



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FCHS

**MBA NO CURSO AVANÇADO DE GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES E  
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ano lectivo 2017\_2018

**MONOGRAFIA**

**CONDIÇÕES PERCEBIDAS COMO NECESSÁRIAS PARA UMA PRÁTICA  
CIRÚRGICA DE QUALIDADE**

Diana Filipa Cardoso Nora  
[21164@ufp.edu.pt](mailto:21164@ufp.edu.pt)

Orientação: Professora Doutora Isabel Silva





UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FCHS

**MBA NO CURSO AVANÇADO DE GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES E  
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ano lectivo 2017\_2018

**MONOGRAFIA**

**CONDIÇÕES PERCEBIDAS COMO NECESSÁRIAS PARA UMA PRÁTICA  
CIRÚRGICA DE QUALIDADE**

Diana Filipa Cardoso Nora  
[21164@ufp.edu.pt](mailto:21164@ufp.edu.pt)

Orientação: Professora Doutora Isabel Silva



## **MONOGRAFIA**

### **CONDIÇÕES PERCEBIDAS COMO NECESSÁRIAS PARA UMA PRÁTICA CIRÚRGICA DE QUALIDADE**

---

Diana Filipa Cardoso Nora

Monografia apresentada como requisito básico para a conclusão do MBA no Curso Avançado em Organizações e Serviços de Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

## RESUMO

A prática cirúrgica de qualidade constitui um objetivo fundamental dos hospitais. Por isso, é pertinente tentar compreender as condições estruturais e organizacionais para que aquele objectivo seja mais facilmente atingido. O presente estudo exploratório procurou conhecer as motivações que estão na base da escolha dos cirurgiões quanto ao local para realizarem as suas cirurgias bem como as características dos cirurgiões relativamente às variáveis idade, anos de experiência de trabalho e sexo. Foi administrado um inquérito por questionário a uma amostra de conveniência constituída por 99 cirurgiões, 67,3 % sexo masculino e 32,7 % do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 37 e 66 (M= 23,65; DP=8,92) efetuando o tratamento de dados através do IBM® SPSS® Statistics vs.24.0 através de testes não paramétricos. Os resultados alcançados demonstram que no topo das motivações dos cirurgiões situa-se a importância atribuída de 77,8 % aos recursos humanos e equipamentos disponíveis e no outro extremo surge 3 % visita *online* às instalações. Perante estes resultados, o presente estudo abre pistas importantes para o desenvolvimento de abordagens mais aprofundadas e comparativas necessárias para um melhor conhecimento da realidade em análise.

## **ABSTRACT**

A quality surgical practice is nowadays an objective shared by the distinct hospital units. Given this reality, it is pertinent to contribute to the improvement of knowledge about this reality. The present exploratory study aims to a knowledge the motivations that determine surgeons' choice related to the place to perform their surgeries. A questionnaire was administered to a convenience sample of 99 surgeons, 67.3 % male and 32.7 % female, aged 37-66 (M = 23.65, SD = 8, 92) by processing data using IBM® SPSS® Statistics vs.24.0 through non-parametric tests. The results show that at the top of the motivations of surgeons is the attributed importance of 77.8% to human resources and equipment available and at the other extreme 3% visit online to the facilities. Given these results, the present study opens important clues for the development of more in-depth and comparative approaches necessary for a better understanding of the reality under analysis.

## **DEDICATORIA**

Ao meu filho Afonso, que desde o primeiro dia me acompanhou neste desafio. E a quem eu sempre disse, mesmo quando estavas na barriga da mãe, que estava a trabalhar para nós.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, em especial aos meus pais, por sempre acreditarem em mim.

Ao Hugo, obrigada pelo amor, dedicação e paciência!

Aos meus colegas e amigos de trabalho, pelo carinho, amizade, ajuda, paciência e motivação que sempre manifestaram.

À Diana Balaias, à Mariana Duarte pelo companheirismo e ajuda, e ao Diogo Vidal por toda a qualificada ajuda no tratamento estatístico dos dados.

Ao Professor Manuel Cardoso de Oliveira, um Mestre intemporal, obrigada por toda a dedicação, empenho, paciência e disponibilidade para transmitir todo o seu conhecimento e sabedoria ao longo destes sete anos e por acreditar nas minhas capacidades.

À minha orientadora, Professora Isabel Silva, pelo apoio e orientação.

Aos meus colegas de MBA, pelo companheirismo e amizade ao longo de todo o curso.

À Fundação Ensino e Cultura Fernando Pessoa, agradeço a oportunidade que tive em frequentar este MBA que contribuiu para a minha formação e crescimento pessoal e académico.

A todos que me acompanharam nesta caminhada, muito obrigada!

# ÍNDICE

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
DEDICATORIA .....	7
AGRADECIMENTOS.....	8
ÍNDICE DE TABELAS .....	10
INTRODUÇÃO .....	11
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
METODOLOGIA .....	19
Pergunta de Partida e Objetivos .....	19
Tipo de estudo.....	20
Participantes.....	20
Material.....	21
Procedimentos.....	21
RESULTADOS .....	23
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	33
CONCLUSÃO.....	35
BIBLIOGRAFIA .....	37
ANEXOS .....	39
ANEXO 1.....	40
ANEXO 2.....	41
ANEXO 3.....	43

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Sistematização do Estado da Arte.....	16
<b>Tabela 2</b> - Caracterização da Amostra através da área de intervenção.....	21
<b>Tabela 3</b> - Frequências relativas e absolutas das motivações acompanhadas das respectivas medianas (Percentis 25 e 75).....	24
<b>Tabela 4</b> - Medianas (Percentis 25 e 75) das Motivações dos Cirurgiões e respectivas diferenças de médias por sexo através do Teste U de Mann-Whitney para amostras independentes .....	25
<b>Tabela 5</b> - Medianas (Percentis 25 e 75) das Motivações dos Cirurgiões e respectivas diferenças de médias por área de intervenção através do Teste Kruskal-Wallis para amostras independentes .....	26
<b>Tabela 6</b> – Tabela de Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo.....	29
<b>Tabela 7</b> - Análise Fatorial com rotação de Varimax das motivações em estudo .....	30
<b>Tabela 8</b> - Tabela de Correlações de <i>Spearman</i> entre a variável idade, experiência e os três fatores extraídos da análise fatorial.....	33
<b>Tabela 9</b> – Comparação das médias dos três fatores extraídos da análise fatorial por sexo dos cirurgiões através do Teste T-Student para amostras independentes.....	34
<b>Tabela 10</b> – Comparação das médias dos fatores por área de intervenção dos cirurgiões através da One-Way ANOVA.....	35

## INTRODUÇÃO

A saúde em Portugal evoluiu de forma notável nos últimos 40 anos (Serviço Nacional de Saúde, 2018). Mudanças nas condições de vida da maioria dos portugueses, ao nível do saneamento básico, habitação e alimentação permitiram alcançar ganhos significativos melhorando os indicadores de saúde da população (Campos, 2008). Para além disto, os avanços científicos e tecnológicos e o desenvolvimento e expansão de um Serviço Nacional de Saúde universal e tendencialmente gratuito resultaram numa melhoria significativa dos cuidados prestados, (Fernandes J.V., Barros P.P., Fernandes, A.C.,2011)

O Serviço Nacional de Saúde Português tem sido alvo de reformas desde a sua criação em 1979 pela lei nº 56/79 de 15 de Setembro. Segundo o Observatório Português do Sistema de Saúde (OPPS, 2003), a evolução do sistema nacional de saúde configurou-se em seis grandes períodos:

1. De 1970 a 1982 compreendeu a criação e implementação do sistema nacional de saúde com a disseminação dos cuidados de saúde primários;
2. Entre 1982 e 1995 ocorreu a mudança de limites entre a oferta pública e privada, pela melhoria contínua, por via de fundos europeus, da qualidade do serviço e dos recursos humanos;
3. O período que compreendeu os anos de 1995 a 2002 caracterizou-se pelo aumento da oferta pública em detrimento da privada;
4. A mudança de Sistema para Serviço Nacional de Saúde ocorreu entre 2002 e 2005 com a estabilização do campo público e privado, nomeadamente com a criação das parcerias público-privadas;
5. A aplicação de políticas públicas em saúde, com o objetivo de modernizar e expandir o serviço, ocorre entre 2005 e 2009;
6. Desde 2010, o Serviço Nacional de Saúde foi alvo de vários cortes económicos devido à crise que Portugal atravessou, encontrando-se ainda hoje numa fase de recuperação.

