

M

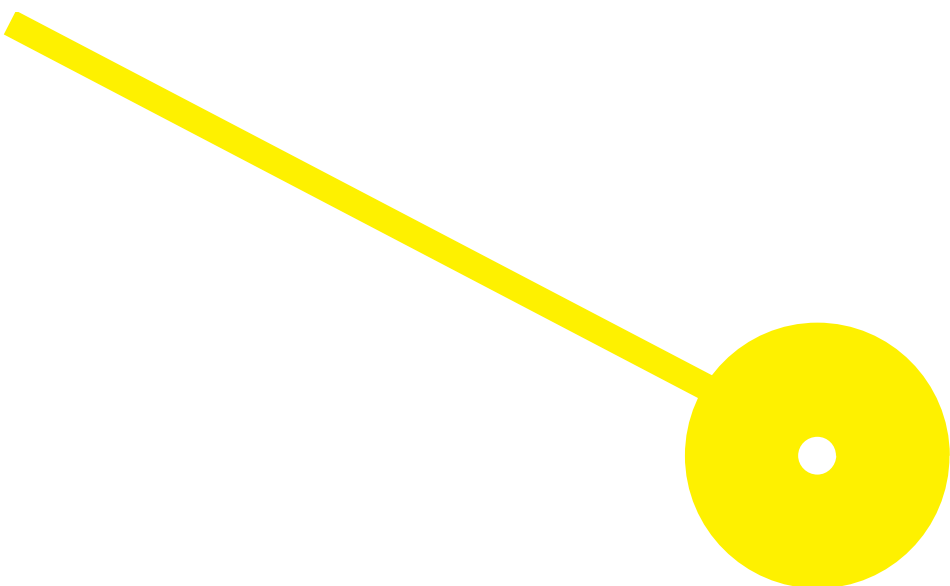
MESTRADO

GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES – RAMO GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia num hospital do grande porto

Débora Miriam Oliveira Pinto

08/2023





Cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia num hospital do grande porto

Autora

Débora Miriam Oliveira Pinto

Orientador

Professor Dr. João Logarinho Monteiro, CHUSJ EPE / ESS|P.PORTO

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Gestão das Organizações** – Ramo **Gestão de Unidades de Saúde** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação não teria sido possível sem o contributo fundamental de algumas pessoas. Assim, quero agradecer de uma forma especial a todas elas.

Ao Professor Dr. João Logarinho Monteiro, meu orientador, pela total disponibilidade, dedicação, partilha de conhecimento, incentivo e rigor ao longo de todas as etapas de realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Jorge Condeço, coordenador deste mestrado, pelo esclarecimento de dúvidas, apoio e motivação.

Ao Professor Doutor Paulo Pereira, diretor do Serviço de Neurocirurgia do CHUSJ, pelo tempo dispensado, todas as ideias discutidas, conselhos e sugestões.

Às minhas colegas de mestrado, Sandrine e Selma, pela amizade, incentivo e apoio incondicional.

Muito obrigada!

Resumo

Introdução: O cancelamento de cirurgias eletivas representa um dos principais problemas das organizações de saúde em todo o mundo. Quando uma cirurgia é cancelada a eficiência é posta em risco. Destes cancelamentos, os que ocorrem no próprio dia da cirurgia revestem-se de especial importância. **Objetivos:** Identificação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, com a finalidade de planejar estratégias preventivas para os potencialmente evitáveis. Adicionalmente, pretendem-se calcular as taxas anuais de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, globais e por especialidade, e as perdas de receita associadas a estes cancelamentos. **Metodologia:** A população em estudo serão todos os episódios de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, nos anos de 2019, 2021 e 2022, da UAG de Cirurgia do CHUSJ. Serão utilizados métodos estatísticos descritivos para a análise dos dados. **Resultados:** Os resultados obtidos revelam taxas de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia de 16,80%, 11,80% e 13,70%, nos anos de 2019, 2021 e 2022, respetivamente. As especialidades que apresentaram ao longo dos três anos taxas de cancelamento consistentemente entre as mais elevadas foram a Cirurgia Vascular, a Estomatologia e a Neurocirurgia. Foi estimada uma receita total perdida nos três anos de 40.471.146,57€. Da classificação dos motivos mais frequentes resultaram apenas três potencialmente evitáveis: "Atraso da operação anterior", "Reagendamento por necessidades clínicas urgentes" e "Erro administrativo". **Conclusão:** A implementação de intervenções direcionadas para a resolução de alguns destes cancelamentos é fundamental para a obtenção de níveis elevados de qualidade e eficiência. De acordo com os resultados obtidos, foi possível delinear algumas recomendações/sugestões em diferentes áreas, idealizadas com vista a contribuir para um plano de ação a conceber e implementar.

Palavras-chave: Cirurgia eletiva; Cancelamento no próprio dia; Estratégias preventivas; Gestão cirúrgica; Eficiência hospitalar

Abstract

Introduction: The cancellation of elective surgeries represents one of the main problems of health organizations around the world. When a surgery is cancelled, efficiency is put at risk. Of these cancellations, those that occur on the day of the surgery are of particular importance. **Objectives:** Identification of reasons for the same day cancellation of conventional elective surgeries, with the aim of planning preventive strategies for potentially avoidable ones. Additionally, we intend to calculate the annual rates of same day cancellation of conventional elective surgeries, globally and by specialty, and the revenue losses associated with these cancellations. **Methodology:** The population under study will be all episodes of same day cancellation of conventional elective surgeries, in the years 2019, 2021 and 2022, of the UAG of Surgery of the CHUSJ. Descriptive statistical methods will be used for data analysis. **Results:** The results obtained show cancellation rates for same day conventional of elective surgeries of 16.80%, 11.80% and 13.70%, in the years 2019, 2021 and 2022, respectively. The specialties that presented consistently the highest cancellation rates over the three years were Vascular Surgery, Stomatology and Neurosurgery. The estimated total revenue lost was €40.471.146,57. The classification of the most frequent reasons resulted in only three potentially avoidable ones: "Delay of the previous surgery", "Rescheduling due to urgent clinical needs" and "Administrative error". **Conclusion:** The implementation of targeted interventions to resolve some of these cancellations is essential for achieving high levels of quality and efficiency. According to the results, it was possible to outline some recommendations/suggestions in different areas, idealized with a view to contributing to an action plan to be conceived and implemented.

Keywords: Elective surgery; Same day cancellation; Preventive strategies; Surgical management; Hospital efficiency

Índice Geral

1. Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento teórico	
2. Definição e exposição de conceitos.....	4
2.1. Qualidade em saúde.....	4
2.2. Bloco operatório	5
2.3. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia	6
2.4. Financiamento do Serviço Nacional de Saúde	8
3. Revisão da literatura	11
3.1. Cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia.....	11
3.1.1. Taxas e motivos de cancelamento.....	11
3.1.2. Custos associados ao cancelamento.....	13
3.1.3. Estratégias preventivas.....	15
Capítulo II – Estudo Empírico	
4. Apresentação do estudo	19
4.1. Questão de investigação.....	19
4.2. Objetivos e finalidade do estudo.....	20
5. Metodologia.....	21
5.1. Desenho do estudo.....	21
5.2. Seleção da amostra.....	21
5.3. Método de recolha dos dados.....	21
5.4. Descrição das variáveis.....	22
5.5. Tratamento e análise dos dados	23
5.6. Aspetos legais e éticos	23
6. Resultados	24
7. Discussão	37
8. Conclusão	46
Referências bibliográficas	49
Anexos	55

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Agendamentos cirúrgicos em regime ambulatorio e convencional.....	24
Tabela 2 – Agendamentos cirúrgicos e cancelamentos em regime convencional.....	24
Tabela 3 – Cirurgias agendadas e cancelamentos no próprio dia em regime convencional ..	25
Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.....	26
Tabela 5 – Receita perdida pelo cancelamento das cirurgias eletivas convencionais no próprio dia.....	26
Tabela 6 – Cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, por especialidade, no ano de 2019.....	27
Tabela 7 – Cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, por especialidade, no ano de 2021.....	28
Tabela 8 – Cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, por especialidade, no ano de 2022.....	29
Tabela 9 – Frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia identificados em cada um dos anos.....	31
Tabela 10 – Comparação dos cinco motivos mais frequentes de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia por ano.....	33
Tabela 11– Frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia identificados em cada um dos anos, por especialidade.....	34
Tabela 12– Frequências, absoluta e relativa, do principal motivo de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia identificado, por especialidade...35	
Tabela 13– Classificação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia mais frequentes.....	35
Tabela 14– Frequências, absoluta e relativa, das categorias de cancelamento fornecidas pelo manual do SIGIC em cada um dos anos	36

Índice de Figuras

- Figura 1 - Análise comparativa das taxas (%) de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, por especialidade, no período de três anos.....30
- Figura 2 - Análise comparativa da frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia no período de três anos.....32

Lista de Siglas e Acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BI – *Business Intelligence*

CHUSJ – Centro Hospitalar e Universitário de São João

DGS – Direção Geral da Saúde

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EPE – Entidade Pública Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

ICM – Índice *Case-Mix*

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

OMS – Organização Mundial de Saúde

PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

PERLE – Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera

PPA – Programa de Promoção do Acesso

PPMA – Programa de Promoção da Melhoria do Acesso

SI – Sistema Informático

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC – Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SPCG – Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UAG – Unidade Autónoma de Gestão

1. INTRODUÇÃO

O desafio de garantir a qualidade dos cuidados de saúde é transversal às diferentes instituições prestadoras de cuidados.

As listas de espera cirúrgicas configuram um problema comum, assumindo grande centralidade e preocupação junto dos decisores das políticas de saúde. Tendo em conta que a atividade cirúrgica representa uma importante chave de financiamento das organizações, é fundamental garantir uma gestão adequada que conduza à melhor eficiência e eficácia.

Quando uma cirurgia é cancelada a eficiência é posta em risco, o tratamento dos doentes é comprometido, os tempos de espera sobem, os recursos são desperdiçados e os custos aumentam. Destes cancelamentos, os que ocorrem no próprio dia da cirurgia revestem-se de especial importância.

A cirurgia eletiva não tem caráter urgente ou emergente, podendo ser efetuada em data programada, em regime convencional ou de ambulatório. O cancelamento de cirurgias eletivas no próprio dia é definido como o cancelamento que ocorre nas 24 horas que antecedem a data do agendamento cirúrgico.

Partindo destes pressupostos, este estudo pretende dar resposta à seguinte questão: “Será possível elaborar estratégias que permitam intervir preventivamente para a diminuição da taxa de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia?”.

Com o intuito de dar resposta à questão de investigação formulada, foi definido como objetivo principal deste estudo a identificação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, com a finalidade de planejar estratégias preventivas para os potencialmente evitáveis.

Adicionalmente, foram definidos como objetivos específicos o cálculo das taxas anuais de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, globais e por especialidade, e o cálculo das perdas de receita associadas a estes cancelamentos.

O estudo foi realizado numa vertente quantitativa, de abordagem observacional, transversal, realizado por consulta de registos, utilizando métodos estatísticos descritivos para a análise dos dados.

A amostra foi selecionada na UAG de Cirurgia do CHUSJ. A população em estudo abrangeu todos os episódios de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, nos anos de 2019, 2021 e 2022. O ano de 2020 foi excluído devido aos constrangimentos nas cirurgias programadas, decorrentes da pandemia Covid-19.

Este trabalho encontra-se dividido em dois capítulos.

No capítulo I é realizado um enquadramento teórico sobre esta problemática, com a definição e exposição de alguns conceitos considerados relevantes, assim como uma revisão da literatura sobre o tema em questão.

O capítulo II refere-se ao estudo empírico, com a sua apresentação, a definição da metodologia a desenvolver, a exposição e discussão dos resultados obtidos.

Por último, são apresentadas as principais conclusões e recomendações deste estudo, com proposta de trabalho futuro, no sentido de possibilitar a continuidade da investigação aqui iniciada.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. DEFINIÇÃO E EXPOSIÇÃO DE CONCEITOS

2.1. Qualidade em saúde

O desafio de garantir a qualidade dos cuidados de saúde é transversal às diferentes instituições prestadoras de cuidados, assumindo grande centralidade e preocupação junto dos decisores das políticas de saúde.

O erro em medicina, a variação das práticas, o controlo de custos e a problemática da escassez de recursos, são algumas das razões pelas quais a qualidade é intensamente debatida no setor da saúde (Mendes, 2012).

Apesar da necessidade crescente da melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados, existe ainda uma pluralidade de opiniões acerca do verdadeiro significado do conceito “qualidade”, aplicado à área da saúde. Ora, para determinar quais as medidas apropriadas para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, é importante encontrar um entendimento comum acerca da sua definição (Beattie *et al.*, 2012).

Avedis Donabedian foi pioneiro na temática da qualidade em saúde, definindo, em 1980, cuidado de alta qualidade como aquele que permite maximizar o bem-estar do doente, após ser considerado o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do seu processo de cuidado. Em 1991, Palmer sugere que a qualidade da assistência em saúde deve ser medida pela produção de uma melhoria da saúde do doente, depois de ajustada às restrições da tecnologia e à gravidade da sua doença (Martins, 2019).

O Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), indica que não existe, até à data, “uma definição de qualidade que seja universalmente aceite, embora haja um entendimento comumente partilhado de conceitos básicos e dimensões da definição” (2020, p. 13).

No seio da comunidade mundial da saúde, a definição mais frequentemente utilizada é a do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, segundo o qual qualidade é “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais”. Para além disso, o Instituto de Medicina estabelece seis dimensões gerais, ou finalidades, da qualidade, declarando que os cuidados devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, atempados, eficientes e equitativos (Institute of Medicine [IOM], 2001)

Em Portugal, no ano de 1999, foi criado pela Portaria n.º 288/99, publicada no Diário da República, I série-B, n.º 98, de 27 de abril, no âmbito do Ministério da Saúde, o Instituto da Qualidade em Saúde, com o intuito de “promover a investigação e o desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde” (p. 2259).

