faz hoje em dia. Acho que são super antigas, nem sei quando é que elas eram aplicadas com utilidade.

E1: Só para... Falou aí há pouco da questão da... Mas eu volto à questão dos recursos, da gestão. Ainda agora, normalmente, eu costumo dar este exemplo: tivemos um período de crise no país. Não sei como é que foi aqui no hospital, mas na minha realidade, disseram-nos: “olhe, vamos ter que cortar X % do budget”. No fundo, é ser mais eficiente, levando isto de uma forma em que não ponha em causa o fazer ou...

R: Ah, mas é que põe!

E1: Se não for isso, forçosamente, nós temos que nos ajustar, não é? E o que eu pergunto é (não sei se isso aconteceu aqui, mas com certeza que aconteceu, aconteceu em todo o lado): mas isso teve implicações ou percebeu-se que se conseguia fazer o mesmo com menos recursos?

R: Não! Teve imensas implicações e depois como não eram admitidos, naquela altura houve várias pessoas que estavam para sair por causa da reforma, depois não se puderam substituir, de maneira que houve ali uma altura que foi um número ínfimo de pessoas com quem nós ficámos, ficámos com um número muito pequeno de pessoas e as pessoas que ficaram, ficaram a ganhar muito menos, como aconteceu em todo o lado, porque eram aquelas taxas e aquelas coisas, e as sobretaxas, e mais não sei quê. Concluindo, foi bastante difícil, foi bastante difícil, porque nós até queríamos... na altura, eu até pertencia à comissão de proteção de risco e queríamos fazer reuniões, e isto e aquilo e as pessoas não se queriam deslocar, nem queriam fazer nada, porque

E1: As pessoas, os médicos?

R: Médicos. Médicos, enfermeiros, pessoas da saúde. Não queriam. Uma vez fui convidar uma pessoa para vir para a comissão de gestão de risco – e era um cirurgião – ele diz-me assim:

“- Está a gozar comigo”.

Eu disse:

“- Não. Falta-nos um cirurgião na comissão de gestão de risco e estou a falar consigo.

- Então, eu cada vez faço mais e cada vez ganho menos, e acha que me vou agora meter numa comissão?! Eu não vou fazer isso.”

Tivemos imenso tempo à espera de um elemento que conseguisse entrar e que quisesse entrar. E não foi fácil. Tivemos muito tempo à espera. Portanto, isto era uma coisa um bocadinho extra, que era uma comissão. Mas, no dia-a-dia, tinha tudo imensas repercussões.

E1: Mas quais eram? No seu dia-a-dia?

R: Cancelamentos de cirurgias, não havia anestesistas suficientes, cartas para o conselho de administração, falta de resposta por parte do conselho de administração.

E1: A quê?

R: À falta de recursos, que nós fazíamos exposições a dizer o que é que se passava e eles, ou não conseguiam fazer nada, ou tinham outros problemas que achavam que era mais

emergentes resolver. E, portanto, não tínhamos soluções. Não tínhamos soluções. Portanto, eu acho que este, houve uma altura, que as coisas corriam pouco bem.

E1: Portanto, teve implicações depois no output final.

R: Claro.

E1: Mas foi só uma questão de quantidade ou também teve implicações no risco e na qualidade?

R: Teve, teve implicações também na qualidade. Quando há grandes restrições, o que é que acontece? A manutenção preventiva é das primeiras coisas a cair. Então só fica a corretiva. A corretiva é só quando as coisas se avariam. Um ventilador que avaria, quando há 4 ou 5 doentes para anestesiarem durante o dia, é uma data de cancelamentos. Portanto, a crise e a restrição de recursos leva que as coisas que não sejam mais prementes e que se vejam no dia-a-dia parem de funcionar, de maneira que a qualidade estava muito ameaçada.

E1: Ao bocado estava a falar que fazia parte de uma comissão de risco. O que é que, para si, o risco tem a ver com a eficiência? Se é que tem alguma coisa a ver.

R: Eu acho que o risco é a probabilidade de haver alguma coisa que corra mal. A eficiência é... haver eficiência é... mais eficiência do que noutra circunstância é que menos recursos farão o mesmo. É preciso dizer que haja eficiência, mas quando há umas grandes restrições, a eficiência fica ameaçada também.

E1: Mas isso implica riscos ou não?

R: Claro.

E1: No seu caso...

R: A falta de eficiência implica risco. Se não se consegue ver uma série de doentes para o dia seguinte, porque há muito poucas pessoas e porque não sei quê, o que é que acontece? Esses doentes têm mais risco ao serem operados porque não foram pré-avaliados.

E1: Então, avançando um bocadinho no ciclo. Portanto, já estávamos dentro do bloco. Dentro do bloco, portanto, no seu caso, as coisas são muito standardizadas. Pelo que me está a dizer,

a ideia que eu tiro de conclusão é que não há muito a fazer, não é? Dentro do bloco, a eficiência praticamente já está. Se se cumprir o protocolo, é-se eficiente, é isso?

R: Eu não estou a falar em relação à anestesia, estou a falar mesmo em relação ao bloco. O bloco é eficiente na sua rotina [The operating room is efficient in its routine]. No entanto, há coisas administrativas que prejudicam essa eficiência. Por exemplo, as auxiliares entram às 7h30 da manhã, os enfermeiros entram às 8h, os anestesistas entram às 8h30 e há uma série de cirurgiões que entram às 9h. Não há muito sentido em não ter também os cirurgiões a entrar cedo, porque o facto de entrarem às 9h faz com que os programas operatórios em vez de começarem às 8h30 – podiam começar às 8h30 se houvesse uma série de pessoas a entrar às 8h, começava tudo às 8h30 – e, portanto, não havia “intercalagens” entre a entrada dos vários intervenientes.

E1: E há alguma razão para isso ou essa é uma questão de tradição?

R: Eu acho que o que aconteceu foi que, quando houve essa crise que está a falar, houve várias pessoas que desistiram da exclusividade para irem trabalhar fora e, assim, colmataram a falta do vencimento habitual. E o facto de mudarem de horário tornou-lhes o horário mais curto, o horário mais curto. Muitas vezes pediam para vir às 9h, para depois sair às 3h. Enfim, e isso fez...

E1: Mas a exclusividade não tem que ver com o horário, não é?

R: Há 35 horas.

E1: Para todos. Se calhar permite-lhe é trabalhar fora, não é?

R: Não. Há 42.

E1: Ah, vocês, no vosso caso, reduzem as horas se não tiverem...

R: Não. Há horários de 42 horas. Hoje em dia, as pessoas que são contratadas não têm, mas as pessoas que entraram na minha altura tinham horários de 42 horas ou horários de 35. Os horários de 42 horas são acompanhados de exclusividade, e os de 35 não. Portanto, havia vários cirurgiões e chefes de serviço, e tudo isso, que tinham 42 horas e que acabaram por optar por ter 35. De maneira que modificaram os seus horários um bocadinho à sua medida, de forma que... Hoje em dia, as pessoas que entram é que têm todas horário de 40 horas.



Todas, isto é, fazem contratos de 40 horas, mas também podem fazer contratos de 17. Temos um que tem contrato de 17, temos outros de 35...

E1: Anestesista?

R: Anestesista.

E1: E, portanto, isso não se consegue funcionar, se funcionasse como equipa? Portanto, se houvesse uma equipa. Há de ser, as pessoas vão-se ajustando – e deve fazer isso – vai afetar os médicos que tem às várias cirurgias. E haver uma equipa já formada para àquele tipo de operação ou para aquele tipo de cirurgião, isso não faz sentido?

R: Hum, não é uma grande coisa. Houve um cirurgião que insistia um bocadinho nisso, que já se foi embora. E depois viu-se que não era uma boa medida, porque em alturas de férias, em alturas de urgências, em alturas que não sejam o dia-a-dia, as equipas depois não estavam tão à vontade por o cirurgião... estar habitualmente acompanhado por uns e não por outros. E também, ao final de algum tempo, as mesmas equipas têm imensa familiaridade uns com os outros e isso também... isso eu não vi por mim própria, mas também está referido que é capaz de não ser uma boa coisa. Conversam muito...

E1: Não conversam?

R: Conversam.

E1: Porque estão muito...

R: Isto no bloco não é muito incentivado.

E1: É um risco associado, não é?

R: A conversa distrai, não é? A pessoa está a conversar...

E1: Pois, pois. Andando um bocadinho mais, quando o doente sai, no pós-operação, pós-intervenção, como é que pode ver, no seu caso, no caso dos anestesistas, o que é que aí...

R: Os doentes da cirurgia geral vão para o recobro, têm lá uma enfermeira que está com eles durante duas ou três horas ou, se for uma coisa mais complicada, um bocadinho mais tempo. E, depois, vai avaliando os sinais vitais e tal, segundo um protocolo, e se não houver nenhuma complicação, ao fim de algum tempo, chamam o anestesista, a ver se o anestesista dá alta a

esse doente, se acha também que o doente está bem para ir para cima. E esse anestesista também é o da urgência, de maneira que a urgência dilui-se muito com estas coisas todas. Portanto, o doente depois vai para o piso. E depois, os anestesistas, o que fazem é ir otimizar analgesia – porque é uma das funções da anestesia: é fazer a analgesia nas primeiras 24 ou 48 horas. Pronto, e ver se o doente está confortável, se está bem, se está isso tudo. Na cirurgia cardíaca, os doentes saem ainda anestesiados para a unidade de cuidados intensivos. Pronto, e depois ficam lá um, dois dias, até irem para o piso e os anestesistas vão para o reavaliar, para ver se o doente está bem, se há qualquer coisa que fizessem e que pudessem ter feito de outra maneira perante alguma queixa, vão avaliar a situação.

E1: E aí o que é que, nessa fase, é eficiência?

R: Nessa fase, o que é eficiência? Pois, estou-lhe a descrever as funções, não é? Enfim, a eficiência é ver tudo aquilo que quero ver...

E1: Ou seja, consegue-se encontrar, ou por falta de planeamento, ou porque há falhas, há qualquer coisa que leva a ter mais tempo, quem sabe gastar mais recursos. Estamos nesta óptima de quase produtividade, não é? Quase fábrica. Isto não pode ser bem uma fábrica, mas, tendo esta noção

R: Não, porque felizmente agora, para além dos conceitos de produtividade, entraram muitos conceitos de qualidade nos cuidados de saúde e de risco, portanto, ausência de risco, ou minimizar o risco nos cuidados de saúde. Portanto, às vezes, se nós estamos com uma grande preocupação na produtividade, pode haver alguma décalage no resto, porque tem sido isso, tem sido muita...

E1: Mas consegue dar exemplos desse trade-off? Se ganha de um lado, perde do outro, na anestesia...

R: Nem sei bem o que hei de dizer, que exemplos é que hei de dar. É tão óbvio.

E1: Pois é, mas eu quero é ouvi-la. Eu preciso é de ouvi-la dizer isso. Uma coisa é eu dizer, outra coisa é dizer um anestesista.

R: Se uma pessoa tiver imensa pressa em fazer alguma coisa, em fazer uma indução a um doente, monitorizar, a pôr as coisas em marcha, com vontade de fazer ainda o terceiro doente que está marcado, se tiver esta preocupação da grande velocidade... pode ter preocupação em

não perder tempo, é diferente. Uma pessoa ter preocupação em não perder tempo, acho que é isso que deve ter – preocupação em não perder tempo. Agora uma preocupação em levar as coisas a uma velocidade grande, de forma a que se faça um último doente que se está a ver que, por o horário normal não se fará, acho que prejudica a observação, a ponderação, o tempo, tudo aquilo que é preciso ter em atenção. Acho que isto é uma coisa importantíssima a ter em atenção.

E1: Disse há pouco uma coisa que eu queria voltar que era: entre as várias funções, que às vezes as coisas não correm como estava planeado – não foi assim que disse, mas... – então quer dizer que há aqui uma dose muito grande de flexibilidade para se ir ajustando.

R: Em que situação é que estávamos a falar nessa altura?

E1: Estava a falar há pouco e disse que, às vezes, não chega o doente e tem que se ver como é que se faz. Às vezes tem que ir um que estava na urgência, porque não há recursos. Portanto, há aqui alguma coisa que é visto – estou eu a perguntar – um pouco ajustando à realidade do dia-a-dia ou, no seu caso, nada sai do que está planeado e é sempre...?

R: Não. Os dias são todos diferentes.

E1: Pois, eu sei. Mas há protocolos, não é? Vocês, para conseguirem...

R: Os nossos protocolos são muito dirigidos à prática anestésica, não são protocolos prévios de...

E1: Mas, portanto, têm que se ajustar ao dia-a-dia, não é?

R: Sim. A nossa atividade é que se ajusta ao dia-a-dia. Os protocolos são sempre usados, porque os doentes aparecem sempre com determinadas patologias e situações e intervenções e, portanto...

E1: Não, mas estou a falar mais no processo, não tanto na parte técnica.

R: A atividade vai variando também conforme as necessidades e há dias em que há imensas coisas urgentes, há outros dias em que está tudo calmo.

E1: E como é que essa componente, que tem que se ir ajustando no dia-a-dia, como é que é feita? Porque a outra está planeada, não é?

R: É estarmos em contacto uns com os outros. Os elementos do serviço estarem em contacto uns com os outros.

E1: O serviço está a falar dos anestesistas, não é?

R: Os anestesistas estarem em contacto uns com os outros e, logo que algum esteja mais liberto, iniciar outra coisa, enfim, ir lidando com as situações urgentes de uma maneira eficaz.

E1: E como é que isso conjuga com as – não sei quem faz, deve ser a senhora doutora, não é? Que faz as afetações, que diz amanhã é o senhor X que vai fazer não sei o que, a senhora Y ...

R: Não, para a escala temos uma pessoa que faz a escala, que não sou eu.

E1: Pronto, ok, há uma pessoa que faz isso. Mas depois aquilo, como disse, tem que se ajustar, como é que essa gestão, não há aí uma perda bastante grande de recursos ...?

R: Às vezes há, às vezes há. Às vezes há coisas inesperadas. Nós temos um colega que chegou ao dia de ontem e me avisou que hoje ia ser pai de gémeas. Ou por outra, anteontem que ontem ia ser pai de gémeas porque ia fazer uma cesariana. E nós, de repente, que estávamos a contar com ele até ao fim da semana e nos próximos dias, tivemos que ver como é que se ia colmatar essa falha. E, portanto, essa falha vai-se colmatar nuns dias, noutros dias não vai.

E1: Mas isso são exceções, não é?

R: São exceções, mas quando uma pessoa adoecer, é uma coisa que tem que se pensar.

E1: Acha que na rotina do dia-a-dia – eu estou a tentar perceber como é que este ajustamento flexível se faz no dia-a-dia.

R: Telefonamos a uma pessoa, perguntamos se em vez de vir de tarde não pode vir de manhã.

E1: Mas porque é que isso aconteceu? Porque é que se tem de perguntar à pessoa se ela pode vir de manhã ou vir à tarde?

R: Nós temos horários desfasados – há uns que vêm de manhã, há outros que vêm à tarde.

E1: A origem desse problema foi devido a quê? Porque a programação foi feita por alguém, definiu...

R: Nós temos o número de elementos inferior àquilo que é preciso para as salas funcionarem e para todos os postos de trabalho funcionarem e, portanto, temos que estar sempre um bocadinho a tapar buracos, principalmente, até na hemodinâmica – no bloco um bocadinho menos porque reduzimos uma sala aqui há uns três anos atrás. Portanto, há pessoas que vêm à tarde e às 2h começam a fazer as coisas e há outras que vêm de manhã, que vêm às 8h30. Se há uma que não vem de manhã por qualquer razão, tem que se pedir à da tarde que venha de manhã, porque é mais fácil depois à tarde encontrar uma maneira de não cancelar o caso ou, então, se o caso tiver que ser cancelado, que seja o da tarde, que já tem mais algum tempo para digerir que vai ser cancelado e enfim, não ser logo o caso da manhã, que entretanto até já pode ter entrado no bloco. Não sei se fui clara em relação às razões.

E1: Sim, sim. Estou a perceber. No fundo, o que me está a tentar... tentando traduzir isto para a minha linguagem, o que me está a dizer é que, no fundo, há falhas, não é? A pessoa não vem, falhou. Porque é que falhou, não sei, isso depois logo se vai ver, mas há um conjunto...

R: A falha da pessoa é que é uma coisa negativa, porque pessoas doentes, ou pessoas de férias, ou assim, há sempre.

E1: Pode não ser negativo. Eu só estou a dizer que face àquilo que estava programado, não houve um compliance, portanto, há ali uma falha. Essa falha gera que eu tinha que me ajustar e esse ajustamento é feito como está a d... penso eu.

R: Por telefone. Chamando outras pessoas.

E1: Em linguagem comum, desenrasca. É um bocado isso.

R: Pois não temos recursos, não temos... e agora vão entrar dois elementos novos, para o mês que vem. Entraram dois há dois meses. Portanto, antes destes dois meses, portanto, em finais do ano passado e no ano anterior, era uma falta de recursos tremenda, tremenda, tremenda...

E1: Portanto, essencialmente, o seu ponto é que por haver falta de profissionais – no fundo, aqui os recursos estamos a falar de profissionais – gera ineficiências, mas se tiver ... e eu pergunto-lhe: então, se tivesse já cá os dois ou três que faltam isso mudava alguma coisa em termos da maneira como é gerido o serviço de anestesia? Portanto, haveria menos ineficiência? Ou não?

R: Acho que sim. Claro. Com certeza.

E1: Mas estou a usar mais recursos para o mesmo resultado, não é? Considerando que a eficiência aqui é um rácio entre entradas e saídas, recursos que eu uso.

R: Nós na hemodinâmica temos vários doentes a serem sedados para procedimentos, o melhor que conseguimos é ter um anestesista a supervisionar três ou quatro salas.

E1: E isso é correto ou incorreto? Está incorreto, penso eu, não é?

R: Não. Nós o que devíamos ter era um anestesista em cada sala, de manhã e de tarde.

E1: Mas se faz com um por três, está bom.

R: Ora aí está o compromisso entre qualidade e produtividade, ou risco e produtividade.

E1: Exatamente. O risco aí aumenta, não é? Mas ele é aceitável, porque se não vocês diziam...

R: Depende. Depende a quem nós estejamos a dizer isto. Se estivermos a dizer ao conselho de administração, ele aceita. Se estivermos a dizer ao colégio de anestesistas, ele não aceita. Depende quem é o nosso interlocutor. Tudo depende das funções que desempenha a pessoa com quem nós estivermos a falar. Se tem funções de gerir um orçamento curto – é o conselho de administração – acha ótimo.

E1: Até podia ser menos, não é?

R: Como?

E1: Até podia ser menos gente.

R: Pois, até podia ser menos. Se for o colégio de anestesia acha que é um escândalo.

E1: Continuando ainda... já cobrimos a parte de... já está no recobro, não é?

R: Sim, já estava no recobro.

E1: Depois, a partir daqui, o anestesista não tem mais função, é isso, não é?

R: No recobro tem. No recobro, como lhe disse, é a analgesia e ver se o doente está confortável em relação a temperaturas, e isto e aquilo. E depois, no final, passado um dia ou

dois, se o doente ainda tem dores, se o doente tem algumas sequelas – porque nós damos muitas picadas e pomos linha arterial e pomos...

E1: Eu já fiz a operação, e tenho uma noção de como é que é.

R: picamos artérias e jugulares e tal. Portanto, se houve alguma sequela daquelas coisas todas que nós andamos a fazer, se o doente teve...

E1: Aquelas maldades, não é?

R: Se o doente teve náuseas e vômitos a seguir, que é muito desagradável. Uma pessoa que esteja fora: “ah, isso é só um enjoo. Depois isso já passa e tal”. Mas, para um doente, ficar enjoadíssimo e sem... a pessoa sente-se, de facto, mal. E ele atribui um grande significado a essa má disposição. E, portanto, é saber se, quando o doente já está na enfermaria, se está bem, e se teve algumas sequelas que nós registemos e que... ou se fez alguma alergia que não estávamos à espera, ou se houve algum imprevisto durante a cirurgia, se, por exemplo, foi muito difícil de entubar, para depois levar um cartãozinho a dizer que foi difícil de entubar, que foi entubado assim, ou assado – estou a falar na entubação traqueal –, e que para a próxima vez tem que mostrar este cartãozinho ao médico com quem estiver, para ficar avisado. Pronto, fazer essas recomendações.

E1: Eu agora queria passar um pouco para aquela segunda perspectiva que lhe disse no início, que é: não ver a eficiência como algum que é, como eu disse, quase como linha de produção, portanto, numa lógica industrial, mas ver a eficiência como o doente – ou o paciente (agora o nome não interessa), o beneficiário – poderá colaborar no ciclo – antes, durante e depois. Durante talvez não possa muito, mas pronto, durante o ciclo.

R: Durante não pode.

E1: Depende se estamos a fazer ... depende. Se for uma intervenção em que ele não está completamente anestesiado, talvez possa. Não sei. A minha pergunta é essa: como é que eu posso ver o doente como um recurso? E como é que ele pode colaborar? E, no limite, como é que ele pode coproduzir? Ou seja, pode fazer qualquer coisa que pode ser feito por vocês, pelos técnicos, mas que é passível de se lhe pedir, criar condições...

R: Sim, em parte pré-operatória pode colaborar dando uma boa história, esforçando-se para se lembrar das coisas a que é alérgico ou das coisas a que tem intolerância. Quando nós lhe

dizemos... por exemplo, houve uma que não colaborou nada, que era uma rapariga que veio fazer o transplante renal e tem que tomar banho na véspera e... os doentes elétricos têm que tomar banho na véspera e no dia. Isto é uma urgência, tem que tomar mesmo antes da... E a rapariga deve ter ido fazer uns penteados daqueles que são cabo verdianos e que aquilo acho que é caríssimo e demora imenso tempo, de maneira que, era claríssimo, quando ela saiu do quarto que não tinha tomado banho, e se tinha tomado banho, não tinha lavado a cabeça. Era claríssimo. Foi exatamente como entrou, foi como saiu. Portanto, se os doentes colaborarem e o facto de se esfregarem com Clorexidina e tomarem banho durante 5 minutos com aquela solução e tal removem uma data de bactérias e, depois, duas horas antes da cirurgia, se fizerem o mesmo, removem uma data de bactérias, essa parte ajuda bastante as coisas a correrem bem. Se cumprirem o jejum e não tomarem água ou leite, ou qualquer coisa, um bocadinho às escondidas, pensando que não tem uma importância quase vital, também ajuda um bocado. Portanto, ajuda um bocado a cumprirem coisas que não são opções de não fazer e de fazerem com vontade, porque uma pessoa está a dizer o melhor para as coisas terem bons resultados.

E1: No pré. Durante, há alguma coisa?

R: No pré. Durante, no durante eu acho que o doente colabora se estiver confortável. Se o doente estiver muito desconfortável, não se pode pedir grandes colaborações. Ou se estiver confuso, ou se estiver... por exemplo, na hemodinâmica, quando eles estão a fazer exames em que estão a dilatar coronárias e que estão com dor anginosa.

E1: Portanto, estão acordados, não é?

R: Sim, estão acordados. Não se pode pedir: 'Olhe, não se queixe'.

E1: Mas que atividade, concretamente, é que lhes pode pedir?

R: Não mexer as pernas, essa é importante, porque os cateteres entram por ali e eles, com rapidez, vão ficar sem dor, mas é preciso, para isso, que deixem entrar os cateteres e que aguentem um bocadinho a dor, porque depois as coisas vão melhorar. Se há pessoas que conseguem ter essa maneira de estar, há outras que não, há outras que à menor dor ficam, ou ao menor incómodo acham que ninguém está a querer saber e que...