A realidade hospitalar também tem sido alvo de profundas mudanças que acompanham as tendências do sistema de saúde. Numa altura em que se tem tornado ainda mais

evidente a necessidade de integração dos cuidados de saúde, é claro que os hospitais têm de acertar o passo com esse sentido de mudança. A missão dos hospitais exige que a actividade de cada unidade de saúde tenha um foco especial no seu objectivo primordial: servir o doente da forma mais qualificada, mais célere, mais eficaz e mais humana (Ribeiro,2004).

O relatório da World Health Organization( WHO), concluiu que o sector privado está a adquirir uma importância crescente sobre sistemas de saúde dos países, não sendo excepção Portugal. A discussão em torno do setor privado está longe de uma visão consensual, ainda que a complementaridade de ambos seja, de momento, inevitável. Nos últimos anos, tem-se assistido ao desenvolvimento e crescimento das instituições privadas, nomeadamente hospitais, clínicas, centros paliativos e laboratórios, que demonstram a propensão actual de crescimento do sector, sem que a parte pública consiga satisfazer totalmente as necessidades globais (WHO, 2002).

No sector hospitalar, o Bloco Operatório (BO) é o ponto de convergência de numerosas actividades de um hospital, encontrando-se em ligação, directa ou indirecta, com a maioria dos serviços e especialidades médicas (Saadani, Guinet, & Chaabane, 2006), pelo que um funcionamento harmonioso das condições estruturais e funcionais são condições complexas que requerem recursos humanos e técnicos de qualidade e motivados, (Cardoso de Oliveira, 2006). O investimento num BO moderno é um imperativo que pode contribuir para atrair cirurgiões e outros profissionais de saúde (Randa, Heiser, & Gill, 2009) cujos desempenhos altamente diferenciados possam contribuir para a excelência dessas mesmas unidades.

Os cirurgiões portugueses reflectem aquilo que vai acontecendo na organização e na prática da cirurgia em todo o mundo. A sua absorção pelas múltiplas tarefas que têm que desempenhar nem sempre lhes deixa tempo ou energias para reflectir sobre questões da sua especialidade. Acresce que temos assistido a uma verdadeira revolução no âmbito da cirurgia geral com a criação de sectores de subespecialização que, no limite, têm mesmo originado novas especialidades cirúrgicas. Este facto tem acarretado o desenvolvimento de novos e sofisticados progressos técnicos e alterado as estratégias de diagnóstico e terapêutica em numerosas áreas. Todas estas mudanças criaram enormes dificuldades à velha estrutura dos hospitais que, perante a necessidade de tentar

acompanhar o seu ritmo, foram aumentando o número de camas e de subespecialidades sem que as indispensáveis estruturas de apoio pudessem evoluir paralelamente (Cardoso-Oliveira, 2006).

A gestão do BO é, portanto, um aspecto essencial de qualquer política hospitalar moderna. Os profundos avanços tecnológicos tornam necessários ajustamentos substanciais de equipamento e organizacionais que, no entanto, não dispensam conhecer as opiniões dos diversos profissionais no sentido de se poderem desenhar propostas construtivas.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo principal conhecer e analisar as principais motivações que levam os cirurgiões portugueses a escolher um local para realizar as suas cirurgias sem prejuízo de, no futuro, se estender este tipo de estudo para outros grupos profissionais. Por isso, pretende-se dar contributos não só para a melhoria da qualidade e do desempenho dos serviços prestados, como para toda a estratégia de desenvolvimento das instituições de saúde, considerando-se este estudo um ponto de partida para investigações mais alargadas.

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A organização de um BO envolve uma equipa multidisciplinar abrangendo especialidades dos mais diversos sectores. O trabalho no BO central engloba cirurgias programadas ou urgentes, assistindo-se atualmente a um sensível incremento da cirurgia ambulatória que justifica instalações apropriadas. Esta orientação constitui um poderoso contributo para a contenção dos custos sem prejuízo da qualidade clínica e com repercussões muito positivas no pós-operatório e na tentativa de reduzir as listas de espera (Cardoso de Oliveira, 2006).

Trata-se de um sector com grandes exigências técnicas, tanto a nível de estruturas e de procedimentos, como dos profissionais de saúde que nele trabalham, assumindo uma enorme relevância no hospital em que está inserido; é alvo primordial do desenvolvimento organizacional e da contenção de despesas hospitalares, procurando o máximo de aproveitamento da capacidade instalada e dos recursos nele envolvidos (Cardoso de Oliveira, 2006).

No hospital, o BO tem especial destaque na medida em que a qualidade e o nível de resultados obtidos pelos serviços da área cirúrgica são vitais no processo de desenvolvimento e na sua função, sendo que a sua atividade gera um grande impacto na instituição pelo volume de interações importantes com os outros sectores, (Fundação para a Saúde, 2014).

O funcionamento de um serviço deste tipo tem uma grande interdependência com os cuidados intensivos e, de um modo mais geral, com toda a vida hospitalar. Há diferentes tipos de cuidados intensivos e o seu harmonioso funcionamento constitui uma base essencial para que o fluxo dos doentes se processe o mais adequadamente possível, (Cardoso de Oliveira, 2006).

A mobilidade dos cirurgiões bem como as principais motivações para a sua fixação estão dependentes de um número considerável de variáveis pelo que a caracterização destas constitui um desafio que muitas instituições procuram vencer.

A própria Ordem dos Médicos acaba de elaborar um questionário dirigidos aos médicos em que estão inseridas diversas componentes com influência na sua mobilidade e fixação. Deve no entanto salientar-se que este estudo se foca nas variáveis consideradas determinantes para a tomada de decisão de ficar ou sair do espaço laboral, segundo a percepção dos profissionais de medicina bem como conhecer a razão de causalidade.” É um tipo de estudo observacional, transversal e analítico, a partir das respostas da nossa amostra a um questionário que inclui variáveis de carácter sociodemográfico e profissional, além de um conjunto de questões relacionadas com as motivações e desmotivações pessoais e profissionais que estão subjacentes à decisão de seleção dos locais de trabalho” (Ordem dos Médicos, 2018).

A literatura consultada é escassa e não permite a obtenção de dados que possam caracterizar bem a fixação dos médicos. No que diz respeito aos cirurgiões não é arriscado prever que dispor de estruturas modernas e níveis organizacionais de qualidade altos possam ser motivos a ter em conta (Marques, Captivo, & Vaz Pato, 2012).

Atendendo à necessidade de criar centros de referência que exigem concentração de recursos e profissionais para que se atinja a excelência, a verdade é que esta tem sido uma intenção subvertida pela proliferação anárquica dos mesmos o que causa imensas dificuldades à implementação de uma política de fixação dos cirurgiões que seja aceitável (Harfouche, A.P.J., 2012). Uma coisa parece certa: para os fixar importa conhecer bem os seus graus de satisfação com as condições de trabalho que lhes são disponibilizadas para que as decisões assumidas se apoiem em graus de evidência e em conhecimentos experienciais já testados (Ministério da Saúde, 2011).

Nos últimos anos, a cirurgia geral tem sido frequentemente discutida e o seu núcleo essencial tem sofrido tantas reduções que a sua própria sobrevivência está em causa. Dada a inexorável subespecialização e aparecimento de novas tecnologias (muitas delas não invasivas), pode dizer-se que o panorama atual exige, mesmo a nível mundial, que se efetue uma reflexão profunda sobre os novos caminhos que importa percorrer, adequando estruturas e recursos humanos para que os desempenhos profissionais sejam efetivos e eficazes (Cardoso-Oliveira, 2006).

A cirurgia programada tem diminuído e a do ambulatório aumentado de acordo com o que vai ocorrendo nos países mais evoluídos, o que adquire uma importância enorme para a definição de práticas cirúrgicas adequadas, (Cardoso-Oliveira, 2006). A Sociedade Portuguesa de Cirurgia tem procurado estar atenta a este ritmo acelerado de mudanças mediante iniciativas de formação que ajudem a suavizar as perturbações que vêm sendo detetadas. A própria constituição de colégios de especialidade aponta nesse sentido, mas as grandes decisões nas políticas de saúde não estão prioritariamente ligadas às sociedades científicas. Por isso, é oportuno lembrar que a organização em Portugal dos cuidados de saúde, apesar de alguns nichos de excelência reconhecidos, bem como a própria reorganização dos hospitais continuam a ser assuntos em aberto para os quais, ainda não se encontraram as melhores soluções (Sociedade Portuguesa de Cirurgia, 2018).