Em 2009, o Ministério da Saúde optou por criar, sob a alçada da Direção Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, sucedâneo do Instituto da Qualidade em Saúde, através da Portaria n.º 155/2009, publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 28, de 10 de fevereiro, com a missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade. No âmbito da sua autonomia técnica, este departamento detinha competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde, as quais se consubstanciam na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020, atualmente em vigor, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 102, de 27 de maio de 2015, adota as seguintes prioridades estratégicas de atuação: melhoria da qualidade clínica e organizacional, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Uma das áreas hospitalares nas quais ocorreram maiores mudanças nos últimos anos é certamente a que se refere ao bloco operatório. A atividade cirúrgica representa uma importante chave de financiamento das organizações. Importa por isso garantir uma gestão adequada que conduza à melhor eficiência e eficácia, mantendo ou desejavelmente melhorando os atuais níveis de qualidade assistencial (Ministério da Saúde, 2015).

2.2. Bloco operatório

O bloco operatório corresponde à “unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral de anestesia” (Ministério da Saúde, 2015, p. 33).

De acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), o bloco operatório pode ser definido como “uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (2012, p. 20).

É composto por equipas multidisciplinares que incluem profissionais afetos exclusivamente ao bloco operatório, como os enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais e ainda profissionais que lá exercem apenas parte da sua atividade, como é o caso dos cirurgiões, anesthesiologistas, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, entre outros (Ferreira, 2019).

Os blocos operatórios são estruturas de grande diferenciação e de utilização transversal pelas diversas especialidades cirúrgicas, com grandes exigências técnicas, tanto a nível das instalações como dos procedimentos, devendo ser organizados de forma a promover os fluxos de circulação de e para o bloco operatório (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011a).

O bloco operatório distingue-se pelas suas particularidades, nomeadamente pelo fato de ter uma dinâmica complexa que exige a articulação entre diversos departamentos (ACSS, 2011b). O seu funcionamento depende da estreita comunicação com os serviços com os quais interage, onde se incluem serviços farmacêuticos, centrais de esterilização, laboratórios, serviços de urgência, internamento, unidades de cuidados pós anestésicos, unidades de cuidados intermédios e unidades de cuidados intensivos.

A gestão eficiente de toda esta dinâmica é fundamental para a maximização da ocupação dos blocos operatórios e aumento dos procedimentos cirúrgicos realizados, até ao limite da sua capacidade instalada.

2.3. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)

As listas de espera cirúrgicas configuram um problema comum a vários sistemas de saúde. A evolução demográfica decorrente do envelhecimento da população traduz-se num aumento da prevalência e incidência de doenças neoplásicas e degenerativas com necessidade de tratamento cirúrgico (Ferreira, 2019).

Ao longo dos anos, em Portugal, têm sido desenvolvidos vários programas governamentais com o objetivo de diminuir o tempo de espera para a realização de cirurgias.

Em 1995, foi lançado o Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera (PERLE). No ano de 1997, surge o primeiro Programa de Promoção do Acesso (PPA) e, concluído este, em 1999, o Programa de Promoção da Melhoria do Acesso (PPMA) (ACSS, 2011a).

Apesar dos esforços, “verifica-se que continua a aumentar o número de cidadãos portugueses que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica há mais tempo do que o considerado clinicamente aceitável” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, 2002, p. 4718). Assim, no ano de 2002, surge o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC).

Com a aproximação do final do PECLEC, segue-se a implementação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 3 de junho, publicado no Diário da República, 1.ª série-B, de 25 de novembro de 2004, pela portaria n.º 1450/2004, com o objetivo de “minimizar o período que decorre entre o momento em que o doente carece de uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico ocorre dentro de um tempo máximo estabelecido” (p. 3846).

Ao contrário dos programas anteriores, que pretendiam apenas diminuir as listas de espera para cirurgia, o SIGIC visa a gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de forma continuada, tendo como suporte o Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC).

O processo de inscrição do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) inicia-se com a primeira consulta da especialidade, seguida da criação de um plano de cuidados, que pode conter uma ou mais propostas cirúrgicas, da assinatura do consentimento informado ao utente e da validação do plano de cuidados por parte do responsável do serviço cirúrgico. Após estas etapas, o registo do utente é validado no sistema informático (SI). Efetivada a inscrição na LIC, a aplicação SIGLIC gera um código de acesso individual e introduz o mesmo no certificado de inscrição (ACSS, 2011a).

Para efeitos de agendamento da cirurgia, com a publicação da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, foram definidos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), discriminados por patologia e por nível de prioridade. A Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, redefine os TMRG de modo a melhorar o acesso atempado aos cuidados de saúde e alargar a sua aplicação às prestações de cuidados de saúde programados.

Para a generalidade dos procedimentos hospitalares cirúrgicos programados, o TMRG é de 180 dias após a data da indicação para cirurgia, podendo este tempo ser encurtado em função do nível de prioridade atribuído à situação clínica do doente.

No que diz respeito ao cancelamento do agendamento cirúrgico, o volume IV do manual do SIGIC (2011, p. 33) indica:

“Sempre que o evento não é realizado ou há necessidade de o adiar, é essencial cancelar o agendamento registado no SI, utilizando o motivo de cancelamento correto, pois só assim estão fundamentadas as ações de cancelamento da inscrição na LIC ou outras. Esse cancelamento deve ser realizado no prazo de 10 dias úteis, após o qual a instituição hospitalar incorre numa irregularidade no processo.”

Este manual, define quatro grandes categorias de cancelamento cirúrgico: “Responsabilidade do doente por motivos não clínicos” (recusa com/sem motivo plausível, falta com/sem motivo plausível, desistência ou utente incontactável), “Motivos clínicos” (óbito ou outros motivos clínicos), “Responsabilidade da instituição hospitalar” (suplentes não operados, incapacidade de resposta do bloco operatório ou das enfermarias, operado no serviço de urgência, erro administrativo, entre outros) e “Responsabilidade de terceiros” (operado noutra instituição, greve, entre outros). Cada entidade hospitalar pode criar uma nomenclatura própria de motivos no seu SI, no entanto tem sempre de relacioná-los com os anteriormente descritos.

2.4. Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

À semelhança de muitos dos sistemas de saúde europeus, o sistema de saúde português assenta num misto de fontes de financiamento público e privado. O Serviço Nacional de Saúde (SNS), os subsistemas de saúde e os seguros de saúde voluntários privados coexistem como três sistemas distintos (Escoval *et al.*, 2016).

A Constituição da República Portuguesa de 1976 veio consagrar, no seu artigo 64.º, que “todos têm direito à proteção da saúde” através da “criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” (p. 746). O SNS é efetivamente criado em 1979, através da Lei n.º 56/79, publicada no Diário da República, I série, n.º 214, de 15 de setembro. Foi na segunda revisão da Constituição da República Portuguesa, datada de 1989, que o SNS passou a ser “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos,

tendencialmente gratuito” (p. 2734), permitindo a introdução de taxas moderadoras como forma de mitigar a utilização de cuidados de saúde desnecessários.

O financiamento do SNS é predominantemente assegurado por verbas do Orçamento do Estado, via impostos. Contudo, os copagamentos têm vindo a aumentar. (Escoval *et al*, 2016).

Até à década de 80, o financiamento do SNS era realizado segundo um modelo de pagamento retrospectivo, com base no histórico da despesa. Entre 1981 e 1990, ocorreu a transição para o sistema de financiamento prospetivo através da implementação de orçamentos baseados na produção (Fernandes, 2017).

Em 1989, foram efetuados os primeiros testes de utilização dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) como base do financiamento hospitalar. Os GDH constituem um sistema de classificação que agrega doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos (Simões, 2016).

As primeiras tabelas de preços de GDH a praticar pelo SNS foram aprovadas pela Portaria n.º 409/90, publicada no Diário da República, I série, n.º 125, de 31 de maio 1990. No mesmo ano, o conceito de *Case-Mix* obtido através dos GDH foi utilizado pela primeira vez para cálculo do financiamento do internamento, isto é, financiamento ajustado à complexidade do doente tratado.

O Índice de *Case-Mix* (ICM) corresponde ao “coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos” (ACSS, 2009, p. 2). Determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes:

$$(1) \quad \text{ICM} = \frac{\sum (\text{doentes equivalentes GDH} \times \text{peso relativo GDH})}{\sum \text{doentes equivalentes GDH}}$$

Os doentes equivalentes, num dado GDH, “correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respetivo GDH” (ACSS, 2009, p. 2).

Em 1997, através do Despacho Normativo n.º 46/97, publicado no Diário da República, I série-B, n.º 182, de 8 de agosto, é determinada a instalação das Agências de Contratualização de Serviços de Saúde.

No ano de 2005, pela publicação do Despacho n.º 23825/2005, publicado no Diário da República, II série, n.º 224, de 22 de novembro, o Secretário de Estado da Saúde reitera ser “necessário realçar não só a importância da materialização da gestão participada como também a descentralização do Serviço Nacional de Saúde, através da introdução de uma cultura de contratualização no sistema de saúde” (p. 16258). Foi então promovida a reativação das Agências de Contratualização de Serviços de Saúde enquanto órgãos das administrações regionais de saúde, com intervenção ativa na distribuição de recursos pelos estabelecimentos do SNS.

Em 2006, o Estado considerou que o processo de contratualização já se estendera a todos os hospitais do SNS, com acompanhamento a ser feito a nível regional pelos designados Departamentos de Contratualização (Antunes *et al.*, 2011).

A contratualização tem por base o relacionamento entre financiadores, compradores e prestadores. Através da assinatura de um contrato-programa “são definidos objetivos institucionais a atingir, que refletem metas de produção, de desempenho e de qualidade, tendo como contrapartida um determinado nível de financiamento” (Escoval *et al.*, 2016).

O contrato-programa pode ser definido como sendo um “documento que sela o acordo tripartido relativo ao compromisso de desenvolvimento de um conjunto de direitos e obrigações, entre as quais se inclui a atividade produtiva prevista bem como as contrapartidas financeiras em função da atividade proposta” (Costa *et al.*, 2008, p. 85).

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia

De acordo com a norma nº 013/2020 de 10/06/2020 atualizada a 23/06/2020 da Direção Geral da Saúde (DGS):

“Cirurgia eletiva é aquela que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando o doente não está sob o risco de vida, podendo ser efetuada em data programada, desde que essa data não comprometa a eficácia da intervenção, podendo ser realizada em modelo convencional ou ambulatório (definida nos termos da Circular Normativa 8/2018/DPS/ACSS de 1 de junho como: cirurgia de ambulatório uma cirurgia programada que embora habitualmente efetuada em regime de internamento é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica)” (p. 1).

O cancelamento de cirurgias eletivas representa um dos principais problemas das organizações de saúde em todo o mundo (Dimitriadis *et al.*, 2013). Quando uma cirurgia é cancelada a eficiência é posta em risco, o tratamento dos doentes é comprometido, os tempos de espera sobem, os recursos são desperdiçados e os custos aumentam (Talalwah & McIltrout, 2019). Destes cancelamentos, os que ocorrem no próprio dia da cirurgia revestem-se de especial importância para o doente, sociedade, decisores políticos e administrações hospitalares (Ferreira & Boto, 2021).

O cancelamento de cirurgias eletivas no próprio dia, independentemente do motivo, é definido como o cancelamento que ocorre nas 24 horas que antecedem a data do agendamento cirúrgico (Kaddoum *et al.*, 2016).

3.1.1. Taxas e motivos de cancelamento

As revisões da literatura apresentam uma grande diversidade de motivos para o cancelamento de cirurgias eletivas no próprio dia, que parecem estar relacionados com as diferentes políticas de saúde implementadas pelos países e instituições prestadoras de cuidados de saúde local (Askari *et al.*, 2020).

Num estudo retrospectivo sobre o cancelamento de cirurgias eletivas no próprio dia num hospital da Finlândia, os resultados, obtidos através de dados de 1 de julho de 2009 a 30 de junho de 2011, evidenciaram que, de um total de 12.205 cirurgias agendadas, 551 (4,5%) foram canceladas no próprio dia. Os motivos de cancelamento foram divididos em três grandes categorias: "Causas relacionadas com o doente" (n=399, 72,4%), "Causas hospitalares" (n=109, 19,8%) e "Causas relacionadas com o pessoal" (n=43, 7,8%). Para cada uma destas categorias, existem subcategorias que permitem uma avaliação mais pormenorizada dos motivos associados. Os três principais motivos de cancelamento que surgem nestas subcategorias representam 60,3% (n=308) do número total de cirurgias canceladas. O motivo mais comum é a "Cirurgia não ser mais necessária" (n=143, 26%), seguido de "Doente sem condições cirúrgicas" (n=86, 15,6%) e, por último, a "Existência de uma infeção aguda" (n=79, 14,3%) (Laisi *et al.*, 2013).

Numa unidade hospitalar do Reino Unido, foi realizado um estudo retrospectivo com dados de 1 de setembro de 2015 a 21 de agosto de 2017. Os resultados mostraram que 1.692 casos de cancelamento cirúrgico foram categorizados como "cancelamento no dia", o que se traduz uma taxa de 8%, num período de dois anos. Os motivos de cancelamento foram divididos em três grandes categorias: "Causas relacionadas com o doente" (n=831, 49,1%), "Causas médicas" (n=565, 33,4%) e "Causas hospitalares" (n=296, 17,5%). Nas causas relacionadas com o doente, o motivo mais frequente foi "Doente não compareceu" (n=413, 49,7%). Dentro da categoria das causas médicas, o motivo mais comum foi, por sua vez, a "Falta de condições para a cirurgia/anestesia" (n=388, 68,7%). O motivo mais comum das causas hospitalares relacionou-se com a "Ausência de pessoal médico/enfermagem" (n=82, 27,7%) (Askari *et al.*, 2020).

Em 2018, com o objetivo de compilar a informação proveniente de diferentes estudos a nível mundial sobre a temática do cancelamento de cirurgia eletiva no próprio dia, Talalwah e os seus colaboradores realizaram uma revisão integrativa da literatura, analisando retrospectivamente 23 artigos publicados entre janeiro de 2011 e janeiro de 2017. Este trabalho evidencia uma grande variabilidade nas taxas de cancelamento (4,9%–39%), mesmo quando comparados hospitais de dimensão similar e com o mesmo perfil assistencial. Conclui ainda que, genericamente, os hospitais universitários e a especialidade de Cirurgia Geral apresentam maiores taxas de cancelamento. No que diz respeito aos motivos identificados, a "Falta de

tempo cirúrgico” surge como o motivo mais prevalente, com taxas que variam entre os 53%–78%, seguido de “Doente não compareceu”, com taxas de 20%–65%.