E1: Na dúvida, protestam.



R: Na dúvida protestam. E no dia-a-dia é capaz de ser uma boa coisa.

E1: Mas isso, como eu estava a dizer, estamos na ótica da colaboração, portanto, colabora com alguém para. Estou a perguntar, ou estou a tentar sugerir mais do que perguntar, é se há alguma coisa que pode ser considerado uma atividade que eu posso pedir ao doente para fazer? Desde que eu esteja consciente, obviamente, se não, não vale a pena.

R: Mas antes? Antes ou depois?

E1: Durante ou antes. Por exemplo, só para... eu estou-lhe a dar um exemplo porque houve uma enfermeira que nós falamos – já não sei se era... não, não era cardíaca, não era do cardiorácica, era da cirurgia geral, acho eu, já não me lembro – foi uma enfermeira com que nós falamos que nos disse que há certas situações em que o doente pode fazer um conjunto de coisas, portanto, ter uma agulha no braço e, portanto, a maneira como ele põe o braço pode ter... “vá mexendo o braço assim”.

R: Isso é mais informação.

E1: Não, mas pode pedir para fazer.

R: Sim, mas é mais informação. O doente não quer ser picado outra vez, portanto, se lhe disserem como é a melhor maneira de manter aqui o cateter, ele vai aproveitar com ambas as mãos, porque ele quer manter aqui o cateter a todo o custo, para não... Se forem fazer a (não perceptível) antes da operação e, depois logo a seguir, que é a maneira de respirar sem doer, e poder tossir, pondo aqui as mãos e tal, ele também...

E1: Claro que o objetivo é sempre cuidar da vida do doente. Isso é o...

R: Quer dizer, é a qualidade de vida e estar a fazer uma atividade sem dor. Agora colaborar para o exame ser mais fácil para o operador?

E1: Deixe-me dar um exemplo que não tem nada a ver com hospitais que é para não influenciar. Vai comer uma pizza à Pizza Hut, a salada está num buffet e o cliente pode ir fazer a salada. Há uma lógica de coprodução. Eu estou a fazer uma atividade que, em princípio, seria da Pizza Hut, mas sou eu que a faço. Claro que é do meu interesse, até porque estou entretido, posso escolher a salada que quero, o que for. Mas há uma coprodução. Portanto, isto é nas pizzas. Agora passando para aqui, para o seu caso...

R: Deixe-me ver se eu me lembro de alguma coisa...

E1: ... há alguma situação deste tipo em que haja uma atividade que é feita ou que pode ser feita pelo serviço, mas que eu, em determinado tipo de situações, posso pedir ao doente e que até tem ganhos. Ou mesmo que não tenha, posso pedir. Ou não? Ou não há essa situação?

R: Talvez haja mas agora não me está a ocorrer nenhuma.

E1: Quer no pré, quer no... durante é... basicamente, só se ele estiver...pode estar sedado... eu tenho um caso, pessoalmente, mas não foi, não é aqui. Aliás, já fui intervencionado aqui dentro do hospital mas foi ali ao lado, para fazer a limpeza das artérias e, na altura, eu tenho a minha experiência...

R: Foi na hemodinâmica.

E1: Sim. Em que me pediram para eu fazer um conjunto de coisas que, por uma razão qualquer, já nem me lembro, já foi há muitos anos, mas também havia uma falta de pessoas para fazer a coisa, e ele “olhe, se não se importa, você não está completamente a dormir (não tinha dores, era basicamente isso), até pode ir vendo lá no ecrã o que a gente está a fazer”, e o se não se importa era qualquer coisa muito simples, e em que eu disse “com certeza”. Não sei se foi no desenrasca, se aquilo podia ser assim. Portanto, foi uma atividade que eu prestei.

R: Estava a ver o seu exame a decorrer.

E1: Sim. Estava a ver. “Se chegar ali, você aperta aqui” ou uma atividade qualquer, já nem me lembra. Sei que era uma coisa qualquer que eu tinha que fazer se sentisse qualquer coisa e visse lá o coisinha a tremer. Que eles também viam, só que eles estavam mais focados noutra coisa – eles, o pessoal. Portanto, estavam-me a pedir uma atividade que é uma atividade da equipa, mas que pediram ao doente para fazer. Pode ter sido só o meu caso, não sei, ou se calhar pedem a todos, também não faço a mínima ideia. Mas isto acho que é uma coisa que se pode chamar coprodução.

R: Sim, sim. Eu acho que sempre que isso é possível, eu acho que é bom fazer, não me está é a ocorrer é nada, de facto. Não me está a ocorrer nada, mas eu acho que isso é ótimo de fazer, deve ser feito. Sim. Se há alguma coisa que o doente pode contribuir, acho que sim.

E1: Pronto, se se lembrar diga-nos, porque na anestesia nós não estamos... não encontramos. E pode ser que haja, pode ser que haja alguma coisa. Aliás, nós ficamos muito esperançados com esta enfermeira dizer que há situações em que o próprio anestesista sugere ao doente que: olhe, pegue aqui, ou não sei quê, ou faça acolá, ou ponha-se não sei quê. Obriga-o a fazer qualquer coisa, não é só colaborar, é ele próprio ter de desempenhar uma tarefa. Mas eu também não... depois podemos dizer-lhe, que eu também já não me lembro, já foram com tantas pessoas com quem eu falei... mas lembro-me de ter registado isso, 'é pá, isto é interessante. Pode haver aqui uma coisa que não é comum'. Portanto, se se lembrar...

R: Está bem. Está bem.

E1: Pronto, e agora no pós, há alguma coisa deste tipo de colaboração, de coprodução, como eu estava a chamar, que se pode pedir aos doentes? Claro que quando ele sai é sempre a questão – é tradicional – envolver a família, envolver essa gente toda, ele próprio estar envolvido para... pronto, isso é a colaboração. Normalmente o que é que se define como colaboração. Mas, tipicamente, para o anestesista, ele tem alguma coisa que peça ao doente para colaborar ou para fazer? Para além daquela fase que me disse que já tinha saído do recobro.

R: Sim, na enfermaria?

E1: Sim, mais no serviço, no andar, no piso.

R: Se não forem coisas que sejam realmente importantes para ele fazer, só para colaborar, não estou assim a ver.

E1: Não, que possa haver, não estou a dizer que tenha que haver.

R: O que eu lhes digo muitas vezes é que saem da sala de operações com uma analgesia que dura 24 horas e, portanto, não vão ter muitas dores, nem nunca ninguém se queixa muito. Mas a suscetibilidade à dor varia e, portanto, e há pessoas enormes e pesadíssimas em que têm que fazer mais analgésicos, depois na... mas há outras que têm só maior suscetibilidade à dor e, portanto, nós queremos que haja uma recuperação rápida e que os doentes façam um recobro rápido da sua cirurgia, para isso têm que se mexer, têm que respirar fundo, têm que tossir, têm que mexer os braços, as mãos e, para isso, é preciso não ter dores, não estar constrangido com dores. Portanto, sempre que a analgesia não for suficiente têm que pedir mais analgesia, porque a analgesia está passada no processo digital, a analgesia de resgate para além daquela

que estão a fazer e, portanto, eles têm benefício em não serem modestos com a sua dor e queixarem-se, e disserem que estão com dor e fazerem mais analgésicos, para terem melhor estar e, para isso, conseguirem-se mexer melhor e o seu processo ser mais ágil.

E1: Portanto, no seu caso tem muito a ver com o conforto, não é?

R: É.

E1: Da pessoa.

R: É. É. Tem a ver com o conforto.

E1: Aí já não há tanto risco, pelo que eu estou a perceber, é mais uma questão de conforto, não é?

R: Agora as coisas já estão feitas, agora é retomar a vida normal. Para retomar a vida normal são várias etapas, mas nas primeiras etapas, que são as que se passam cá no hospital, é tudo acompanhado de dor, porque as intervenções são dolorosas depois de mesmo 72 horas, são dolorosas. E, portanto, se as pessoas estiverem confortáveis conseguem-se mexer, e conseguem-se sentir-se mexer, e conseguem ser mais otimistas em relação ao futuro próximo, e conseguem, pronto, desenvolver atividades e voltar à vida normal mais depressa do que se estiverem ali atrapalhadas [If patients feel comfortable and not in much pain, they are able to move, to not feel so sick and tend to be more optimistic in relation to their recovery and, in this way, it becomes easier to come back to their normal life].

E1: E é outra maneira de ver a eficiência, não é? Pelo que me está a dizer, no fundo, tem menos peso para a sociedade. Se a pessoa consegue retomar mais cedo a...

R: Não, mas eu estou a dizer é: pense por si próprio.

E1: Pois.

R: Pense por si próprio, se não a pessoa arrasta-se. Assim está mais otimista, está mais feliz, está mais... já fez o que tinha a fazer e não se sente permanentemente doente até passar um mês ou dois ou três, não. Tem uma recuperação melhor.

## Appendix A-9

### Interview 9

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

R: Portanto, tendo em atenção todas as coisas que nos possam se exhibir, sei lá, de percalços e, portanto, avaliar o doente, muito bem avaliado e depois dessa avaliação, se houver fatores para correção, nós vamos corrigi-los antes do pré-operatório [(...) evaluate the patient, well evaluated and after that evaluation, if there are factors to correct, we will correct them before the pre-surgery moment]. Portanto, para quando chegamos à fase da intervenção cirúrgica, nós já sabemos todos os problemas que temos e aqueles que já pudemos retirar e corrigir, corrigimos, e os outros estamos atentos a que eles possam nos acontecer. Os que não possam podem ser corrigidos antes. Para mim, isso vai dar num trabalho eficiente, porque é um trabalho que está programado, nós sabemos o que vai acontecer, estamos preparados para os percalços que existem sempre, nós sabemos que há sempre problemas, e... [(...) it will be an efficient work, because it is a work that is scheduled, we know what will happen, we are ready for the obstacles that always occur, we know that there are always issues]

E1: Mas quais são?

R: Quais são? Os percalços?

E1: Aquilo que pode acontecer.

R: Depois depende de cada doente.

E1: Portanto, são questões técnicas?

R: sim, podem ser soluções técnicas, problemas técnicos. Repare, um doente – isto aqui a nível da anestesia – é um doente que tem dificuldade em ser entubado ou ser anestesiado. Esse doente, se nós soubermos antecipadamente que há esse problema, nós já temos ali o material disponível para avançar com umas medidas avançadas para entubação orotraqueal. Nós temos um doente, a nível analítico, com umas plaquetas baixas ou que não estão muito funcionantes.

Nós já fizemos o estudo antes, já sabemos que esse problema existe, podemos ter logo pedido plaquetas, podemos pedir as plaquetas naquele momento, podemos agir com os problemas que nos podem acontecer, mas se nós soubermos que eles existem já estamos a avançar no tempo. Isso dá-nos eficiência porque não nos dá stress e não perdemos muito tempo em resolver. Quer dizer, no fundo é sempre isso, com todos os problemas que possam existir num doente. Um doente, sei lá, um doente anticoagulado. Um doente anticoagulado, nós temos que saber a que nível é que estamos na anticoagulação. Se nós não soubermos, o doente pode começar a sangrar e depois é mais complicado.

E1: Mas como é que isso se traduz em menores recursos? Seja esse recurso o tempo, materiais, ... como é que isso se traduz nisso?

R: Os recursos, eu penso que é assim: o antes é que tem que ser muito bem preparado, no tempo.

E1: O antes, até antes do pré-operatório, não é?

R: Sim, sim.

E1: É na consulta prévia.

R: Eu acho que sim. Para mim, o doente deve ser estudado muito bem na consulta e, portanto, quando é admitido, já está tudo clarificado. A situação está clarificada. Os pontos que é preciso corrigir antes da operação, mesmo em cima da operação ou durante a operação.

E1: Portanto, a minha pergunta: o que é que isso implica em termos de recursos que são mais aproveitados? É o tempo que estamos a falar?

R: Sim. Aqui é o tempo...

E1: É materiais?

R: É o tempo, é a qualidade e é a segurança dos doentes. Estamos a trabalhar em segurança. Se nós sabemos tudo o que pode acontecer, nós temos segurança e claro que gastamos menos tempo do que se acontecer uma coisa inesperada é muito mais difícil. Se nós já soubermos que ela pode acontecer, estamos à espera dela.

E1: E na fase da entrada, na pré-operativa, na sua prática, digamos assim, onde é que estão os pontos de obstáculo ou que têm de ser pensados para conseguir essa eficiência?

R: Eu não vejo assim muitas alterações. Então, se o doente chega ao bloco operatório, entra na sala, é...

E1: Aí já é no intra, não é?

R: Sim, mas ainda não começamos a operar.

E1: Sim, está bem. Estou a falar ainda no serviço.

R: Ah, ainda está a falar no serviço?

E1: Vocês deslocam-se ao serviço, não é? Devem ter, não sei, não sei como é que é...

R: O doente, é assim, o doente é chamado na véspera aqui, é chamado na véspera para fazer novamente umas análises, um raio-x tórax, um eletrocardiograma, é avaliado, é então visto pela anestesia, muitas vezes – só nessa altura é que ele é visto pela anestesia – e, portanto, é assim que se processa, com internamento na véspera e é visto por nós, claro, sempre.

E1: Portanto, aí o que é que eu posso ganhar ou perder em termos dos recursos que... – o tal tempo, a programação, coisas desse tipo?

R: O que é que eu poderia modificar?

E1: Se houver obstáculos, sim, o que é que poderia modificar.

R: Olhe, é assim, eu não modificava muita coisa porque eu gosto deste sistema. E eu não modificava muita coisa.

E1: Mas deteta alguma coisa que pudesse ser melhorada?

R: É assim, o doente poderia chegar mais tarde, não é? Podíamos propor em vez do doente chegar de manhã, ele chega de manhã, faz análises, faz os exames que tem que fazer, é avaliado pelas senhoras enfermeiras, é avaliado pela anestesia, é avaliado por nós, instituímos a medicação que é preciso fazer. Acho que tudo isso leva bastante tempo e se o doente chegar mais tarde, portanto, nós não estamos em horário normal para fazer todas essas coisas, acho

que não ganhamos muito com isso. Quer dizer, isso é uma hipótese, os doentes chegarem mais tarde.

E1: Portanto, basicamente disse mas, por exemplo, há alturas em que o doente está programado para ser operado e depois, por qualquer razão, não é. Portanto, é adiada a intervenção.

R: Sim. A intervenção só é adiada se o doente não teve condições de saúde, se houver uma alteração de saúde do doente nestas avaliações e nós não podemos ir intervir. Se o doente tiver uma infeção, nós não vamos operar com uma infeção. Se, por acaso, houver falta de tempo operatório, isto é, se as operações anteriores tiverem demorado mais tempo, se houver uma intervenção de urgência. Mas isso são tudo coisas que são resolvidas no dia-a-dia.

E1: E como?

R: Como? Como é que a gente faz essa gestão? Portanto, em primeiro vai sempre o que é urgente. O doente que é urgente é sempre o que vai em primeiro lugar, é o que tem prioridade. E a seguir irão os outros, que são eletivos.

E1: Portanto, é no desenrasca, quase?

R: Não, não é no desenrasca. É num pensamento do que é que é mais importante. É dando prioridades, não é desenrascar, é dando prioridades mesmo.

E1: E quem é que faz isso?

R: Quem é que faz isso? Faz o chefe de equipa, por exemplo.

E1: No fundo, o cirurgião, não é?

R: Sim.

E1: É que em função do estado do doente...

R: Sim.

E1: E isso é fácil depois de ajustar na programação?

R: Sim, não é muito difícil, na medida em que nós temos uma urgência, ou temos tempo para operar o doente eletivo ou então temos que o adiar para outro dia.



E1: Mas se adia vai ter implicações noutros... vai cá ficar mais tempo...

R: Não, não precisa de ficar internado, pode ir para casa.

E1: Mas suponha que ele é das ilhas.

R: Diga?

E1: Suponha que é das ilhas.

R: Se é das ilhas pode ficar cá, também tem essa opção.

E1: Pois, está bem, mas está a ocupar uma cama, não é? A relação de recursos output é muito ...

R: Sim, mas é assim, nós operamos quase 24 horas por dia, portanto, isso para nós não é assim muito importante, porque nós operamos de dia, operamos de noite.

E1: Ah, não, não... mas tem que ter os outros profissionais, não é? Tem que ter enfermeiros, tem que ter anestesistas, ...

R: Sim, sim, mas há equipas para de dia e para de noite.

E1: Então quer dizer que se houver um problema eu posso agendar para logo à noite, é? Era para ser operado agora, às 2h da tarde, não foi possível...

R: É assim, se for suficientemente importante, nós podemos operar à noite.

E1: Mas suponha que não é suficientemente importante, eu não estou em risco de vida.

R: Nós adiamos para outro dia.

E1: Portanto, tem implicação nos recursos e nos custos, não é?

R: Sim, sim, sim.

E1: E a minha pergunta, voltando atrás, é: há alguma forma de evitar isto? Havia alguma forma de pensar de outra maneira?

R: Quer dizer, há uma outra forma, mas que eu acho que até é mais dispendiosa, que é haver sempre uma equipe de urgência, numa sala de urgência ao lado e as coisas serem feitas: a urgência de um lado e a cirurgia eletiva de um outro. Mas acho que até não se justifica.

E1: Levava até a ter mais custos.

R: Levava, levava porque tínhamos que ter sempre uma equipe de enfermagem nessa sala, e que às vezes estaria sem funcionar, nem sempre estava a funcionar.

E1: E na interação entre você, quer dizer, entre os cirurgiões, os enfermeiros, anestesistas? É geral, não é?

R: Eu sou cirurgiã.

E1: Mas é geral, não é?

R: Sim, sim.

E1: Portanto, não tem lá o operacional que faz lá a máquina para dar ao sangue, aquilo anda à volta.

R: Não, não é preciso. Às vezes. Não quer dizer que não seja preciso, há operações em que precisamos.

E1: Mas, pronto, nesse caso, como é que estas interações são feitas em termos de práticas que possam ter repercussão na eficiência do hospital ou da organização ou do sistema, como queira chamar?

R: Porque é que acha que isto funciona mal?

E1: Não sei. Não acho que funcione mal. A senhora doutora não me disse que funciona mal.

R: Eu não acho que funcione mal. Não, não considero que funcione mal.

E1: Mas tem algumas dificuldades, não é? Como todas as organizações. E o que eu estou a tentar perguntar...

R: Sim. É assim, nós temos que respeitar sempre todas as classes profissionais. Todas têm que estar avisadas, todas têm que dar o seu ok e, portanto, tudo se baseia nessas fases. Os cirurgiões têm que dar o seu ok, os enfermeiros têm que dar o seu ok...

E1: Mas como é que podia ser organizado de uma maneira que fosse menos consumidora de recursos? Encontra alguma forma...? Ou que obstáculos...

R: Olhe, eu não vejo que haja outra maneira.

E1: Está tudo bem?

R: Sim. Para mim, as coisas funcionam relativamente bem. Não tenho...

E1: Isto não é o balcão das queixas, eu só estou a tentar perceber é como é que vê...

R: É assim, podia haver um pouco mais de rapidez entre as intervenções, mas também não é por aí.

E1: Não é por aí o quê?

R: Não é por aí que a gente diz 'ah não, vamos mudar isto tudo', percebe? Eu funciono assim já há muitos anos e gosto do sistema.

E1: Ok, e na fase, portanto, isto é na fase interna, portanto, do bloco, e na fase depois de saída do bloco, como é que...?

R: Depois de sair do bloco, portanto, o doente vai para um recobro pós-anestésico. Aí há uma colaboração um pouco maior das anestesistas e nossa e, portanto, as coisas também correm de uma forma normal.

E1: E o que é que pode acontecer que me leve a ter que usar mais recursos do que aquilo que estava previsto?

R: Mais recursos?

E1: Recursos pode ser o tempo...

R: Uma complicação?

E1: ... pode ser materiais, pode ser...

R: Eu acho que está tudo mais ou menos previsto. Nunca vejo assim grandes alterações às previsões que nós temos.

E1: Portanto, nada sai fora do que está programado?

R: Habitualmente, não.

E1: Não, mas eu quero saber é o que não é habitual.

R: Se não é habitual, olhe, sei lá, um doente pode realmente ter uma hemorragia. Se o doente tiver uma hemorragia, nós temos que tentar primeiro compensá-lo e depois, eventualmente, reoperá-lo. Portanto, isto é uma coisa que pode acontecer. Agora, no ponto de vista anestésico, pode o doente estar um pouco mais queixoso. Elas têm que ajustar as doses dos analgésicos. Mais, assim não estou assim a ver nada.

E1: A vossa intervenção acaba quando sai do recobro, não é? Depois vão vê-lo ao serviço, não é?

R: Não. Nós podemos e vamos vê-los também ao recobro, embora as anestesistas também estejam presentes, mais do que no serviço. Porque nós estamos sempre presentes em todas as etapas. Nós, cirurgiões e anestesistas. Um pouco mais perto no recobro, as anestesistas, e nós ficamos um pouco mais sozinhos no ... mas se chamarmos uma anestesista, ela vai ter connosco, não há...

E1: Portanto, neste ciclo (perioperativo) o que é que há que possa ser removido enquanto obstáculo para tornar o vosso trabalho mais eficiente? Se é que há, pode dizer que não há.

R: Pois, é que é assim não vejo assim nada de complicado nisto.

E1: Não é complicado, é haver alguma coisa que impeça de ter o melhor desempenho, no sentido de consumir menos recursos. Quer dizer, pesa a lógica da eficiência. Eficiência não é eficácia, não é fazer, é fazer com menos ou fazer mais com o mesmo.

R: Sim, sim. Nós, quando saímos, temos um ou dois enfermeiros que tomam conta de 4 doentes, que é normal, e depois vamos para uma unidade de cuidados intermédios, mas, quer dizer, está tudo dentro do previsto. Não acho que se possa tirar mais nada aqui.

E1: Não se pode tirar mais nada? Mas pode-se fazer mais, ou não?

R: Pode-se fazer mais?

E1: Não sei, estou a perguntar.

R: Mais doentes? Quer dizer, fazer mais operações?

E1: Pois, estou a propor a questão.

R: Pode-se fazer mais operações.

E1: Diminuir as filas de espera, no fundo é isso.

R: Olhe, este hospital não tem grandes filas de espera, portanto, nós não lutamos com esses problemas.

E1: Portanto, está tudo... sim, senhora. Então, deixe-me só pôr-lhe aqui uma questão que é a seguinte: nós passamos aqui um período de crise e, com certeza, (não perceptível) foi o mesmo, que a gestão do hospital vem dizer: olhe, vocês têm que fazer o que estão a fazer, mas é com menos X % de materiais, ou dos profissionais, ou não sei, mas de certeza que disseram qualquer coisa deste género. E o que eu lhe pergunto é: quais são as implicações que isso teve, se é que teve – pode não ter havido – na sua prática, enquanto cirurgiã?

R: Olhe, quanto aos materiais, os materiais é uma coisa que realmente nós temos alguma dificuldade nos materiais, isso causa-nos stress. Portanto, compram material de qualidade inferior, tentam substituir por material de qualidade inferior e isso acaba por nos causar stress, embora depois de se pedir e de se programar as coisas vão aparecendo, mas isso aí seria uma coisa que podia estar melhor.

E1: E nos recursos humanos?

R: Nos recursos humanos as pessoas estão nos mínimos.

E1: Mas estão?

R: Estão.

E1: Mas se lhe pediram para fazer o mesmo com menos gente, e se fez, acabaram por conseguir.