A Tabela 1 sintetiza os mais recentes estudos, bem como os resultados alcançados, dentro da problemática em análise:

**Tabela 1** – Sistematização do Estado da Arte

<b>Título, Autores, Data, País</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Objetivos/Métodos</b>	<b>Principais Resultados</b>
A surgical scheduling method considering surgeons preferences. Yang et al, 2015, China	Cirurgiões	Tempo operatório. Preferências dos cirurgiões. Principais resultados	-Aproveitamento máximo dos tempos disponíveis. -Tempo do trabalho pode ser visto como um recurso. -A satisfação dos cirurgiões foi melhorada com base no uso eficiente do recurso do tempo
Hospital's Strategies for Orchestrating selection of physician preference items. Montgomery et al, 2007, California.	Médicos	Analisar estratégias dos hospitais para adaptar o comportamento dos médicos e contrariar o poder dos fornecedores na interferência com as opções dos profissionais.	-Reduzir custos por meio de padronização de itens preferenciais dos médicos. -Ultrapassar barreiras.
Are Medical Students Who Want to Become Surgeons Different? An International Cross-Sectional Study, Baschera et al, 2015, Australia, Austria, Germany, Switzerland and the UK	Estudantes de Medicina	-Identificar as características que os estudantes de medicina que aspiram à especialização cirúrgica.	-Estudantes de carreiras cirúrgicas são mais propensos serem do sexo masculino. -Procuram prestígio social e financeiro
Satisfied surgeon–patient matching: a model-based method. Liu et al, 2018, China	Cirurgiões e Doentes.	Métodos algoritmos para medir preferências do público-alvo.	-Apresentação de um estudo de caso. - Modelo de otimização biobjetiva para a correspondência entre cirurgião e paciente e o algoritmo para a resolução do modelo -O modelo consiste em maximizar o grau de satisfação total dos cirurgiões e dos pacientes.
Os cirurgiões também pensam. Cardoso de Oliveira, 2006, Portugal.	Cirurgiões	Reflexões sobre o ensino e prática da cirurgia nas suas diversas vertentes.	-Esperanças nas alterações das mentalidades. -Mudança de paradigma científico. -Prevenir e cuidar das populações
Relatório Final do grupo técnico para a Reforma Hospitalar, Ministério da Saúde, 2011, Portugal	Pessoal Hospitalar e outros.	Caracterização da actual realidade dos hospitais portugueses e propostas para a sua reforma.	-Bases para uma reforma hospitalar consistente. Melhorar o acesso e a qualidade das prestações de Saúde e a eficiência hospitalar; Garantir a sustentabilidade económica e financeira; - Melhorar a governação e o desempenho dos profissionais ao serviço dos hospitais; Reforçar o protagonismo e o dever de informação aos cidadãos.
Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Alto Comissariado da Saúde, 2010, Portugal.	Todos os que se relacionam com a saúde.	Definição de uma política saúde para Portugal.	-Esperanças para uma melhoria contínua dos cuidados de saúde. -Maximização da obtenção de ganhos em saúde, de forma sustentável, contínua, monitorizável e avaliável; -Equidade e acesso aos cuidados de saúde; - Rede hospitalar

<b>Título, Autores, Data, País</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Objetivos/Métodos</b>	<b>Principais Resultados</b>
Health Systems in Transition, European Observatory, 2017, Portugal.	Todos os que se relacionam com a saúde.	Contribuição para uma política de saúde mais efectiva.	-Bases para uma reforma da saúde mais consistente. -Aumentar a eficiência e promover a sustentabilidade financeira do SNS. -Melhorar a eficiência e a eficácia no sistema de saúde, induzindo uso racional dos serviços e controlo dos gastos. - Gerar poupanças adicionais em várias áreas -Diminuir a participação pública na despesa total em saúde. - Diminuir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde da população.
Scheduling elective surgeries in a Portuguese hospital using a genetic heuristic, Marques et al, 2014, Portugal.	Todos os que se relacionam com actividades cirúrgicas.	Melhorar o uso dos recursos disponíveis e reduzir a lista de espera para cirurgia.	-Tentativa de melhorar a programação cirúrgica de um hospital com recurso a processos de heurística genética. -Este procedimento exige muito menos tempo de trabalho da equipe do que o procedimento manual atual.
Coordination Challenges in Operating-Room Management: An In-Depth Fiel Study, Plasters et al, 2003, Estados Unidos.	Todos os que se relacionam com actividades cirúrgicas.	Técnicas de informação e comunicação.	-Demonstração das importâncias técnicas de informação e comunicação na organização do bloco operatório. -Os sistemas de informação fornecem apenas uma fração das informações necessárias para gerenciar adequadamente a programação em mudança da sala de cirurgia
Who is responsible for operating room management and how do we measure how well we do it?,Marjamaa and Kirvela, 2007, Finlândia.	Todos os que se relacionam com actividades cirúrgicas.	Inquérito a vários grupos profissionais relacionados com o bloco.	Necessidade de redefinir o funcionamento da gestão dos blocos operatórios com foco na colaboração e na comunicação entre os diferentes grupos. -Deve haver mais foco na colaboração e comunicação entre os profissionais de saúde.
Improving efficiency in preoperative assesment: A pilot study on visit times for preoperative evaluation, Beverly et al, 2018, Estados Unidos.	Todos os que se relacionam com actividades cirúrgicas.	Avaliação pré-operatória de doentes num hospital diferenciado.	-Preditores da influência da avaliação referida e reconhecimento da sua importância para o rendimento do bloco operatório.
Prioritizations of individual surgeons` patients waiting for elective procedures: A systematic review and future directions, Rahimi et al, 2018, Canadá.	Todos os que se relacionam com actividades cirúrgicas.	Programa de priorização para doentes cirúrgicos.	Escassez de ferramentas para a priorização de doentes cirúrgicos.
Integrated operating room planning and scheduling problem with assistant surgeon dependent surgery durations, Molina-Pariente et al et al, 2015, Espanha.	Todos os que se relacionam com actividades cirúrgicas.	Impacto da experiência dos cirurgiões nos tempos operatórios (estudos computacionais).	Modelos algoritmos passíveis de expansão para melhorar a programação do trabalho cirúrgico.

O atual estado da arte revela um conjunto de investigações sobre a temática em análise que versa preocupações distintas, mas com um propósito em comum: a otimização e a satisfação com a prática médico-cirúrgica.

A gestão do tempo em cirurgia constitui uma questão de relevo à qual alguns investigadores têm dado especial atenção. Como exemplo, um estudo desenvolvido na China procurou desenvolver um método de agendamento da cirurgia que considera as preferências dos cirurgiões. Esta mudança resultou numa melhoria significativa da satisfação dos cirurgiões, dada a eficiência na gestão do recurso tempo (Yang, Shen, Gao, Liu, & Zhong, 2015).

Em Portugal, o foco prioritário de redução da lista de espera para cirurgia foi também alvo de reflexão com a tentativa de melhorar a programação cirúrgica de um hospital com recurso a processos de heurística genética (Marques, Captivo, & Vaz Pato, 2012). À necessidade de uma avaliação pormenorizada da prática no BO junta-se a vontade em otimizar a mesma, nomeadamente através do desenvolvimento de modelos algoritmos (Liu, Zhi-Ping, & Yan-Ping, 2018; Molina-Pariente, Fernandez-Viagas, & Framinan, 2015). O próprio rendimento do BO pode ser beneficiado se existir um reconhecimento antes das necessidades dos doentes e da sua própria priorização, medidas que são escassas na atualidade (Chang, et al., 2018; Rahimi, Dexter, & Gu, 2018).

Além da gestão de tempo, toda a organização do BO é, na atualidade, uma questão-chave. O aumento da oferta do leque de fornecedores, do número de cirurgias e da necessidade em responder de forma rápida e eficaz leva a que as organizações de saúde procurem criar estratégias direcionadas a estas questões. Um estudo realizado na Califórnia procurou organizar a seleção de itens de preferência dos médicos em relação aos fornecedores, resultando na necessidade em convergir os interesses dos médicos com os interesses do hospital (Montgomery et al, 2007). A importância das técnicas de informação e comunicação no processo de gestão e organização do BO foi alvo de discussão num estudo realizado nos Estados Unidos, chegando à conclusão de que as mesmas fornecem apenas uma fração das informações necessárias para gerir adequadamente a programação em mudança das salas de cirurgia (Plasters et al, 2003).

Ainda ao nível da gestão e avaliação da prática no BO, alguns estudos procuraram conhecer a realidade para propor medidas de redefinição de gestão, nomeadamente identificar eixos basilares mencionados pelos cirurgiões. A este nível foram

identificadas as estratégias de colaboração e comunicação entre os diversos profissionais de saúde numa lógica interdisciplinar como a dimensão mais importante na prática clínica diferenciada (Marjamaa & Kirvela, 2007).