No ano de 2020, foi publicado outro artigo com uma revisão sistemática e meta análise sobre a prevalência global e os motivos do cancelamento cirúrgico no próprio dia. Foram analisados 33 artigos, publicados entre janeiro de 2010 e maio de 2020. Este trabalho concluiu que a prevalência global do cancelamento de cirurgia eletiva no próprio dia foi de 18%, identificando uma prevalência maior nos países com rendimentos baixos (40%) e médios (23%). No que diz respeito à especialidade cirúrgica, a prevalência é maior na Ortopedia (39%). Relativamente aos motivos, a “Falta de tempo cirúrgico” (23%) e o “Doente não compareceu” (19%) são descritos como os mais frequentes, respetivamente (Abate *et al.*).

Em Portugal, no ano de 2021, foi publicado um estudo retrospectivo sobre o cancelamento de cirurgias eletivas no próprio dia, durante o período de 1 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018, realizado numa instituição hospitalar integrada no SNS, classificada no grupo C do *benchmarking* da ACSS. Os resultados mostraram que, nesse período, estavam agendadas 3.756 cirurgias convencionais eletivas, 112 (2,98%) das quais foram canceladas no próprio dia. As especialidades com maiores taxas de cancelamento foram a Oftalmologia (44,68%), a Estomatologia (8,11%) e a Ortopedia (3,14%). A especialidade que apresentou uma menor taxa de cancelamento foi a Cirurgia Plástica (1,40%). As causas mais frequentes de cancelamento foram a “Falta de tempo operatório” (n=35, 31,2%), a “Falta de material, equipamentos e/ou cama” (n=21, 18,8%) e a “Alteração do estado de saúde” (n=21, 18,8%) (Ferreira & Boto).

Alguns destes cancelamentos poderiam ser evitados, enquanto outros não. O conhecimento dos motivos evitáveis, ou potencialmente evitáveis, é fundamental para a implementação de intervenções direcionadas para a sua solução. Cada organização deve avaliar quais dessas melhorias podem ser adequadas à sua realidade, para obtenção de melhores resultados (Botazini & Carvalho, 2017).

3.1.2. Custos associados ao cancelamento

O cancelamento de cirurgias eletivas no próprio dia, para além de representar um enorme transtorno a nível emocional, familiar e profissional para o doente, acarreta uma série de custos com pessoal, materiais e instalações.

O cálculo dos custos diretos associados a estes cancelamentos é bastante complexo e difícil de extrapolar, tendo em conta os diferentes sistemas de saúde implementados e a

moeda em circulação (Askari *et al.*, 2020). Adicionalmente, existe na literatura alguma variabilidade na metodologia utilizada, nas especialidades cirúrgicas consideradas e na população em estudo.

Em 2012, foi realizado nos Estados Unidos da América (EUA) um estudo retrospectivo sobre o cancelamento de cirurgias eletivas da especialidade de urologia, para a população pediátrica, no período compreendido entre janeiro e julho de 2010. Os dados sugerem um valor médio de custos associados a cada cancelamento de 4.802,00 USD, com uma estimativa de prejuízos a rondar os 500.000,00 USD nos sete meses incluídos (Pohlman *et al.*).

Outro estudo, realizado numa unidade hospitalar dos EUA, centrado na especialidade de Ortopedia, comparou os custos associados ao cancelamento de cirurgias no próprio dia em dois períodos distintos: outubro a dezembro de 2013 e outubro a dezembro de 2014. Os resultados mostraram custos de 386.033,00 USD pelas 77 cirurgias canceladas de 1 de outubro a 31 de dezembro de 2013, o que perfaz uma média de 5.013,42 USD por cada cancelamento, e 184.480,00 USD pelas 36 cirurgias canceladas no período de 1 de outubro a 31 de dezembro de 2014, com uma média de 5.124,44 USD por cancelamento (Sebach *et al.*, 2015).

Em 2015, foi realizado um estudo retrospectivo sobre os custos do cancelamento de 43 cirurgias cardíacas, com o doente já no bloco operatório, mas antes da incisão cirúrgica, num hospital universitário dos EUA. O custo total estimado destes cancelamentos foi de 333.188,00 USD, o que equivale a 7.748,60 USD por cada um. Apesar de não avançar com mais valores, este estudo refere que os cálculos efetuados são bastante conservadores, realizados exclusivamente com base no custo/h do bloco operatório, não refletindo os custos adicionais dos dias de estadia no hospital (Fitzsimons *et al.*).

Num estudo realizado na África do Sul, com dados de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2014, foram calculados os custos associados aos 239 cancelamentos que ocorreram na especialidade de Cirurgia Geral. O custo médio de cada cancelamento foi de 25.860 ZAR (1.266,32€)¹. Este trabalho salienta ainda que 154 dos cancelamentos foram devidos a necessidades cirúrgicas urgentes, totalizando 2.700.000 ZAR (132.214,25€)¹, que poderiam ter sido evitados pela existência de um bloco cirúrgico de urgência (Bhuiyan *et al.*, 2017).

¹Taxa de câmbio de 04/08/2023, disponibilizada pelo Banco Central Europeu

Em 2018, foi realizado um estudo retrospectivo num hospital universitário da Finlândia, dotado com 26 salas operatórias e 13 especialidades cirúrgicas, realizando anualmente cerca de 22.000 intervenções. Os dados foram colhidos de 1 de setembro de 2015 a 31 de maio de 2016. Durante este período, foram canceladas 542 cirurgias com um custo total de 953.374,27€ e um custo médio por cancelamento de 1.759,00€. Adicionalmente, as especialidades com maior custo médio de cancelamento por cirurgia foram a Cirurgia Cardiorácica e a Cirurgia Vasculuar, com 4.539,93€ e 3.016,82€, respetivamente. Em sentido oposto, a especialidade com menor custo médio de cancelamento por cirurgia foi a Oftalmologia, com um valor de 1.026,87€, sendo também a que apresenta um maior número de cancelamentos (Turunen *et al.*).

Em todos estes estudos, o valor estimado dos cancelamentos reflete apenas os custos associados ao bloco operatório, não estando incluídos gastos com análises e exames pré-operatórios nem os dias adicionais de internamento. Para além disso, os autores alertam para o facto de que, em alguns casos, a cirurgia cancelada pode ter sido substituída por outra, o que não é, mais uma vez, considerado nos estudos.

Independentemente da complexidade no cálculo dos custos associados ao cancelamento de cirurgias eletivas no próprio dia, é consensual a necessidade de otimizar os recursos disponíveis.

Numa altura em que os sistemas de saúde refletem custos acrescidos de funcionamento, que são agravados pelo abrandamento ou mesmo estagnação do crescimento económico dos países, exigem-se medidas que evitem despesas improdutivas, como as que resultam dos cancelamentos cirúrgicos, de modo a melhorar a aplicação de receitas, públicas ou privadas, na área da saúde. Deste modo, a implementação de estratégias que permitam intervir preventivamente torna-se fundamental.

3.1.3. Estratégias preventivas

De acordo com a literatura, cerca de 60% dos cancelamentos de procedimentos eletivos são potencialmente evitáveis, como a falta de tempo operatório, a indisponibilidade de camas e a falta de comparência do doente. Para cada uma destas causas existe uma variedade de intervenções passíveis de serem implementadas (Ferreira, 2019).

A falta de tempo operatório pode decorrer do atraso/prolongamento nas cirurgias anteriores, da necessidade de ocupação da sala por intervenções de maior prioridade ou de *overbooking*.

De acordo com alguns autores, os cirurgiões tendem a subestimar o tempo necessário para cada intervenção cirúrgica. O atraso das cirurgias é mais frequente quando são os próprios a realizar estes agendamentos. Neste sentido, a utilização de um software que estima o tempo necessário para o agendamento das diferentes intervenções, com base na duração média dos casos similares do mesmo cirurgião, tem-se tornado bastante útil (Laisi *et al.*, 2013).

Por outro lado, quando a falta de tempo operatório está relacionada com a ocupação das salas por cirurgias urgentes, a literatura sugere a necessidade de criação de blocos operatórios de urgência com capacidade suficiente para estes casos, sem interrupção dos agendamentos eletivos (Koushan *et al.*, 2021).

Quando excluídas as causas anteriores, a falta de tempo operatório pode ser consequência do *overbooking* nos planos cirúrgicos. Este *overbooking*, não intencional, resulta de uma comunicação pouco eficaz entre as equipas, que se traduz em propostas cirúrgicas desajustadas da situação clínica e/ou sem consideração por todos os tempos operatórios necessários, nomeadamente técnicas anestésicas mais avançadas. A melhoria da comunicação entre cirurgiões, anestesistas e enfermeiros, com discussão dos agendamentos cirúrgicos, assim como a existência de consultas pré-anestésicas ou pré-operatórias poderiam evitar alguns destes cancelamentos (Wang *et al.*, 2014).

A indisponibilidade de camas pode referir-se ao momento de admissão ao internamento ou às necessidades de cuidados específicos no período pós-operatório. A falta de camas para o período pré-operatório depende não só da gestão clínica dos doentes internados, mas também das respostas sociais existentes e da falta de vagas a jusante das unidades hospitalares (Ferreira, 2019). Nesse sentido, o desenvolvimento de um programa de planeamento e gestão eficiente das transferências e altas hospitalares foi fundamental para assegurar a disponibilidade de camas. As Equipas de Gestão de Altas (EGA) em funcionamento nos hospitais do SNS, que são uma resposta prática a esta questão, foram criadas através do Decreto-Lei n.º 101/2006 e regulamentadas através do Despacho n.º 7968/2011, com o objetivo de “proceder ao efetivo planeamento da alta hospitalar, em conjunto com os restantes serviços hospitalares, de forma a garantir a continuidade de cuidados a todos os doentes que destes necessitam” (p. 23838).

No que diz respeito à necessidade de camas em unidades diferenciadas para cuidados pós-operatórios, o agendamento de cirurgias eletivas deveria antecipar o seu volume e ter em consideração a capacidade das unidades de cuidados intermédios e intensivos disponíveis. A abertura de unidades de cuidados diferenciados dedicadas exclusivamente a doentes em período pós-operatório poderia contribuir para a diminuição de alguns dos cancelamentos (Hovlid *et al.*, 2012).

Relativamente à falta de comparência do doente, a literatura sugere que o encurtamento do tempo que decorre entre o agendamento/notificação e a realização do procedimento parece diminuir os cancelamentos. Tempos de espera superiores a duas semanas podem aumentar significativamente a probabilidade de o doente não comparecer (Navarro *et al.*, 2017).

A utilização de lembretes via chamada telefónica, mensagem ou email também contribui para a diminuição destes cancelamentos, com estudos a mostrar uma redução da taxa de cancelamento por não comparência do doente de 20,99% para 7,07% (Drabkin *et al.*, 2019).

O medo e a ansiedade também podem contribuir para as faltas dos doentes aos procedimentos agendados, sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias que permitam diminuir estes sintomas. Neste sentido, o fornecimento de informação detalhada sobre os procedimentos, assim como a utilização de meios audiovisuais, permitem o incremento da literacia em saúde dos doentes, preparando-os mentalmente para as intervenções cirúrgicas sem preocupação e ansiedade desnecessárias (Marbouh *et al.*, 2020).

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

4. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo decorreu no Centro Hospitalar e Universitário de São João (CHUSJ), EPE, hospital público integrado no SNS, de cariz universitário e considerado fim de linha.

O CHUSJ tem como missão “prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais” (Centro Hospitalar e Universitário de São João, 2023).

Desde 2006 que, o CHUSJ encontra-se estruturado internamente em níveis intermédios de gestão. Estas estruturas intermédias agregam serviços e unidades orgânicas que de forma articulada contribuem para a prossecução dos objetivos da instituição. Para atingir tais objetivos, as Unidades Autónomas de Gestão (UAG) “passaram a exercer poderes de autoridade e direção sobre as áreas clínicas que se encontram sob a sua tutela” (Logarinho, 2012, p. 57).

As UAGs são dirigidas por um conselho diretivo constituído por um médico, um administrador hospitalar e um profissional de enfermagem, cujo exercício assenta na delegação de poderes atribuído pelo Conselho de Administração, permitindo a descentralização dos níveis de decisão.

Atualmente, do CHUSJ fazem parte a UAG de Cirurgia, a UAG de Medicina, a UAG da Mulher e da Criança, a UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, a UAG da Urgência e Medicina Intensiva e a UAG dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Os dados para este trabalho foram colhidos junto da UAG de Cirurgia, que reúne a maioria das especialidades cirúrgicas desta unidade hospitalar e tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados do foro cirúrgico, com níveis elevados de qualidade, eficiência e humanização.

4.1. Questão de Investigação

O cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia acarreta custos para as instituições hospitalares, para além de representar um transtorno significativo para os doentes, enfatizando a importância da realização deste estudo, que pretende dar resposta à seguinte questão: **“Será possível elaborar estratégias que permitam intervir**

preventivamente para a diminuição da taxa de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia?”.

4.2. Objetivos e Finalidade do estudo

Com o intuito de dar resposta à questão de investigação formulada, foram definidos os seguintes objetivos e finalidade do estudo:

Objetivo principal:

- Identificar os “motivos” de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia.

Objetivos específicos:

- Calcular as taxas anuais globais de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia;
- Calcular as perdas de receita associados ao cancelamento das cirurgias eletivas convencionais no próprio dia;
- Calcular as taxas anuais de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia das diferentes especialidades cirúrgicas;
- Calcular a frequência dos motivos de cancelamento de cirurgia eletiva convencional no próprio dia identificados;
- Classificar os motivos mais frequentes em “potencialmente evitável” ou “inevitável/imprevisível”;
- Calcular a frequência das categorias de cancelamento fornecidas pelo manual do SIGIC.

Finalidade:

- Planeamento de estratégias preventivas para os motivos de cancelamento de cirurgia eletiva convencional no próprio dia “potencialmente evitáveis”.

5. METODOLOGIA

5.1. Desenho do estudo

Tendo em conta os objetivos e finalidade anteriormente descritos, o estudo foi realizado numa vertente quantitativa, de abordagem observacional, centrada na colheita de informação e descrição de um fenómeno, sem qualquer tipo de intervenção. Este estudo transversal, foi realizado por consulta de registos, utilizando procedimentos estatísticos de tipo descritivo para a análise dos dados.