R: Nós não fizemos o mesmo com menos gente, nós fizemos menos com menos gente.

E1: Então qual foi a consequência?

R: Qual foi a consequência disso?

E1: Sim. O que é que levou.

R: É assim, o que é que levou?

E1: Se reduziram custos, no fundo aqui é uma questão de dinheiro.

R: Se nós reduzimos as pessoas, se reduziram o número de pessoas, nós também reduzimos o número de tempos operatórios, acabou por se reduzir o número de tempos operatórios, porque nós não conseguíamos operar doentes naqueles tempos operatórios que nós tínhamos.

E1: Então quer dizer que...

R: Houve uma redução também, no tempo.

E1: Portanto, há 4 ou 5 anos atrás operava-se menos do que se opera agora?

R: Não. Agora opera-se menos do que se operava antigamente.

E1: Então, mas agora houve uma reposição de...

R: Não. Nós não tivemos reposição nenhuma.

E1: Não, do budget dos hospitais houve.

R: Sim, mas nós não somos dinheiro, somos pessoas.

E1: Está bem, mas não trabalha à borla, portanto, têm-lhe que pagar. Se quiser cá ter outra cirurgiã também vão ter que pagar.

R: Sim, mas eles não contratam assim pessoas. Nós não temos pessoas.

E1: Então qual foi a implicação dos cortes que houve nos hospitais? Neste concretamente, aqui.

R: No nosso serviço? O nosso serviço, portanto, o que houve foi redução do número de pessoas.

E1: Portanto, reduziu, não é?

R: Sim, sim. Como houve redução de pessoas...

E1: E ainda não foi repostos?

R: Não foi repostos, nem sei se vão repor. Redução do número de pessoas, redução de tempos operatórios, para que nós tivéssemos as coisas mais equilibradas

E1: O que é que é equilibrado?

R: O que é equilibrado? É que, com os nossos horários, pudéssemos cumprir as nossas obrigações.

E1: E, portanto, mas operavam o mesmo número de pessoas ou não?

R: Se nós operávamos o mesmo número de pessoas? Não, nós operávamos mais pessoas.

E1: Antes, não é?

R: Sim.

E1: Depois reduziram os médicos, foi isso? E passaram a operar...

R: A operar um pouco menos.

E1: E esse processo ainda não foi alterado?

R: Não, porque ainda não puseram mais pessoas.

E1: E porque é que não...? É só por uma questão de não ter as pessoas necessárias para as equipas, é só essa a questão?

R: Sim, sim.

E1: Está bem, muito bem. Eu gostava de fazer aqui a outra questão que lhe disse.

R: Diga.

E1: Portanto, que é ver a eficiência agora do lado da colaboração do paciente ou do doente, como lhe queira chamar. Num ciclo perioperativo eu posso imaginar situações, umas reais, outras segundo a minha cabeça, em que o doente, por um lado, pode colaborar e, por outro, até se lhe pode pedir que desenvolva algumas atividades mínimas, obviamente, ele tem que estar consciente, não pode ser no bloco. E o que lhe pergunto: na sua prática, isto faz sentido e

como? E tem exemplos que eu possa registrar disso? Desta colaboração do paciente que tem impacto depois na utilização dos recursos da sua equipa.

R: Mas está a falar em doentes que não anestesiados, com anestesia local?

E1: O que quiser. Agora deixo... é evidente que eu no bloco não posso pensar nisto em termos de anestesiados porque ele está a dormir. Mas tirando isso, ...

R: É assim, nós fazemos algumas intervenções sob anestesia local, mas que não... da parte do doente, o que nós pedimos é que estejam quietos, não é? Têm que estar calmos, serenos. E não pedimos assim mais nada de...

E1: Isso no... E antes e depois?

R: Quando estamos sob anestesia local. Antes e depois? Antes e depois as coisas não acontecem, também são, repare, são cirurgias que são mais pequenas, não são intervenções muito grandes, não acontece assim nada de especial.

E1: Está bem, não acontece para si.

R: Pois.

E1: Para mim acontece muita coisa.

R: Não, olhe, não acontece nada. É assim, o doente tem que estar calmo e sereno, não é? Pode-se queixar. A gente o que diz “olhe, se doer diga”. E a gente dá um pouco mais de anestésico, mas mais nada.

E1: Portanto, tirando o ele estar informado, essas coisas todas, vocês com certeza que falam com ele antes e lhe explicam o que é que vai acontecer, essas coisas, ...

R: Claro. Explicamos como é que vai ser a intervenção.

E1: Portanto, ele pode ou não colaborar na perceção que faz da informação sobre o seu estado de saúde e sobre aquilo que o trouxe cá, isso é uma forma que eu estou aqui a chamar de colaboração. E no pós também. Ele e a família podem ser chamados a colaborar na recuperação. Ou não?



R: É assim, nós o que fazemos mais aqui são acessos vasculares para hemodiálise. É uma coisa que os doentes acabam por conhecer uns com os outros, porque isto é um serviço, tem um serviço de hemodiálise e transplantação renal e, portanto, os doentes já sabem porque falaram, já viram, percebe? Tudo acontece de uma forma um pouco natural.

E1: Mas eles já viram, já faz... houve um processo de aprendizagem para isso, mas depois fazem qualquer coisa.

R: Sim.

E1: O que é que eles fazem?

R: O que é que eles fazem?

E1: Sim, que tenha impacto na prestação do serviço.

R: É estarem quietos, calmos e serenos.

E1: Mas para além disso? Para além de estarem...?

R: Não fazem mais nada.

E1: Não se lhes pede mais nada?

R: Não. Olhe, eu não costumo pedir mais nada, não sei. Mas, já agora, se tem assim alguma ideia...

E1: Não tenho, não, não. A minha ideia é tentar perceber se haverá. Eu só quero é puxar.

R: Pois, pois. Não, não, olhe, eu não peço mais nada, só peço isso. Eu só peço que estejam calmos. Se doer, que avisem e mais nada. Que fiquem quietinhos, a pessoa tem que estar...

E1: Portanto, não há nada que eles possam fazer que facilite o seu trabalho?

R: Não. Só isso. Quer dizer, o estarem quietos

E1: Não mexa nos (não perceptível), esteja quieto.

R: Pois. É. Já facilita.



## Appendix A-10

### Interview 10

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

R: Então mas, se calhar, começo por dizer onde é que eu entro neste contexto do perioperatório. Habitualmente, os doentes têm uma cadeia de acontecimentos que os levam até o anestesista, e depois do anestesista ainda continua e que passa, inicialmente, por uma queixa, um problema – muitas vezes, neste nível, estamos no médico de família, eventualmente, no hospital, mas mais o médico de família. O médico que vai fazer uma referência após um estudo de diagnóstico e, quando é feito esse estudo de diagnóstico, existe uma suspeita de diagnóstico que muitas vezes é referenciado a hospitais de nível mais avançado, os chamados hospitais secundários e terciários – como é o caso deste. Este é talvez um hospital, fazendo aqui um parêntesis, um hospital um bocadinho particular porque trata de doentes com patologias muito específicas, não existe uma urgência aberta, portanto, os doentes não conseguem vir aqui diretamente, já tem essa informação e, portanto, existe esse encadeamento que é uma suspeita, uma queixa que gera um problema, esse problema vai ser investigado e cria-se uma suspeita de diagnóstico, mais investigação, – é ainda fora do hospital – que depois leva a um diagnóstico definitivo e à referência para tratamento. Aqui é feito esse estudo final para estadiamentos, portanto, perceber até que nível é que aquele problema condiciona uma indicação para o tratamento e é feita uma proposta. Tendo em conta a minha atividade, que é essencialmente bloco operatório, mas não só, a anestesia acaba por ter ação em várias áreas e cada vez queremos mais que se estenda para o pré-operatório. Infelizmente, por falta de recursos humanos, como também já devem ter conhecimento, há muito falta de anestesistas que leva e condiciona a nossa atividade a restringir-se ao mínimo indispensável, que não pode ser delegado noutras pessoas, e acabámos por não ter um papel tão abrangente no tratamento e na abordagem dos doentes. Mas chega ao anestesista, muitas vezes, com uma proposta cirúrgica. Tendo em conta essa proposta cirúrgica, nós contactamos com o doente, falamos com ele, avaliamos, focamo-nos muito na estratificação de risco de forma a diminuir a comorbilidade associada ao tratamento e diminuir os riscos associados à intervenção que a cirurgia [(...) stratificate the risk in such a way that they become able to

reduce the risks associated to procedures and surgery (...)]- mas pode até ser outra especialidade – vão ter sobre esse doente e tentamos baixar esses níveis de risco com otimização clínica, otimização de terapêuticas, etc. e chegamos então a nós próprios também fazer uma proposta – e aqui entra o conceito de consentimento informado esclarecido, que é algo que nos é muito querido, mas com o qual temos uma relação, infelizmente, nem sempre boa. Que o consentimento informado, às vezes não é assim tão informado e nós temos alguma dificuldade em, por falta de tempo essencialmente, quer os cirurgiões, quer os anestesistas, quer os médicos no geral, em explicar, efetivamente, o que é que vai ser feito, quais são os riscos associados, o que é que poderá acontecer se não é feito nada, o que é que poderá acontecer se é feito esse tratamento, quer em termos de resolução do problema, quer em termos de efeitos secundários, eventualmente. Portanto, a nossa abordagem começa aí na avaliação, otimização e preparação para a cirurgia, desenvolve-se ao longo da cirurgia com atos mais técnicos e em que a interação com o doente é muito técnica, portanto, habitualmente, o doente vai estar, nessa fase, ou sob anestesia geral ou sob uma técnica de anestesia regional em que nós nos vamos debruçar mais sobre a clínica. No final, procuramos que esta agressão que é feita durante a cirurgia e esta interação não tenha repercussões e o doente possa ter uma evolução que permita restabelecer a sua qualidade de vida e a ação com os seus entes queridos, e possa ir para casa, etc. na melhor forma. E este é o contexto, um bocadinho, daquilo que o anestesista de bloco operatório faz. Depois há as áreas da dor e da medicina intensiva e da medicina pré-hospitalar que, se calhar, aqui não fazem tanto sentido porque não é perioperatório, embora este doente possa passar pelos cuidados intensivos antes ou depois da cirurgia e aí poderemos contactar também. Neste hospital, os anestesistas só fazem medicina perioperatória, fazem consulta da dor – que é a doutora Fátima que, se calhar, não conheceram e, portanto, não estamos envolvidos diretamente nos cuidados intensivos, damos apoio. Um pouco alinhando para o aspeto da eficiência, o que nós procuramos sempre é o benefício máximo para o doente. De facto, como fazemos, às vezes pode-se centrar um pouco mais em nós próprios, às vezes um pouco mais no doente e, embora seja desejável, todos concordamos que seja desejável haver um compromisso, porque, embora tenhamos o conhecimento técnico e científico em relação ao problema que o doente tem, muitas vezes focamo-nos demasiado na doença e pouco na pessoa doente e esquecendo-a [(...) often put more focus in the condition and less in the patient, ending up forgetting him or her]. E isto também daquilo que vou lendo sobre o assunto e daquilo que nos vamos apercebendo à medida que nos focamos mais, quer em congressos, quer noutros tipos de reuniões, naquilo que é... às vezes questionamo-nos um pouco: Será que nos focamos no certo? Será que o

doente quer o mesmo que nós queremos? Ainda aqui há um mês lia algo sobre isso, por isso é que dizia eu há pouco também (não sei se posso fazer estes parêntesis).

E1: Pode, pode. Tudo o que quiser.

R: Há pouco dizia que se calhar aquilo que nós queremos não é aquilo que o doente quer. Isto também me baseio num artigo que estava a ler aqui há quinze dias e que falava um pouco nisso. É que quando nós questionamos efetivamente o doente sobre se quer ou se não quer aquele tratamento e correr os riscos associados, se calhar, vamos ter respostas surpreendentes. E nós que achamos que estamos a fazer o melhor ao permitir que esse doente tenha acesso a determinado tratamento, na verdade, o ponto de vista dele pode ser um pouco diferente. Ele pode não querer estar aquele período da sua vida num hospital, correndo o risco de não ter a interação com a família que acha importante. Ainda assim, nós nesta cadeia, e tendo em conta os constrangimentos da falta de tempo, da falta de recursos humanos e da pressão sobre a produtividade, acabamos por nos focar um bocadinho ‘esta pessoa tem este problema, o que está indicado é isto, vou utilizar um conjunto de materiais e colaboração com outros serviços de forma a fazer este tratamento’ e, no fundo, é nisso que nos focamos diariamente. Se me quiserem orientar...

E1: Sim. Estava à espera que terminasse. Quando se fala de eficiência (vamos começar pela parte mais comum), tem a ver com recursos e os recursos, nos vossos casos, é materiais ou tempo, basicamente que ... e, portanto, como é que vê estes recursos na sua prestação? Ou seja, a noção de eficiência tradicional é: consigo fazer o mesmo com menos recursos ou fazer mais com os mesmos recursos. E isso tem implicações na organização do sistema em geral, e do seu tempo e da ligação com os seus colegas. O tempo, penso eu, que nos serviços é o mais importante, não é o único. E depois a questão dos materiais também, mas isso penso já que será menos importante. Mas, de qualquer maneira, basicamente, é como é que a sua interação, digamos assim, aqui...

R: Com esses fatores.

E1: Exatamente.

R: É, eu posso-lhe dizer que, para além deste hospital, tenho, na minha evolução como profissional, contextos muito diferentes, porque trabalho no privado, trabalho em parceria público-privada, trabalho no público, trabalho no pré-hospitalar no INEM e trabalhei nos

Médicos Sem Fronteiras em locais sem recursos nenhuns – nem oxigénio tinham. E, de facto, esses contextos fazem ainda, nomeadamente, no privado – onde se sente mais – tem uma repercussão importante sobre aquilo que eu posso fazer e sobre essa gestão. Nós somos, cada vez mais, levados – e isso não é novidade – a produzir mais com menos, a tentar diminuir ou manter os mesmos recursos a nível humano e de tempo para fazer a mesma atividade que... fazer uma atividade que vai crescendo e, inevitavelmente, essa atividade vai crescendo, porque também a população está mais velha, tem mais patologia e vai precisar mais frequentemente de recurso aos serviços de saúde. Como é que eu, pessoalmente, interajo com essa evolução? Por muito que não queiramos olhar aos custos, nós, clínicos e, portanto, que temos... embora tenhamos essa... nós vamos tendo um bocadinho mais essa noção que não era tão nossa (dos médicos), ter que me preocupar com o custo dos fármacos ou com o custo daquilo que fazemos, ou até o tempo que estamos parados ou que não estamos a produzir. E, portanto, nós próprios também fazemos um esforço de forma a tentar melhorar as nossas ações, de forma a garantir que essa diminuição de custos ou, acima de tudo, o não exagero nos custos, não gastar dinheiro onde não é necessário, onde... tentamos procurar estratégias também clínicas que tenham, garantidamente, qualidade e deixando aquelas que não têm tanta evidência de parte porque, de facto, se não mostraram evidência em relação à melhoria do doente, eu só vou estar a aumentar custos e, eventualmente, a fazer mal ao doente, porque algumas delas podem ser mais invasivas e, portanto, podem causar efeitos secundários ao próprio doente [try to find medical strategies that have proven quality and reject the ones without clear evidence (...)]. Falo, por exemplo, nos cateteres, nas técnicas de monitorização que elas próprias têm riscos para os doentes, nomeadamente, aumento de risco de infeção, aumento de complicações hemorrágicas de sangramentos e que se questiona muito, e mesmo em reuniões mais médicas, mais clínicas nos questionamos: ok, pomos e, de facto, qual é o resultado, no final, de ter utilizado determinada estratégia? Se o resultado não tem significado estatístico, essa melhoria, a tendência é cada vez mais: ok, então não o fazemos porque não vamos fazer mal ao doente e porque também – nós pomos sempre em último lugar a questão do custo para não parecermos demasiado máquinas [the last thing that they “put on the table” because they do not want to act or to be understood as machines] – mas também para não aumentar os custos. E embora tenhamos essa preocupação, daquilo que vou vendo, as estratégias nos diferentes tipos de hospitais são bastante diferentes, tanto nas EPE, nas PPP ou nos privados é completamente diferente a gestão do...

E1: E quer esclarecer um bocado como é que isso, no seu caso, no caso da sua experiência.

R: Não sei se querem que me restrinja a este hospital.

E1: Não. A sua experiência. Agora se é deste hospital ou não, para mim, não é muito importante. Ou seja, o que nós pretendemos saber é como é que vê a eficiência na sua prática.

R: Eu às vezes comento com uns colegas que eu acho que os públicos têm muito a aprender com os privados ou com as parcerias público-privadas. Não que eu deseje transformar os hospitais públicos em parcerias, porque iria estragar o Sistema Nacional de Saúde porque têm uma visão um bocadinho extremista em relação àquilo que são os custos e àquilo que é feito para aumentar a faturação que não é aplicável, por exemplo, a um hospital destes. Eu trabalho no Hospital de Cascais. O Hospital de Cascais é um hospital para aumentar a produtividade e diminuir o tempo... devem ter esta noção, são de gestão, portanto, devem ter esta noção: o maior custo dentro da saúde é recursos humanos. Portanto, por muitos materiais caríssimos que eu compre para o meu hospital, a verdade é: onde eu gasto mais é recursos humanos. Portanto, o Hospital de Cascais, neste caso, mas eventualmente outros, aquilo que fez, em relação ao bloco operatório é: se existe uma equipe de urgência, de anestesista e enfermeiros, que estão parados à espera da urgência e nós não temos assim tantas urgências, vamos pô-los a fazer produção eletiva – programada. Isso tem uma repercussão lógica muito positiva que é: com os mesmos recursos...

[Pausa na gravação]

R: E, portanto, um dos resultados dessa otimização de recursos é que com as mesmas pessoas, com as mesmas horas e com o mesmo dinheiro, eu vou conseguir aumentar o número de doentes operados e, portanto, aquilo que é depois faturado – porque são faturados por doente ou por ato [One of the results of that optimization of resources is that with the same people, with the same time and the same money, I can increase the number of surgeries]. Embora esse aspeto tenha esse lado positivo, depois tem o outro lado negativo: é que as equipas que estão de urgência e que estão disponíveis para tratar urgências a qualquer momento do dia ou da noite, se estiverem o dia todo a fazer atividade programada, garantidamente não vão ser as mesmas e não terão as mesmas capacidades de lidar com as reais urgências que possam surgir a qualquer momento, durante ou após esse período. E, portanto, esse lado também me pesa porque não sei quando é que poderá aparecer uma pessoa que realmente precisa de um tratamento urgente e eu não sei em que estado é que vou estar também de capacidade para tomar decisões em relação a esses casos.

E1: Mas no caso que deu, em Cascais, eu acho que eles têm urgências.

R: Eles têm urgências.

E1: Pode acontecer ter uma urgência, não é?

R: Sim, sim, sim. Esse é o problema. Habitualmente, como é gerido é que as urgências que surgem durante o dia, durante a atividade programada, são colocadas a meio dessa atividade programada ou, se não forem muito urgentes – como a maioria das urgências que são referenciadas a esse hospital, portanto, não é como aqui que... e mesmo aqui, muitas das urgências têm um período que nós achamos aceitável para serem realizadas. Ou seja, uma pessoa que chega ao hospital com um apêndice não tem que ser operado passado 5 minutos. Muito provavelmente, num período de 12 horas, dependendo da evolução, deverá ser operado mas não são cirurgias emergentes, como as pessoas que entram numa situação quase final e em que têm de ser intervencionadas logo.

E1: Mas aqui há equipas que estão adstritas só à urgência?

R: Aqui?

E1: Sim.

R: Eu estive as últimas 24 horas de urgência.

E1: Ah, mesmo não havendo cirurgias.

R: Mesmo não havendo cirurgias. Embora durante o dia acabe por também numa estratégia de otimização dos recursos, andei a fazer consultas pré-operatórias, a fazer uma auditoria à administração de fármacos no bloco operatório de forma também a melhorarmos a nossa conduta. E, portanto, vamo-nos multiplicando em pequenas necessidades que surgem, porque é um hospital que não tem muitas urgências, muitas urgências cirúrgicas. Aquelas que tem, que são os transplantes e são algumas situações da cirurgia geral ou da cirurgia cardíaca, muitas vezes, conseguem-se gerir e estamos cá disponíveis. Normalmente aqui no hospital tem sempre um cirurgião geral, um nefrologista, um cirurgião cardíaco, um anestesista, um cardiologista pediátrico e um cardiologista que estão em presença física para as necessidades dos doentes que estão dentro do hospital ou, eventualmente, um que seja referenciado de



outro hospital, habitualmente o S. Francisco, ou Cascais ou Amadora-Sintra – são os mais próximos.

E1: Mas isso que está a dizer podia ser... não vou focar muito no... quero mais tentar ver a sua opinião, mas isso agora podia ser... vocês são 3 hospitais no grupo, não é? Podiam ter um único hospital que tivesse uma única equipa, essas urgências iam para esse hospital, as outras eram encaixáveis, digamos assim, na programação.

R: Não. Na verdade, não pode ser pelo nível de especificidade, pelo nível técnico das complicações ou das urgências que surgem para cada um dos hospitais. As urgências que vêm para aqui são doentes cardiológicos ou doentes renais, portanto, é uma referenciação já muito específica. Um doente que vá ao hospital de S. Francisco com um enfarte de miocárdio, portanto, um ataque cardíaco, é referenciado automaticamente ao hospital de Santa Cruz. Não é tratado, nem é abordado lá, vem para aqui. Um doente... as complicações... porque este hospital está associado também a cirurgias que nós chamamos major e estas estão associadas a um risco de complicações muito mais elevado do que a cirurgia de ambulatório, de ortopedia, de urologia, de ginecologia, de outras especialidades. Portanto, estes doentes que são operados aqui, habitualmente têm mais complicações, têm internamentos mais longos e têm custos mais elevados. Isso faz com que as equipas que estão aqui também estão para tratar as complicações dos doentes que estão cá internados. Por exemplo, ainda ontem à noite me dizia o cardiologista pediátrico que tinha uma criança com um derrame pericárdico. O que é que é isso? É sangue à volta do coração. Quando esse sangue aumenta comprime o coração e o coração deixa de funcionar. Isso é um tipo de complicação que surge após uma operação cardíaca e, portanto, não é feita em qualquer sítio e, portanto, quem é capaz de resolver também são pessoas que estão dedicadas a esta área. Não vale a pena enviar essa criança à Estefânia – que é um hospital pediátrico – porque embora eles estejam preparados para tratar crianças, não estão preparados para tratar complicações de cirurgia cardíaca. E por isso é que estamos divididos assim. E não só, porque já existiam os edifícios, já existiam as equipas e, portanto, foi uma fusão. O centro hospitalar não surgiu e decidiu dividir-se. Na verdade, foi uma fusão entre vários hospitais. Os serviços sim, fundiram-se. O serviço de anestesia é o mesmo. A minha mulher também esteve de urgência esta segunda-feira, ontem, mas no S. Francisco. E, portanto, em termos de gestão de recursos humanos, se fosse tudo no mesmo, as urgências – no mesmo não poderiam ser por causa disto, por causa das equipas estarem descentralizadas – eventualmente, poderia ser era um hospital único, com todas as valências, que é o que acontece no hospital de Santa Maria, que eu não sei números, mas não creio que

seja grande solução. Os hospitais grandes diminuem uma série de custos associados a transportes mas os doentes têm internamentos mais longos, certamente, à custa da falha na comunicação entre profissionais. Isso foi o que eu vi em hospitais maiores. Eu aqui, se tiver uma necessidade, facilmente contacto o colega de cada uma das especialidades e isso é bom para o doente também, porque existe uma proximidade que nos permite mais rapidamente resolver o problema do doente e eu acho que isso se pode traduzir em custos, não sei.