A reforma dos atuais modelos de ensino de profissionais da área de saúde, nomeadamente médicos/cirurgiões, constitui um campo de debate amplo na comunidade científica. A preocupação em torno deste campo encontra-se presente em estudos internacionais (procurando comparar realidades em vários países) e nacionais (Baschera et al, 2015; Cardoso de Oliveira, 2006), concluindo que é necessário humanizar a formação em medicina e desconstruir a imagem de uma profissão meramente relacionada com o prestígio social e o retorno financeiro.

Além da formação em medicina, a realidade do Serviço Nacional de Saúde em Portugal tem sido alvo de discussão. As principais conclusões alcançadas realçam a importância de uma redefinição da política de saúde portuguesa no que se refere a uma melhoria do acesso e qualidade dos serviços, na sua sustentabilidade económica e na promoção de equidade em saúde (Alto Comissariado da Saúde, 2010; European Observatory 2017; Ministério da Saúde, 2011).

De uma forma geral, a análise do Bloco Operatório e da prática clínica constituem-se como eixo prioritário de investigação a nível nacional e internacional na medida em que o seu melhoramento resultará em ganhos nos serviços de saúde, na satisfação dos profissionais de saúde e no seu próprio desempenho o que, em último caso, resultará na prestação de cuidados de saúde mais diferenciados às populações.

## **METODOLOGIA**

### **Pergunta de Partida e Objetivos**

Apresentada a problemática das condições para uma prática cirúrgica diferenciada, o ponto de partida para esta investigação assenta na seguinte pergunta:

- Quais as motivações que estão na base da escolha do local pelos cirurgiões para realizarem as suas cirurgias?

De acordo com a pergunta colocada e com a problemática em estudo, definiram-se dois objetivos gerais desta investigação que seguidamente se apresentam:

- Descrever as principais motivações que levam os cirurgiões portugueses a escolher unidades de saúde para práticas cirúrgicas de qualidade;
- Perceber de que forma é que as motivações se relacionam com as características dos cirurgiões relativamente às variáveis idade, anos de experiência de trabalho, área de intervenção e sexo.

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo exploratório na medida em que se procura estabelecer uma maior familiaridade com o problema em estudo para se tornar possível a realização de investigações futuras mais aprofundadas e específicas (Vilelas, 2009). A metodologia adotada assenta nos pressupostos do método indutivo que postula que numa investigação a primeira etapa deverá basear-se na exploração do objeto de investigação para que, após recolhidos e analisados os dados, se consiga elaborar uma teoria (Freixo, 2009).

### **Participantes**

O presente estudo foi realizado com uma amostra de conveniência (não probabilística) constituída por 99 cirurgiões dos quais 67,3% (n=66) do sexo masculino e 32,7 % (n=32) do sexo feminino, sendo que um dos cirurgiões optou por omitir a resposta relativa ao seu sexo.

As idades estão compreendidas entre os 37 e 66 anos (M= 52,36; DP= 8,59; Mdn = 54).

Os anos de experiência profissional dos cirurgiões estão compreendidos entre os 5 e 43 anos (M= 23,65; DP= 8,92, Mdn = 25).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos cirurgiões por área de intervenção:

**Tabela 2** - Caracterização da Amostra através da área de intervenção

Áreas de Intervenção							
Cirurgia Geral e outras Áreas de Intervenção		Cirurgia do Aparelho Digestivo		Oncologia e/ou Cirurgia da Mama		Cirurgia Partes Moles	
n	%	n	%	n	%	n	%
72	76,6	14	14,9	7	7,4	1	1,1

\* Omissos = 5<sup>1</sup>

A análise da tabela revela que a maioria atua na área da “Cirurgia Geral e outras Áreas de Intervenção” (76,6 %), seguidos pela área da “Cirurgia do Aparelho Digestivo” (14,9 %).

## Material

Foi construído um inquérito por questionário para a recolha dos dados do presente estudo<sup>2</sup>. O inquérito foi dividido em duas grandes dimensões (Anexo 1):

- uma primeira que se refere à componente sociodemográfica e profissional dos inquiridos, integrando o sexo, idade, área de intervenção cirúrgica e o tempo de experiência profissional;
- uma segunda dimensão que procura explorar as motivações dos inquiridos quanto à escolha do local para a realização de cirurgias, nomeadamente à atribuição do grau de importância, segundo uma escala de *Likert*, em 13 itens (Anexo 1), que varia entre 1 e 5, sendo que quanto maior o valor obtido, maior a importância atribuída.

## Procedimentos

Foi previamente solicitado parecer à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para realização do presente estudo, tendo a mesma pronunciado positivamente (Anexo 2). O presente estudo teve como área geográfica alvo Portugal Continental e Ilhas, tendo o inquérito sido administrado através de um formulário eletrónico (google forms):

<sup>1</sup> Foram considerados 5 omissos pois a resposta dada não corresponde ao objetivo da pergunta.

<sup>2</sup> O inquérito foi construído pela autora do presente estudo não necessitando, por isso, de autorização prévia para a sua aplicação nem de referência à sua autoria.

Foi realizado um convite à participação (Anexo 3), e o procedimento utilizado para aceder ao grupo de participantes ocorreu através de bases de dados pertencentes a sociedades científicas<sup>3</sup> solicitando os contactos de emails de cirurgiões.

Os dados foram recolhidos entre março e abril de 2018.

Para garantir a obtenção do consentimento verdadeiramente informado, livre e esclarecido<sup>4</sup> foi explicado através de correio eletrónico o âmbito da investigação, os seus objectivos e condições do estudo, procedimento a ser adaptado garantido o total anonimato e confidencialidade sobre os dados fornecidos e da utilização dos mesmos apenas para fins de investigação. Foi ainda referido que se em algum momento os participantes decidissem desistir, poderiam fazê-lo sem que daí resultasse qualquer prejuízo. Foi permitido aos participantes colocar todas as suas dúvidas e esclarecê-las através de correio eletrónico com o investigador.

A análise estatística dos dados recolhidos através do inquérito por questionário foi realizada com o programa IBM® SPSS® Statistics vs.24.0. As variáveis em estudo dividem-se três tipos: variáveis quantitativas contínuas, nomeadamente a idade e anos de experiência de profissional; variáveis qualitativas nominais, nomeadamente sobre área de intervenção (posteriormente categorizada em quatro grandes áreas<sup>5</sup>) do participante e o sexo; e, por fim, em variáveis qualitativas ordinais, materializados nas motivações expressas em escalas de *likert*.

Para a estatística descritiva das variáveis quantitativas contínuas foram calculadas as frequências absolutas e relativas, acompanhadas das médias e respectivos desvios-padrão. No caso das variáveis qualitativas ordinais a sua distribuição foi apresentada segundo a mediana acompanhada dos percentis 25 e 75.

Dado que estamos perante variáveis qualitativas ordinais (escala) apenas é possível utilizar testes não-paramétricos em que a medida de tendência central utilizada é a mediana. Neste grupo de testes foi realizada uma comparação da distribuição das

---

<sup>3</sup> As sociedades científicas solicitaram anonimato, pelo que não se apresentam as suas denominações individuais.

<sup>4</sup> A participação no estudo obrigava a que o inquirido seleccionasse de livre vontade a opção de autorização informada, livre e esclarecida.

<sup>5</sup> Dado que o questionamento quanto à área de intervenção dos cirurgiões foi colocado como resposta aberta, foi necessário recorrer a uma categorização das mesmas de modo a uniformizar as especialidades e a facilitar o tratamento de dados. Esta categorização apoiou-se na lista do colégio de especialidades de cirurgia da Ordem dos Médicos Portugueses (<https://ordemdosmedicos.pt/especialidades/>).

medianas das motivações entre os sexos dos participantes através do teste *U de Mann-Whitney* (duas amostras independentes), a fim de se perceber se existem diferenças estatisticamente significativas.

Para a comparação da distribuição das medianas entre as quatro áreas de intervenção dos participantes e as suas motivações foi aplicado o teste de *Kruskall-Wallis* (mais duas amostras independentes). O Coeficiente de correlação de *Spearman* foi aplicado para obter as correlações das variáveis em estudo dado serem variáveis ordinais. Este teste permite ainda que seja aplicado quando não existe normalidade na distribuição bem como o facto de ser mais sensível a relações não lineares entre as variáveis. Foram calculadas inicialmente as correlações entre as variáveis em estudo (sociodemográficas e motivações) e, posteriormente, entre os três fatores extraídos da análise fatorial.

Tendo presente o principal objetivo do estudo que se relaciona com as motivações que estão na base da escolha do local para os cirurgiões realizarem as suas cirurgias, foi necessário procurar encontrar factores em comum. Para a sua prossecução foi realizada uma análise factorial com recorrência à rotação de *Varimax*.