5.2. Seleção da amostra

A amostra foi selecionada na UAG de Cirurgia do CHUSJ. Fazem parte da UAG de cirurgia doze especialidades cirúrgicas (Anestesiologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculiar, Estomatologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia e Urologia) e os Blocos Operatórios Central, de Ambulatório e da Urgência.

A população em estudo foram todos os episódios de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, nos anos de 2019, 2021 e 2022. Foram assim incluídas todas as especialidades que pertencem à UAG como, também, todas aquelas que não pertencendo a esta UAG agendaram procedimentos cirúrgicos nas suas instalações, como são o caso da Cirurgia Pediátrica, a Ginecologia e a Obstetrícia. O ano de 2020 foi excluído devido aos constrangimentos nas cirurgias programadas, decorrentes da pandemia Covid-19.

A dimensão do universo de estudo, assim como a facilidade na obtenção dos dados, possibilitam considerar toda a população, não havendo necessidade de recorrer a técnicas de amostragem.

5.3. Método de recolha dos dados

Os dados referentes ao cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia foram recolhidos no sistema integrado de informação hospitalar SONHO® e no Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC). Sempre que se mostrou necessário, consultaram-se dados administrativos informatizados no programa SClínico®, de modo a completar informação em falta.

Todos os dados foram depois compilados numa tabela criada no Excel®, sendo posteriormente exportados para o SPSS®, onde se realizou o processo de tratamento e análise dos dados.

5.4. Descrição das variáveis

A escolha das variáveis é fundamental para o sucesso do estudo a realizar. A sua seleção depende da disponibilidade e da qualidade da informação existente. Assim, foram utilizadas algumas variáveis que permitiram a caracterização sociodemográfica da amostra, bem como outras que possibilitaram dar resposta aos objetivos específicos propostos.

As variáveis consideradas para este estudo foram as seguintes:

- **Sexo:** variável qualitativa nominal dicotómica. Será incluída para efeitos de caracterização sociodemográfica da população em estudo (1- Feminino; 2- Masculino);
- **Idade:** variável quantitativa contínua. Também importante para a caracterização sociodemográfica da população em estudo. Será agrupada em diferentes faixas etárias, o que a transformará numa variável ordinal (1- ≤30; 2-]30-50]; 3-]50-65]; 4-]65-80]; 5- →80);
- **Especialidade Cirúrgica:** variável qualitativa nominal (1- Anestesiologia; 2- Cirurgia Cardiorácica; 3- Cirurgia Geral; 4- Cirurgia Maxilofacial; 5- Cirurgia Pediátrica; 6- Cirurgia Plástica e Reconstructiva; 7- Cirurgia Vasculuar; 8- Estomatologia; 9- Ginecologia; 10- Nefrologia; 11- Neurocirurgia; 12- Obstetrícia; 13- Oftalmologia; 14- Ortopedia e Traumatologia; 15- Otorrinolaringologia; 16- Urologia);
- **Motivo do cancelamento:** variável qualitativa nominal, cujas opções corresponderão já aos itens existentes no sistema informático SONHO® deste centro hospitalar (1- Alteração do estado do doente; 2- Atraso da operação anterior; 3- Ausência de vaga de UCI; 4- Ausência de vaga de internamento; 5- Ausência de vaga de recobro; 6- Ausência de vaga de cuidados intermédios; 7- Cancelamento agendamento de suplente; 8- Contingência; 9- Deficit de estruturas de apoio; 10- Doente suplente não viável; 11- Erro administrativo; 12- Falecido; 13- Falência equipamento; 14- Falta de material; 15- Falta de sangue; 16- Faltou a cirurgia; 17- Indisponibilidade de anestesista; 18- Indisponibilidade da equipa; 19- Indisponibilidade da sala; 20- Indisponibilidade de

enfermeiros; 21- Outros (especificar em observações); 22- Reagendamento por necessidades clínicas urgentes; 23- Recusa do utente com motivo plausível; 24- Recusa do utente sem motivo plausível);

- **Origem do cancelamento:** variável qualitativa nominal, cujas opções corresponderão às categorias definidas pelo manual do SIGIC (1- Responsabilidade do doente por motivos não clínicos; 2- Motivos clínicos; 3- Responsabilidade da instituição hospitalar; 4- Responsabilidade de terceiros);
- **Classificação:** Variável qualitativa nominal, cuja classificação ficará a cargo do investigador, com base no consenso encontrado na literatura (1- Potencialmente evitáveis; 2- Inevitáveis/imprevisíveis).

5.5. Tratamento e análise dos dados

O conhecimento das variáveis em estudo é fundamental para a seleção do método de tratamento e análise dos dados a aplicar. De acordo com a descrição anterior, é possível constatar que todas as variáveis em estudo são qualitativas, à exceção da variável “idade”.

Deste modo, para cada uma das variáveis em estudo, foi realizada uma análise univariada, através da verificação das frequências absolutas e relativas. Apesar da variável “idade” ser quantitativa, optou-se por não realizar qualquer tipo de análise estatística adicional, considerando que esta não traria informação relevante para os objetivos traçados.

5.6. Aspetos legais e éticos

O tratamento de dados pessoais coloca questões morais e éticas e obriga ao cumprimento dos termos legais em vigor. Com base neste pressuposto, a recolha dos dados no centro hospitalar só teve início após a obtenção da autorização por parte da Comissão de Ética hospitalar (Anexo I), no sentido de garantir a confidencialidade dos dados obtidos e o seu uso exclusivo para fins académicos, assim como da homologação por parte do Conselho de Administração (Anexo II).

Tendo em conta que os dados para este estudo foram recolhidos diretamente na base de dados hospitalar, mantendo o anonimato dos doentes cujos episódios acabaram por ser selecionados, foi dispensada a existência de um consentimento informado ao doente.

6. RESULTADOS

Os dados fornecidos pela UAG de Cirurgia, em ficheiro Excel®, continham todos os agendamentos cirúrgicos eletivos desta unidade autónoma no período de três anos incluído neste estudo (2019, 2021 e 2022). Assim, o primeiro passo foi agrupar os agendamentos de acordo com o seu regime: ambulatorio ou convencional (Tabela 1). De seguida, foram filtrados os cancelamentos de cirurgia convencional, uma vez que apenas estes importam para a temática em estudo (Tabela 2).

Tabela 1 – Agendamentos cirúrgicos em regime ambulatorio e convencional

ANO	AMBULATORIO	CONVENCIONAL	TOTAL
2019	31946	27942	59888
2021	34385	25860	60245
2022	38633	26662	65295

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

Tabela 2 – Agendamentos cirúrgicos e cancelamentos em regime convencional

ANO	AGENDAMENTOS	CANCELAMENTOS	TAXA CANCELAMENTO (%)
2019	27942	8936	31,98 %
2021	25860	7049	27,26 %
2022	26662	7756	29,09 %
TOTAL	80464	23741	29,51 %

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

As taxas de cancelamento apresentadas na Tabela 2 refletem a taxa global de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais. Da análise dos dados, importa agora distinguir aqueles que são os cancelamentos de cirurgia eletiva convencional no próprio dia. Deste modo, tendo em conta a definição de cancelamento no próprio dia, foram selecionados os episódios cuja data do agendamento e a data de cancelamento coincidiam e os episódios cujo cancelamento foi realizado nas 24 horas que antecederam a data do agendamento cirúrgico.

Utilizando no Excel® uma fórmula que permite identificar células idênticas, foi possível detectar automaticamente 2459, 1924 e 2191 episódios de cancelamento de cirurgia eletiva convencional no próprio dia, nos anos de 2019, 2021 e 2022, respectivamente. No entanto, ficaram por incluir os episódios cujo cancelamento tenha sido realizado nas 24 horas que antecederam a data do agendamento cirúrgico. Assim, tiveram de ser analisados individualmente os restantes 17167 episódios de cancelamento de cirurgia eletiva convencional para determinar se cumprem, ou não, este critério de inclusão.

Através desta análise detalhada, foi possível constatar que alguns dos cancelamentos, apesar de terem sido realizados em data posterior à data do agendamento cirúrgico, apresentavam motivos que os permitia ser incluídos na categoria dos cancelamentos no próprio dia.

Assim, para a análise destes 17167 episódios, foram definidos como critérios de inclusão:

- Cancelamento nas 24 horas anteriores à data do agendamento cirúrgico;
- Cancelamento após a data do agendamento cirúrgico com um dos seguintes motivos:
 - Atraso da operação anterior;
 - Ausência de vaga de UCI;
 - Ausência de vaga de recobro;
 - Faltou a cirurgia;
 - Indisponibilidade de enfermeiros, indisponibilidade da equipa ou indisponibilidade de anestesista, quando especificado em observações “greve”.

Os resultados obtidos após a aplicação destes critérios de inclusão encontram-se detalhados na tabela seguinte.

Tabela 3 – Cirurgias agendadas e cancelamentos no próprio dia em regime convencional

ANO	AGENDAMENTOS	CANCELAMENTOS PRÓPRIO DIA	TAXA CANCELAMENTO PRÓPRIO DIA (%)
2019	27942	4693	16,80 %
2021	25860	3052	11,80 %
2022	26662	3654	13,70 %
TOTAL	80464	11399	14,17 %

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

Depois de filtrados estes episódios, que representam a amostra em estudo, foi realizada uma breve caracterização sociodemográfica (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo

GÉNERO				FAIXA ETÁRIA											
Feminino		Masculino		≤ 30]30-50]]50-65]]65-80]		>80			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
5460	47,90	5939	52,10	1214	10,65	1792	15,72	2970	26,05	3712	32,57	1711	15,01		

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

De seguida, tendo em conta que o financiamento do CHSJ se baseia num contrato-programa e que o valor do GDH cirúrgico financiado para o regime convencional nos anos de 2019, 2021 e 2022 foi de 3.090,05€, 3.730,21€ e 3.991,50€, respetivamente, foram calculadas as receitas anuais perdidas, ou seja, o valor que deixou de ser financiado ao hospital pela não realização das intervenções cirúrgicas programadas.

De salientar que não foi possível averiguar se em alguns destes cancelamentos, com motivos específicos, o doente agendado foi substituído por outro. Adicionalmente, não foram contabilizados os custos com análises, exames e internamento pré-operatórios.

Os valores obtidos podem ser consultados na tabela seguinte.

Tabela 5 – Receita perdida pelo cancelamento das cirurgias eletivas convencionais no próprio dia

	2019	2021	2022
Cancelamentos Próprio Dia	4693	3052	3654
Valor GDH Cirurgia Convencional (€)	3.090,05 €	3.730,21 €	3.991,50 €
Receita Anual Perdida (€)	14.501.604,65 €	11.384.600,92 €	14.584.941,00 €
RECEITA TOTAL PERDIDA	40.471.146,57 €		

Fonte: Elaboração própria com base nos dados SPCG

Os valores apresentados na Tabela 5, que estimam uma receita total perdida para os três anos superior a 40.000.000€, são reveladores da pertinência da temática em estudo.

Posteriormente, foi realizada uma análise pormenorizada para cada um dos anos incluídos neste estudo, com o cálculo do número de agendamentos cirúrgicos, do número de cancelamentos no próprio dia e da taxa de cancelamento de cirurgia eletiva convencional no próprio dia, por especialidade.

Os resultados desta análise estão expostos nas tabelas seguintes.

Tabela 6 – Cancelamentos de cirurgia eletiva convencional no próprio dia, por especialidade, no ano de 2019

2019			
ESPECIALIDADE	AGENDAMENTOS	CANCELAMENTOS	TAXA (%)
Anestesiologia	48	3	6,25%
Cirurgia Cardiorádica	2248	395	17,57%
Cirurgia Geral	5980	1149	19,21%
Cirurgia Maxilofacial	572	90	15,73%
Cirurgia Pediátrica	599	65	10,85%
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1250	184	14,72%
Cirurgia Vasculard	2251	591	26,25%
Estomatologia	222	47	21,17%
Ginecologia	1003	81	8,08%
Nefrologia	279	1	0,36%
Neurocirurgia	1852	364	19,65%
Obstetrícia	270	17	6,30%
Oftalmologia	991	201	20,28%
Ortopedia e Traumatologia	4908	895	18,24%
Otorrinolaringologia	2405	218	9,06%
Urologia	3064	392	12,79%
TOTAL	27942	4693	16,80%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

Tabela 7 – Cancelamentos de cirurgia eletiva convencional no próprio dia, por especialidade, no ano de 2021

2021			
ESPECIALIDADE	AGENDAMENTOS	CANCELAMENTOS	TAXA (%)
Anestesiologia	38	5	13,16%
Cirurgia Cardiorácica	2074	231	11,14%
Cirurgia Geral	4132	335	8,11%
Cirurgia Maxilofacial	533	74	13,88%
Cirurgia Pediátrica	477	36	7,55%
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1488	93	6,25%
Cirurgia Vascular	2226	518	23,27%
Estomatologia	396	59	14,90%
Ginecologia	847	46	5,43%
Nefrologia	275	0	0,00%
Neurocirurgia	1630	233	14,29%
Obstetrícia	232	8	3,45%
Oftalmologia	1092	284	26,01%
Ortopedia e Traumatologia	5489	845	15,39%
Otorrinolaringologia	1953	118	6,04%
Urologia	2978	167	5,61%
TOTAL	25860	3052	11,80%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

Tabela 8 – Cancelamentos de cirurgia eletiva convencional no próprio dia, por especialidade, no ano de 2022

2022			
ESPECIALIDADE	AGENDAMENTOS	CANCELAMENTOS	TAXA (%)
Anestesiologia	34	5	14,71%
Cirurgia Cardiorádica	2103	277	13,17%
Cirurgia Geral	4699	466	9,92%
Cirurgia Maxilofacial	454	90	19,82%
Cirurgia Pediátrica	529	57	10,78%
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1828	161	8,81%
Cirurgia Vasculal	1246	240	19,26%
Estomatologia	399	76	19,05%
Ginecologia	945	73	7,72%
Nefrologia	192	0	0,00%
Neurocirurgia	1662	312	18,77%
Obstetrícia	249	19	7,63%
Oftalmologia	865	128	14,80%
Ortopedia e Traumatologia	6457	1303	20,18%
Otorrinolaringologia	1843	191	10,36%
Urologia	3157	256	8,11%
TOTAL	26662	3654	13,70%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

A Figura 1 apresenta uma análise comparativa das taxas de cancelamento de cirurgia eletiva convencional no próprio dia por especialidade no período de três anos.