E1: Em tempo, pelo menos.

R: Em tempo, pelo menos, e o tempo de internamento aqui será também... é um custo associado.

E1: Claro. Mas essa relação com as outras “equipas” (não fazem parte de uma equipa), com os outros profissionais, pode gerar situações desse tipo? De aumento do custo, portanto, da ineficiência, se quiser pôr nesses termos.

R: Eu acho que sim. Eu posso dar dois ou três exemplos. Eu tenho um doente que vem à consulta de anestesia. Infelizmente, nós aqui não temos consulta de anestesia porque naquele contexto que estava a falar do encadeamento, o doente quando tem uma proposta cirúrgica supostamente vai a uma consulta de anestesia, onde é avaliado e onde é, eventualmente, definida alguma estratégia para melhorar as condições com que chega à operação e, portanto, também diminuir as complicações no intra- e no pós-cirúrgico. Um doente chega à minha consulta e tem um problema cardíaco. Não vale a pena entrar em grandes pormenores, tem um problema cardíaco. Eu aqui, se calhar, dou dois passos, falo com o cardiologista: ‘o que é que acha disto? Ah isso não te preocupes, que isso é isto e isto.’ Eu tiro daí as minhas relações em relação àquilo que deverei fazer a seguir e, provavelmente, o problema está resolvido com uma mera conversa. Se eu estiver longe, aquilo que eu vou fazer é fazer um pedido de consulta de cardiologia ou fazer um pedido de exame, por exemplo, uma coronariografia, é um cateterismo cardíaco que tem os seus custos associados em materiais e também da utilização dos recursos humanos e, esse exame vai ser feito independentemente de ter indicação ou não, porque eu não tive esse contacto facilitado com o meu colega. Eu acho que neste hospital, por ser um hospital pequenino, nós beneficiamos dessa interação privilegiada próxima entre os serviços, nomeadamente no que toca à anestesia, que nós somos os principais agentes de transfusão dos hospitais (nós transfundimos 60% ou mais do sangue que é utilizado; nós utilizamos essa percentagem... isso varia um bocadinho, se calhar neste

hospital é a cirurgia cardíaca). Nós... isso... O facto de ter o serviço de sangue tão próximo e de eu ir lá e de eles virem ter comigo ao bloco operatório se eu precisar e podemos ter uma comunicação mais próxima, sem dúvida, faz com que eu transfunda muito menos. Se cada transfusão de sangue forem trezentos e tal euros, se cada pool de plaquetas também rondam trezentos ou quatrocentos euros, se cada ampola de fibrina agénio custa 150 euros, eu posso dar umas cinco, se eu conseguir reduzir esta utilização, utilizando-a de uma forma mais eficaz também vou certamente reduzir esses custos associados à minha intervenção. Por outro lado, acho que aquilo que nos tentamos focar mais é na otimização do tempo que temos. Também por isso nos reunimos hoje, que já não estou de serviço, porque de facto é difícil enquanto trabalhamos, e a anestesia em concreto, por sermos poucos e por trabalharmos num sítio em interação com outras especialidades, faz com que estejamos quase sempre a produzir alguma coisa, quer no bloco operatório, quer fora, em atividade, em sedações, procedimentos ou, eventualmente, na otimização dos doentes para as operações.

E1: Falou aí, basicamente, que tinha muito a ver com a flexibilidade, não é? Portanto, a questão de se poder adaptar e de falarem entre as várias equipas.

R: Flexibilidade da organização.

E1: Era isso que eu lhe ia colocar, se isso é uma questão de desenrasca ou é uma questão de que a organização está montada nesse sentido e, portanto, ...

R: Eu acho que é mais flexibilidade do que organização, neste momento.

E1: Até no fundo as pessoas, por si, ajustam-se para conseguirem encontrar respostas mais rápidas, mais flexíveis.

R: Sim, eu acho que sim, eu acho que sim.

E1: Mas isso tem um risco, não é?

R: Claro, claro que tem. Existe uma estratégia que é seguida no serviço de saúde inglês que é dos protocolos. Os ingleses são muito organizados no campo da saúde, são muito organizados e é tudo muito protocolado. E se eu andar dentro do protocolo, pelo menos, fazendo uma curva de Gauss, o centro está garantido. Nós achamos que conseguimos chegar a todo o lado e conseguimos os do centro e os das pontas também, conseguimos ajudar toda a gente numa estratégia mais flexível do ponto de vista clínico, mas também do ponto de vista humano, sem

dúvida que isso tem um risco que é: eu, no meio de tanta flexibilidade, vou cada vez ser mais desorganizado e corro o risco de me esquecer e, portanto, de aumentar os riscos para o doente e, eventualmente, também os custos porque uma ação mal organizada é uma ação com despesa, pelo menos de tempo, se não de outros materiais e de outros recursos. Eu acho que devemos caminhar em direção a uma estratégia de termos a nossa ação bem organizada. Isso não quer dizer que não haja alguma flexibilidade de forma a termos um sentido crítico, pontual, destinado ao indivíduo, porque nenhum doente é igual ao anterior, mas, se tivermos as coisas organizadas, dificilmente nos vamos esquecer de passos que são no mínimo essenciais e básicos [(...) If we have things organized, we will hardly forget the steps that are, at least, essentials and basics]. Portanto, temos de ter um nível essencial e básico de tratamento que eu acho que se encontra através da organização.

E1: Portanto, para si, a eficiência aí seria perder um pouco da flexibilidade.

R: Sim.

E1: Portanto, diminuía o risco e aumentava a eficácia. Eficácia no sentido de fazer...

R: Acho que sim.

E1: Era utilizar mais os protocolos. Aliás, hoje já é um pouco assim. Dentro do hospital tem um protocolo, a equipa tem protocolos. No fundo era cumprir os protocolos.

R: E embora esteja a defender isto, na verdade, eu gosto da flexibilidade, mas eu acho que a flexibilidade tem que estar um bocadinho mais restrita.

E1: Mas quer dar um exemplo de como é que eu posso ganhar...?

R: São coisas mais técnicas. Eu acho que a estrutura deve ser organizada.

E1: Está a chamar estrutura ao quê?

R: A estrutura é a organização dos serviços, a interação entre os serviços. Até para ser objetivável. O facto de eu ir falar com o meu colega, na porta ao lado, é uma ação flexível que, eventualmente, poderá melhorar de facto o meu resultado e poderá diminuir tempos e diminuir, eventualmente até, custos, mas a verdade é que não é objetivável. Qualquer administrador que chegue ao pé de mim na semana seguinte diz: tu viste um doente ou viste oito doentes e podias ter visto quinze. Mas eu, se calhar, reduzi um cateterismo, dois

cateterismos, reduzi uma série de interações que iriam ter custos também. Portanto, se não for organizada, esta estrutura e esta interação entre os serviços também não é quantificável, afinal. E posso mostrar-lhe, este livro que tenho aqui ao meu lado, é a nossa contabilização de atos. Os atos que eu fiz ontem escrevi aqui. Isto não vai sair daqui, ou seja, essa informação não chega... Quando eu pedir mais colegas porque tenho excesso de trabalho, ninguém mos vai dar porque não tem acesso ao trabalho que eu fiz. Mas estou-me a perder aqui um bocadinho.

E1: Não, não. Mas voltamos à questão da conversa inicial. Num hospital particular, como é faturado na base do ato...

R: Não há nada que não esteja contabilizado.

E1: Tem que estar contabilizado.

R: Tem que estar contabilizado.

E1: Se não, não podem faturar ao doente.

R: E não quer dizer que não haja aquela flexibilidade de: eu hoje vou falar com a colega aqui ao lado. Isso é uma coisa recorrente e necessária ao tratamento dos doentes, organizo... tenha eu um tempo flexível no meu horário para que possa encaixar aqui ou ali quando precisei de ter este tipo de interação menos, que não é uma consulta e não é uma cirurgia, mas não deixa de estar anotado, não deixa de ser identificável que houve esta interação. Portanto, acho que a organização é necessária. Estava a dizer que eu próprio gosto de flexibilidade é, no dia a dia, seguir um protocolo às vezes torna-se tão rígido – eu nos Médicos sem Fronteiras, eu só seguia protocolos. O mais curioso é o sítio em que eu estive mais controlado em termos de ação foi no norte do Congo, portanto, estava no meio da selva...

E1: Mas isso também é pelo risco que está associado.

R: Exatamente.

E1: Se falha, morre.

R: Sim, se piso o risco...

E1: Enquanto aqui, se falha pode ter...

R: ... necessariamente vou aumentar riscos, ou para mim, ou para os doentes ou para outros colegas. Daí estas organizações terem muitas, muitas regras e não podemos fugir daquilo, é porque quando fugimos daquilo podemos estar a fazer bem àquele doente específico mas vamos criar um problema maior. E, portanto, aqui, de facto, a nossa ação, dentro no Sistema Nacional de Saúde, nos hospitais públicos, tende a ser um bocadinho desorganizada, mas também se compreende, nem tudo é culpa do hospital público e as PPP é que estão bem. É fácil organizar um serviço que faz cirurgias pequenas. Um serviço que tem cirurgias grandes, cujos doentes têm uma série de problemas de saúde prévios e vão-se desenvolver outros problemas de saúde ao longo do internamento, são doentes, eles próprios, muito flexíveis. Não sei se me faço entender. Eles próprios nos vão apresentar desafios aos quais nós temos que nos adaptar constantemente. Isso não quer dizer que não haja protocolos.

E1: Não acha que haja um diagnóstico aprofundado, é o que está a dizer?

R: Existe um diagnóstico, mas existe o diagnóstico principal e vinte secundários. E esses outros problemas de saúde vão interagir com o problema principal e vão interagir com aquilo que eu posso fazer. Eu estou aqui a pensar se consigo dar um exemplo que tive aqui há uma semana de um doente cirúrgico – sem entrar em muitos pormenores para não ser ... – pronto, um doente cirúrgico que vem ser tratado pela cardiologia. Não, foi tratado pela cirurgia cardíaca. Passado uns tempos veio ser tratado pela cardiologia. No seguimento desse tratamento da cardiologia houve uma complicação. Nesse seguimento foi necessário o tratamento da cirurgia geral. E no final, (ah e era um doente seguido pela nefrologia, portanto, é uma complexidade), no final, eu para tratar o problema que estava principal desse momento, que era da cirurgia geral, debatia-me com as dificuldades de ser um doente que tem problemas renais e cardíacos importantes. Não queria entrar muito em pormenor, mas também, se calhar, sem pormenores também é difícil compreender.

E1: Não, mas por mim não tem problema, que eu não conheço a pessoa, portanto, não há problema.

R: Sim, mas no fundo são doentes... isto é para dizer que são doentes complexos e em que um modelo como o das parcerias público-privadas, do meu ponto de vista, daquilo que conheço, que também nem trabalho aqui há muito tempo – estou cá desde outubro –, em Cascais estou há uns 2 anos, embora conheça desde 2010. E, portanto, também o meu

conhecimento sobre as estratégias de gestão nestas entidades não é muito profundo, é do ponto de vista médico, prestador de serviço, trabalhador comum.

E1: Claro.

R: Um doente destes é uma dor de cabeça para uma parceria público-privado, porque é um doente que entra no hospital, equivale a um valor. O estado paga, o estado, se fosse o privado seria a Medis... alguém paga um valor. A partir daí, tudo o que eu gastar com esse doente, vou diminuir o lucro. No caso destes doentes de Santa Cruz são muito particulares porque, esqueça o lucro, não vai haver lucro nenhum, é quase diminuir é o prejuízo porque são, dificilmente, tirando alguns procedimentos, se calhar, da cardiologia em que vêm... é gasto material, é gasto aquele período de recursos humanos, tem uma taxa de complicações mínima e, portanto, tem internamentos muito curtos, aí eu consigo, eventualmente, ter algum lucro. Caso contrário, estes doentes da cirurgia cardíaca, da nefrologia, da cirurgia geral ligado à transplantação que são feitos aqui, habitualmente, são um poço de complicações inerentes à complexidade dos casos. E, portanto, também um modelo muito virado para os custos também não ia resultar. Eu acho que os hospitais públicos têm, de facto, muito a aprender com os privados, mas é, essencialmente, na frame, na organização mais estrutural, em termos de registos informatizados, para não haver duplicação de registos e, portanto, para as coisas serem mais objetiváveis, durarem mais tempo, portanto, eu conseguir aceder aos registos que foram feitos ao longo das várias vindas ao hospital de determinado doente. Não vou pedir novos exames porque não encontro os exames antigos, está tudo ali. O facto de termos material de qualidade que me permite diminuir o meu tempo, o tempo que eu vou passar a fazer registo, nomeadamente, nós passamos muito tempo a fazer registos e depois o resultado final nem sempre é o melhor, porque eu posso fazer uma folha inteira de registos daquilo que foi a minha operação, passo aos cuidados intensivos e é ilegível, perde-se, está sujo. Se as coisas estiverem feitas num computador direitinho em que passa dos monitores para os computadores e fica logo tudo registado e sai nos cuidados intensivos e, a qualquer momento, é consultável aqui ou em qualquer hospital do país, é um custo que eu vou ter com o software, mas sem dúvida, a meu ver, é um benefício no final. E depois a complexidade que vai ser sempre gerida com isto de protocolos com flexibilidade. Eu não quero anular a flexibilidade e instituir os protocolos à inglesa. Na verdade, quero é um bocadinho mais de equilíbrio.

E1: Mas desses obstáculos, não estava a falar assim, mas são obstáculos que estava a referir. O da tecnologia será um, mas haverá outros obstáculos sem ser a parte de...

R: Sim. Lá está, também não estou há muito tempo neste hospital em particular.

E1: Não se prenda com o hospital porque o nosso foco não é este hospital, é a sua prática.

R: Existem sempre obstáculos. Existem obstáculos, alguns mais ... existem obstáculos relacionados com as pessoas e a interação entre as pessoas. Isso é logo um que, se calhar, não devia pesar tanto mas pesa, ou seja, se determinada pessoa em determinado cargo tem uma má relação com outra, isso vai criar um problema a todo um serviço. Eu lembro-me de um hospital que não é este, nem é nenhum dos que referi até agora, que o administrador não se dava bem com... ah, o administrador era ortopedista e o diretor dos recursos humanos estava chateado com o administrador. Não pagava aos outros ortopedistas todos. Era assim algo estranho. Acabava por pagar mas demorava um ano a pagar certos procedimentos.

E1: Demorava a pagar horas extraordinárias.

R: E o dinheiro nem sequer era dele.

E1: Está a falar de horas extraordinárias, como é evidente.

R: Sim, sim, de horas extraordinárias. Até nem era horas extraordinárias, era os SIGIQs, que são aqueles procedimentos que são feitos para combater as listas de espera. Até a gestão desses SIGIQs também podem ser desafios em relação ao aumento da produtividade dos hospitais. Não é o caso deste porque praticamente não tem SIGIQ. SIGIQ é uma lista de espera, portanto, para... não, é um serviço de forma a diminuir a lista de espera de doentes, portanto, nós trabalhamos fora do nosso horário para tentar diminuir esses doentes que estão à espera de cirurgia e que são pagos e financiados de outra maneira ou por outra via. E, portanto, às vezes, isso pode correr bem porque vai diminuir as listas de espera, também pode correr mal porque estamos a trabalhar com pessoas e as pessoas nem sempre veem uma oportunidade de um único ponto de vista e, portanto, podem se querer aproveitar do sistema e no Sistema Nacional de Saúde e no sistema público no geral, assim como no privado mas, se calhar, mais regrado, existem sempre sistema de aproveitamento dos recursos. Mas aí também já entramos um bocadinho naquilo que não é tão fácil de corrigir que é a fiscalização ou a diminuição de casos de má gestão intencional da atividade dos hospitais que, infelizmente, há e há em muitos hospitais e de vez em quando aparecem na televisão.

E1: Tem a ver com sistemas de controle, não é?



R: Sistemas de controle, sim.

E1: Mas, na sua prática, que obstáculos é que poderia...? Quais são os principais obstáculos que poderiam ser...? Na sua prática, não digo que seja só sua, estamos a falar centrado no bloco, portanto, numa lógica perioperatória, quais são os principais obstáculos que poderiam ou não poderiam ser removidos, que levariam a uma melhor utilização do tempo, dos materiais, isso que acabou de dizer? De uma melhor organização... Quando estamos a falar de eficiência a lógica é organização. Quando estamos a falar de eficácia a lógica é técnica, é fazer bem.

R: Num hospital como este, em que o nível técnico é elevado e, portanto, que as pessoas dedicam muito do seu tempo a uma evolução técnica, é talvez onde eu tenho notado mais desorganização. Como dizia há pouco, parcerias público-privadas são muito organizadas mas, quer dizer, também não conseguem organizar nada, não conseguem fazer nada com um nível técnico muito complexo. Em hospitais como este, em que o nível técnico é mais complexo, na verdade falha muito a organização. Eu acho que aquilo que é necessário é haver um bom diálogo entre os profissionais e as administrações mais viradas para o componente de gestão de recursos e otimização de custos, ou diminuição de custos, de forma a que se consiga, efetivamente, perceber onde é que teremos que continuar a gastar e onde é que nos temos que organizar, onde temos que otimizar os custos face ao benefício. Isso não é fácil, deve ser feito. Cada organização é uma organização específica e, se calhar, ao nível hospitalar e não tanto ao nível de um sistema inteiro, eu acho que passa um bocadinho pelos processos de acreditação, processos de auditorias internas e externas, um pouco de incentivo aos profissionais de forma a seguirem as regras que muitas delas já existem e... nós na saúde temos as normas de orientação clínica que visam uniformizar o tratamento de acordo com aquilo que é a lei gizardis, que é o conhecimento atual sobre determinado problema. Se seguirmos aquelas regras, que são normas e, portanto, são vinculativas, nós, supostamente, estaremos a trabalhar todos da mesma maneira e, como trabalhamos todos da mesma maneira todos os dias, nós tratamos mais rápido e conseguimos, eventualmente, diminuir alguns gastos associados, até porque se tratamos com os mesmos medicamentos, conseguimos negociar melhor o preço desses medicamentos junto das empresas que os fornecem [all professionals are working in the same way and, by doing so, they work faster and, eventually, are able to diminish some of the associated costs (...)]. E essa é uma estratégia, é protocolar alguns procedimentos. Outra estratégia é a parte da ... porque muito daquilo que nós fazemos é informação ou resulta, vem de informação e passa a informação, ou seja, tenho informação clínica do colega de medicina

geral e familiar que me passa informação, eu vou fazer determinado procedimento e a seguir vou gerar uma informação, eu acho que a parte da informática e dos softwares de gestão de informação são extremamente importantes para que consigamos melhorar o nosso trabalho do ponto de vista de diminuir tempo e não ter tanta redundância. Porque isto acontece muito, se calhar não tem noção, mas o doente faz um exame, chega ao pé de mim:

“- Onde é que está o exame?”

- Ah, não sei, está em casa. Está ali. O médico ficou com ele.”

Eu vou pedir outra vez o mesmo exame e há exames que custam mil euros, assim como, há exames que custam um euro, a verdade é que existem exames que são bastante caros e que são repetidos diariamente no país. Portanto, eu acho que a gestão da informação a nível mais informático, a formação dos profissionais de forma a sentirem-se motivados a utilizá-los corretamente e a adoção de protocolos e de estratégias mais globais, portanto, nacionais, como estas normas de orientação clínica, permitem aumentar a nossa eficácia naquilo que me toca no tratamento do doente. Acho que sim.

E1: Eu ao bocado estava a falar... mas o que está a dizer, basicamente, não é muito específico da equipa do bloco.

R: De anestesia, sim. Do bloco operatório.

E1: De anestesia. E o que eu lhe ia perguntar era: na relação com os outros profissionais – cirurgiões, enfermeiras, no caso de ser cardiorácica também lá tem o operador –, há aí alguma coisa que esteja associada à sua noção que me está a falar de eficiência? Nomeadamente, nos relacionamentos entre os vários grupos profissionais que podia ser feita de outra maneira. No fundo é isso.

R: Sim. Mas que vai de encontro também a estes dois aspetos, embora eu estivesse a falar do ponto de vista mais global, eu acho que no bloco operatório, e temos falado muito nos últimos tempos porque estamos prestes, espero, a informatizar as nossas fichas de anestesia, (deve estar aí um dossier, está cheio delas), esse é...

E1: Em papel?

R: É tudo em papel e com a letra de cada um, que às vezes é mais legível, outras vezes menos legível. E, a meu ver, uma folha elegível, mais vale não fazer. Foi tempo perdido, ninguém vai ler. Portanto, eu acho que este aspeto de informatizar as folhas de anestesia, as folhas de enfermagem, vai, no bloco operatório, melhorar a forma como nós fazemos as coisas, quer do ponto de vista de ser mais perceptível pelos colegas à volta do que é que foi feito, mas também, inclusivamente, gestão de material. Porque se eu passo o código de barras de umas compressas ou de um material cirúrgico ou anestésico, ou se eu registo que foi administrado tal, a farmácia pode saber, no momento, que é preciso comprar mais daquilo, portanto, escusamos de andar a fazer revisão de stocks um a um e todo o tempo que isso está envolvido. Portanto, é muito fácil de perceber o que é que foi consumido e isso também poderá trazer esse benefício. Na interação, existe um projeto da Organização Mundial de Saúde que se chama ‘Cirurgia segura’ e, nesse contexto, desenvolveu uma checklist, um bocadinho parecida àquilo que é feito na aviação, que permite em 3 momentos da cirurgia... e o objetivo final da Organização Mundial de Saúde neste projeto é diminuir complicações, nomeadamente, complicações relacionadas com a não deteção a tempo de riscos e isso toca muito à anestesia, porque nós somos muito virados para avaliação e estratificação de risco em determinado doente, em determinado procedimento cirúrgico e estratégias de diminuição desses riscos [(...) more focused on evaluating and stratify the risk of each patient, in each clinical procedure and strategies to reduce that risk]. E, portanto, eles desenvolveram esta checklist que é muito parecida à aviação que é, antes de descolar, ou seja, antes de começarmos a cirurgia, toda a gente se identifica, toda a gente diz o que está a fazer, cada um dos responsáveis de determinada área, nomeadamente, o cirurgião e o anestesista, dizem quais são as suas preocupações em relação ao caso, quanto tempo é que esperam demorar, quanto sangue é que se espera perder e eu acho que, embora isso já seja... eu acho que foi publicado numa norma cá em Portugal em 2011, não tem sido muito adotada (tirando os privados porque perceberam que, ao fazerem isto, diminuem o número de complicações e, portanto, os custos associados ao tratamento das complicações)

E1: Os privados?

R: Os privados, sim. Posso dizer que o único hospital público onde eu vejo ser feito corretamente é o hospital Santo António. Todos os outros ou são parcerias público-privadas ou são privados.

E1: Santo António no Porto?

R: No Porto. Até pelo estilo de organização desse hospital – é muito particular. E, portanto, nós, a adoção destas checklists, e destas normas e destas estruturas mais rígidas e mais controladas, mais protocoladas de ação, acho que sim, no bloco operatório, vão diminuir os custos, vão tornar mais rápida a nossa ação e vão ser antecipados riscos que poderão evitar complicações e, portanto, também poderão estar associadas a custos.

E1: Vamos supor, por exemplo, que um doente está previsto ser operado hoje, agora, a esta hora, e chega lá e não é possível o doente vir, por qualquer razão. Como é que é essa checklist?