A comparação das médias dos fatores foi calculada, para os sexos, através do Teste T-Student para amostras independentes. Para verificarmos a existência de diferenças de médias entre as áreas de intervenção dos participantes recorreu-se à One-Way ANOVA.

## **RESULTADOS**

Neste capítulo optou-se por apresentar os resultados do tratamento estatístico do inquérito por questionário, efetuando a sua discussão no capítulo seguinte. A Tabela 4 apresenta as frequências relativas e absolutas das motivações dos cirurgiões acompanhadas das respetivas medianas (Percentis 25 e 75) de forma a perceber como se distribuem as opções dos inquiridos.

Da Tabela 3 salienta-se que, de uma forma geral, em todas as opções apresentadas os participantes dos estudos colocam-se nos graus de importância mais elevados, ou seja, todos os itens são considerados como relevantes para a escolha do local a realizar a cirurgia.

**Tabela 3** - Frequências relativas e absolutas das motivações acompanhadas das respectivas medianas (Percentis 25 e 75)

Fatores	1 Nada Importante	2	3	4	5 Muito Importante	Mdn (P25-P75)
Recursos Humanos e Equipamentos	1,0 % n = 1	1,0 % n = 1	0 % n = 0	20,2 % n = 20	<b>77,8 %</b> n = 77	5 (5 - 5)
Ser um Hospital Moderno	1,0% n=1	3,0% n=3	22,2% n=22	<b>47,5%</b> n=47	26,3% n=26	4 (3 - 5)
Percentagem a pagar pelo cirurgião ao hospital	7,1% n=7	4,0% n=4	21,2% n=21	<b>44,4%</b> n=44	23,2% n=23	4 (3 - 4)
Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados*	2,0% n=2	2,0% n=2	10,2% n=10	<b>44,9%</b> n=44	40,8% n=40	4 (4 - 5)
Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde	1,0% n = 1	9,1% n = 9	22,2% n = 22	<b>51,5%</b> n = 51	16,2% n = 16	4 (3 - 4)
Disponibilidade de intensivismo para o apoio pós-operatório	1,0% n = 1	1,0% n = 1	4,0% n = 4	29,3% n = 29	<b>64,6%</b> n = 64	5 (4 - 5)
Articulação do bloco com outros sectores do hospital	1,0% n= 1	1,0% n= 1	7,1% n= 7	42,4% n= 42	<b>48,5%</b> n= 48	4 (4 - 5)
Perspectivas para investigação	6,1% n= 6	10,1% n= 10	27,3% n= 27	<b>39,4%</b> n= 39	17,2% n=17	4 (3 - 4)
Apoio laboratorial de imagiologia	0,0% n=0	1,0% n= 1	2,0% n= 2	29,3% n= 29	<b>67,7%</b> n=67	5 (4 - 5)
Canais de comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares	1,0% n=1	1,0% n= 1	10,1% n= 10	<b>45,5%</b> n= 45	42,4% n= 42	4 (4 - 5)
Visita online das instalações	16,2% n= 16	13,1% n= 13	<b>37,4%</b> n= 37	30,3% n=30	3,0% n=3	3 (2 - 4)
Influência das instalações	3,0% n=3	1,0% n=1	4,0% n= 4	<b>59,6%</b> n= 59	32,3% n=32	4 (4 - 5)
Localização geográfica do hospital	4,0% n=4	6,1% n=6	23,2% n=23	<b>48,5%</b> n= 48	18,2% n=18	4 (3 - 4)

\*Omissos = 1  
(Escala utilizada: de 1 = Nada Importante a 5 = Muito Importante)

Contudo, importa referir que o item considerado como o que mais pesa na decisão de escolher um local para realizar as cirurgias é “Recursos Humanos e Equipamentos” com 77,8 % das respostas em “Muito Importante” (Mdn = 5; P25 = 5; P75 = 5). No outro

extremo, surge o item “Visita online das instalações” como o menos importante na hora de decidir em que local realizar as cirurgias com apenas 3 % das respostas a incidir na opção “Muito Importante” (Mdn = 3; P25 = 2; P75 = 4).

Após efetuada uma apresentação geral dos resultados importa perceber qual o comportamento das variáveis comparando-as por grupos. Neste sentido, a Tabela 4 apresenta uma comparação do grau de importância atribuído às motivações por sexo:

**Tabela 4** - Medianas (Percentis 25 e 75) das Motivações dos Cirurgiões e respetivas diferenças de médias por sexo através do Teste U de Mann-Whitney para amostras independentes

Fatores	Masculino		Feminino
	Mdn (P25 - P75)	<i>p</i> * =	Mdn (P25 - P75)
Recursos Humanos e Equipamentos	5 (4 - 5)	0,242	5 (5 - 5)
Ser um Hospital Moderno	4 (3 - 5)	0,714	4 (3 - 4,75)
Percentagem a pagar pelo cirurgião ao hospital	4 (3 - 5)	0,673	4 (3 - 4)
Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados	4 (4 - 5)	0,055	5 (4 - 5)
Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde	4 (3 - 5)	0,232	4 (4 - 4)
Disponibilidade de intensivismo para o apoio pós-operatório	5 (4 - 5)	<b>0,016</b>	5 (5 - 5)
Articulação do bloco com outros sectores do hospital	4 (4 - 5)	0,096	5 (4 - 5)
Perspectivas para investigação	4 (3 - 4)	0,412	4 (3 - 4)
Apoio laboratorial de imagiologia	5 (4 - 5)	0,221	5 (4,25 - 5)
Canais de comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares	4 (4 - 5)	<b>0,003</b>	5 (4 - 5)
Visita online das instalações	3 (2 - 4)	0,781	3 (2,25 - 4)
Influência das instalações	4 (4 - 5)	0,699	4 (4 - 5)
Localização geográfica do hospital	4 (3 - 4)	0,709	4 (3 - 4,75)

(Escala utilizada: de 1 = Nada Importante a 5 = Muito Importante)

Quando comparámos, por sexo, as motivações que levam os cirurgiões portugueses a escolher um local para realizar as suas cirurgias encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação à “Disponibilidade de intensivismo para o apoio pós-operatório” ( $u=p <0,05$ ) e “Canais de comunicação” ( $u= p <0,01$ ) entre os profissionais e as estruturas hospitalares”, sendo as mulheres as que mais valorizam estes fatores. Em nenhum outro item foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre sexos.

A Tabela 5 apresenta uma comparação do grau de importância atribuído às motivações por área de intervenção:

**Tabela 5** - Medianas (Percentis 25 e 75) das Motivações dos Cirurgiões e respectivas diferenças de médias por área de intervenção através do Teste *Kruskal-Wallis* para amostras independentes, comparação de medianas entre os 4 grupos.

Fatores	Área de Intervenção			
	Cirurgia Geral e outras Áreas de Intervenção	Cirurgia do Aparelho Digestivo	Oncologia e/ou Cirurgia da Mama	Cirurgia Partes Moles
	Mdn (P25-P75)			
Recursos Humanos e Equipamentos	5 (4,25 - 5)	5 (5 - 5)	5 (4 - 5)	5 (5 - 5)
	$p = 0,824$			
Ser um Hospital Moderno	4 (3 - 4,75)	4 (3 - 5)	4 (4 - 5)	5 (5 - 5)
	$p = 0,384$			
Percentagem a pagar pelo cirurgião ao hospital	4 (3 - 4)	4 (2,75 - 5)	4 (3 - 5)	5 (5 - 5)
	$p = 0,532$			
Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)
	$p = 0,047^*$			
Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	3 (2 - 4)	5 (5 - 5)
	$p = 0,039^*$			
Disponibilidade de intensivismo para o apoio pós-operatório	5 (4 - 5)	5 (4,75 - 5)	4 (4 - 5)	5 (5 - 5)
	$p = 0,465$			
Articulação do bloco com outros sectores do hospital	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	5 (5 - 5)
	$p = 0,486$			
Perspectivas para investigação	3,5 (3 - 4)	4 (3 - 5)	4 (4 - 4)	5 (5 - 5)
	$p = 0,065$			
Apoio laboratorial de imagiologia	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)
	$p = 0,640$			
Canais de comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)
	$p = 0,076$			
Visita online das instalações	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	3 (3 - 4)	4 (4 - 4)
	$p = 0,561$			
Influência das instalações	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	5 (5 - 5)
	$p = 0,588$			
Localização geográfica do hospital	4 (3 - 4)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	4 (4 - 4)
	$p = 0,155$			

(Escala utilizada: de 1 = nada importante a 5 = muito importante)  
 \*Nível de significância ( $p < 0,05$ )

A Tabela 5 realça que não existem diferenças estatisticamente significativas das motivações entre as áreas de intervenção dos participantes, à exceção do item “Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde” ( $p < 0,05$ ) e “Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados” ( $p < 0,05$ ). Perante este resultado, constata-se que são os cirurgiões que atuam na área da “Cirurgia Partes Moles” são aqueles que

mais valorizam a qualidade das parcerias interdisciplinares enquanto elemento preponderante para decidir em que local realizar as cirurgias (Mdn = 5; P25 = 5; P75 = 5).