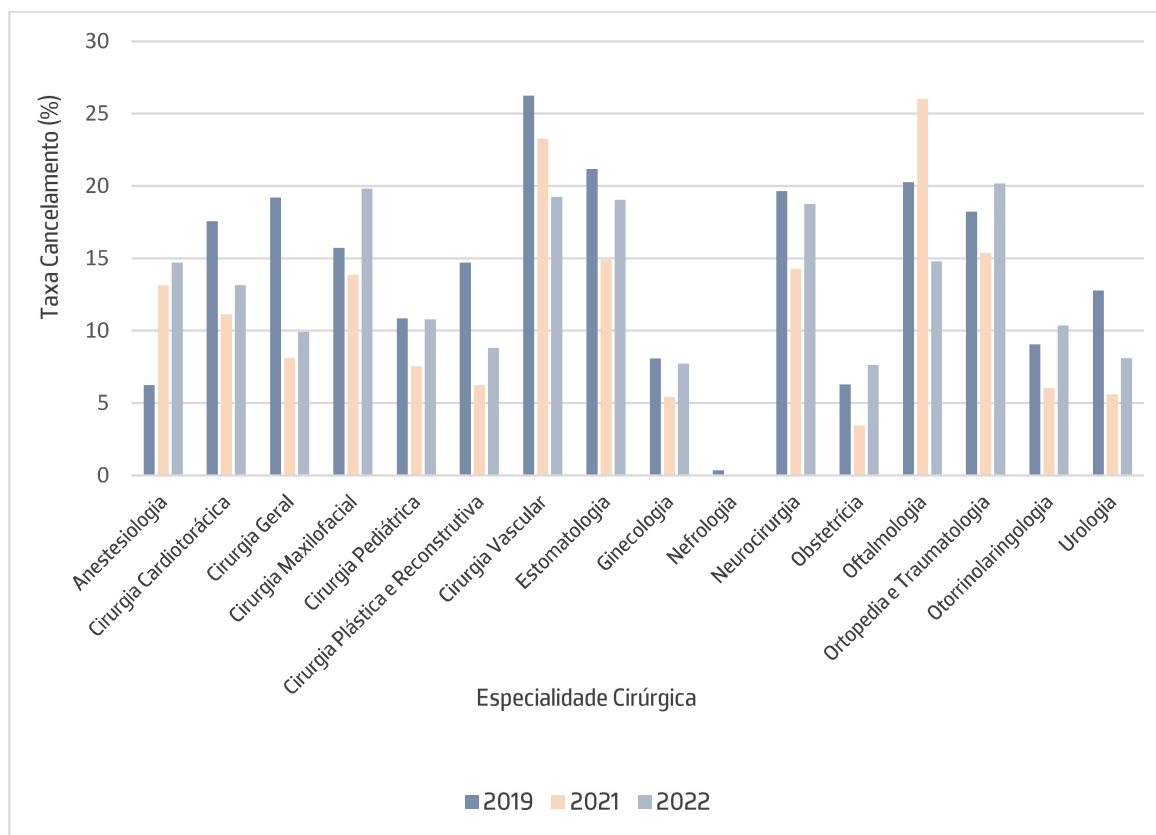


Figura 1 – Análise comparativa das taxas (%) de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, por especialidade, no período de três anos

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

De acordo com estes dados, que mais à frente no trabalho serão analiticamente avaliados, as especialidades que apresentaram ao longo dos três anos taxas de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia consistentemente mais elevadas foram: a Cirurgia Vascular, a Estomatologia e a Neurocirurgia. As especialidades de Oftalmologia e Ortopedia e Traumatologia apresentaram taxas entre as mais elevadas em apenas dois dos três anos em estudo e as especialidades de Cirurgia Geral e Cirurgia Maxilofacial em apenas um dos três anos estudados.

Em sentido oposto, as especialidades que apresentaram taxas de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia mais baixas foram a Nefrologia, a Obstetrícia e a Ginecologia.

Seguiu-se uma análise da frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia identificados, cujos valores podem ser consultados na Tabela 9.

Tabela 9 – Frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia identificados em cada um dos anos

MOTIVO DO CANCELAMENTO	2019	2021	2022
Alteração do estado do doente	791	909	1037
Atraso da operação anterior	1029	667	519
Ausência de vaga de UCI	64	33	24
Ausência de vaga de internamento	28	6	32
Ausência de vaga de recobro	28	7	9
Ausência de vaga de cuidados intermédios	1	3	0
Cancelamento agendamento de suplente	91	75	25
Contingência	0	7	18
Deficit de estruturas de apoio	102	11	10
Doente suplente não viável	13	4	4
Erro administrativo	361	187	323
Falecido	8	8	6
Falência equipamento	8	9	3
Falta de material	18	19	14
Falta de sangue	2	0	2
Faltou a cirurgia	151	105	82
Indisponibilidade de anestesista	78	8	18
Indisponibilidade da equipa	209	24	101
Indisponibilidade da sala	51	65	56
Indisponibilidade de enfermeiros	356	1	92
Outros (especificar em observações)	523	196	299
Reagendamento por necessidades clínicas urgentes	616	627	851
Recusa do utente com motivo plausível	116	55	76
Recusa do utente sem motivo plausível	49	26	53
TOTAL	4693	3052	3654

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

Adicionalmente, de modo a facilitar a sua análise comparativa, foi elaborado um gráfico demonstrativo com estes dados que a seguir se expõe (Figura 2).

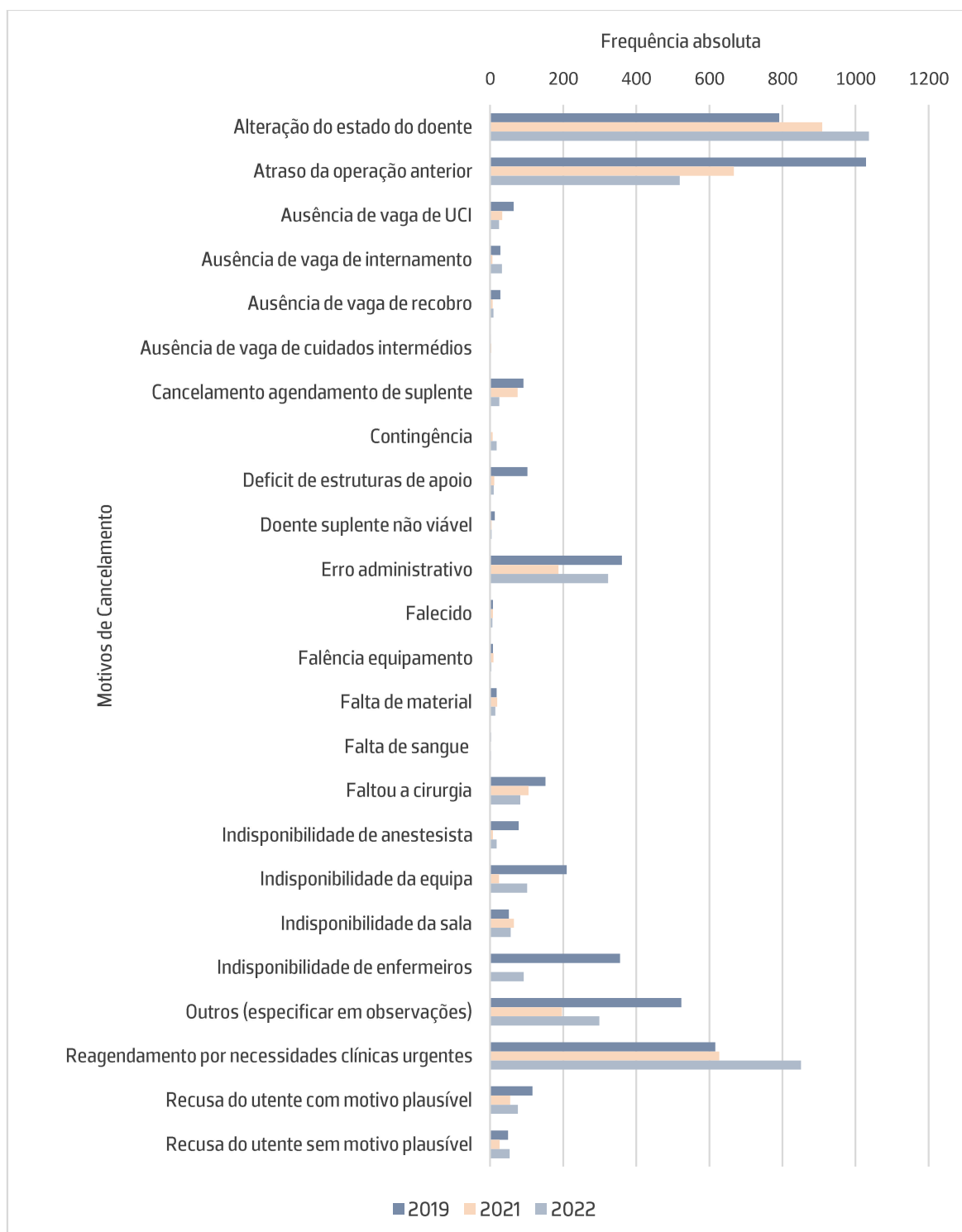


Figura 2 – Análise comparativa da frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia no período de três anos

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

Da análise da Figura 2, é possível verificar que ao longo dos três anos os principais motivos de cancelamento de cirurgia eletiva convencional no próprio dia foram sempre os mesmos. A tabela 10 compila os cinco principais motivos de cancelamento em cada um dos anos que cobrem, aproximadamente, 70% a 80% dos cancelamentos registados.

Tabela 10 – Comparação dos cinco motivos mais frequentes de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia por ano

ANO	POSIÇÃO	MOTIVO DE CANCELAMENTO	N	%
2019	1º	Atraso da operação anterior	1029	21,93 %
	2º	Alteração do estado do doente	791	16,85 %
	3º	Reagendamento por necessidades clínicas urgentes	616	13,13 %
	4º	Outros (especificar em observações)	523	11,14 %
	5º	Erro administrativo	361	7,69 %
	TOTAL			3320
2021	1º	Alteração do estado do doente	909	29,78 %
	2º	Atraso da operação anterior	667	21,85 %
	3º	Reagendamento por necessidades clínicas urgentes	627	20,54 %
	4º	Outros (especificar em observações)	196	6,42 %
	5º	Erro administrativo	187	6,13 %
	TOTAL			2586
2022	1º	Alteração do estado do doente	1037	28,38 %
	2º	Reagendamento por necessidades clínicas urgentes	851	23,29 %
	3º	Atraso da operação anterior	519	14,20 %
	4º	Erro administrativo	323	8,84 %
	5º	Outros (especificar em observações)	299	8,18 %
	TOTAL			3029

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

Apesar de a análise dos “motivos” de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia por especialidade não fazer parte dos objetivos iniciais traçados, optou-se pela sua realização para as especialidades de Cirurgia Vascular, Estomatologia e Neurocirurgia, por serem as que apresentaram consistentemente taxas de cancelamento entre as mais elevadas.

A tabela seguinte, visa identificar apenas o motivo de maior prevalência, por ano, em cada uma delas.

Tabela 11 – Frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia identificados em cada um dos anos, por especialidade

MOTIVO DO CANCELAMENTO	C. VASCULAR			ESTOMATOLOGIA			NEUROCIRURGIA		
	2019	2021	2022	2019	2021	2022	2019	2021	2022
Alteração do estado do doente	83	93	59	<u>11</u>	<u>19</u>	<u>31</u>	17	23	24
Atraso da operação anterior	<u>264</u>	<u>234</u>	<u>89</u>	1	3	10	48	39	45
Ausência de vaga de UCI	1	1	3	1	1	0	10	12	8
Ausência de vaga de internamento	12	1	1	3	0	2	0	0	0
Ausência de vaga de recobro	3	0	0	1	0	0	0	0	0
Ausência de vaga de cuidados intermédios	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Cancelamento agendamento de suplente	61	69	15	0	0	0	0	1	0
Contingência	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Deficit de estruturas de apoio	4	4	1	0	0	0	0	0	0
Doente suplente não viável	0	1	0	0	0	0	7	2	3
Erro administrativo	14	6	5	6	11	9	<u>138</u>	<u>78</u>	<u>100</u>
Falecido	0	5	2	0	1	1	2	0	0
Falência equipamento	0	0	0	3	0	1	0	0	0
Falta de material	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Falta de sangue	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Faltou a cirurgia	12	12	4	3	8	1	1	0	0
Indisponibilidade de anestesista	5	0	0	2	1	2	4	0	0
Indisponibilidade da equipa	47	2	3	4	7	4	7	0	7
Indisponibilidade da sala	0	6	0	9	6	5	0	0	2
Indisponibilidade de enfermeiros	15	1	3	1	0	5	13	0	9
Outros (especificar em observações)	18	12	18	0	0	2	18	12	24
Reagendamento por necessidades clínicas urgentes	36	61	31	1	0	0	95	63	83
Recusa do utente com motivo plausível	14	8	6	1	2	1	3	2	3
Recusa do utente sem motivo plausível	1	0	0	0	0	2	0	0	2
TOTAL	591	518	240	47	59	76	364	233	312

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

Da sua análise, podemos concluir que o principal motivo de cancelamento identificado difere entre as três especialidades, mas é consistente para cada uma delas. Ou seja, ao longo dos três anos incluídos neste estudo o principal motivo de cancelamento para cada uma destas especialidades foi o mesmo.

Assim, os motivos identificados para as especialidades de Cirurgia Vasculuar, Estomatologia e Neurocirurgia foram o “Atraso da operação anterior”, a “Alteração do estado do doente” e o “Erro administrativo”, motivos de cancelamento que vão de encontro aos já identificados anteriormente.

A Tabela 12 apresenta uma análise mais pormenorizada destes motivos.

Tabela 12 – Frequências, absoluta e relativa, do principal motivo de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia identificado, por especialidade

ESPECIALIDADE	PRINCIPAL MOTIVO IDENTIFICADO	2019		2021		2022	
		N	%	N	%	N	%
Cirurgia Vasculuar	Atraso da operação anterior	264	44,67 %	234	45,17 %	89	37,08 %
Estomatologia	Alteração do estado do doente	11	23,40 %	19	32,20 %	31	40,79 %
Neurocirurgia	Erro administrativo	138	37,91 %	78	33,48 %	100	32,05 %

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

De seguida, procedeu-se à classificação dos motivos mais frequentes em “Potencialmente evitáveis” ou “Inevitáveis/Imprevisíveis” (Tabela 13).