R: Não é possível vir?

E1: Não é possível descer do andar para o bloco porque houve qualquer coisa que falhou – pelo que nos têm dito, isso não é assim tão incomum acontecer. Essas checklists iam resolver isso?

R: Mas por um problema relacionado com o doente, não é o elevador que está avariado, não é?

E1: Não, não.

R: Ok.

E1: Isso tinha que vir de maca. Não, não, não. O que me têm dito é que muitas vezes os do...

R: Os doentes são cancelados no próprio dia.

E1: Exatamente. Muito em cima da hora.

R: Ah, seus queixinhas.

E1: Não, não, mas nós já percebemos porque é que isso acontece, não é isso. Essa sua lógica de standardização...

R: Não, as checklists aí não faz nada. Aí o que pode facilitar é: o doente é cancelado e existe, no bloco operatório – todos os blocos (eu aqui por acaso ainda não fui ver) – existe um registo próprio para os cancelamentos e, sempre que um doente é cancelado, alguém assume o cancelamento e regista porque é que foi cancelado. Imagine que é por o anestesista achar que o doente não está em condições para ser operado, porque não está bem estudado... Ora isso

resolver-se-ia se o doente fosse visto atempadamente e se os anestesistas estivessem todos de acordo sobre quais são as condições ótimas para determinado doente ser operado, e isso está mais ou menos revisto. Quer dizer, é literatura, estamos todos mais ou menos de acordo. De facto, aquilo que falta, neste aspeto, é haver uma consulta. Uma consulta que não seja na véspera, porque eu na véspera não vou fazer nada, não vou conseguir melhorar nada e, portanto, corre-se ainda o risco de o doente ser cancelado

E1: É uma consulta prévia, digamos assim.

R: Uma consulta prévia, em que no final da consulta, das duas uma: ou o doente está ótimo para ser operado, está otimizado, está no seu melhor ponto e, portanto, vamos embora, ou existem dúvidas que têm de ser esclarecidas com consultas de outras especialidades ou com recurso a exames complementares, ou então, – que é muito raro, extremamente raro – o doente não tem qualquer viabilidade ou não tem qualquer benefício, face aos riscos, em ser operado e aí é um cancelamento mais definitivo – mas isso é muito raro.

E1: Não, mas ao cancelar ou adiar, se quiser, vai alterar a programação, vai haver logo incapacidade de otimizar o tempo, não é?

R: Consulta, tem que ser uma consulta. Ou seja, a única forma de, do ponto de vista de anestesia ... posso dizer, tenho a certeza que a grande parte dos cancelamentos no bloco operatório não são feitos pela anestesia, são feitos pelos cirurgiões e isso é (estava aqui a diretora do bloco operatório que pode-nos dizer) muito fácil de identificar. As razões pelos quais os doentes são cancelados pela cirurgia não me vou meter tanto, mas, muitas vezes, é por estarem mal estudados, por não se conhecer a dimensão do problema, porque uma coisa é ter um diagnóstico 'determinada pessoa tem este problema', outra coisa é ter o estadiamento dessa doença, ou seja, eu saber quão invasivo é o tumor, quão grande é o trombo, quão grande é aquele problema, que é para eu adaptar o meu tratamento a essa dimensão. Muitas vezes o que acontece é que o doente chega ao dia da cirurgia e: tem um diagnóstico? Tem. Sabe-se qual é o envolvimento global mais sistémico desse problema? Às vezes não se sabe assim tão bem e acaba num cancelamento.

E1: Mas isso já devia ter sido visto anteriormente, não é?

R: Mais recursos humanos, mais tempo.

E1: Ou melhor organizados.

R: Ou melhor organizados.

E1: Isso é uma organização do serviço. Ou não?

R: É uma organização do serviço?

E1: Do serviço, do piso onde eles estão.

R: Sim, sim, sem dúvida.

E1: O serviço no sentido de se for cirurgia geral é o piso de cirurgia geral...

R: Sim. Não é apontar o dedo, é organização de cada um dos serviços e do hospital como um serviço também. Ter os recursos preparados e otimizados para identificar as situações em que precisam de uma maior avaliação.

E1: Mas a razão por que isso não se faz, qual é?

R: Falta de organização.

E1: Eu sei. Mas está identificada, não é? Então por que é que não se faz?

R: Hum, não sei. Estas estruturas antigas do Sistema Nacional de Saúde eu acho que estão pouco oleadas em relação à mudança de estrutura e de organização. Eu lembro-me...

E1: Basicamente, o que me está a dizer é que isso passava por ter um acompanhamento na véspera – na véspera, depende agora dos casos –, na véspera, no pré-operatório, não é?

R: O que implicava que o cirurgião, ou o anestesista, ou o médico que fosse responsável pela otimização desse doente tivesse conhecimento desse doente com tempo.

E1: Mas é pressuposto que o cirurgião tem, não é?

R: Às vezes.

E1: A não ser que venha de transporte de outro lado qualquer. Mas se o cirurgião acompanhou a entrada dele ou até pode ser que seja um caso em que ele vem da consulta, mas vamos supor que não é que é para ser mais complexo.

R: Não, mas aquilo que acontece, nomeadamente, a nível de hospitais como este – que já são muito diferenciados, já estão na ponta desta cadeia de tratamento –, é que os doentes são avaliados e vistos e estudados por pessoas que não são aquelas que vão operar. E pode acontecer a pessoa que vem operar ‘olha, então, mas falta isto’ ou ‘eu não estou de acordo com essa decisão’. Então existe, para estas decisões mais complexas, existem umas estruturas que se criaram porque, lá está, está identificado, são as consultas de decisão terapêutica ou decisão clínica, que um painel de peritos de determinadas áreas, por exemplo, cirurgia, oncologia, imunohemoterapia, áreas que estão relacionadas, normalmente, com doenças oncológicas, portanto, com os cancros e que se reúnem e vão avaliar cada doente, cada processo e tomar uma decisão [Professionals from different areas meet, evaluate each patient’s condition, each process and get to a common agreement]. E têm que estar mais ou menos de acordo. E as equipas de cada um desses elementos têm que estar de acordo com aquilo que é a decisão clínica dessa consulta. Acontece que isso é um pouco mais complexo, existe o ego, existe diferenças de interpretação da clínica e dos exames e das técnicas e, portanto, as técnicas que eu faço, o meu colega pode não fazer. Isto num sentido mais lato, não me estou a referir tanto à anestesia.

E1: É um problema de colaboração, digamos assim.

R: Existe um problema de colaboração também, claro.

E1: Mas isso, pelo seu discurso, resolvia-se com standardização.

R: Sim.

E1: Face àquela situação, está no xpto.

R: Embora nem sempre seja possível. Puxando um bocadinho para a anestesia, se não me engano, é hoje que vai ser operado um doente que tem uma série de complicações e que, no meu entender, deveria fazer esta técnica. Mas no meu entender não conta, então vamos ver o que é que dizem as orientações internacionais ou nacionais em relação a esse tipo de procedimento. Eles dizem, um algoritmozinho, fazer esta técnica. Ok, eu faço essa técnica, mas não sou eu que estou na escala, não sou eu que estou nessa sala para anestesiá-lo esse doente. Será que o meu colega faz essa técnica? Nem sempre. Ou seja, eu até posso criar um standard...

E1: Mas não faz porquê? Se isso é uma técnica, em princípio, para aquele caso, se o diagnóstico...

R: Pode não ter o know-how, pode não ter a capacidade técnica ou a formação para fazer.

E1: Ah.

R: Então, eu tenho um standard daquilo que os peritos dizem que deve ser feito em determinada situação, tudo bem, mas eu posso, no final, não ter um elemento com capacidade para executá-la. Isso acontece também comigo. Via aérea é difícil, devemos ter para aí algoritmos, ou seja, nem sei como é que explico isto rapidamente, mas pronto. Uma situação de risco em relação à passagem de um tubo para os pulmões do doente. O que dizem as guidelines é, ok, faz-se com uma técnica de fibroscopia. Quem é que lá está? Está o André. Estou eu. Eu não faço fibroscopia. E agora?

E1: Mas isso...

R: Então aí...

E1: ... se se tivesse visto anteriormente estava lá o André 2, que era quem fazia essa técnica.

R: Ou entra a flexibilidade, que é o que acaba por acontecer. É tipo, vou à sala ao lado: 'Oh Zé, tu fazes fibroscopia? Então vem para aqui tu.' Que é aquilo que não é correto.

E1: Que não foi previsto, porque se tivesse sido, tinham trocado antes, não é?

R: Que não foi previsto. Porque os doentes surgem muito próximo do procedimento, porque existe um volume de trabalho excessivo face às capacidades de resposta, porque se calhar alguns recursos, de facto, não estão organizados e não estão disponíveis para haver este encadeamento mais lógico e mais atempado do tratamento dos doentes. Existem uma série de problemas associados, identificados, mas alguns de difícil resolução porque passam por aspetos mais subjetivos, mais humanos, mais instituídos também de pessoas que sempre fizeram as coisas assim e, portanto, estar a criar uma estrutura em que me obriga a ir fazer uma coisa nova, nem sempre é bem vista porque nem sempre se vê o benefício mais à frente. Porque em organizações como esta eu, para criar uma consulta, vou ter que mexer com uma série de coisas: vou ter que criar horários, vou ter que, se calhar, cancelar alguns tempos operatórios e, se calhar, o diretor da cirurgia geral ou o diretor da cirurgia cardíaca não vai ver



o benefício no final, vai ver é que eu estou a cancelar um tempo operatório para criar um tempo de consulta. Portanto, torna um bocadinho mais complexo.

E1: Mas o diretor clínico responde... não. O diretor do serviço responde ao diretor clínico, não é?

R: Sim.

E1: No hospital, deve haver um diretor clínico algures.

R: E esse diretor clínico, em princípio, vai estar de acordo e vai apoiar estratégias que visem um resultado final mais favorável.

E1: Portanto, para ele o que conta é mais operações.

R: Em princípio. Em princípio, mas também pode não querer ir contra aquela pessoa que especificamente estamos a, ou com relevo científico e com importância e, portanto, depois as coisas ficam um bocadinho mais complicadas, porque eu até posso identificar o problema e até posso ter uma ideia, ou posso conseguir chegar a uma estratégia para melhorar esse problema, só que vou ter uma série de obstáculos que...

E1: Sim, então eficiência para si é o que resulta da gestão dos egos?

R: Também.

E1: Estou a brincar.

R: Também. Eu acho ... e existe muito... gestão dos egos é importante.

E1: Pois, pois, não, não...

R: Infelizmente.

E1: Não tenho a menor dúvida.

R: Peço desculpa se me perdi.

E1: Não, não. Isto aqui... ainda bem que se perdeu. Quanto mais se perde, mais informação resulta. Estava aqui a ver se nos tínhamos esquecido de alguma coisa mas acho que não. Portanto, eu ia-lhe colocar agora era a segunda vertente da eficiência. Temos estado muito a

falar da eficiência na ótica quase industrial, da linha de montagem, portanto, menos recursos, mesmo output ou o mesmo com mais output. Mas há outras perspectivas que passam muito pela (nos serviços) colaboração do cliente que, neste caso, não há cliente propriamente dito – por acaso nos privados há (mas são mais beneficiários do serviço) – e o que eu queria colocar era exatamente como é que o cliente (neste caso, paciente) consegue colaborar na ótica dele – porque no fundo tem uma melhor consequência para a sua qualidade de vida – mas que se traduz em eficiência, podendo chegar ao caso – no seu caso de anestesista, provavelmente, haverá, não sei mas dir-me-á – em que o paciente pode ser um coprodutor, ou seja, há aqui um conjunto de coisas que ele pode fazer que, à partida, ultrapassam a ótica do estar bem-disposto, de ter e dar a informação certa, etc. Mas quero é ouvi-lo.

R: Claro. Em relação a esse aspeto, por acaso depois lembrei-me de outra questão ainda... questão anterior. Mas, de qualquer forma, vamos-nos focar agora neste, que no outro também já nos debruçamos o suficiente. Em relação a esse aspeto, é interessante e, de fato, existem estratégias que podem ser adotadas pelo doente, pelo cliente, que o vão tornar coprodutor, sem dúvida. E existem estratégias que estão identificadas por nós e que cada vez mais se mostram muito válidas, embora também tenham os seus obstáculos. E posso dar um exemplo de um serviço que conheço mal mas que é conhecido exatamente por isso. Existe um serviço de cirurgia cardíaca que não é este, é o do CHUC, do hospital de Coimbra, que é conhecido por recusar doentes. Tem resultados excepcionais mas escolhe muito bem os doentes. Não vamos olhar tanto para o lado negativo de escolher os doentes, vou olhar para o lado de: eles procuram ter uma estratégia em que envolvem o doente de forma a terem melhores resultados. Ou seja, um doente típico da cirurgia cardíaca é homem, sessenta e tal anos, obeso, fumador. E eles criam um compromisso com esse doente, de forma que ou ele perde peso ou não é operado. Ora, no sistema público nem sempre é muito válida essa situação, porque existem situações em que o doente não tem essa capacidade de agora aos sessenta e tal anos, que está a ter um enfarte, que está em sofrimento, vem... não vai para uma passadeira começar a correr. Mas isto para dizer que deixar de fumar é um dos aspetos que foi identificado como diminuindo complicações e, portanto, eu olho mais para as complicações, mas essas complicações traduzem-se em custos. E, portanto, eu estou a envolver o doente na melhoria, na minha estratégia. A minha estratégia é diminuir riscos e permitir que o tratamento dado pelo cirurgião seja o melhor possível para o doente, com o menor número de complicações. Se o doente deixar de fumar, e pensava-se antigamente que ele tinha de deixar de fumar pelo menos 1 ano antes, hoje em dia é qualquer período de cessação tabágica é benéfico em relação

ou vai diminuir o número de complicações. Excelente. Esse é um aspeto que nós tentamos envolver o doente a fazer. Nem sempre é fácil, porque para parar de fumar, ou ele está muito interessado nisso ou precisará de uma série de passos e o envolvimento de outras especialidades (de psicologia, de consulta de cessação tabágica, etc. ou, eventualmente, terapêutica complementar, como nicotina, patch, etc.) que vão envolver que haja organização antes para ajudá-lo a deixar de fumar, que eu sei que ao deixar de fumar, vou ter melhores resultados. Outra estratégia é perder peso, não só diminui o número de complicações cardiovasculares, ou seja, os enfartes, os AVCs, como diminui o número de complicações respiratórias e a dificuldade que nós temos dentro da operação, da tal via aérea de passar o tubo. Também já está provado que diminuir de peso diminui o risco de complicações associadas a essa técnica. Portanto, sem dúvida, ... já para não falar de melhoria dos hábitos de vida, não é? Da alimentação, do exercício físico. Pessoas que, no fundo, quando alguém vai ser operado deve ir no seu melhor estado de saúde para ter melhores outcomes. Infelizmente, nós apostamos muito – nós medicina ocidental e medicina hospitalar em particular – nós focamos muito mais na medicina como tratamento curativa do que na preventiva, e esse é um aspeto que não temos tempo, não somos sensibilizados. Eu nunca tive uma cadeira...

E1: Está a falar de formação dos especialistas.

R: Formação. Não há uma cadeira da faculdade de medicina preventiva. Não há. Se me perguntarem que tipo de alimentação é que devem ter, eu digo: “não sei, saudável”. Portanto, nós somos médicos mas não temos formação nem sensibilização em incentivar estratégias mais preventivas. Nós focamo-nos no tratamento, nós focamo-nos no preventivo. E, portanto, não existe essa sensibilização, não existe esse tempo, nós não damos assim tanta importância. Aquilo que nos dá um certo gozo pessoal, porque também existe o ponto de vista de eu como técnico, eu gosto de fazer tratamentos curativos, exibicionistas e não tanto estar uma hora a convencer um gordinho que sempre foi gordinho a deixar de comer. E, portanto, esses constrangimentos acabam por levar a que não seja... o envolvimento do doente acaba por ser mínimo. Para além de aspetos mais sociais...

E1: Portanto, é uma questão cultural quase, do ponto da sensibilização ocidental.

R: Nossa, médicos, mas também do doente, porque os doentes adoram tomar comprimidos mas fazer dieta, deixar de fumar, deixar de beber é extremamente difícil. Portanto, existe um

componente mais de saúde pública e social aqui envolvido que passa por toda a sociedade também ter consciência de que aquilo que faz tem consequências. Mas é claro que isto é uma verdade básica, mas de facto é assim. Nós temos de ser conscientes e responsáveis pelos nossos próprios comportamentos e sobre as consequências que isso tem para a nossa saúde. E não é invulgar, de todo, pessoas que não têm cuidado nenhum com a sua saúde e depois são extremamente exigentes em relação aos tratamentos que têm que fazer, tratamentos que vão precisar... e muitos destes tratamentos cirúrgicos não ficam por aqui. Os doentes, depois da operação, têm que tomar medicação durante um determinado período da sua vida ou para o resto da sua vida e a adesão a esses tratamentos nem sempre é boa. Se calhar a adesão à cirurgia também não era boa se eles tivessem realmente conscientes do que é que vão passar, mas, de facto, o envolvimento do doente também é difícil pelo lado cultural da nossa sociedade. Mas nós temos que ver é onde é que devemos corrigir. De facto, se incentivarmos um pouco as sociedades – no meu caso, a sociedade portuguesa de anestesia – e as outras sociedades científicas médicas, de forma a pressionar também o governo a ter formação na escola, alimentação melhor, etc. – e a ordem dos médicos, claro – poderemos trabalhar um bocadinho a favor da medicina preventiva ao mesmo tempo que nós próprios também precisamos de estar mais sensibilizados e de nos focarmos mais nisso. Só que se é difícil eu implementar uma consulta porque não consigo mostrar os resultados assim rapidamente, ou seja, em diminuição de custos e em número de tratamentos, ou em número de doentes tratados, ou a diminuição dos cancelamentos, ainda mais difícil é eu mostrar que se eu tiver uma estratégia que custa milhões a sensibilizar as pessoas e a sensibilizar os médicos para a medicina preventiva, que isso vai ter melhor outcome nos doentes que são operados às coronárias.

E1: Sim, sim. Pronto, isso que está a falar é relativamente conhecido. Eu estava-me a querer cingir a uma coisa mais específica, que era: eu quando falei coprodução era haver parte da atividade no ciclo perioperativo que pode ser afeto ao doente. Quer dizer, depende do doente, depende do nível de conhecimento, do nível de capacidade de aprendizagem. Eu já fui intervencionado aqui neste hospital. Já sou gordinho, mas ainda era muito mais gordinho, entupiu-se uma artéria e tive que cá vir fazer o desentope e meter uns stents e umas coisas e, na altura – eu conto sempre esta história para tentar – o cirurgião que me operou (já não me lembro bem da história, isto já foi há uns anos, foi há mais de 20 anos) pediu-me para o ajudar, porque havia um problema qualquer no equipamento, se eu conseguia ir-lhe dizendo o meu nível de dor à medida que eu via no ecrã passar o cabo. Já não me lembro bem, mas a

história mais ou menos era esta. E eu ia olhando para lá e ia dizendo: “olhe, estou a sentir”, “não estou a sentir”, porque não estava a dormir. E isto não sei se foi só um caso que... eu lembro-me que havia qualquer coisa que... por isso é que me pediram... se foi um caso específico de desenrasca na altura ou se isto pode ser feito, coisas deste tipo. Eu, como não sou médico, costumo dar sempre o exemplo da Pizza Hut que é mais simples para mim. Eu vou à Pizza Hut e a Pizza Hut pede-me para eu fazer a salada. Vou ao buffet, construo a minha salada – que é uma coisa que eu podia pedir ao back-office lá do restaurante, lá à cozinha – e faço a salada e vou e como-a eu. Tem vantagens, porque escolho a quantidade e a tipologia, sem estar a dar o trabalho de fazer essa salada ao próprio sistema. Pronto. Tentar passar isto para um hospital, não tenho o nível de conhecimentos que me permita mas a ideia era um pouco esta. Como é que o doente, obviamente que p ... sem ser a questão da colaboração, e da adesão ... aquilo que esteve a dizer tem a ver com outras coisas, como aliás sabe, tem a ver com a capacidade de o motivar, de a autoeficácia existir, muita coisa. Mas, para além disso, como é que eu posso ser mesmo... desenvolver a atividade, não é? Ou não, porque há determinado tipo de cirurgias em que eu estou a dormir, portanto, não pode fazer nada.

R: Talvez não seja útil para esta entrevista, mas eu vou ficar a refletir sobre esse assunto. Daquilo que estou a pensar neste momento, eu não vejo grande forma, para além da colaboração. Eventualmente, no pré, se a pessoa quiser... eu não sei se os enfermeiros pedem ou não para que... a pessoa toma um banho desinfetante e prepara a...

E1: Mas isso é colaboração.

R: Isso é colaboração.

E1: Também é um pouco coprodução, porque se não for ele a fazer, tem que o enfermeiro lhe ir dar. Portanto, aí é... aí é uma coprodução.

R: Porque pode acontecer o enfermeiro ter que lhe ir dar. Ao nível de bloco operatório e na atividade anestésica...

E1: Nas cirurgias em que a pessoa, por exemplo, no caso dos tratamentos de hemodiálise, coisas desse tipo assim, em que o doente não está a dormir, é sedado, mas não está a dormir, está consciente ou pelo menos tem alguma capacidade.

R: Hum. A nossa atividade também está...

E1: Há aquela coisa de dizer: ‘ponha o braço de maneira simpática para não ter...’

R: Sim, mas isso também é colaboração.

E1: Isso é colaboração.

R: Propriamente fazer algo que se o doente fizer eu não faço...

E1: Com vantagem para ambos. Quer para o doente, quer dizer, não é para o doente dizer: eu depois desconto-lhe no final da conta.

R: A nossa atividade também está envolvida (não perceptível), por isso é que nos debruçamos tanto sobre a estratificação de risco e diminuição das complicações. A nossa atividade está muito envolvida a técnicas com potencial (não perceptível), ou seja, com a capacidade de as nossas técnicas causarem mal ao doente. São poucas aquelas que eu posso delegar no próprio doente. Existem vídeos no YouTube de pessoas a entubarem-se a elas mesmas.

E1: Sim, mas isso não é o que estou a falar.

R: Isso são exhibições arriscadas que não... que cujo objetivo é só vender aquele determinado material a dizer que é muito fácil. Mas não estou a ver nada que eu possa delegar no doente, pelo menos de forma que eu não seja obrigado a supervisionar.

E1: Está bem, mas supervisionar é outra coisa.

R: Mas mesmo assim não estou a ver. Mesmo algo que eu supervise não estou a ver. Existem alguns procedimentos, mas não têm a ver com anestesia. Procedimentos da cirurgia neurológica, neurocirurgia – aqui são feitos – que nós anestesiámos o doente, acordamos a meio da operação e ele, a partir daí, vai colaborar connosco. Nós vamos mostrar cores, vamos mostrar textos, vamos pedir para eles fazerem determinados gestos e, portanto, estão a ser intervencionados mas estão acordados. E aí... o cérebro não dói, não se assustem. O cérebro é completamente desprovido de fibras de dor, portanto, não há problema de estar a ser mexido no cérebro acordado. Mas ainda aí é colaboração, acho eu.

E1: Sim, sim.

R: Porque, no fundo, está-se a avaliar se se tocar aqui, se tem algum compromisso de... E nisso é neurocirurgia, não é tanto da anestesia. Para além da colaboração, a pessoa sentar-se

para nós fazermos a picadinha, ou virar a cabeça para a esquerda para darmos uma picada no pescoço, isso tudo é colaboração, não vejo nada que... mas vou ficar a pensar no assunto.