Por outro lado, são os cirurgiões que atuam na “Oncologia e/ou Cirurgia da Mama” os que menos importância atribuem a esta dimensão (Mdn = 3; P25 = 2; P75 = 4). Em pé de igualdade quanto ao grau de importância atribuída às parcerias encontram-se as áreas de intervenção “Cirurgia Geral e outras Áreas de Intervenção” e “Cirurgia do Aparelho Digestivo” (Mdn = 4; P25 = 3; P75 = 4). No campo dos “Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados” são os cirurgiões que atuam na área da “Cirurgia Partes Moles” aqueles que mais valorizam (Mdn = 5; P25 = 5; P75 = 5) à semelhança dos que atuam na área da “Oncologia e/ou Cirurgia da Mama” (Mdn = 5; P25 = 5; P75 = 5).

Após realizada uma exploração dos resultados das motivações por sexo e por áreas de intervenção, acredita-se que é importante efetuar uma análise fatorial que permita agregar as dimensões (motivações) por fatores que consigam, juntos, explicar a variância dos dados. Posto isto, procedemos ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* de modo a perceber como se relacionam as variáveis em análise (Tabela 6).

A importância atribuída aos “Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados” aumenta quando aumenta igualmente a importância dos “Canais de comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares” ( $r_s = 0,658$ ;  $p < 0,01$ ).

O mesmo acontece entre “Articulação do bloco com outros sectores do hospital” e “Canais comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares” ( $r_s = 0,599$ ;  $p < 0,01$ ). Tendência igual entre “Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados” e as “Perspectivas para investigação” ( $r_s = 0,582$ ;  $p < 0,01$ ).

Observa-se uma tendência positiva entre aumento da idade e a importância atribuída às “visitas *online* das instalações” ( $r_s = 0,321$ ;  $p < 0,01$ ) e entre experiência e o mesmo tipo de visitas ( $r_s = 0,300$ ;  $p < 0,01$ ).

Por outro lado, constatou-se que a importância atribuída à “Percentagem a pagar pelo cirurgião ao hospital” diminui à medida que a idade dos cirurgiões aumenta ( $r_s = -0,303$ ;  $p < 0,01$ ), bem como a experiência ( $r_s = -0,230$ ;  $p < 0,05$ ).

**Tabela 6** – Tabela de Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo

Fatores	Idade	Experiência	Recursos Humanos e Equipamentos	Hospital Moderno	Percentagem a pagar pelo cirurgião ao hospital	Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados	Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde	Disponibilidade de intensivismo para o apoio pós-operatório	Articulação do bloco com outros sectores do hospital	Perspectivas para investigação	Apoio laboratorial de imagiologia	Canais comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares	Visita online das instalações	Influência instalações das instalações	Localização geográfica do hospital
<b>Idade</b>	1														
<b>Experiência</b>	,878**	1													
<b>Recursos Humanos e Equipamentos</b>	-0,157	-0,162	1												
<b>Hospital Moderno</b>	0,019	-0,044	,347**	1											
<b>Percentagem a pagar pelo cirurgião ao hospital</b>	-,303**	-,230*	0,193	,200*	1										
<b>Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados</b>	0,139	0,084	,296**	,383**	-0,034	1									
<b>Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde</b>	0,067	0,019	0,186	,297**	0,099	,382**	1								
<b>Disponibilidade de intensivismo para o apoio pós-operatório</b>	-0,005	-0,002	,465**	0,172	0,044	,260**	0,142	1							
<b>Articulação do bloco com outros sectores do hospital</b>	-0,062	0,014	,451**	,319**	0,131	,466**	,360**	,469**	1						
<b>Perspectivas para investigação</b>	0,138	0,120	,273**	,362**	-0,037	,582**	,365**	,334**	,424**	1					
<b>Apoio laboratorial de imagiologia</b>	-0,017	-0,005	,479**	,348**	0,116	,441**	0,190	,260**	,348**	,314**	1				
<b>Canais comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares</b>	0,069	0,087	,299**	,327**	0,155	,658**	,351**	,366**	,599**	,518**	,460**	1			
<b>Visita online das instalações</b>	,331**	,300**	0,080	,255*	0,065	,384**	,291**	0,137	,199*	,376**	,256*	,428**	1		
<b>Influência instalações das instalações</b>	-0,096	-0,109	,391**	,530**	0,156	,365**	,261**	,245*	,407**	,310**	,341**	,413**	0,158	1	
<b>Localização geográfica do hospital</b>	-0,067	-0,039	0,152	,265**	,350**	0,172	0,062	0,045	,199*	0,192	0,148	0,189	0,093	0,172	1

\*Correlação significativa ao nível de 0,05

\*\*Correlação significativa ao nível de 0,01

Para a realização da análise fatorial é importante referir que foram tidos em consideração os valores do teste *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO = 0,861) – que procura medir a qualidade dos dados para a realização da análise fatorial – e do *Bartlett's Test of Sphericity* ( $p < 0,05$ ) – que tem como finalidade verificar se existe relação entre as variáveis. Além destes valores considera-se que os dados estão perfeitamente ajustados para que se prossiga com a análise fatorial pois os resultados da *Medidas de Adequação da Amostragem (MSA)* relevam também a adequação dos mesmos à realização da análise fatorial pois todas as variáveis apresentam MSA >0,5.

A Tabela 7 apresenta os fatores agregados através da análise fatorial com rotação de *Varimax*. As 13 componentes do modelo (motivações) foram organizadas em 3 fatores que juntos explicam 62,1 % da variabilidade dos dados.

**Tabela 7** - Análise Fatorial com rotação de *Varimax* das motivações em estudo

Fatores	Cargas Fatoriais		
	I	II	III
<b>Recursos e Infraestruturas Disponíveis   28,6 %</b>			
Recursos Humanos e Equipamentos	0,877		
Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados	0,532		
Disponibilidade de intensivismo para o apoio pós-operatório	0,849		
Articulação do bloco com outros sectores do hospital	0,741		
Apoio laboratorial de imagiologia	0,667		
Canais de comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares	0,644		
Influência das instalações (para obtenção de bons resultados)	0,570		
<b>Inovação e Pontes para o Futuro   21,3 %</b>			
Ser um Hospital Moderno		0,517	
Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde		0,699	
Perspetivas para investigação		0,695	
Visita online das instalações		0,741	
<b>Remuneração e Localização Geográfica   12,2 %</b>			
Percentagem a pagar pelo cirurgião ao hospital			0,816
Localização geográfica do hospital			0,749

O primeiro fator representa os “Recursos e Infraestruturas Disponíveis” e explica, sozinho, cerca de 28,6 % da variabilidade dos dados sendo, por isso, o mais preponderante para a tomada de decisão dos cirurgiões. Deste fator fazem parte as motivações relacionadas com: “Recursos Humanos e Equipamentos”, “Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados”, “Disponibilidade de intensivismo para o apoio pós-operatório”, “Articulação do bloco com outros sectores

do hospital”, “Apoio laboratorial de imagiologia”, “Canais de comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares” e “Influência das instalações (para obtenção de bons resultados) ”.

O fator “Inovação e Pontes para o Futuro” explica 21,3 % da variabilidade dos dados sendo o segundo com mais peso para os cirurgiões. Deste fator fazem parte: “Ser um Hospital Moderno”, “Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde”, “Perspetivas para investigação” e “Visita *online* das instalações”.

Por fim, o terceiro fator “Remuneração e Localização Geográfica” explica 12,2 % da variabilidade dos dados e é o menos influenciador da decisão dos cirurgiões. São motivações integrantes: “Percentagem a pagar pelo cirurgião ao hospital” e “Localização geográfica do hospital”.

Após extraídos e analisados os factores das motivações dos cirurgiões, analisou-se as relações entre os mesmos bem como com os factores idade e a anos de experiência profissional, apresentando os na Tabela 8.

**Tabela 8** - Tabela de Correlações de *Spearman* entre a variável idade, experiência e os três factores extraídos da análise fatorial.