Tabela 13 – Classificação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais mais frequentes

MOTIVO DE CANCELAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
Atraso da operação anterior	Potencialmente evitável
Alteração do estado do doente	Inevitável/Imprevisível
Reagendamento por necessidades clínicas urgentes	Potencialmente evitável
Outros (especificar em observações)	Inevitável/Imprevisível
Erro administrativo	Potencialmente evitável

Fonte: Elaboração própria

Por último, de acordo com o manual do SIGIC, independentemente de cada entidade hospitalar possuir uma nomenclatura própria, os motivos de cancelamento devem ser relacionados com as quatro categorias de cancelamento definidas.

No entanto, dos dados fornecidos pela UAG de Cirurgia constavam apenas três destas categorias: “Motivos clínicos”, “Responsabilidade do utente por motivos não clínicos” e “Responsabilidade da instituição hospitalar”. A categoria “Responsabilidade de terceiros”, que deveria incluir as greves, não é utilizada pelo CHUSJ, sendo os cancelamentos cirúrgicos relacionados com a indisponibilidade dos profissionais atribuída à categoria “Responsabilidade da instituição hospitalar”.

A tabela seguinte apresenta as frequências, absoluta e relativa, das categorias utilizadas.

Tabela 14 – Frequências, absoluta e relativa, das categorias de cancelamento fornecidas pelo manual do SIGIC em cada um dos anos

CATEGORIA MANUAL SIGIC	2019		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%
Motivos clínicos	1938	41,30 %	1740	57,02 %	2193	60,02 %
Responsabilidade do utente por motivos não clínicos	316	6,73 %	186	6,09 %	211	5,77 %
Responsabilidade da instituição Hospitalar	2439	51,97 %	1126	36,89 %	1250	34,21 %
TOTAL	4693	100 %	3052	100 %	3654	100 %

Fonte: Elaboração própria com base nos dados BI/SONHO®

7. DISCUSSÃO

O processo de obtenção da listagem dos episódios de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia não foi tão linear como inicialmente se julgava. No entanto, da análise exaustiva dos dados fornecidos resultou a detecção de algumas desconformidades no SI, passíveis de propostas de melhoria.

A primeira desconformidade diz respeito ao não cumprimento do prazo de 10 dias úteis para o cancelamento do agendamento cirúrgico, como determina o manual do SIGIC, que se verificou em alguns episódios. Deveria ser reforçada junto dos profissionais a necessidade de introduzir estes dados no prazo estipulado.

Outra inconformidade detetada foi a utilização do motivo de cancelamento “Atraso da operação anterior” dias e até semanas antes da data do agendamento cirúrgico. Não deveria ser permitida a introdução deste motivo em data prévia à do agendamento.

Adicionalmente, foi possível verificar que na maioria das vezes em que o motivo de cancelamento “Outros (especificar em observações)” foi utilizado, as observações encontravam-se em branco. O SI não deveria permitir avançar com o cancelamento sem o preenchimento obrigatório deste campo, porque de outro modo ficamos sem saber qual o verdadeiro motivo da sua utilização.

Finalmente, o uso de apenas três das quatro categorias de cancelamento fornecidas pelo manual do SIGIC é outra das desconformidades detetada. A categoria “Responsabilidade de terceiros” deveria ser utilizada para a classificação dos motivos de cancelamento existentes no SI hospitalar.

Passando agora para a discussão dos resultados obtidos, será interessante perceber se algumas das inconformidades anteriormente descritas os condicionam.

As taxas anuais globais de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia nos anos de 2019, 2021 e 2022 foram 16,80%, 11,80% e 13,70%, respetivamente. Estes valores são consideravelmente superiores aos dos estudos internacionais desenvolvidos por Laisi *et al.* (2013) e Askari *et al.* (2020), que apresentam taxas anuais de 4,5% e 8%. No estudo nacional que se conhece, realizado por Ferreira & Boto (2021), a taxa de cancelamento de cirurgias eletivas apresentada também é inferior às deste estudo, com uma taxa anual de 2,98%.

Comparando, globalmente, a dimensão das instituições hospitalares incluídas nestes estudos, verifica-se que todas possuem uma dimensão e volume de cirurgias inferiores às do

CHUSJ. No que diz respeito à instituição hospitalar do estudo realizado em Portugal, é possível verificar que esta pertence ao grupo C do *benchmarking* da ACSS, enquanto o CHUSJ se encontra inserido no grupo E. Adicionalmente, o CHUSJ é um hospital universitário.

De acordo com a revisão integrativa da literatura realizada por Talalwah *et al.* (2018), as taxas de cancelamento podem apresentar uma grande variabilidade, com valores que oscilam entre 4,9%–39%, sendo que, genericamente, os hospitais universitários apresentam taxas mais elevadas. Esta particularidade pode justificar os valores encontrados neste estudo.

Também a revisão sistemática de Abate *et al.* (2020), que sugere uma prevalência global de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia de 18%, apresenta valores mais aproximados aos aqui obtidos.

Relativamente à perda de receita decorrente destes cancelamentos, os valores ascendem a 14.501.604,65€, 11.384.600,92€ e 14.584.941,00€, para os anos de 2019, 2021 e 2022, respetivamente, o que perfaz uma receita total perdida nos três anos de 40.471.146,57€. Estes valores refletem apenas a perda de financiamento pela não realização das intervenções cirúrgicas programadas. Ficam por calcular os custos com os dias de internamento, exames e análises pré-operatórios.

O custo diário de um dia de internamento no CHUSJ fixou-se em 2021 no valor de 692,23€². Isto significa que, se cada um destes doentes cancelados tiver permanecido no hospital pelo menos mais um dia do que o necessário, o custo nos três anos será de 7.890.729,77€. Ou seja, a perda do CHUSJ será dupla: por um lado pela perda de financiamento e por outro perda pelos custos com internamentos desnecessários, num total estimado de 48.361.876,34€.

Por outro lado, não foi possível apurar em quantos destes cancelamentos o doente foi substituído por outro. Por exemplo, nos casos de cancelamento de cirurgia eletiva convencional no próprio dia cujo motivo seja “Ausência de vaga de UCI” o doente pode ser substituído por outro, já internado, que necessite apenas de vaga de cuidados intermédios ou internamento normal para o seu período pós-operatório.

Independentemente de não conseguirem incluir todas estas variáveis, os valores apresentados são reveladores da pertinência da temática em estudo e da necessidade de otimizar os recursos disponíveis.

²Contabilidade analítica do CHUSJ relativa ao ano de 2021

Existem na literatura poucos estudos sobre a análise dos custos associados ao cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia e muita variabilidade na metodologia utilizada, o que dificulta a comparação destes valores.

Como anteriormente já referimos, relativamente às taxas de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia por especialidade, as que apresentaram ao longo dos três anos taxas de cancelamento consistentemente entre as mais elevadas foram a Cirurgia Vascular (2019 – 26,25%, 2021 – 23,27% e 2022 – 19,26), a Estomatologia (2019 – 21,17%, 2021 – 14,90% e 2022 – 19,05%) e a Neurocirurgia (2019 – 19,65%, 2021 – 14,29% e 2022 – 18,77%).

Algumas especialidades apresentaram taxas mais elevadas em apenas dois dos três anos em estudo, como é o caso da Oftalmologia (2019 – 20,28% e 2021 – 26,01%) e da Ortopedia e Traumatologia (2021 – 15,39% e 2022 – 20,18%), enquanto outras apresentaram taxas mais elevadas em apenas um dos três anos estudados, como a Cirurgia Geral (2019 – 19,21%) e a Cirurgia Maxilofacial (2022 – 19,82%).

Em oposição, as especialidades que apresentaram taxas de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia mais baixas foram a Nefrologia (2019 – 0,36%, 2021 – 0,00% e 2022 – 0,00%), a Obstetrícia (2019 – 6,30%, 2021 – 3,45% e 2022 – 7,63%) e a Ginecologia (2019 – 8,08%, 2021 – 5,43% e 2022 – 7,72%).

De acordo com a revisão sistemática de Abate *et al.* (2020), a especialidade de Ortopedia foi a que apresentou a maior taxa de cancelamentos no próprio dia, com uma taxa de 39%. Neste estudo, apesar da especialidade de Ortopedia ter apresentado taxas entre as mais elevadas nos anos de 2021 e 2022, os valores obtidos são consideravelmente inferiores.

Por outro lado, o estudo de Talalwah *et al.* (2018) aponta a especialidade de Cirurgia Geral como sendo a que apresenta, genericamente, uma maior taxa de cancelamento de cirurgias eletivas. Os resultados do presente estudo não vão de encontro a este achado, com a especialidade de Cirurgia Geral a fazer parte das especialidades com taxas de cancelamento entre as mais elevadas apenas no ano de 2019.

O estudo de Ferreira e Boto revela taxas de cancelamento mais elevadas nas especialidades de Oftalmologia (44,68%), Estomatologia (8,11%) e Ortopedia (3,14%). Estas especialidades surgem também como as que apresentaram taxas mais elevadas neste estudo, apesar dos valores obtidos serem inferiores para a especialidade de Oftalmologia e superiores para as especialidades de Estomatologia e Ortopedia. Por outro lado, relativamente

às especialidades com menores taxas de cancelamento, o estudo aponta a especialidade de Cirurgia Plástica (1,40%) como sendo a que apresentou uma taxa mais baixa de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia. Ora, os resultados obtidos no presente estudo não vão de encontro a esta conclusão, embora esta especialidade tenha registado taxas relativamente mais baixas do que outras valências cirúrgicas.

Passando agora para a análise dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, os dados revelam que ao longo dos três anos os cinco principais motivos de cancelamento foram os mesmos, cobrindo cerca de 70%–80% do total de cancelamentos. Os principais motivos identificados foram: “Atraso da operação anterior” (21,93%, 21,85% e 14,20%), “Alteração do estado do doente” (16,85%, 29,78% e 28,38%), “Reagendamento por necessidades clínicas urgentes” (13,13%, 20,54% e 23,29%), “Outros (especificar em observações)” (11,14%, 6,42% e 8,18%) e “Erro administrativo” (7,69%, 6,13% e 8,84%).

Importa ressaltar que as nomenclaturas utilizadas para os motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia diferem entre as diferentes unidades hospitalares, o que pode dificultar a análise comparativa dos dados.

A “Falta de tempo cirúrgico/operatório”, que se pressupõe ser decorrente do “Atraso das cirurgias anteriores”, é frequentemente apontada como um dos principais motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia, com taxas que variam entre 23% (Abate *et al.*, 2020) e os 78% (Talalwah *et al.*, 2018). Estes achados corroboram os obtidos neste trabalho, com o “Atraso da operação anterior” a figurar entre os motivos de cancelamento mais prevalentes, apesar das taxas não serem tão elevadas.

Os motivos de cancelamento “Alteração do estado de saúde” e “Doente sem condições cirúrgicas”, que se presume serem o equivalente ao motivo “Alteração do estado do doente”, surgem entre os mais comuns com taxas de 18,8% (Ferreira & Boto, 2021) e 15,6% (Laisi *et al.*, 2013), respetivamente. Estes valores também vão de encontro aos obtidos neste estudo.

Relativamente aos motivos de cancelamento “Outros (especificar em observações)” e “Erro administrativo” não existem na literatura dados que permitam comparar a sua prevalência. Adicionalmente, fica por apurar se o não cumprimento do prazo de 10 dias úteis para a introdução do motivo de cancelamento no SI poderá ter induzido a utilização destes motivos mais genéricos.

Da classificação dos motivos mais frequentes de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia em “Potencialmente evitável” ou “Inevitável/imprevisível”, a cargo do investigador, resultaram apenas três motivos de cancelamento “Potencialmente evitáveis”: **“Atraso da operação anterior”, “Reagendamento por necessidades clínicas urgentes” e “Erro administrativo”**.

No que diz respeito ao **“Atraso da operação anterior”**, a literatura sugere que o atraso das cirurgias é mais frequente quando são os próprios cirurgiões a realizar os agendamentos, uma vez que estes tendem a subestimar o tempo necessário para cada intervenção. A utilização de um software que calcula o tempo necessário para cada intervenção, com base na duração média dos casos similares do mesmo cirurgião, tem sido implementada em alguns centros hospitalares (Laisi *et al.*, 2013).

No CHUSJ, os agendamentos cirúrgicos são, na grande maioria, realizados pelos diretores de serviço. Os casos cirúrgicos são discutidos em reunião e agendados de acordo com o tempo previsto para cada uma das intervenções, nas condições ideais. No entanto, nem sempre tudo corre conforme o planeado e algumas cirurgias são canceladas por falta de tempo, conforme os resultados obtidos neste trabalho. Assim, parece fazer mais sentido que o tempo necessário para cada intervenção cirúrgica seja calculado com base na duração média dos casos anteriores e não na duração idealizada na ausência de intercorrências.

Para que seja possível esta análise da duração média das intervenções é fundamental a utilização da *International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification* (ICD-10-CM) e da *International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System* (ICD-10-PCS), que entraram em vigor no ano de 2017 em Portugal e são utilizadas para a codificação clínica dos diagnósticos e dos procedimentos, respetivamente

Adicionalmente, a falta de comunicação entre as diferentes equipas é apontada como uma das causas para o atraso das cirurgias. Uma comunicação pouco eficaz pode traduzir-se em propostas cirúrgicas sem consideração por todos os tempos operatórios necessários, nomeadamente técnicas anestésicas mais avançadas (Wang *et al.*, 2014).

Neste sentido, o planeamento cirúrgico deveria ser validado em conjunto com as equipas de anestesia. Só assim se poderiam confirmar as necessidades para cada doente, quer em termos de tempo como de meios. A realização de uma visita/consulta anestésica pré-operatória a todos os doentes seria indispensável para o funcionamento desta dinâmica, assim como a indicação atempada de todo o material e dispositivos cirúrgicos necessários para as

intervenções programadas. Isto permitiria a elaboração de um planeamento cirúrgico mais adequado à realidade, evitaria atrasos no início dos procedimentos e até cancelamentos por falta de condições do doente.

Sempre que seja necessária a colaboração por parte de outras especialidades, cirúrgicas ou médicas, estas também deveriam ser consultadas para a validação do planeamento cirúrgico.