E1: Está bem.

R: Que eu possa assim colocar o doente como coprodutor.

E1: Na enfermagem é mais evidente.

R: Acho que sim, acho que na enfermagem sim. Porque eu posso deixar os comprimidos ao Sr. Silva ‘não se importa, depois toma o comprimido’.

E1: A tensão, depois não ter que ir, portanto, há um conjunto de atividades de low ... de baixo conhecimento

R: No bloco operatório, normalmente, existe um anestesista e um enfermeiro de anestesia e, muitas vezes, o anestesista poderia delegar muitas coisas no enfermeiro de anestesia, mas há algumas coisas que ele próprio faz e que poderiam ser delegadas. Difícilmente vai delegar no doente, porque também existem riscos associados.

E1: Não, mas podia previamente. Podia haver alguma coisa prévia que pudesse ser feita. Como a enfermagem. A enfermagem, o que está a fazer, e estamos a falar, portanto, de tomar os medicamentos, medir a tensão, coisas que a enfermeira tem que lá ir, e se for fazer a todos perde muito tempo.

R: Eu espero que as enfermeiras não peçam aos doentes para eles próprios medirem a tensão.

E1: Não, disseram que isso era possível. Não quer dizer que façam mas é possível, depende do nível de...

R: Claro, claro.

E1: Elas o que nos disseram é que se percebiam que o doente tem um nível de capacidades, que isso era possível e que já tinham feito. E fazendo uma ou duas vezes com elas presentes, via-se isso e elas depois aceitavam que ele fizesse. É evidente que das 20 ou 30 vezes que ele teria que fazer – estou a inventar – elas iam fazer uma ou duas para ter a certeza que aquilo não havia ali qualquer coisa errado. Mas elas disseram que isso era possível fazer.

R: Eu agora, não querendo ser mauzinho, se eu fosse ver a técnica de medição de pressão arterial feita pelos enfermeiros, se calhar, metade não estavam bem feitos. Portanto, tenho as minhas dúvidas que isso seja uma técnica para delegar a um doente, que então aí é que... Se a pessoa que o faz... Não é que a medição depois não dê mais ou menos certa. Existe uma técnica própria para a medição da pressão arterial, mesmo quando é automática, e eu tenho pena que deleguem. Quer dizer que estão cheias de trabalho e, portanto, que...

E1: Tal como dar os medicamentos ou tomar banho, são coisas que... Elas depois... Uma das coisas que nos disseram é que havia o risco de ele não se lavar convenientemente e elas não detetarem, porque depois com a pressa não era... Mas pronto, são coisas que... O que me foi dito foi que depende do conhecimento que elas conseguem aperceber-se do...

R: Não, e eu compreendo isso. E eu sei que isso consegue diariamente. E aos olhos da administração, se esta enfermeira conseguiu fazer o que há 10 anos era feito por 3, boa. Mas se calhar ela está a delegar coisas que não devia. E se calhar uma pressão arterial não é assim tão importante. Em alguns doentes será, em alguns doentes será necessário medir em mais de um membro. Estava-me a dizer que teve de desentupir uma artéria. A pressão arterial é medida pela transmissão de um fluxo através das artérias. Se determinada artéria não tiver fluxo, eu medir a tensão aqui vai ser certamente diferente de aqui. E essa decisão não deveria ser delegada nos doentes, a meu ver. Os medicamentos, deixar aqui para ele tomar, tudo bem, depende do nível do doente. A minha avó pegava nos comprimidos e metia debaixo da cama. Portanto, e se esses medicamentos forem importantes para a otimização e melhoria dos resultados do internamento ou da cirurgia, tenho pena que não tenham sido tomados. Eu não estou a criticar esse envolvimento do doente no processo. De facto, se a pessoa estiver interessada em cumprir essas regras de forma a melhorar a sua própria saúde, vai tomar os medicamentos, vai medir a tensão, vai tomar um banhinho como deve ser mas, às vezes, se calhar, corremos o risco que as coisas não sejam bem-feitas quando delegamos tarefas de enfermagem na assistente operacional, da assistente operacional no doente, do médico no enfermeiro, e às vezes acabamos por... Tenho algum medo de que não se tenha isso em conta quando se reduz o número de pessoas e quando se reduz os recursos disponíveis, nomeadamente, em sítios como este que têm um nível de complexidade maior.





## Appendix A-11

### Interview 11

E1: Prof. João Carlos Menezes

E2: Diana Fernandes

R: Interviewee

E2: Ou seja, é para contar o que é que entende... a sua história. O que é que entende por eficiência na área da saúde.

R: É assim, a minha visão, em termos de eficiência, para a área da saúde é: nós, no fundo, estamos aqui a prestar um serviço aos nossos doentes. Portanto, o que nos interessa é que as diferentes fases do nosso atendimento dos doentes sejam concluídas, não só da forma mais rápida possível, mas com maior taxa de sucesso também possível [comply with the different phases of their service, not only in the fastest time possible, but also with the highest rate of success]. Ou seja, e isto passa sempre pela mesma coisa. Portanto, passa sempre por chegarmos a um diagnóstico e, portanto, temos a fase do período do diagnóstico, que é o primeiro contacto do doente até o diagnóstico ficar estabelecido, que passa desde a entrevista clínica, à realização dos exames complementares de diagnóstico e por aí fora. Isto se calhar até é melhor anotar porque isto vamos percebendo, à medida que falámos, quantas coisas diferentes... Portanto, nós temos aqui várias fases. A primeira fase, então, devemos-lhe chamar diagnóstico. Portanto, história, mais os exames complementares. Segunda fase – depois do diagnóstico estar feito –, tratamento. E aqui na parte do tratamento temos duas coisas que são muito importantes, que é: chegar muito rapidamente a uma conclusão de quais é que são os doentes que podem ser tratados em ambulatório e quais é que são os doentes que necessitam de ficar internados. É o ponto número um. Depois, dentro dos que necessitam de ficar internados, de ambulatório, quais é que têm rapidamente um tratamento cirúrgico e quais é que – e no nosso caso, sendo da cirurgia geral, à partida, a maior parte dos casos que passam por nós terão tratamento cirúrgico, quer imediato, quer não imediato.

E2: Sim. O meu foco é mesmo todos os doentes que passem pelo bloco operatório.

R: Pelo bloco operatório.

E2: Sim.

R: Muito bem. São doentes que vão ter um tratamento cirúrgico. Portanto, o que é que eu quero? Mas é que lá está, aqui também há duas coisas que nós temos de ver, que é o contexto urgente ou o contexto não urgente. Porque muitas vezes, lá está, esta fase do diagnóstico, na consulta é mais prática, e numa forma eletiva é mais fácil chegarmos a um determinado critério de eficiência. Em urgência depende muito, porque há muita coisa... há muito mais variáveis no serviço de urgência, nomeadamente, a mudança de equipas, porque alguns casos que possam aparecer naquele período já perto da troca de turnos, que às vezes pode haver ali um maior, digamos, espaçamento temporal nas várias fases de se atingir o diagnóstico. E, lá está, duas cabeças nunca pensam da mesma forma, portanto, aqui que uma começou um raciocínio para chegar a um diagnóstico, a outra pode pegar naquilo e até querer recomeçar do zero porque acha que houve ali alguma coisa que não foi considerada. Nesses casos, isso também vai alterar um bocadinho a eficácia e a própria eficiência. Hmm, mas pronto, voltando aqui. O que é que nós queremos? Doentes que, em termos de tratamento cirúrgico, doentes que passem pelo bloco operatório, o que é que nós queremos? Queremos tratar esses doentes e, do ponto de vista da eficácia e da eficiência, é conseguirmos atingir um resultado cirúrgico de sucesso, ou seja, curativo, e que o pós-operatório desses doentes seja o mais linear possível e também o mais breve possível [achieve a successful result, with a linear and brief post-operative phase]. Ou seja, os doentes devem estar no hospital se nós tivermos alguma coisa para lhes oferecer. A partir do momento em que lhes estamos a oferecer cuidados que eles possam ter em casa, este doente não faz sentido estar no hospital. E essa é a terceira fase, é a fase do pós-tratamento cirúrgico, que vamos lhe chamar um pós-operatório. Portanto, no fundo, pegando em cada uma das fases, a fase do diagnóstico, em que é que nós podemos melhorar sempre ou tentar ver quais é que são os fatores que influenciam esta eficácia? A colheita da história clínica tem muita importância, porque quanto mais dados nós conseguirmos recolher da história clínica, mais dados nós temos para depois decidir que tipo de exames complementares vamos necessitar. Às vezes também recolher muitos dados só serve para nos confundir ainda mais, mas, de qualquer das formas, à partida, quanto mais completa for a nossa entrevista com o doente, mais hipóteses teremos de fazer os exames mais dirigidos àquilo que achamos [(...) how much more complete is our interview with the patient, more hypothesis we will have to do the addressed exams for what we think]. O que é que eu não acho que seja eficiente? Pedir logo uma bateria de exames que cubram, digamos, tudo. Acho que não pode ser assim que as coisas são feitas. Devemos ter pela clínica, pela

história que o doente nos dá, pelo exame objetivo, pelos nossos achados clínicos devemos começar a pensar em algumas coisas. Normalmente, a segunda fase passa por pedir análises sanguíneas ou um exame de imagem, mas que deve ser altamente dirigido àquilo que nós queremos. Mais uma vez, em contexto de consulta é mais fácil, até porque no caso de cirurgia geral, normalmente, os doentes já nos são referenciados. Das duas uma, ou doentes que nós já vimos previamente noutra situação, (não perceptível) no serviço de urgência, doentes em que fomos dar apoio a um dos outros pisos do hospital e que já conhecemos os casos e que tínhamos dito para referenciar à consulta porque já foi investigada alguma doença que seja do foro da patologia e da cirurgia geral, que necessite de ser investigada e tratada. Ou, então, vêm dos centros de saúde e que já vêm também por um achado clínico, e que já foi documentado também com um exame complementar de diagnóstico, e que são situações já diagnosticadas e que querem que nós façamos o seguimento na consulta – a maior parte das situações é essa. Na urgência é diferente. Na urgência temos um doente com uma queixa, digamos, ou com um síndrome, um conjunto de queixas de sintomas clínicos em que temos nós aí que procurar o fator etiológico e, pronto, e como eu lhe estava a dizer, fazer uma história clínica que tenta contar pelo menos, para algumas causas, que nos permitam fazer um diagnóstico diferencial, para depois pedir os exames que nós achamos mais sensíveis para aquele tipo de patologia e que isso seja feito com maior brevidade possível. Por exemplo, em urgência nós queremos chegar ao diagnóstico o mais depressa possível, porque a maior parte das patologias a ser tratadas em contexto de urgência, quanto mais depressa forem tratadas, melhor para o doente será. E, portanto, isso também vai, lá está, influenciar a nossa eficácia no tratamento desses doentes e a nossa eficácia hospitalar. Nós não podemos deixar o diagnóstico destes casos estender-se, em termos de período de tempo, durante muito tempo porque isso não é melhor para eles. Normalmente, estes doentes têm tendência sempre para agravar enquanto não começa a ser instituído um tratamento e, portanto, se chegarmos à conclusão que aquele doente vai ter de ser operado, quanto mais depressa chegarmos a essa conclusão melhor, porque, na maior parte das vezes, melhores vão ser as condições para o doente ser submetido a uma anestesia geral e a agressão que é uma cirurgia. Uma cirurgia é um ato extremamente agressivo para o corpo e depois, lá está, isso poderá vir a influenciar a necessidade que esse doente terá de ir para uma unidade de cuidados intensivos ou não, poderá influenciar a velocidade com que depois de ser operado lhe tira o suporte respiratório, ou lhe tiram outro tipo de suportes para manter, por exemplo, a função cardíaca e a circulação com bom funcionamento. Portanto, numa primeira fase, queremos chegar a um diagnóstico dirigido o mais rapidamente possível. Numa segunda fase, queremos propor um tratamento

que seja, lá está, o mais indicado para cada doente. O tempo durante o tratamento cirúrgico, a meu ver, é importante, porque, lá está, sobretudo em doentes submetidos a anestesia geral, para o doente vai ser importante quanto tempo é que ele fica sob essa anestesia geral, nomeadamente depois até na reversão desses efeitos, mas mais importante que isso é o tratamento ativo que lhe está a ser feito. Ele está a ser submetido a uma anestesia, por um lado, mas, por outro lado, está a ser submetido a uma cirurgia. Portanto, mais importante do que o tempo que se demora é que a cirurgia seja feita o mais corretamente possível [more important than the time spent in surgery is that the procedure is performed properly]. Isso, para mim, na parte do tratamento é talvez o pilar da eficácia. É o tratamento cirúrgico ser o mais indicado e o mais corretamente possível executado. Isto porquê? Porque vai influenciar quer o que acontece numa fase pós-tratamento imediata, quer a longo prazo. E aqui podemos falar de situações urgentes como podemos falar de situações eletivas. A mais óbvia será a cirurgia oncológica, que nós temos de respeitar determinados trâmites, mesmo anatómicos, para que consigamos garantir, numa cirurgia com intuito curativo, que de facto todo o tecido neoplásico seja removido. Em termos de urgência, passa muito por uma decisão clínica entre o que é que eu vou operar em urgência, porque há muita coisa, em urgência, diferente. Mas o objetivo em urgência é resolver a queixa pelo qual o doente chegou à urgência. Em contexto eletivo, é resolver a doença. Às vezes não são propriamente a mesma coisa. Às vezes estamos a tratar uma complicação, numa urgência, sem tratarmos efetivamente a doença de base e em contexto eletivo não é esse o objetivo. Em contexto eletivo o objetivo é, normalmente, um tratamento com um intuito curativo, mas, mesmo não sendo com um intuito curativo, pode ser com o intuito paliativo também, depende de situação para situação. Mas, a maior parte das vezes, há sempre uma coisa em contexto eletivo que nós devemos ter em atenção é: que tipo de complicações é que eu posso provocar a este doente? Que tipo de morbidade é que eu lhe vou poder provocar? E lá está, daí o tempo cirúrgico é muito importante, mas, em termos técnicos, é muito mais importante exatamente pela possibilidade de desenvolvimento de complicações por algum erro técnico que nós possamos provocar, por alguma heterogenia. Portanto, digamos, na tal segunda fase, a mim, parece-me esse o principal fator responsável pela eficiência. Numa terceira fase, a eficiência passa pelo reconhecimento precoce do estado do doente, em que eu perceba: este doente está a ter um pós-operatório dentro do esperado, podemos continuar a progredir e a escalar ou a “descalar”, aliás, o nível de cuidados para o mais próximo do ambulatório, para o doente ter alta o mais depressa possível. Por outro lado, também tenho que reconhecer o mais rapidamente possível: este doente não está bem, tem aqui uma complicação que nós devemos agir também o mais depressa possível para a corrigir.

Porque, no fundo, o objetivo é sempre o mesmo: o objetivo é que a hospitalização do doente seja no mínimo período possível, desde que estejam asseguradas as condições de saúde do doente, ou seja, sem prejudicar o doente [(...) time to be the lowest possible, without loss for the patient]. Portanto, o que nós temos de fazer é fazer o diagnóstico do doente, propor um tratamento ao doente, acompanhá-lo após esse tratamento e fazer com que estas três etapas demorem o mínimo de tempo possível, que as pessoas o objetivo não é estarem no hospital. Vêm ao hospital porque precisam, mas o objetivo é sempre devolver-lhes a condição de vida, pelo menos, que eles tinham à entrada [always restore their quality of life, at least to the one that they had before entering in the hospital]. Às vezes não é possível mesmo pelo tratamento da patologia. Tenho muitos doentes, por exemplo, que não têm possibilidade de voltarem ao que eram antes por progressão da sua doença. Isso nós não podemos controlar. O que é que eu posso controlar? Doentes que não possamos deixar que fiquem acamados depois de uma cirurgia, por exemplo, quando eles eram pessoas perfeitamente autónomas antes de serem internadas, por exemplo. É a nossa obrigação fazer de tudo para que aquele doente, o mais depressa possível depois de ser operado, volte a ter o tipo de atividades que tinha no pré-operatório. E, se não atingir esse tipo de autonomia, perceber muito rapidamente porquê, se foi alguma coisa que nós fizemos, se foi alguma coisa que se esteja a acontecer... os doentes também têm muitas intercorrências durante o internamento (podem apanhar uma infeção, ...). Uma delas, se os deixarmos muito acamados, sobretudo os doentes mais idosos: se for um pós-operatório prolongado em que não seja estimulada a mobilização, podem até fazer uma atrofia muscular. Temos de ter sempre de estimular algum grau de reabilitação motora, que se faz, normalmente, recorrendo aos fisioterapeutas do hospital. Podem ter algumas intercorrências respiratórias que também os fisioterapeutas nos podem ajudar. Porque, lá está, obviamente temos sempre que perceber que tudo aquilo que nós fazemos em termos de tratamento terá repercussão em algo no doente. E, portanto, mais uma vez, a anestesia tem (repercussão), sobretudo quando temos de dar muito suporte ventilatório e muito suporte circulatório aos doentes, eles podem-se ressentir no pós-operatório, nomeadamente, quando voltam a respirar sem suporte, em doentes mais fragilizados, podem ter mais alguma dificuldade em iniciarem (não perceptível). Temos de reconhecer essa dificuldade e perceber a que é que se deve. Pode-se dever a várias causas. A maior parte das vezes são facilmente reversíveis com algum apoio de fisioterapia. Noutras vezes, podem ter tido uma intercorrência, podem ter tido uma infeção, podem ter tido algum traumatismo do próprio suporte ventilatório, que nós temos de saber reconhecer, e temos de tratar e agir o mais depressa possível, sempre com o intuito de não manter os doentes no hospital mais tempo do

que aquilo que eles necessitam. Ou seja, o objetivo em termos de eficiência deve ser visto, a meu ver, mais até do ponto de vista dos doentes do que do nosso, que é: tentar perceber até que ponto este doente precisa de estar no hospital e perceber muito depressa qual é o ponto em que este doente já não precisa de estar no hospital, para voltar a dar-lhe alta, tendo ele condições para isso, obviamente. Mas, à partida, o ideal será sempre que o doente após o tratamento volte a estar nas mesmas condições que estava antes de ser internado. E, portanto, se isso for atingível, tentar atingir isso o mais rapidamente possível, sem prejudicar obviamente a causa pela qual ele teve de ser tratado e tentar atingir isso o mais brevemente possível. É isso que, no fundo, nós tentamos fazer quando estamos aqui no hospital. A partir do momento em que as causas estão reconhecidas e os doentes são tratados, pode haver, lá está, mais um pequeno (não perceptível) temporal entre o diagnóstico e o início do tratamento – que é uma coisa que também devemos evitar, a meu ver. E, em termos de condições ideais, deve ser evitado. E isto verifica-se mais na urgência. Às vezes por fatores logísticos, por N + 1 fatores alheios ao doente e ao cirurgião, temos de protelar o tratamento, numa condição que não deve ser protelada porque nós sabemos que aquele doente tem uma patologia cirúrgica que tem de ser resolvida e, portanto, quanto mais depressa for resolvido, melhor sempre vai ser para o doente. Por muito que nós tenhamos algum suporte medicamentoso para lhe fazer, que no fundo na tentativa de não deixar que progrida para uma situação muito grave, se o doente tem uma causa passível de ser tratada, deve ser tratada o mais depressa possível. E isso eu acho que contribuirá mais para a eficiência do que... vá lá, e talvez seja aí que nós possamos melhorar mais a eficiência. É a partir do reconhecimento que conseguimos tratar estes doentes o mais depressa possível. Depois, em relação ao resto, é como lhe disse. Tratá-los o melhor possível e a provocar o mínimo de danos possíveis a estes doentes, para que depois no pós-operatório baixemos a possibilidade de eles terem complicações e temos sempre de estar atentos a esse tipo de complicações [(...) Treat them in the best way possible and causing the minimum of damages, in order to, in the post-surgery moment, we lower the possibilities of them having complications (...)].

E2: Ou seja, você liga muito a eficiência à gestão do tempo.

R: Não é só à gestão do tempo.

E2: Sim. De alguns recursos também.

R: O tempo é importante. Mas o que é mais importante é que nós consigamos fazer chegar ao cerne da questão em cada doente com o mínimo de, não só de tempo, mas de recursos possíveis. E isso implica um maior esforço da nossa parte do reconhecimento clínico de cada situação. Mas, como lhe estava a dizer, em termos de tratamento, para mim, o mais importante não é o tempo, mas sim, em termos cirúrgicos, utilizar as técnicas mais adequadas e mais seguras para aquele doente [the best and the safest treatments and methods to each patient]. Na técnica, preocupar-nos não só com o tratamento, mas também em evitar provocar lesões ao doente que depois impliquem um pós-operatório marcado por complicações e, às vezes, por reintervenções e assim sucessivamente. O tempo, para mim, só é importante na parte do diagnóstico.

E2: Sim. Sim. O tempo e os recursos.

R: Exatamente.

E2: Quanto menos recursos, quanto menos tempo passar entre o diagnóstico e a solução melhor.

R: Exatamente.

E2: E que tipo de obstáculos é que acha que existem à eficiência do processo, ou seja, a ganhos de eficiência, desde que o doente entra até que o doente sai?