	<b>Idade</b>	<b>Experiência</b>	<b>Recursos e Infraestruturas Disponíveis</b>	<b>Inovação e Pontes para o Futuro</b>	<b>Remuneração e Localização Geográfica</b>
<b>Idade</b>	1				
<b>Experiência</b>	0,878**	1			
<b>Recursos e Infraestruturas Disponíveis</b>	-0,167	-0,120	1		
<b>Inovação e Pontes para o Futuro</b>	0,282**	0,219*	-0,058	1	
<b>Remuneração e Localização Geográfica</b>	-0,187	-0,134	-0,090	0,037	1

\* Correlação significativa ao nível de 0,05

\*\* Correlação significativa ao nível de 0,01

Os resultados demonstram que os factores não estão correlacionados de forma estatisticamente significativa. Contudo, identificam-se relações positivas fracas, ainda

que estatisticamente significativas entre a idade dos cirurgiões e a importância atribuída ao fator “Inovação e Pontes para o Futuro” ( $r_s = 0,282$ ;  $p < 0,01$ ). Relação semelhante foi encontrada entre o fator experiência e “Inovação e Pontes para o Futuro” ( $r_s = 0,219$ ;  $p < 0,05$ ). Ainda que não estatisticamente significativas, foram encontradas relações fracas negativas entre a idade dos cirurgiões e os fatores “Recursos e Infraestruturas Disponíveis” ( $r_s = -0,167$ ; n.s.) e “Inovação e Pontes para o Futuro” ( $r_s = -0,120$ ; n.s.). Relação idêntica entre experiência profissional dos cirurgiões e os fatores “Recursos e Infraestruturas Disponíveis” ( $r_s = -0,187$ ; n.s.) e “Inovação e Pontes para o Futuro” ( $r_s = -0,134$ ; n.s.).

Numa lógica comparativa, primeiro entre sexos, depois entre áreas de intervenção, procurou-se verificar a existência de diferenças de médias entre os três fatores extraídos.

A Tabela 9 apresenta os resultados do Teste T-Student por sexo dos cirurgiões, identificando-se apenas uma diferença estatisticamente significativa quanto ao fator “Recursos e Infraestruturas Disponíveis” ( $t = -2,56$ ;  $p < 0,05$ ). Os restantes fatores não apresentam diferenças estatisticamente significativas, seja “Inovação e Pontes para o Futuro” ( $t = -0,36$ ; n.s.) ou “Remuneração e Localização Geográfica” ( $t = 0,45$ ; n.s.). Perante estes resultados, concluímos que são os cirurgiões do sexo feminino os que apresentam uma média mais elevada do fator “Recursos e Infraestruturas Disponíveis”.

**Tabela 9** – Comparação das médias dos três fatores extraídos da análise fatorial por sexo dos cirurgiões através do Teste T-Student para amostras independentes

Fatores	Sexo	N	M	D.P.	t	p
Recursos e Infraestruturas Disponíveis	Masculino	65	-0,16	1,09	-2,56	0,012*
	Feminino	32	0,31	0,70		
Inovação e Pontes para o Futuro	Masculino	65	0,00	0,94	-0,36	0,721
	Feminino	32	0,08	1,06		
Remuneração e Localização Geográfica	Masculino	65	0,03	1,03	0,45	0,652
	Feminino	32	-0,07	0,97		

\* Correlação significativa ao nível de 0,05

Os resultados das diferenças de médias dos fatores extraídos por área de intervenção dos cirurgiões estão presentes na Tabela 9.

**Tabela 10** – Comparação das médias dos fatores por área de intervenção dos cirurgiões através da One-Way ANOVA

<b>Fatores</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Recursos e Infraestruturas Disponíveis	0,201	0,896
Inovação e Pontes para o Futuro	0,966	0,413
Remuneração e Localização Geográfica	0,641	0,591

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as quatro grandes áreas de intervenção dos cirurgiões quanto aos três fatores extraídos na análise fatorial: “Recursos e Infraestruturas Disponíveis” ( $F = 0,201$ ;  $p > 0,05$ ); “Inovação e Pontes para o Futuro” ( $F = 0,966$ ;  $p > 0,05$ ); e, por fim, “Remuneração e Localização Geográfica” ( $F = 0,641$ ;  $p > 0,05$ ).

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados alcançados neste estudo, ainda que não se possa considerar a amostra como representativa da população, permitem traçar um perfil das motivações que mais pesam na escolha dos cirurgiões relativamente ao local para realizarem as suas cirurgias. Ainda que pouca extensa, a revisão bibliográfica realizada conta com alguns estudos, nacionais e internacionais, em que os resultados alcançados se aproximam dos da presente investigação sendo, por isso, relevante discuti-los.

A análise das motivações dos cirurgiões revelou que, de uma forma geral, a dimensão “Recursos Humanos e Equipamentos” é considerada a mais importante para a escolha do local para realizar as cirurgias. Este resultado vai de encontro à correlação que existe entre a idade e a experiência profissional que atribui maior importância a outras dimensões que vão muito para além da componente económica. Esta evidência ocorre também porque a mediana de idades dos participantes se situa nos 54 anos o que corresponde a cirurgiões com experiência profissional. Ainda a este nível, estudos já realizados referem que é exatamente a qualidade e disponibilidade dos recursos,

humanos ou equipamentos, que mais motivam os cirurgiões (Marjamaa & Kirvela, 2007).

A importância do valor a receber pelas cirurgias realizadas ganha especial relevo para os profissionais em início de carreira. Esta evidência vai de encontro a estudos já realizados, em Portugal e no estrangeiro, em que são, efetivamente, os estudantes de Medicina aqueles que mais valorizam o prestígio social e a componente económica da profissão (Baschera et al, 2015). É, por isso, necessário humanizar a Medicina (Cardoso de Oliveira, 2006).

Os resultados das correlações e da análise fatorial revelaram a interligação e a importância atribuída à dimensão “Recursos e Infraestruturas Disponíveis”. Perante este resultado, torna-se evidente que para os cirurgiões a qualidade e organização do BO é determinante para o sucesso da prática cirúrgica. Assiste-se hoje a um conjunto de trabalhos que versam esta temática e que vão de encontro aos resultados alcançados neste estudo, colocando a tónica na necessidade de adotar medidas mais eficientes e eficazes na gestão do BO (Beverly et al, 2018; Liu et al, 2018; Marques et al, 2012; Pariente et al, 2015; Plasters et al, 2003; Rahimi et al, 2017; Yang et al, 2015).

Dado o carácter exploratório do estudo, considera-se importante, para o avanço do conhecimento na área e de futuras investigações, apresentar e discutir alguns resultados que para os quais não existe ainda estudos comparativos. É exemplo a comparação que foi realizada das motivações por sexo e área de intervenção dos cirurgiões. No primeiro caso, são as cirurgiãs as que mais importância atribuem à “Disponibilidade de intensivismo para o apoio pós-operatório” e aos “Canais de comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares” quando comparadas com os cirurgiões. Quando analisámos as motivações por área de intervenção verificamos que ao nível das “Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde” são os cirurgiões que atuam na área da “Cirurgia Partes Moles” os que mais importância atribuem a esta dimensão. Na dimensão “Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados” são também os cirurgiões que atuam na área da “Cirurgia Partes Moles”, observando um acompanhamento desta tendência por parte dos que atuam na área da “Oncologia e/ou Cirurgia da Mama”.

Relativamente aos três grandes fatores extraídos, verifica-se que são as cirurgiãs aquelas que revelam uma maior importância aos recursos e às infraestruturas disponíveis nos hospitais enquanto fator motivador para a realização das cirurgias. Refere-se ainda que a área de intervenção dos cirurgiões não deve ser considerado como um fator que condiciona as suas motivações para a escolha de um local para a realização das suas cirurgias, ou seja, as motivações identificadas neste estudo sugerem-se como transversais às múltiplas áreas.

## **CONCLUSÃO**

Gerir o processo cirúrgico no BO deve ser considerado como um dos aspectos mais caros de toda actividade hospitalar, assumindo-se como um desafio fundamental mas de extrema complexidade. Apesar da importância desta tarefa, a mesma está longe de reunir consensos indispensáveis.

Podemos concluir, com a presente abordagem exploratória que as motivações que estão na base da escolha dos cirurgiões quanto ao local para realizarem as cirurgias se materializam, de uma forma geral, na qualidade e quantidade dos recursos humanos e equipamentos, na abrangência de uma comunicação interdisciplinar e de uma articulação do BO enquanto um todo integrado numa unidade hospitalar. Por outro lado, é de salientar que a componente económica perde, perante os resultados obtidos, importância o que constitui um fator importante para as decisões que possam advir do presente estudo. Também a localização geográfica da unidade hospitalar não pesa, de uma forma significativa, na decisão dos cirurgiões.