Para além do atraso da intervenção cirúrgica propriamente dita, também é importante ter em consideração a hora de início da atividade cirúrgica e o tempo entre cirurgias.

Nos doentes com necessidade de vagas em recobro, cuidados intermédios ou cuidados intensivos, a confirmação de existência de vaga só é realizada no dia da intervenção. A indução anestésica só tem início após esta confirmação, que pode demorar algum tempo dependendo das vagas disponíveis. A revisão do circuito existente para os pedidos de vaga, com implementação de mecanismos que permitam uma informação mais atempada sobre a sua disponibilidade, seria fundamental para evitar atrasos no início da atividade cirúrgica.

Também a questão do material, já referida anteriormente, pode influenciar o início da indução anestésica. Deve ser garantida a disponibilidade de todo o material necessário, quer internamente como externamente no caso de material à consignação.

Quando falamos do tempo entre cirurgias, existem outros fatores a ter em consideração nomeadamente o transporte dos doentes e a higienização das salas. O transporte dos doentes, assegurado pelo assistente operacional, pode demorar algum tempo dependendo da distância da unidade de destino, do número de elevadores necessários para lá chegar e sobretudo dos recursos humanos disponíveis, que nem sempre são assegurados de forma eficaz. A higienização das salas, já por si um processo minucioso e demorado, pode em situações particulares requerer procedimentos de maior rigor, como é o caso de algumas intervenções "mais sujas" cujo potencial de infeção é elevado.

Todos os fatores anteriormente descritos contribuem para o elevado número de cancelamentos pelo motivo "Atraso da operação anterior" encontrados. Mas, para além disso, existe ainda a falta de motivação por parte da generalidade dos profissionais de saúde. A baixa remuneração, a falta de progressão nas carreiras e a ausência de incentivos de produção em nada contribuem para a disponibilidade dos profissionais em sair mais tarde para cumprir o plano cirúrgico. Provavelmente, se estes se sentissem mais valorizados teriam outra flexibilidade, o que não invalida que devam ser tomadas todas as diligências necessárias para que o plano cirúrgico seja cumprido no tempo estipulado.

Passando agora ao “Reagendamento por necessidades clínicas urgentes”, não podemos incluir nos “Potencialmente evitáveis” os reagendamentos realizados em consequência do agravamento clínico em doentes internados, uma vez que estes têm caráter imprevisível. Os únicos reagendamentos por necessidades clínicas urgentes “Potencialmente evitáveis” dizem respeito a doentes que dão entrada pela urgência e que, em condições normais, deveriam ser intervencionados nesse bloco operatório e não em blocos eletivos.

Existem no Serviço de Urgência (SU) do CHUSJ três salas operatórias disponíveis para a realização de intervenções cirúrgicas emergentes, que em princípio seriam suficientes para suprir as necessidades das diferentes especialidades cirúrgicas. Na realidade, esta capacidade instalada nem sempre se revela suficiente. Numa primeira análise, o aumento do número de salas no bloco operatório do SU parece ser uma medida razoável. No entanto, é fundamental ter em consideração o custo-benefício de uma medida desta grandeza, já que a implementação de uma nova sala para a realização de procedimentos cirúrgicos acarreta uma série de custos com meios humanos e materiais. Talvez mais importante do que em primeira linha “aumentar” a capacidade instalada, será “aproveitar” melhor a capacidade já existente, aperfeiçoando os circuitos de doentes, fluxo de informação e os processos de logística.

A falta de disponibilidade de sala não é o único responsável pela alocação dos doentes do SU para os blocos operatórios com atividade programada. Em casos muito particulares, o SU pode não ter à disposição o material mais indicado e/ou as tecnologias mais inovadoras. Por exemplo, para a clipagem de Aneurismas, os microscópios existentes no bloco operatório do Serviço de Neurocirurgia são muito mais avançados do que os do SU. Por este motivo, sempre que possível, este procedimento é realizado no Serviço de Neurocirurgia, o que implica o reagendamento dos doentes programados. Contudo, convém ressaltar, que em caso de risco de vida imediato os cirurgiões atuam prontamente utilizando os meios que têm à sua disposição no SU.

Mais uma vez, deve ser levantada a questão do custo-benefício da aquisição de material de ponta, que acarreta custos muito elevados, para utilização em casos pontuais. Será que o custo do cancelamento de algumas cirurgias programadas justifica a aquisição de material tão dispendioso?

Numa altura em que os recursos são escassos e a saúde tem preços elevados, os princípios gerais da avaliação económica são uma ferramenta fundamental para auxiliar a tomada de decisão. No entanto, a aplicação de um valor monetário à saúde é controversa. Nesse sentido,

é nosso entendimento que o investimento numa nova sala e/ou em tecnologia de ponta para o bloco operatório do SU deve ter em consideração, não só, fatores económicos, mas também que essa alocação de recursos, por via do custo de oportunidade que gera, não coloque em causa outras prioridades clínicas de investimento. É bom não esquecer que é o hospital que tem um SU e não a urgência que tem um hospital. Só através de uma análise exaustiva das necessidades, e depois de estarem esgotadas medidas de organização internas capazes de melhorar a capacidade de oferta de cuidados, será possível determinar se estes investimentos no SU serão viáveis ou não, caso contrário podem ser desperdiçados recursos importantes sem atingir o resultado pretendido.

Para a realização desta análise seria fundamental, em primeiro lugar, determinar o número exato de cancelamentos decorrentes de cada um destes motivos. Após a introdução do motivo de cancelamento "Reagendamento por necessidades clínicas urgentes" no SI, a especificação em "Observações" de um motivo mais concreto poderia ser útil para esta pesquisa.

O terceiro motivo de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia "Potencialmente evitável" identificado foi o "Erro administrativo". Tendo em conta que os agendamentos/cancelamentos cirúrgicos são realizados pelos assistentes técnicos, foram consultados quatro profissionais desta categoria na tentativa de perceber em que circunstâncias era utilizado este motivo de cancelamento. De acordo com a informação colhida, foi possível verificar que os verdadeiros erros administrativos, que incluem agendamentos duplicados, agendamentos no dia errado, agendamentos na sala errada e agendamentos com procedimento errado, representam uma pequena percentagem dos cancelamentos realizados por este motivo.

Foram relatadas algumas situações particulares em que, por exemplo, o cirurgião pediu ao assistente técnico para cancelar um agendamento porque o doente estava com febre no dia da cirurgia e o motivo selecionado no SI foi "Erro administrativo", quando nestas circunstâncias deveria ter sido selecionado o motivo "Alteração do estado do doente". Outra das situações descrita foi um pedido de cancelamento do agendamento por parte de um cirurgião porque teria de intervencionar outro doente, também internado, com agudização do seu estado clínico. Mais uma vez, o motivo de cancelamento inserido no SI foi "Erro administrativo", quando deveria ter sido "Reagendamento por necessidades clínicas urgentes".

As duas situações descritas anteriormente representam uma pequena amostra do leque variado de casos em que o cancelamento foi realizado pelo motivo errado. Nesse sentido,

deveria ser reforçada junto destes profissionais a necessidade de introduzir o motivo de cancelamento correto no SI. Adicionalmente, seria importante que todos os colaboradores tivessem mais formação sobre toda a dinâmica de gestão dos doentes inscritos para cirurgia, de modo a adotar medidas corretas na cadeia de registos, o que nem sempre acontece.

Em alternativa, para evitar a necessidade de uma análise crítica para a identificação do motivo de cancelamento por parte do assistente técnico, o próprio cirurgião poderia indicar inequivocamente o motivo de cancelamento a ser selecionado no SI.

Por último, da análise da frequência das categorias do manual do SIGIC é possível constatar que, nos anos de 2021 e 2022, a categoria “Motivos clínicos” foi a mais utilizada com taxas de 57,02% e 60,02%, respetivamente. Em 2019, a categoria “Responsabilidade da instituição hospitalar” foi a que obteve um valor mais elevado com uma taxa de 51,97%.

Conforme referido anteriormente, a categoria “Responsabilidade de terceiros”, que deveria incluir as greves, não é utilizada por esta instituição hospitalar. Talvez a falta no SI de um motivo de cancelamento específico para as greves possa dificultar esta classificação. Através da análise pormenorizada dos dados foi possível perceber que as greves dos profissionais de saúde se encontravam incluídas nos motivos “Indisponibilidade de anestesia”, “Indisponibilidade da equipa” e “Indisponibilidade de enfermeiros”, com referência às greves apenas nas observações.

Os resultados das frequências absolutas dos motivos de cancelamento para o ano de 2019 permitem identificar valores para os motivos “Indisponibilidade da equipa” e “Indisponibilidade de enfermeiros” de 209 e 356, respetivamente. Estes valores são significativamente superiores aos encontrados nos anos de 2021 (24 e 1) e 2022 (101 e 92).

O ano de 2019 foi pautado por uma luta intensa dos sindicatos de enfermagem pela valorização desta categoria profissional, com exigências de revisão da grelha salarial e a contagem de pontos para a progressão na carreira. As falhas sucessivas nas negociações com o governo motivaram a realização de várias greves ao longo de todo o ano.

A criação no SI do motivo de cancelamento “Greve” permitiria uma fácil identificação e inclusão destes episódios na categoria “Responsabilidade de terceiros”. Deste modo, a responsabilidade não seria atribuída à instituição hospitalar, que em boa verdade não tem qualquer controlo sobre esta situação.

8. CONCLUSÃO

A melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados assume grande centralidade junto das instituições hospitalares. A gestão eficiente e a maximização da ocupação dos blocos operatórios são fundamentais para assegurar o tratamento atempado dos doentes.

O cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia representa um problema crucial das organizações de saúde. Assim, o objetivo principal deste trabalho era identificar os motivos destes cancelamentos, com a finalidade de planear estratégias preventivas para os potencialmente evitáveis.

Os resultados obtidos revelam taxas de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia de 16,80%, 11,80% e 13,70%, nos anos de 2019, 2021 e 2022, respetivamente.

Ao longo dos três anos, os cinco principais motivos de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia identificados foram: "Atraso da operação anterior" (21,93%, 21,85% e 14,20%), "Alteração do estado do doente" (16,85%, 29,78% e 28,38%), "Reagendamento por necessidades clínicas urgentes" (13,13%, 20,54% e 23,29%), "Outros (especificar em observações)" (11,14%, 6,42% e 8,18%) e "Erro administrativo" (7,69%, 6,13% e 8,84%).

Da classificação dos motivos mais frequentes de cancelamento de cirurgias eletivas convencionais no próprio dia resultaram apenas três "Potencialmente evitáveis": "Atraso da operação anterior", "Reagendamento por necessidades clínicas urgentes" e "Erro administrativo".

A análise dos dados inicialmente fornecidos, em conjunto como os resultados obtidos, permitiram delinear algumas recomendações/sugestões de melhoria em diferentes áreas, que a seguir se sintetizam:

- Investir na formação de todos os colaboradores sobre a dinâmica do processo de gestão dos doentes inscritos para cirurgia, de modo a evitar erros e desconformidades que comprometam os resultados de avaliação da produção/rentabilidade dos blocos operatórios;
- Reforçar junto dos profissionais a necessidade de realizar o cancelamento no prazo máximo de 10 dias úteis;

- Utilizar a categoria “Responsabilidade de Terceiros” em caso de “Greve”, motivo que deve ser criado especificamente no SI;
- Não permitir a utilização do motivo “Atraso da operação anterior” em data prévia à do agendamento;
- Não permitir o cancelamento sem antes se proceder ao preenchimento obrigatório do campo “Observações”, com a utilização do motivo “Outros (especificar em observações)”;
- Monitorizar de forma permanente a taxa de cancelamento cirúrgico, constituindo este um indicador de eficiência na avaliação de desempenho do serviço e do hospital, designadamente cancelamentos decorrentes da indisponibilidade de sala no SU e da falta de material/tecnologia;
- Proceder ao agendamento cirúrgico com base na duração média dos casos anteriores através de programa informático dedicado à gestão dos blocos operatórios, por forma a evitar o cancelamento por falta de tempo;
- Validar o plano cirúrgico em conjunto com a equipa de anestesia, bem assim como todas as outras especialidades, sempre que seja necessária a sua colaboração;
- Realizar visita/consulta anestésica pré-operatória a todos os doentes e sempre que possível pelo anestesiológico presente na cirurgia, evitando cancelamentos por divergências de avaliação sobre o estado de saúde do doente;
- Rever o circuito de informação dos pedidos de vagas para recobro, cuidados intermédios e cuidados intensivos, evitando o cancelamento por falta deste tipo de cuidados;
- Reforçar os recursos humanos disponíveis para o transporte dos doentes e higienização das salas, encurtando os tempos de espera improdutivos e aumento a eficácia da atividade;
- Introduzir incentivos de produção como forma de motivar as equipas para maximizar a produtividade dos profissionais (por exemplo, última cirurgia em produção adicional).

A implementação das propostas anteriormente mencionadas poderá ser um instrumento para mitigar ou eliminar algumas das causas que determinam os cancelamentos cirúrgicos, ajudando a melhorar os níveis de qualidade e eficiência hospitalar.

Numa época em que a saúde está na mira de todos, políticos, profissionais de saúde, doentes e cidadãos; em que os recursos técnicos, financeiros e humanos que o SNS necessita para cumprir o seu objetivo são manifestamente insuficientes e, finalmente, porque os acionistas do nosso SNS, que são os contribuintes, não devem ser mais onerados em termos de impostos, urge promover políticas de saúde focadas na eficácia dos cuidados e na eficiência dos recursos utilizados, de modo a garantir aos doentes cuidados em tempo oportuno, de qualidade e a um custo comportável.

Para isso, tudo temos de fazer para responder a este desafio, podendo este trabalho ser um pequeno contributo para o diagnóstico e tratamento de uma problemática muito particular do SNS, relacionada com o “cancelamento cirúrgico”, sobretudo devido às implicações que tem na organização das unidades de saúde, no acesso dos doentes aos cuidados e aos efeitos económicos que geram, o que nos deve obrigar a refletir sobre os motivos e as medidas de resolução deste problema do SNS.