R: Desde que o doente entra até que o doente sai... Lá está. Temos dois locais diferentes, que são os doentes em contexto de urgência e os doentes em contexto de cirurgia através da consulta. Em termos de tratamento eletivo das doenças há alguns fatores, porque, lá está, os doentes normalmente vêm referenciados, vêm à nossa consulta, da consulta nós complementamos o estudo dessas doenças consoante o que for necessário (nas doenças oncológicas temos sempre de fazer um estadiamento pré-operatório e discutir o caso em reunião de oncologia, para chegarmos ao tratamento mais adequado a cada doente), adequamos muito o tratamento por doente [discuss the case and find the most appropriate treatment to each patient]. Noutro tipo de patologias, mesmo patologias benignas não é ilícito tentar perceber mais algumas características dessas doenças e, portanto, a parte do diagnóstico também ter de se prolongar ligeiramente porque necessitamos de reconhecer melhor algum padrão, alguma coisa que não nos está ali a parecer típica e que queiramos investigar mais um pouco para termos mais segurança depois no tratamento que vamos instituir e, portanto, mais



uma vez, nós passámos muito aqui pela parte da nossa clínica, aquilo que nós vemos e depois os exames complementares que utilizamos para estudar. O que é que pode prejudicar mais aí em termos de consulta? As listas de espera, por um lado, da própria consulta – nós termos muitos doentes na consulta para ver e, às vezes, não termos mais espaço para esses doentes num determinado dia e tenhamos de atrasar a consulta, e às vezes pode ser atrasado durante semanas, durante meses. E há doentes até, por exemplo, os casos mais gritantes neste momento, no contexto da saúde em Portugal, se não me engano, devem ser especialidades como a ortopedia, que tem uma procura desmedida para o nível de recursos humanos que tem para dar resposta a essa procura. Para já, na cirurgia geral, eu pelo menos não sinto isso, mas pode ser um caso isolado. Mas há colegas meus aqui no meu serviço que também têm listas de consulta bastante extensas, e que por vezes não é fácil conseguir encaixar os doentes todos dentro dos timings que nós mais gostaríamos. Digamos que a disponibilidade de recursos humanos para conseguir dar resposta aos vários casos pode ser um fator limitante dessa eficiência ou eficácia. Por outro lado, as listas de espera depois para os exames que nós pedimos para complementar a nossa investigação. Pelos variadíssimos exames podemos ter variadíssimos tempos de espera. Mais uma vez, por experiência própria, depende muito se são exames a dar resposta pelo próprio centro hospitalar. Podemos ter algumas áreas com mais dificuldade nessa resposta, que demoram mais tempo a dar essa resposta. Há outras áreas que podem demorar menos tempo a dar essa resposta. Mas, portanto, varia sempre muito pela mesma coisa: porque é que eles não têm capacidade a dar resposta? Na maioria dos casos, porque não têm recursos humanos ou técnicos suficientes para dar resposta ao volume de casos que têm em mãos. E, portanto, os centros hospitalares conseguiram arranjar uma forma de resolver esse problema que foi fazer acordos com várias instituições extra Sistema Nacional de Saúde, para darem resposta a estes meios complementares de diagnóstico, sendo os encargos garantidos pelos hospitais. Até que ponto isso é eficiente ou não depois é muito discutível. Temos de entrar na área dos custos e aí, esses dados, eu já não estou preparado para lhe dar. Isto em termos de diagnóstico. No fundo, é aquilo que pode atrasar mais aqui o nosso diagnóstico é quando chegámos de facto a um diagnóstico e o queremos complementar. Por vezes, até nós chegarmos a um determinado diagnóstico, podemos demorar muito tempo a chegar lá e podemos pedir muitos exames e continuarmos sem perceber bem o que é que se está ali a passar. Normalmente, esse tipo de casos depois aproveitámos para tentar discutir em reunião de serviço, em reunião de equipa com os elementos mais experientes do serviço, para procurar, pelo menos, que haja outros olhos e outra experiência a olhar para aquele caso e a tentar perceber o que é que nos está ali a falhar. Isto, em contexto eletivo. Em contexto de

urgência é a mesma falta de recursos humanos, normalmente. E estamos a viver um período, que está a ficar ainda mais agravado aqui no centro hospitalar, em que temos diagnósticos que têm de ser protelados, por exemplo, para o dia seguinte por indisponibilidade de um imagiologista ou por indisponibilidade de uma técnica complementar que seja necessário para perceber se um doente precisa de ser operado, para se tentar identificar uma causa, por exemplo, uma hemorragia digestiva. Normalmente, aí em termos de urgência, o que atrasa mais é, por um lado, a falta de recursos humanos, por outro lado, o facto das equipas serem cíclicas de 24 em 24 horas. Fazer com que, lá está, uma equipa olhou para aquilo de uma maneira, passou o caso à equipa seguinte e a equipa seguinte é de uma opinião completamente diferente. E pode voltar completamente ao início, voltar a fazer tudo de novo e, portanto, temos 24 horas que esse doente acabou por perder. Vinte e quatro, seis, oito, dez, o que for. Aí, isso, a meu ver, não é a forma mais eficiente de tratar aquele doente. Portanto, o nosso objetivo é sempre chegar a um diagnóstico que seja sem sombra de dúvida. Portanto, temos que garantir que aquele diagnóstico que estamos a fazer está certo.

E2: Sim. E no bloco operatório?

R: No bloco operatório, em termos de urgência é uma coisa, em termos de contexto eletivo é outra. No bloco operatório, o que é que pode influenciar a eficácia ou a eficiência? Os horários dos profissionais de trabalho, que não são todos iguais. Isto é, nós no bloco operatório temos, essencialmente, quatro equipas diferentes: a equipa cirúrgica, a equipa anestésica, a equipa de enfermagem e a equipa de técnicos operacionais (os vulgares auxiliares ou os assistentes operacionais – a terminologia tem vindo a mudar). E, às vezes, ainda temos uma quinta equipa que são também de diagnóstico (não perceptível). Estas quatro equipas podem não ter e, normalmente, não têm o mesmo horário. A equipa cirúrgica normalmente não tem o mesmo horário das outras três equipas. E temos aqui um problema, porque a equipa cirúrgica, normalmente, é que faz o programa do bloco e quando faz o programa do bloco, fá-lo à medida do seu horário, em que as outras equipas se tentam encaixar. Eu dou-lhe um exemplo muito prático. Os nossos tempos de bloco, normalmente, são de 12 horas, das 8h da manhã às 8h da noite. Nessas 12 horas, há dois turnos anestésicos, das 8h às 2h da tarde e das 2h da tarde às 8h da noite, portanto, dois turnos de 6 horas. Há dois turnos de enfermagem, com o mesmo horário. E há dois turnos também para os assistentes operacionais. O que é que isso implica? Implica sempre que há uma determinada hora, normalmente de mudança de turno, em que se o doente estiver a ser operado, não se perde muita coisa, porque eles são muito rápidos a revessarem-se, mas se isso apanhar, por

exemplo, um espaço entre a saída de um doente do bloco e a entrada do outro, normalmente, tem tendência para alargar. Isto do ponto de vista das rotações horárias. Depois, o não cumprimento escrupuloso dos horários por todas a gente, cirurgiões incluídos, também faz com que as coisas não andem sobre rodas. Se o tempo do bloco começa às 8h da manhã, às 8h da manhã eu tenho de estar no bloco, com o anestesista que também tem de estar no bloco, o doente tem que estar no bloco, o enfermeiro tem que estar no bloco e o assistente operacional. Tem toda a gente de estar no bloco às 8h da manhã. Às 8h da manhã é para começar a trabalhar. Às vezes, pode não ser isso que se verifica e isso é uma coisa que prejudica, e muito, a eficácia do bloco operatório.

E2: Porque é que acha que isso acontece? Falta de controlo, só?

R: Falta de controlo, por um lado. Por exaustão, por outro. Por falta de incentivo, por um terceiro lado. Quer dizer, e sobretudo por falta de objetivo. Vamos lá ver. Para as pessoas, tirando o cirurgião e o anestesista que são as pessoas que contactam com aquele doente dentro e fora do bloco, não faz muita diferença – e isto não querendo aqui atentar ao zelo profissional de ninguém –, mas não faz muita diferença, naquele dia, que sejam operados um, dois, três ou quatro doentes. É-lhes completamente indiferente, porque eles têm um horário de trabalho para cumprir, o que puder ser feito dentro desse horário é feito, o que não puder ser feito não é feito. O problema aí prende-se com ... as pessoas não têm má vontade, não acredito que seja uma questão de má vontade. Mas, lá está, não lhes faz muita diferença. O objetivo deles naquele dia é cumprir as suas funções durante aquele período de tempo, não é em função do programa do bloco. E isso retira muita eficiência ao funcionamento do bloco. Eu acho que isso retira muita eficiência ao funcionamento do bloco. Outra coisa, lá está, a par do facto de haver aquela descoordenação... no fundo, quando eu falei daquela questão de não estar toda a gente ao mesmo, é uma questão de descoordenação, pura e simples. Nós sabemos perfeitamente que basta um pequeno atraso de uma destas partes para o bloco atrasar todo. Portanto, isto é tudo uma questão de descoordenação. Agora, se é uma descoordenação que existe porque é permitida ou por fatores alheios? Já não lhe consigo responder. Mas a verdade é que em termos de bloco operatório isso é terrível. Para nós é terrível. É terrível tanto para nós estar à espera que alguma das outras equipas funcione, como é para eles estarem à espera, às vezes, que nós também... lá está, isto não é aqui apontar o dedo a ninguém. Nós também falhámos muito nesta parte. Não lhe sei dizer se somos os que falhámos mais ou menos, acho que isso também não interessa, mas nós também falhámos muito nessa parte. E, portanto, tem de haver por parte sobretudo de quem está à frente do bloco – o bloco tem um diretor, tanto

para a parte médica, como para a parte de enfermagem, e esse diretor é responsável por garantir que o bloco funcione nas melhores condições possíveis.

E2: É o mesmo diretor para as duas partes?

R: Sim. Normalmente o diretor do bloco é o diretor médico, mas a enfermagem tem pelo menos o enfermeiro-chefe do bloco que coordenará a parte de enfermagem. E, portanto, a meu ver, cabe a essas duas partes estipular e garantir que não haja esta descoordenação. Depois, o que é que pode também retirar alguma eficiência à forma como o bloco trabalha? A entrada e a saída de doentes. Nós sabemos que a partir do momento em que o doente sai da sala, a sala tem que ser limpa e só depois de ser limpa – e tem de respeitar um determinado período de tempo por causa das regras de contaminação infecciosa das salas –, tem de se esperar um determinado tempo até poder entrar o doente seguinte, mas, no fundo, para termos uma eficiência melhor, o período de tempo que se perde nisto tem de ser o mínimo possível, porque se não, lá está, se temos pessoas dependentes de um horário, quanto mais tempo se perde naquilo que não é a atividade operatória, menos eficiente é o bloco. Portanto, isto na perspectiva de produtividade. O bloco tem de ser produtivo para ser rentável. Se não for produtivo, não é rentável, a não ser que não funcione, aí já passa a ser rentável outra vez porque já não tem custos. Mas, portanto, nós temos de pelo menos de garantir que o programa é feito, o programa diário tem de ser feito, portanto, tudo aquilo que é extra-operatório, digamos assim, tem de respeitar ao máximo os tempos. E, por vezes, esta entrada e saída dos doentes às vezes demora mais do que este tempo estipulado, porque há um atraso na descida do doente do piso em que está internado para o bloco, porque o doente anterior teve uma recaída na unidade de cuidados pós-anestésicos e o anestesista ficou lá preso e não pode vir receber o doente, para fazer a indução pré-anestésica do próximo doente. Há  $N + 1$  fatores e, enfim, neste caso, a motivação profissional também pode ser um deles, porque, lá está, das 8h da manhã às 2h da tarde, ou das 2h da tarde às 8h da tarde, volta a ser um bocadinho indiferente fazer um, dois ou três doentes. Depois, sobretudo para quem depois não tem que contactar com os doentes no pós-operatório, nem de lhes explicar porque é que ele não foi operado.

E2: Ou seja, acha que poderia trazer benefícios criar-se uma relação? Neste caso, são só os enfermeiros que acabam por não ter contacto direto.

R: Os assistentes operacionais também.

E2: Os assistentes operacionais, sim.

R: Mas, muitas vezes, por exemplo, lá está, em termos de recursos humanos, podemos ter falta de assistentes operacionais e ele ter de desinfetar duas salas ao mesmo tempo.

E2: E atrasa a outra.

R: Atrasa uma delas, obviamente. Mas a pessoa tem os seus limites. Os recursos humanos aqui também são muito importantes. Depois, o tempo operatório. E, lá está, voltando ao bocado à questão do tratamento ser o mais eficiente possível: o tempo operatório é muito importante para o programa do bloco. Porque nós, quando se faz um programa de bloco, está-se a contar com um determinado intervalo de tempo para cada cirurgia. Se uma se prolongar, nós temos de ter um intervalo de segurança nesse planeamento para o caso de uma delas se prolongar, mas se uma se prolongar muito, pode-se ter até que se cancelar outras duas. É um problema, porque há dois doentes que fizeram tudo o que tinham para fazer, e por motivos que lhes são completamente alheios a eles próprios, tiveram de ficar para outro dia. O tempo operatório também é importante em termos de eficiência por isso. Numa perspetiva não de não prejudicar aquele doente que está a ser operado, mas de potencialmente prejudicar outros doentes que venham a ser operados depois. Isto para além das comorbilidades médicas que pode causar pelo suporte ventilatório prolongado, pelo suporte respiratório prolongado que venham a necessitar. Portanto, o tempo operatório também é muito importante. Mais uma vez, em termos de recursos humanos, também temos aqui outra problemática que é – e apesar de este hospital, a meu ver, não ter muito esse problema – temos de ter condições físicas e temos de ter recursos humanos para potenciar todas as condições físicas que nós tenhamos. Uma das coisas que pode interromper um programa de bloco, um programa eletivo de questões médicas, é uma cirurgia de urgência. Nós podemos ter uma urgência de um doente que esteja internado e que tenha de ir ao bloco. Em termos teóricos de eficiência, uma urgência não deveria pôr em causa o programa eletivo. Deveria haver uma sala disponível para essa urgência, com uma equipa de anestesia, uma equipa de enfermagem específicos para essa urgência. Problema? Quando temos mais do que uma especialidade cirúrgica a operar no mesmo hospital. Depois já aumenta um bocadinho a complexidade do problema. Mas, mesmo assim, se isto fosse sempre respeitado, se houvesse sempre uma equipa de urgência só que estivesse de prevenção para o caso de haver alguma urgência, com sala reservada para o caso de haver alguma urgência, que não necessita de estar inutilizada para isso, necessita só de garantir que quando há essa urgência esteja pronta para ser utilizada, ou proximamente possa

vir ser utilizada. Isso aumenta a eficiência no bloco, porque eu não estou a prejudicar dois, três doentes que sejam, pela urgência de outro que, ainda por cima, já tinha sido tratado. Muitas vezes não é o que se passa. Muitas vezes há uma urgência, tem de se interromper o programa, e interrompe-se o programa para pôr essa urgência e os doentes que estavam planeados para esse dia, muitas vezes, são adiados para um outro dia. Isto não é eficiência, isto estamos a alargar o tempo entre o diagnóstico e o tratamento dos doentes. E pior: estamos a aumentar os custos também para o hospital porque são doentes que já estão internados e que, provavelmente, vão ficar internados até serem operados. Ou então, eventualmente, têm alta no próprio dia e são programados posteriormente. Mas, do ponto de vista da eficácia, até para o próprio doente, não é o mais (não perceptível). E lá está, muitas vezes o que é que acontece com estas equipas de urgência? O programa está feito das 8h da noite (confusão com 8h da manhã?) até às 8h da noite, muitas vezes o programa alarga para lá deste limite das 8h da noite, mas o horário das outras pessoas era até às 8h da noite – o horário tanto dos cirurgiões, dos anestesistas, dos assistentes operacionais, etc., etc., etc. O que é que acontece? As pessoas que estão nesta sala, a maior parte delas, vão dizer que chegou as 8h da noite e que precisam de ser rendidas, porque acabou o horário de trabalho delas. No fundo, estão no seu direito. O horário delas de trabalho já foi respeitado, portanto, aquele doente pronto... necessitará de continuar a sua intervenção, mas eles têm direito de ser rendidos porque já acabou o seu horário de trabalho. O que é que acontece na maior parte das vezes e sobretudo depois das 8h da noite, que é quando deixa de haver completamente equipas dentro do hospital? A equipa de urgência, normalmente, é que vem render estes doentes. A meu ver, isso retira eficiência ao bloco, porque a partir das 8h da noite continuam a haver urgências. E estarem-me a dizer que a urgência que eu tenho para operar tem de ficar atrasada porque os elementos da equipa de urgência têm de continuar um programa eletivo, estamos a perder a eficiência do bloco. O bloco não está a produzir e não estamos a ser eficazes no tratamento do doente que tem uma urgência. Portanto, é uma perda de eficácia dupla. Neste caso, é tanto para o doente, como para o hospital. Portanto, ou reconhecemos que as balizas horárias não são o mais eficientes no planeamento do bloco operatório ou, para serem, tem tudo de ser cumprido escrupulosamente e, para isso, temos de reduzir ao máximo o atraso com que começa o programa e os atrasos entre doentes, ou então vamos prejudicar muitos doentes. Perdemos completamente a eficiência e vamos prejudicar muitos doentes e vamos cancelar os últimos tempos, que é uma coisa que eu acho que é má prática cancelar um doente num programa perfeitamente aceitável, pelo atraso do bloco. Até eticamente é discutível. Quer dizer, nós não podemos propor uma coisa ao doente e depois, chegar ao dia em que está

marcado esse tratamento, em que a pessoa até já cumpriu variadíssimas diligências para poder estar ali internado sem prejudicar a sua vida pessoal, laboral, etc. e depois o doente não é operado. Quer dizer... Em termos então de produtividade é o menos eficaz possível eu operar dois doentes em vez de operar cinco. Um hospital também não pode ser só visto do ponto de vista da produtividade, mas também tem de ser visto desse ponto de vista. Nós temos de cumprir objetivos e se internámos aqueles doentes, aqueles doentes têm de ser operados. A meu ver, o maior fator limitante do bloco são estas balizas horárias, em que... depois lá está, já só falta meia hora para sair ou ainda é preciso fazer não sei o quê, ainda tenho de ir repor não sei o quê, ainda tenho duas salas para limpar... Aquilo que eu acho é que este modelo de gestão do bloco não é o mais eficaz. Há modelos talvez mais eficazes.

E2: Como, por exemplo, trabalhar por objetivos e não por horário?

R: Claro. Claro. Mas para isso as pessoas também têm de ter um incentivo, não é?

E2: Sim. É como em tudo.

R: Mas sim, o funcionamento por objetivos, a meu ver... Mas, lá está, e o controlo sobretudo por parte de quem dirige um bloco operatório de: porque é que isto aconteceu? Mas isso implica a uma pessoa que lá esteja diariamente a saber como é que está cada sala, o que é que aconteceu em cada sala para ter havia algum atraso ou não.

E2: Ou seja, acha que se houvesse alguém responsável por analisar o que é que se passa dentro do bloco (o porquê dos atrasos, o porquê de existirem tempos mortos, porquê de alguém chegar mais atrasado e atrasar a equipa toda, ou atrasar o doente) iria haver ganhos?

R: Claro. Sim. Isto é como em todos os sistemas de reconhecimento de falhas. É como em todos os sistemas de controlo de qualidade. O bloco precisa de um controlo de qualidade, que, neste momento, está delegado a quem o dirige. Portanto, à partida, essas pessoas é que têm de tomar as devidas diligências para que o bloco seja o mais produtivo possível.

E2: E porque é que acha que não tomam?

R: Eu se não se não tomam, eu não sei se não tomam. Eu acho que vão tentando tomar. Agora, se calhar a abordagem não é propriamente padronizada e isso é que faria falta. Ou seja, analisar o funcionamento do bloco durante um mês e analisar uma data de fatores. Analisar, primeiro, quantos programas de bloco não foram cumpridos. Em segundo lugar, quantos

programas de bloco foram cumpridos mas ultrapassaram o horário previsto. E depois ir estudar, pelo menos nestes dois casos, o que é que aconteceu. E chegam a uma conclusão. Ou, por exemplo, chegar aos serviços de urgência e perceber porque é que eu não consigo operar doentes urgentes enquanto o programa do dia não acabar e só tenho sala disponível depois do programa eletivo acabar. Ou então tenho sala disponível e não tenho recursos humanos para isso, porquê? E, por outro lado, é como no diagnóstico, é como nos exames complementares de diagnóstico, “ah, nós conseguimos acelerar os meios complementares de diagnóstico, mas tem de ir fazer fora do hospital”. Ok, quanto é que isso custa e quanto é que custava pôr mais não sei quantas pessoas a fazer isso no hospital? E comparar as duas coisas.

E2: Custo-benefício.

R: Claro. Assim, em termos do bloco operatório, deixe-me lá ver assim mais coisas... da nossa parte técnica, obviamente, quanto mais minuciosa e mais bem executada a técnica, e mais sistemática for a técnica também, muito provavelmente, menos tempo consumiremos e melhores resultados obteremos, em termos até de produtividade. E depois, lá está, é esta coordenação. No fundo, a coordenação entre as equipas é o essencial.

E2: Sim. Ou seja, na sua opinião, o que está a falhar é a falta de coordenação entre as equipas e a falta de um objetivo em comum.

R: Claro. Claro. Claro. Sobretudo esses dois. E a falta de objetivo em comum é o... No fundo, uma falta ... e então, ou uma falta de incentivo a atingir esse objetivo. Porque eu também percebo. Lá está, há as pessoas que veem o doente desde que ele se apresenta, os primeiros sintomas, é diagnosticado, é tratado e depois de ser tratado, e há as pessoas que só o veem naquela altura. E, portanto, mais uma vez, não estou aqui a apontar o dedo a ninguém, mas lá está, não vão ser eles depois a explicar porque é que o doente não é operado, não vão ter de ser eles a pedir novamente ao doente que trate das diligências para voltar a ser internado noutra altura. Mas pronto. Eles também cumprem o seu papel, que é estar ali, aquelas horas, naquele sítio e, ao fim dessas horas, acabou, quer ele seja muito complicado, quer ele seja pouco. Não é isso que está no seu contrato. O contrato deles diz que tem umas X horas por semana para fazer e é o que eles fazem.

E2: Há uns anos atrás, passamos por um período de crise em que houve grandes cortes, especialmente na saúde. E a minha pergunta é se, por exemplo, no bloco ou na sua prática, sentiu que esses cortes influenciaram a sua eficiência?



R: É assim, é preciso ver que eu comecei a minha atividade profissional já após o início da crise e já comecei a minha atividade profissional com esses cortes já instituídos há alguns anos. Mas, em que é que esses cortes são prejudiciais, no fundo, ao nosso funcionamento e à nossa eficiência? Por um lado, nos recursos humanos. Grande parte desses cortes incidiram sobre os recursos humanos. Que eu até percebo. É uma fatia muito grande, é muito importante. Mas, isto não há omeletes sem ovos. Passo o coloquialismo, mas a verdade é essa. E, portanto, eu não posso operar doentes sem médicos, sem enfermeiros, sem anestesistas, sem assistentes operacionais e, portanto, esqueça. A urgência, a mesma coisa. Toda a gente sabe que a maior parte do trabalho de urgência que a maioria destas classes profissionais fazem é em, digamos, suplemento extra-horário. E nas horas extraordinárias foi, sobretudo, onde nós sentimos a maior repercussão disso. Não fomos só nós, médicos, foram todas as classes profissionais que tinham essas condições. E que, obviamente, não foram completamente aceites, porque, a bem ver, que é a mesma coisa que: às vezes, muitas pessoas não compreendem, nós estamos a abdicar do nosso tempo, digamos, livre em prol, obviamente, de uma recompensa. Mas a recompensa tem de ser suficientemente atrativa para nós todos. Portanto, era por isso que os valores eram mais elevados do que são hoje. Foram cortados com a concordância de toda a gente, porque toda a gente chegou à conclusão que não havia condições financeiras para que isso acontecesse. Mas, por outro lado, as próprias pessoas, depois o que têm visto a acontecer no Sistema Nacional de Saúde é um agravar dessas medidas ao longo do tempo. E nós cada vez menos temos recursos, sobretudo em termos de urgência para isso. Por outro lado...

E2: Recursos humanos.

R: Recursos humanos. Porque, em termos de recursos técnicos ou materiais, apesar de não estarmos numa situação ideal, por enquanto ainda vamos conseguindo fazer as coisas perfeitamente, com o material que nos é disponível. Temos algumas limitações, sobretudo, no que ainda faz parte dos registos informáticos e não sei quê, mas isso tem mais a ver com a nossa própria parte dos registos... isso é outro aspeto que nos retira muito de eficiência: é a quantidade de tempo que nós perdemos em registos. Tira muita eficiência, muita, muita, muita. Um processo informatizado, por um lado, tem maior eficiência no acesso a informação clínica e sobretudo no acesso a informação clínica entre as várias especialidades daquele doente. Por outro lado, limita-nos a estarmos condicionados pelo funcionamento dos próprios computadores. E então na enfermagem isso vê-se numa forma ridícula. A quantidade de checklists que eles têm de fazer, quer no bloco – mas no bloco isso não os influencia muito

porque eles conseguem preencher isso durante o tempo cirúrgico –, mas então na enfermaria isso vê-se muito, muito, muito, muito. É a quantidade de tempo que um enfermeiro passa a fazer registos ao computador em vez de estar ao pé do doente. E para os médicos é a mesma coisa. A quantidade de registos que nós hoje somos obrigados a fazer, sob alçada daquela argumentação de que o registo serve mais para nos defender-nos do que outra coisa, é absurdo. É absurdo o tempo que eu passo do meu dia e do tempo que estou na enfermaria ao pé dos doentes, e o tempo que depois passo ao computador. É absurdo.