Importa que se identifiquem as fragilidades e limitações do presente estudo, nomeadamente, ao nível da pormenorização do desenho do instrumento, a incapacidade em identificar os participantes que se encontram no ativo, se exercem funções no setor privado e/ou público, bem como no facto do difícil tratamento da questão aberta “área de intervenção cirúrgica”, de resto de enorme complexidade em geral. Dado que o

inquérito foi aplicado em formato *online* condicionou a taxa de resposta que, infelizmente, ficou aquém do número de contactos previamente efetuados.

Apesar das limitações apresentadas, o presente trabalho coloca a tónica na importância em desenvolver e aplicar inquéritos semelhantes, seja de uma forma mais intensiva ou mais extensiva, para que se promova uma cultura de conhecimento atual sobre a realidade de prática cirúrgica, auxiliando no aperfeiçoamento de técnicas de marketing e de propostas com a vista à alteração de padrões organizacionais profundos.

Assim, é necessário continuar a aprofundar esta temática, abrindo pistas para estudos mais alargados e comparativos, com uma amostra mais representativa da população e a inclusão de outros domínios, em que o principal objetivo seja, sempre, uma melhoria contínua dos cuidados prestados ao nível da prática cirúrgica.

## BIBLIOGRAFIA

- Alto Comissariado da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2011-2016, 2010, Portugal.
- Baschera D, O'Donnell Taylor E, Masilonyane-Jones T, Isenegger P, Zellweger R (2015) Are medical students who want to become surgeons different? An international cross-sectional study. *World J Surg.* 39(12):2908–2918.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde - o fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Cardoso-Oliveira, M. (2006). *Os Cirurgiões Também Pensam*. Vila Nova de Famalicão: Quasi Edições.
- Chang, B., Arriaga, A., Hassan, S., Kidik, P., Hepner, D., Lipsitz, S., et al. (2018). Improving efficiency in preoperative assessment: A pilot study on visit times for preoperative evaluation. *Perioperative Care and Operating Room Management* , 11, 1-9.
- Liu, Y., Zhi-Ping, F., & Yan-Ping, J. (2018). Satisfied surgeon–patient matching: a model-based method. *Quality & Quantity* , pp. 1-21.
- Marques, I., Captivo, M. E., & Vaz Pato, M. (2012). An integer programming approach to elective surgery scheduling. *OR Spectrum* , 34, pp. 407-427.
- Ministério da Saúde. (2011). *Relatório Final - Os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Molina-Pariente, J. M., Fernandez-Viagas, V., & Framinan, J. M. (2015). Integrated operating room planning and scheduling problem with assistant surgeon dependent surgery durations. *Computers and Industria Engineering* , 82, pp. 8-20.
- Ordem dos Médicos. (2018). Determinantes da Fixação no Espaço Laboral - Estudo em Profissionais Médicos. *nortemédico - Revista da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos* , 22-25.
- Rahimi, S., Dexter, F., & Gu, X. (2018). Prioritizations of individual surgeons' patients waiting for elective procedures: A systematic review and future directions. *Perioperative Care and Operating Room Management* , 10, 14-17.
- Randa, K., Heiser, R., & Gill, R. (2009). *Strategic Investments in the Operating Room (OR): Information Technology (IT) to Generate Rapid ROI and Long-Term Competitive Advantage*. Chicago: Healthcare Information and Management Systems Society.
- Saadani, N. H., Guinet, A., & Chaabane, S. (2006). Ordonnancement des blocs operatoires. *Actes Conference Francophone de Modélisation et Simulation*. Rabat.
- Saúde, M. d. (2018). *Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal* . Retrieved Junho 2018, from /www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/.

Sociedade Portuguesa de Cirurgia. (2018, julho 15). Retrieved from SPCIR - Sociedade Portuguesa de Cirurgia: <http://spcir.com>

World Health Organization. (2002). *The Role of Private Sector and Privatization in European Health Systems*. Geneva: Regional Committee for Europe.

Yang, Y., Shen, B., Gao, W., Liu, Y., & Zhong, L. (2015). A surgical scheduling method considering surgeons' preferences. *J. Combin Optim*, 30 (4), pp. 1-11.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

À Comissão de Ética

Universidade Fernando Pessoa

Para os devidos efeitos, venho por este meio declarar que aceito ser orientadora do projeto do MBA - Curso Avançado de Gestão de Organizações e Serviços de Saúde da aluna Diana Nora sob a temática “Condições para uma prática cirúrgica diferenciada”.

Porto, 9 de março de 2018



Isabel Silva

## ANEXO 2

### Condições para uma prática cirúrgica diferenciada.

O presente estudo tem como objectivo compreender quais as principais motivações que levam os cirurgiões portugueses a escolher um local para realizar as suas cirurgias.

A investigação é desenvolvida pela Engenheira Diana Nora sob orientação da Professora Isabel Silva no âmbito de um - MBA no Curso Avançado de Gestão de Organizações e Serviços de Saúde a decorrer a Universidade Fernando Pessoa.

As questões que se seguem deverão ser respondidas apenas por cirurgiões que exerçam a profissão em Portugal Continental e Ilhas. A participação é voluntária e os dados fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima.

O acesso aos dados e resultados só é possível pelos investigadores envolvidos.

Solicitamos a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue.

Sublinhamos que não existem respostas certas ou erradas e que elas apenas se referem à sua experiência.

No caso de existirem questões adicionais sobre o estudo, deverão ser endereçadas para o seguinte email [21164@ufp.edu.pt](mailto:21164@ufp.edu.pt) (Diana Nora). A participação é voluntária e os dados fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima. O acesso aos dados e resultados só é possível pelos investigadores envolvidos.

\*Required

1. **Autorização Informada. \***

Aceito de livre vontade participar neste estudo intitulado de "Condições para uma prática cirúrgica diferenciada". Compreendi os termos de apresentação e participação no estudo acima mencionados; tomei conhecimento que, me foram explicitados os objectivos e métodos, pelo que consinto a participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Estou ciente de que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte para mim qualquer prejuízo. Finalmente, tenho conhecimento que a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, sendo a minha participação anónima e que o acesso aos dados e resultados só é possível pelos investigadores envolvidos.

*Mark only one oval.*

Por isso, consinto participar no estudo em causa

### Dados sociodemográficos.

---

2. **Género**

*Mark only one oval.*

Masculino

Feminino

3. **Área de intervenção cirúrgica:**

\_\_\_\_\_

4. **Experiência profissional (em número de anos):**

\_\_\_\_\_

5. Qual é a sua idade?

\_\_\_\_\_

### Factores de selecção

Critérios que determinam a sua escolha do local para as suas cirurgias.

6. **Classifique de 1 a 5 as afirmações que se seguem relativamente à importância que têm para si na escolha do local para realizar as suas cirurgias.**

Considere o 1 Nada importante e o 5 Muito importante .

Mark only one oval per row.

	1 Nada importante	2 Pouco importante	3 Indiferente	4 Importante	5 Muito importante
Recursos Humanos e equipamentos (que possam melhorar os resultados das intervenções cirúrgicas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser um hospital moderno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percentagem a pagar pelo cirurgião ao hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcos organizacionais indispensáveis devidamente contemplados (briefing; debriefing; protocolos; guidelines e sequências de operações).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parcerias entre os diversos tipos de unidades de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidade de incentívismo para o apoio pós-operatório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Articulação do bloco com outros sectores do hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perspectivas para investigação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio laboratorial e imagiologia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Canais de comunicação entre os profissionais e as estruturas hospitalares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita online das instalações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influência das instalações (para obtenção de bons resultados).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Localização geográfica do hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANEXO 3

Ex. Mo (a) Senhor Dr. e Senhora Dr.ª

O meu nome é Diana Filipa Cardoso Nora e estou a desenvolver uma investigação no âmbito de um - **MBA no Curso Avançado de Gestão de Organizações e Serviços de Saúde a decorrer a Universidade Fernando Pessoa.**

Assim, tendo como objectivo identificar e analisar as principais motivações que levam os cirurgiões portugueses a escolher um local para realizar as suas cirurgias, solicito **1 minuto** do vosso tempo para o preenchimento do formulário que se segue

<https://docs.google.com/forms/d/1pOw16q0XWHA0tO6lYXomdJglqN8cEnmUm76M7iG3Rk8/edit?ts=5a987d45>.

O questionário é anónimo e o tratamento dos dados será confidencial. **Tem apenas 4 perguntas, de preenchimento simples e rápido, relativas aos dados sociodemográficos e 1 questão acerca das motivações.**

**A orientação científica esta a cargo da Professora Isabel Silva e a coordenação global do MBA esta centrada nos Professores Cardoso de Oliveira, Silvério Cordeiro e Eurico Castro Alves**

Desde já, os meus melhores agradecimentos, ficando a dispor para qualquer esclarecimento adicional que entenda inconveniente