E2: Ou seja, se houvesse uma simplificação dos programas...

R: Sim.

E2: ... chegava perfeitamente.

R: Não só uma simplificação, uma unificação dos programas. Porque nem todos os hospitais utilizam o mesmo programa e isso faz com que a plataforma de dados da saúde também tenha os seus problemas, porque não consegue ir buscar os dados de uma forma tão eficaz, porque nós utilizamos o SClínico, o Hospital de Loures utiliza um sistema operativo da Siemens, o Santa Maria não tenho a certeza qual deles é que... Quer dizer, nem dentro da mesma cidade os sistemas são os mesmos. É tremendamente complicado, às vezes, eu conseguir acessos de um doente que me aparece a primeira vez, que é seguido noutra centro hospitalar. E isso há uma perda de eficiência grave. E que podia ser de solução muito fácil, bastava haver uma diretiva do ministério a dizer: Todos os centros hospitalares utilizam este programa e a mesma base de dados, utilizavam todos o mesmo. E isso não é feito e isso também nos tira muita eficiência, sobretudo, lá está, no nosso trabalho no dia a dia, fora do bloco. Dentro do bloco, assim assim. Dentro do bloco, a única coisa que nós temos de registar, no fundo, o relatório cirúrgico e isso não nos tira assim muito tempo e tínhamos sempre de o fazer, e isso até é um bom controlo de qualidade, desde que seja respeitado e o relatório seja mesmo pormenorizado, está um bom controlo de qualidade. Fora do bloco, já não concordo tanto. No piso, na enfermaria, mesmo na consulta. Quer dizer, em termos da consulta, depois os tempos disponíveis para a consulta também não são os mais apropriados, mas, mesmo assim, pelo menos pela minha parte, por enquanto, ainda não me queixo muito. Vamos ver daqui a alguns anos como é que é. Mas estávamos a falar dos recursos, em relação à urgência. Em relação à urgência e não só. Portanto, com o agravamento destas medidas que foram tomadas desde o início da crise financeira, e o início da crise e o início destas medidas já remonta quase a

2010, 2011. Estamos em 2018 e ainda não vimos uma perspectiva de melhoria. Só vemos uma perspectiva de agravamento. Dou-lhe um exemplo muito prático. Neste momento, o nosso serviço de urgência já não tem sequer um imagiologista a partir das 8h da noite. Porquê? Porque não têm recursos humanos. Os serviços, todos eles do centro ... aqui sobretudo do centro hospitalar em que nós nos inserimos, todos eles têm falta de recursos humanos e, muito especificamente, médicos. Nós vivemos, por exemplo, neste momento, na cirurgia aqui do centro hospitalar, um problema gravíssimo: temos mais de metade dos assistentes hospitalares deste serviço com idade superior a 55 anos. Isso significa que mais de metade dos cirurgiões destes 3 serviços têm condições para não assegurarem serviços de urgência. Alguns ainda o fazem, mas por...

E2: Opção própria.

R: Exatamente. Opção própria ou iniciativa própria. E até por algum sentido, chame-lhe, de vestir a camisola, de não quererem prejudicar até o funcionamento do serviço, porque se quisessem, podiam perfeitamente fazê-lo. E, portanto, em termos de recursos humanos e de política de contratações, nós estamos a sofrer neste momento uma fase muito negra, que mesmo nós não estamos a conseguir perceber como é que vamos repor, digamos, os profissionais que vão, eventualmente, reformar-se. Este serviço em particular tem, dos 10 (se não me engano, são dez) especialistas, temos provavelmente 4 abaixo dos 60 anos. Portanto, há claramente aqui uma política, talvez não de desinvestimento, mas de não atração de... das duas uma, ou de não atração das pessoas jovens ou de falta de capacidade para contratar essas pessoas jovens. Porquê? Não lhe sei responder, isso já me ultrapassa. Lá está, isso já tinha de perguntar ao conselho de administração do centro hospitalar, provavelmente ao ministério da saúde, o que é que se passa. Porque temos limitações de recursos humanos graves, que não estão a ser colmatadas. E isso, obviamente, retira a eficiência ao serviço e ao próprio bloco operatório, porque uma pessoa com 60 anos não tem a mesma capacidade que uma pessoa de 30, de 40 ou de 50. Capacidade física. Não estamos a falar de capacidade técnico-mental. Isto custa. Há dias em que nós estamos 24 horas a operar e isso custa muito. Para não falar daquilo que são as nossas prevenções, mas isso já... Há um grave, em termos dessas políticas instituídas de reação à crise. Obviamente, todos sabíamos que íamos sofrer com isso, mas, tendo em conta aquilo que tem vindo a ser anunciado, por um lado, de perspectiva de melhoria financeira, nós não estamos a sentir nada, absolutamente nada. Nós só sentimos as nossas condições a deteriorar cada vez mais. E pior, ficamos cada vez mais revoltados e, talvez isso também seja um fator influente para a falta de eficiência do que quer que seja, quando os

próprios sindicatos negociam com o ministério da saúde, chegam a um acordo, acordo esse que depois não é cumprido nos prazos que tinham ficado previamente estabelecidos. Nomeadamente, voltamos aos casos da urgência em que já teria sido dito ou acordado que, a partir de junho do ano passado, a percentagem do valor hora que ia ser ressarcido aos profissionais de saúde iria voltar a aumentar, que não aconteceu. Ou, pelo menos se aconteceu, em alguns centros hospitalares não aconteceu. E não estou só a falar de médicos. Médicos, enfermeiros, ... Outra vez, todas as classes. Depois tem havido obviamente todos aqueles problemas com ... obviamente, sempre há locais com diferentes classes profissionais, e em que haja diferenças entre elas, as posições vão-se sempre extremar até eles conseguirem aproximar. O problema é que nunca se vão conseguir aproximar porque são cargos com funções e responsabilidades diferentes. Mas, tem havido um descontentamento, digamos, crescente já desde o início dessas medidas. Por exemplo, sinto isso no caso dos enfermeiros, com estas alterações dos horários das 35 para as 40 horas, que as remunerações também não foram propriamente ou justamente ajustadas. Os próprios técnicos de diagnóstico, que também têm sido... não estão contentes com o que lhe tem sido dado, no fundo. E, quer dizer, isto, lá está, para instituições que dependem da coordenação entre estas especialidades todas, e entre estas classes profissionais todas, se há um descontentamento geral, obviamente, ninguém descontente vai estar preocupado sequer com a eficiência do que está a fazer. Voltamos aquele chavão de ... milagres. As pessoas sentem-se exaustas porque, pela falta de recursos humanos, têm vindo a acumular funções, e a acumular encargos e a acumular trabalho e, por outro lado, não veem isso sequer valorizado. Dou-lhe um exemplo muito simples. Eu tenho um contrato de 40 horas com o hospital, semanais, 40 horas semanais. Eu à quarta-feira já fiz mais dessas 40 horas. Ninguém me vem dizer nada em relação a isso. Eu passo muito tempo para além do meu horário de trabalho dentro do hospital. Faz parte também, faz parte da minha formação médica e é muito importante que isso aconteça e não é por acaso que eu fico. Mas a pessoa é valorizada tanto fique como não fique. A grande diferença aqui é que se eu não ficar, se calhar há doentes que vão ficar com diagnósticos atrasados, com reconhecimento de complicações pós-tratamento atrasadas, com muita coisa atrasado, que, se calhar, se houvesse mais dois médicos na enfermaria, não ficava. Porque a mim vai-me sempre custar a ficar cá essas horas todas. É tempo livre do qual eu estou a abdicar, que podia ficar em casa com a minha família e que não estou, podia estar a estudar ou podia estar a fazer outra coisa qualquer. Fico, obviamente, com gosto e por preocupação com os doentes, mas que... quer dizer, chega a um ponto em que a pessoa chega à exaustão e depois começa a perder qualidade naquilo que faz, começa a deixar arrastar coisas porque

também se sente cansada, não está tão alerta, por assim dizer, e isso também é uma perda de eficiente.

E2: Ou seja, para poder ser mais eficiente, para poder ter mais resultados, só com recursos, tanto...?

R: Ou com mais recursos ou com alguma estratégia que faça com que os profissionais não estejam tão sobrecarregados. Porque, no fundo, é isso. Hoje em dia, os profissionais de saúde estão extremamente sobrecarregados, porque, lá está, temos serviço envelhecidos. E isto da minha experiência, aqui dentro do centro hospitalar, serviço envelhecidos, com muitos doentes, com doentes particularmente complicados e que há muita coisa a ter em conta nestes doentes, têm de ter um seguimento muito apertado e nós não temos pessoas suficientes para atender a todas essas necessidades. Porque os serviços envelhecidos têm outro problema: é que as pessoas exercendo os seus direitos, a partir de uma determinada idade podem começar a pedir redução de horário, sobretudo a partir dos 55 e dos 60 anos. E, portanto, isso significa que tendo muitas pessoas nesta condição, no mesmo serviço, as poucas pessoas que não estão nesta faixa etária vão estar muito mais sobrecarregadas, até chegarem ao ponto em que desistem. E quem sofre aí são os doentes e a tal eficácia do tratamento e a eficácia hospitalar.

E2: Agora queria passar para a segunda parte, que é: o que é que acha que os pacientes, os doentes, consideram ... como é que eles definem a eficiência? Ou seja, o que é que é eficiência para eles?

R: Depende muito como é que eles encaram a doença deles. Os doentes oncológicos encaram como eficiência ficar curados. Os doentes com patologias benignas encaram como eficiência ficar curados com poucas complicações ou nenhuma, e sobretudo quanto mais depressa tiverem alta, melhor para eles. Acho eu. É essa a ideia que eu tenho. E quanto menos tempo tiverem entre o diagnóstico e o tempo que são operados. Essas são as duas grandes balizas. Para os doentes oncológicos esta segunda parte não se põe, porque nós temos balizas temporais que temos de respeitar, estão protocoladas, a partir do diagnóstico, quando temos um determinado período de tempo até operarmos esses doentes e, portanto, isso já não se põe tanto. Os doentes com patologias benignas, eu acredito muito que isso seja uma preocupação para eles. Sobretudo aqueles que são mais sintomáticos. Quando mais tempo estão em lista de espera para cirurgia, eu julgo e é a ideia com que fico quando os vejo na consulta, que é uma medida de qualidade para eles, sobretudo. Depois em termos já do tratamento, o facto de

terem uma alta precoce e o facto de terem dores depois da cirurgia – sobretudo a dor – é um sintoma que os doentes têm muito presente, porque é algo que eles associam a algo que não está bem. E o facto de desenvolverem sintomas no pós-operatório que não estão à espera, é também uma medida, acho eu, de qualidade deles. No fundo, acho que para os doentes, eles acabam por aceitar a maior parte das complicações e dos pós-operatórios complicados enquanto nós, da nossa parte, também estamos lá para lhes explicar o que se está a passar, a partir do momento em que não fugimos muito disso [(...) end up accepting most of the issues that may arise, or a hard recovery after surgery, if professionals explain them well what is going on]. Às vezes temos essa tendência – por, no fundo, termos falhado de alguma forma àquela pessoa, temos alguma tendência para nos esconder do doente (esconder figurativamente). Mas, normalmente, os doentes tendem a aceitar, porque nós também lhes explicamos antes da cirurgia que nenhuma cirurgia é isenta de complicações. E, normalmente, temos tempo para falar com eles no pré-operatório sobre o que é que eventualmente poderá acontecer. E eles têm sempre tendência para aceitar bem um pior desfecho do que aquele que seria expectável, desde que se sintam acompanhados, normalmente desde que se sintam acompanhados. A ideia que eu tenho é essa. Agora, em termos de eficácia, para eles é chegarem, serem operados e estarem o menos tempo possível no hospital. É retomarem, no fundo, o mais depressa possível a sua autonomia e a função que tinham antes. Eu acho que isso, para eles, é a melhor medida de qualidade.

E2: Sabe-me dar exemplos – não estou a dizer se existe ou não existe – de medidas que possam ser feitas colaborativamente, consigo e com o doente, ou com outro profissional, durante o período pré-operatório, pós-operatório e no bloco? No bloco já percebi que é um bocado complicado. Maior parte, se estiver com uma anestesia geral, está a dormir e não pode coproduzir nada.

R: No pós-operatório, claramente. É tentar insistir com os doentes, sobretudo, para não ficarem acamados, para se tentarem mobilizar o mais depressa possível, para... Obviamente que da nossa parte temos que perceber as limitações deles para que isso não aconteça e eles têm de perceber que quanto mais depressa fizerem isto, vai ser melhor para eles em termos funcionais. Não em termos administrativos. Nós não estamos a pensar na alta quando queremos que os doentes se mobilizem. Estamos a pensar neles próprios. Aqueles doentes eram autónomos, têm de voltar a ser autónomos [(...) were autonomous before they entered at the hospital, so, they have to regain that autonomy]. Portanto, quanto menos tempo levarmos a que eles cheguem lá, melhor. Melhor para eles, porque eles próprios têm a sua

independência. E, portanto, percebem também até que ponto foi a gravidade daquilo que estiveram sujeitos. No pré-operatório, depende muito de patologia para patologia. No pré-operatório, por exemplo, numa situação urgente é os doentes perceberem o mais depressa possível que algo não está bem e irem ao médico. Mas, em termos assim de algo que nós possamos fazer com eles, é estarmos sempre... qualquer patologia tem sempre a possibilidade de complicar, mesmo patologias que estão a ser seguidas em contexto eletivo e ambulatorio. Nem eu acho que nós nos podemos sempre mostrar disponíveis ao doente, para o caso de ele sentir alguma alteração do seu estado dizer (não perceptível) “se sentir alguma coisa que não esteja bem, se sentir alguma coisa estranha, venha cá ter comigo. Eu observo-lhe outra vez”. Acho que, nesse caso, faz até com que o doente estabeleça uma relação de maior confiança com o médico. Pode, eventualmente, fazer com que ele depois também venha a aceitar um bocadinho melhor aquilo que lhe é proposto. Em termos assim de mais coisas... A nossa parte vale sempre. Tudo o que nós possamos fazer para educar o doente em relação à sua doença só o vai beneficiar [Knowledge about their condition will only be beneficial for the patient]. O que é que nós temos de ter cuidado? Temos de garantir que, quando tentamos fazer isso, o doente o perceba. Não posso falar a um doente... Primeiro temos de adaptar o nosso discurso, obviamente, a terminologia que os doentes consigam compreender, e depois não lhes podemos pedir o impossível. Temos de adaptar aquilo que vamos pedir a cada doente fazer à sua realidade [Professionals may not ask the impossible. They have to adapt what they will ask each patient to do to their reality]. Eu não posso pedir a um doente idoso para fazer meia hora ou uma hora de caminhada por dia quando é uma pessoa que já tem algumas dificuldades na marcha, que se sente insegura e que, ainda por cima, mora sozinha – que é um contexto de sociedade que nós temos muito, é de uma população idosa cada vez mais crescente que mora sozinha e que tem pouco apoio. No pós-operatório temos outro problema, que é os doentes que depois que ficam dependentes. Nós conseguimos tentar, com a fisioterapia, a melhorar um bocadinho as suas condições, mas depois são doentes que vão precisar de, às vezes, de ser referenciados a uma unidade de cuidados intermédios ou de longa duração para a sua convalescença, e nisso os doentes não... aí sim, há normalmente alguma revolta porque, normalmente, estamos muito tempo à espera dessas vagas.

E2: Sim, mas, por exemplo, exemplos de algo que fuja ao protocolo? Ou seja, que tenha sido adaptado, porque aquele doente tem uma particularidade.

R: Obviamente que cada caso é um caso, mas ...

E2: Se calhar eu vou lhe dar um exemplo, que acho que é mais fácil.

R: É mais fácil.

E2: Uma colega, acho que do piso, uma enfermeira deu-nos um exemplo que, penso que era ao sair da cama, o doente saía para a esquerda e não para a direita. As enfermeiras normalmente acho que faziam o processo para a direita, e a esposa é que disse que ele, em casa, sai para o lado esquerdo. E, então, tentaram alterar as mesas de cabeceira, os armários, de forma a ele poder deslocar-se para a esquerda e, assim, ficar habituado a fazê-lo para a esquerda e não sentir a diferença em casa. Por exemplo, foi adaptado à realidade do doente.

R: Nós, não sei se teremos tanto esse tipo de situações. Às vezes, o que podemos... Podemos dar mais alguma liberdade a alguns doentes, sobretudo aqueles casos talvez um bocadinho mais graves, em que aquilo que estamos a autorizar não vai alterar muito o seu desfecho. Podemos deixar um doente, por vezes, comer alguma coisa que os familiares lhe tragam porque ele não está a conseguir tolerar a dieta do hospital e é importante para ele iniciar uma dieta que seja mais consistente. Mas são casos muito particulares. Não há assim uma coisa... são coisas muito dirigidas, mas não há assim... Isso depende depois da nossa relação de proximidade também com cada doente, e a forma como vivemos cada caso, mas não há assim muitas, que eu tenha dado conta. Pronto, nesse caso, os enfermeiros acompanham mais esse retorno à autonomia e, portanto, acompanham mais alguns desses jeitos. Nós temos aí uma doente, por exemplo, que não estava a conseguir tolerar a ideia pela via normal. Mas a senhora tinha sempre muita sede. O problema é que cada vez que bebia alguma coisa, não tolerava e voltava a vomitar, pela sua doença de base. E então a filha veio-me perguntar se podia, eventualmente, mascar uns gomos de laranja, só para sentir o gosto da laranja. Eu disse-lhe que sim, obviamente. “É que ela depois não come a laranja, mas pelo menos aquele gosto... fica-se a sentir melhor, ela gosta mais, fica mais contente.”. Obviamente, nesse tipo de situações, nós temos sempre tendência para o permitir, desde que isso não ponha em causa a recuperação dos doentes. Normalmente, não colocamos grandes entraves, a verdade é essa.



## Appendix B – Brief introduction

### BREVE APRESENTAÇÃO

**I - O objetivo** desta entrevista é ouvi-lo acerca da sua experiência e pensamento (o que lhe vem ao pensamento) relativamente ao conceito de **“eficiência”** no processo perioperativo.

**II** – Posicionamo-nos num **fluxo de investigação**, que se suporta naquilo que é referido como “lógica de Serviço”, o que quer dizer, nesta situação, que se pretende abordar o conceito de eficiência segundo dois processos:

1. **Eficiência enquanto resultado da ação do prestador do serviço.** Trata-se da abordagem mais comum, proveniente da lógica industrial, onde a gestão e organização dos recursos (*input*) controlados internamente pelo prestador do serviço têm impacto nas variáveis de desempenho (qualidade, tempo e custo) associadas à oferta desse prestador e como tal no seu produto oferecido (*output*) tendo em conta a qualidade de vida do paciente (*outcome* pretendido pelo paciente).
2. **Eficiência enquanto resultado da ação do beneficiário do serviço (paciente).** Trata-se de como o conhecimento (e a informação), a capacidade (e interesse) de participação e a coprodução (disponibilidade emocional, de curiosidade, de envolvimento, e de conhecimento específico para coproduzir) têm impacto no desempenho do serviço. Não só considerados no início do ciclo perioperativo, mas também como evoluem enquanto processo de aprendizagem mútuo (prestador – paciente) ao longo do relacionamento perioperativo.

**III** - Seguimos uma **metodologia** baseada em “narrativas”, o que pressupõe que o informante (você) nos relate uma “história”, a sua, (que será gravada para posterior análise) que evidencie a sua compreensão do assunto em objeto para que posteriormente possa ser construída de forma colaborativa uma narrativa que suportará o estudo em causa (iremos pedir-lhe posteriormente por email que reveja a sua história após esta ter sido constituída como narrativa, a fim de garantir a fidelidade da transcrição e a integridade do conteúdo).

A **história** que agora pedimos que nos faculte deverá ter em conta a **perspetiva temporal** em que o informante está em contacto com o paciente ao longo do ciclo perioperativo (se a sua experiência apenas se focar numa parte desse ciclo, é sobre essa parte que o esperamos ouvir), a **perspetiva a social** (a interação existente no local entre profissionais, com a organização prestadora do serviço, e com os pacientes), o contexto; e a **perspetiva do local**, físico e

topológico - o hospital e serviço(s) ou/e bloco operatório (onde os eventos que constituem a história a contar decorrem) que suportam o relato do informante (*storytelling*).

Appendix C – Approval from the ethical commission for the health



Comissão de Ética para a Saúde

N.º Registo no RNEC: 20170700050

**PARECER**

Projeto de Mestrado,

Título: “Como é que a eficiência é percebida pelos vários atores presentes num bloco operatório”

Investigadora Principal: **Dra. Diana Ferraz da Costa Fernandes** (Discente no ISCTE Business School – Instituto Universitário de Lisboa)

Serviço no CHLO onde decorrerá o estudo: **Serviço do Bloco Operatório do Hospital de Santa Cruz - CHLO** (Autorizações » Serviços: Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Geral, Anestesiologia, CA)

Após reunião de 19 de fevereiro de 2018 e no seguimento da receção dos documentos solicitados, estando atualmente o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

Lembramos que, de acordo com a Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, qualquer estudo que envolva dados de doentes deverá ter a aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 19 de fevereiro de 2018:

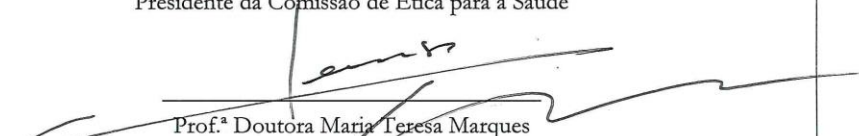
Presidente: Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques

Dr. Carlos Costa, Enf.ª Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha,

Dr. José Santana Carlos, Dra. Paula Peixe, Dr. Rui Campante Teles e Padre João Valente

Pelo exposto, emitiu-se a 28 de fevereiro de 2018, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

  
Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques  
**MARIA TERESA MARQUES**  
Presidente da Comissão  
de Ética para a Saúde

Comissão de Ética para a Saúde (CES) do CHLO  
Hospital de Egas Moniz | Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa  
Telefone: 210 432 665 | Correio eletrónico: anavalho@chlo.min-saude.pt

## Appendix D – Model of informed consent



### Modelo de Consentimento Informado

Esta entrevista é realizada no âmbito de um projeto de Mestrado em Gestão a decorrer no Iscte-IUL, intitulado “*Perceção de Eficiência em Cuidados de Saúde Perioperatórios*”. Pretende-se analisar a perceção e o sentido que os vários atores presentes numa sala de operações, membros das várias equipas cirúrgicas e pacientes, atribuem à eficiência deste sistema num contexto de cuidados de saúde perioperatórios.

Salientamos que a qualquer momento é livre para interromper a sua colaboração no estudo, sem que com isso seja prejudicado no seu acompanhamento clínico na instituição.

Pedimos-lhe por isso autorização para efetuar a gravação desta entrevista, que será usada, entre outras fontes, apenas para análise qualitativa dos diversos grupos em estudo. A resposta a todas as questões e comentários que considere de efetuar têm um carácter facultativo e os dados recolhidos são **confidenciais e anónimos**.

Agradecemos desde já a disponibilidade e o tempo que nos facultou.

Diana Ferraz da Costa Fernandes

(Diana Ferraz da Costa Fernandes, investigadora principal)

Autorizo, \_\_\_\_\_

(o entrevistado)

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Nota: este documento é feito em duas vias, a original para o processo e o duplicado para a pessoa que consente.