Referências bibliográficas

- Abate, S., Chekole, Y., Minaye, S. & Basu, B. (2020). Global prevalence and reasons for case cancellation on the intended day of surgery: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 26, 55-63.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7440086/pdf/main.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2009). *Cálculo dos doentes equivalentes e do Índice Case-Mix*.
https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/C%C3%A1lculo%20do%20doente%20equivalente%20e%20ICM_2009_Finaln.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (2011a). *Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia*. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/sistema-integrado-de-gestao-de-inscritos-para-cirurgia-sigic/>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2011b). *Recomendações técnicas para bloco operatório*.
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-Operatorio_2011.pdf
- Antunes, E., Gonçalves, J., Santos, M., Alexandre, M. & Godinho, P. (2011). Contratualização em saúde – efetividade do Sistema de incentivos. 8º Congresso Nacional de Administração Pública, 191-217.
<http://repap.ina.pt/bitstream/10782/582/1/Contratualizacao%20em%20saude%20%20efectividade.pdf>
- Askari, A., Nunn, R., Hajuthman, W., Shehzad, K. & Riaz, A. (2012). Reasons for same-day cancellation in a dedicated day surgery hospital. *Ambulatory Surgery*, 26 (2), 30-34.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.
- Beattie, M., Shepherd, A. & Howieson, B. (2012). Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? – An integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 18 (4), 288-304.
<https://doi.org/10.1177/174498711244056>

- Bhuiyan, M., Mavhungu, R. & Machowski, A. (2017). Provision of an emergency theatre in tertiary hospitals is cost-effective: audit and cost of cancelled planned elective general surgical operations at Pietersburg Hospital, Limpopo Province, South Africa. *SAMJ*, 107 (3), 239-242. <http://www.scielo.org.za/pdf/samj/v107n3/23.pdf>
- Botazini, N. & Carvalho, R. (2017). Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Sobecc*, 22 (4), 230-244.
https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/267/pdf_1
- Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE. (2023). *Missão e valores*.
<https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/20>
- Constituição da República Portuguesa. (1976). Diário da República I Série, n.º 86.
<https://files.dre.pt/1s/1976/04/08600/07380775.pdf>
- Constituição da República Portuguesa. (1989). Diário da República I Série, n.º 155.
<https://files.dre.pt/1s/1989/07/15501/00020069.pdf>
- Costa, C., Santana R. & Boto, P. (2008). Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 67-102.
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/19701/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202008%20-%20V.%20Tematico%20n7a04%20-%20p.67-102.pdf>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). Diário da República I Série-A, n.º 109.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2.ª Série, n.º 102.
<https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 7968/2011 do Ministério da Saúde. (2011). Diário da República 2ª Série, n.º 107.
<https://files.dre.pt/2s/2011/06/107000000/2383823838.pdf>
- Despacho n.º 23825/2005 do Ministério da Saúde. (2005). Diário da República: 2.ª Série, n.º 224. <https://files.dre.pt/2s/2005/11/224000000/1625816258.pdf>
- Despacho Normativo n.º 46/97 do Ministério da Saúde. (1997). Diário da República: 1.ª Série-B, n.º 182. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1997/08/182b00/41374138.pdf>

- Dimitriadis, P., Iyer, S. & Evgeniou, E. (2013). The challenge of cancellations on the day of surgery. *International Journal of Surgery*, 11 (10), 1126–1130.
<https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2013.09.002>
- Escoval, A., Santos, A. & Barbosa, P. (2016). Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: o caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus, actas de saúde*, 10 (1), 17–27.
[https://run.unl.pt/bitstream/10362/31418/1/Escoval Tempus ASC 2016 10 1.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/31418/1/Escoval%20Tempus%20ASC%202016%2010%201.pdf)
- Fernandes, C. (2017). *Modelos de financiamento, equidade de acesso e eficiência hospitalar: um estudo em Portugal e na Suíça* [Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21636/1/Tese%20%20imprimir%20jan eiro.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21636/1/Tese%20%20imprimir%20jan%20eiro.pdf)
- Ferreira, J. (2019). *Cancelamentos no próprio dia em cirurgia convencional – da quantificação à perceção institucional* [Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório Institucional da Universidade Nova de Lisboa.
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/96278/1/RUN%20-%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Joaquim%20Manuel%20Tinoco%20Ferreira.pdf>
- Ferreira, J. & Boto, P. (2021). Cancelamentos de cirurgias eletivas no próprio dia da operação num hospital português: um ano de perspetiva. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 34 (2), 103–110.
[https://run.unl.pt/bitstream/10362/114028/1/Ferreira Acta Med Port 2021 34 2 1 03.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/114028/1/Ferreira%20Acta%20Med%20Port%202021%2034%202%20103.pdf)
- Fitzsimons, M., Dilley, J., Moser, C. & Walker, J. (2015). Analysis of 43 intraoperative cardiac surgery case cancellations. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 30 (1), 19–22. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2015.08.007>
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A. & Plessen, C. (2012). A new Pathway for elective surgery to reduce cancellation rates. *BMC Health Services Research*, 12 (154), 1–9.

- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222265/>
- Kaddoum, R., Fadlallah, R., Hitti, E., EL-Jardali, F. & El Eid, G. (2016). Causes of cancellations on the day of surgery at a tertiary teaching hospital. *BMC Health Services Research*, 16 (259), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1475-6>
- Koushan, M., Wood, L. & Greatbanks, R. (2021). Evaluating factors associated with the cancellation and delay of elective surgical procedures: A Systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 33 (2), 1-7.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab092>
- Laisi, J., Tohmo, H. & Keranen, U. (2013). Surgery cancellation on the day of surgery in same-day admission in a Finnish hospital. *Scandinavian Journal of Surgery*, 102 (3), 204-208.
<https://doi.org/10.1177/1457496913492626>
- Lei n.º 56/79 do Ministério dos Assuntos Sociais. (1979). Diário da República I Série, n.º 214.
<https://files.dre.pt/1s/1979/09/21400/23572363.pdf>
- Logarinho, J. (2012). *A experiência da Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia do Centro Hospitalar de São João E.P.E.: Modelos de gestão intermédia hospitalar* [Título de Especialista na área da Gestão das Organizações – Ramo de Unidades de Saúde, Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico do Porto.
https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1987/1/PTE_JoaoLogarinho_2012.pdf
- Marbough, D., Khaleel, I., Shanqiti, K., Tamimi, M., Simsekler, M., Ellahham, S., Alibazoglu, D. & Alibazoglu, H. (2020). Evaluating the Impact of Patient No-shows on Service Quality. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 509-517.
<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.2147/RMHP.S232114?needAccess=true&role=button>
- Martins, M. (2019). Qualidade do cuidado de saúde. In Sousa, P. & Mendes, W. (Eds), *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (pp. 24-40). Fiocruz.
<https://doi.org/10.7476/9788575416419.0004>

- Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras* [Mestrado em Gestão da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório Institucional da Universidade Nova de Lisboa.
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/9400/3/RUN%20-%20Disserta%20a7%20a3%20de%20Mestrado%20-%20Vanessa%20Mendes.pdf>
- Ministério da Saúde (2015). *Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios*.
https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf
- Norma n.º 013/2020 da Direção Geral da Saúde. (2020).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19048/norma-13-2020-covid-19-retomada-atividade-assistencial-cirurgia-eletiva-atualizada-a-23062020.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709_por.pdf
- Pohlman, G., Staulcup, S., Masterson, R. & Vemulakonda, V. (2012). Contributing factors for cancellation of outpatient pediatric urology procedures: single center experience. *The Journal of Urology*, 188 (4), 1634-1638.
<https://doi.org/10.1016/j.juro.2012.03.111>
- Portaria n.º 153/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República I Série, n.º 86.
<https://files.dre.pt/1s/2017/05/08600/0220402209.pdf>
- Portaria n.º 155/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: 1.ª Série, n.º 28.
<https://files.dre.pt/1s/2009/02/02800/0087800881.pdf>
- Portaria n.º 288/99 do Ministério da Saúde. (1999). Diário da República: I Série-B, n.º 98.
<https://files.dre.pt/1s/1999/04/098b00/22582261.pdf>
- Portaria n.º 409/90 do Ministério da Saúde. (1990). Diário da República I Série, n.º 125.
<https://files.dre.pt/1s/1990/05/12500/24082418.pdf>

- Portaria n.º 1529/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República I Série, n.º 249.
<https://files.dre.pt/1s/2008/12/24900/0904009044.pdf>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004. (2004). Diário da República I Série B, n.º 147.
<https://files.dre.pt/1s/2004/06/147b00/38463848.pdf>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002. (2002). Diário da República I Série B, n.º 121. <https://files.dre.pt/1s/2002/05/121b00/47184719.pdf>
- Sebach, A., Rockelli, L., Reddish, W., Jarosinski, J. & Dolan, C. (2015). Development of a nurse practitioner – Managed preoperative evaluation clinic within a multispecialty orthopedic practice. *The Journal of Nurse Practitioners*, 11 (9), 869–877.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.06.006>
- Simões, S. (2016). *A cirurgia de ambulatório em Portugal* [Mestrado em Decisão Económica e Empresarial, Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13164/1/DM-SPHS-2016.pdf>
- Talalwah, N. & McIltrout, K. (2019). Cancellation of surgeries: Integrative Review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34 (1), 86–96. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.012>
- Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L. & Julkunen, K. (2018). Financial cost of elective day of surgery cancellations. *Journal of Hospital Administration*, 7 (6), 30–36.
<https://doi.org/10.5430/jha.v7n6p30>
- Wang, Y., Tang, J. & Fung, R. (2014). A column-generation-based heuristic algorithm for solving operating theatre planning problem under stochastic demand and surgery cancellation risk. *International Journal of Production Economics*, 158, 28–36.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925527314002321>

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA



SÃO JOÃO

SUBMISSÃO DE PROJETO
DE INVESTIGAÇÃO PARA
PARECER E AUTORIZAÇÃO



Preenchimento em formato digital obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título do projeto: Cancelamento de Cirurgias Eletivas no Próprio Dia num Hospital do Grande Porto

Data prevista para início: 01 / 12 / 2022

Data prevista para o término: 01 / 10 / 2023

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

1. Investigador principal

Nome: Débora Miriam Oliveira Pinto

Contacto telefónico: _____ Endereço eletrónico: dop@ess.ipp.pt

Afiliação institucional: CHUSJ FMUP Outro: Escola Superior de Saúde - Politécnico Porto

Serviço/Departamento: _____

Grupo profissional: TSDT Cédula Profissional n.º: C-027445100

Formação em Boas Práticas Clínicas (GCP): Não Sim

2. Co-investigadores

Nome: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço eletrónico: _____

Afiliação institucional: _____

Grupo profissional: _____ Cédula Profissional n.º: _____

Nome: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço eletrónico: _____

Afiliação institucional: _____

Grupo profissional: _____ Cédula Profissional n.º: _____

(acrescentar n.º de investigadores, se apropriado ao projeto de investigação)

3. Promotor (se aplicável): _____

CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

1. Metodologia da investigação

Qualitativa Mista (qualitativa+quantitativa) Outra. Qual? _____

Se quantitativa:

Experimental Observacional Sem intervenção Com intervenção

Se experimental ou observacional com intervenção, qual o tipo de intervenção?

Algoritmo de decisão diagnóstica/terapêutica Comunicação

Outra. Qual? _____

CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

2. Aleatorização dos braços de intervenção: Não Sim

3. Se observacional, qual o desenho?

Coorte prospetivo

Coorte retrospectivo

Caso-controlo

Transversal

Ecológico

Outro. Qual? _____

REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Local onde se realiza a investigação: CHUSJ FMUP Outro

Serviço/Departamento: UAG Cirurgia

Existem outros Centros onde se realizará a investigação? Não Sim. Quais? _____

ENTIDADE(S) QUE TUTELA(M) A INVESTIGAÇÃO

1. CHUSJ – Serviço: UAG Cirurgia

2. FMUP – Departamento: _____

3. Outra instituição. Qual? _____

ORIENTADOR (se aplicável)

Nome: João Manuel Logarinho Monteiro

Afiliação: CHUSJ

Endereço eletrónico: jmonteiro@chsj.min-saude.pt

PROFISSIONAL DE LIGAÇÃO (se aplicável - ver anexo)

Nome: João Manuel Logarinho Monteiro

Serviço: UAG Cirurgia

ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Em trabalho académico? Não Sim

Conferidor de grau? Não Sim

Síntese dos objetivos:

Identificação dos motivos de cancelamento de cirurgia eletiva no próprio dia, com a finalidade de planear estratégias que permitam intervir preventivamente para a diminuição das taxas de cancelamento.

Fundamentação ética (incluir informação sobre o estado da arte, ganhos em conhecimento/ inovação, ponderação geral sobre benefícios/risco):

O cancelamento de cirurgias eletivas no próprio dia acarreta uma série de custos, com pessoal, materiais e instalações, para além de representar um transtorno a nível emocional, familiar e profissional para o doente, enfatizando a importância da realização deste estudo.

PARTICIPANTES PREVISTOS PARA A INVESTIGAÇÃO

Doentes? Não Sim

Pessoas incapazes do exercício de autonomia? Não Sim

Pessoas menores de 18 anos? Não Sim. Justifique: _____

Voluntários saudáveis? Não Sim. Justifique: _____

PARTICIPANTES PREVISTOS PARA A INVESTIGAÇÃO

Estão definidos critérios de inclusão / de exclusão de doentes? Não Sim

Onde e como serão recrutados os participantes no estudo?

Qual é o tamanho amostral?

Está prevista a recolha de material biológico específico para a investigação?

Não Sim. Identifique e justifique:

BENEFÍCIO/RISCO DE CORRENTE DA PARTICIPAÇÃO

Descreva os benefícios previsíveis:

Descreva os riscos/incómodos previsíveis:

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Prevê a obtenção de consentimento informado? Sim Não. Justifique:

Dados recolhidos no SONHO e SIGLIC tendo em conta episódios cirúrgicos. Não identificam o doente

Se sim, prevê informação escrita para os participantes?

Não. Justifique:

Sim (se sim, enviar documento de informação a utilizar na investigação)

O modelo para obtenção de consentimento é o modelo institucional do CHUSJ? Não Sim

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Necessita consultar registos clínicos? Não Sim

Está previsto o tratamento de dados pessoais? Não Sim

Se sim, de que forma é garantida a pseudonimização dos dados recolhidos? (*codificação, uso de filtros, siglas...*)

Descreva o património informacional a que pretende ter acesso (*v.g.: nome, idade, data nascimento, idade, morada, diagnóstico, história clínica, tratamento...*):

Sexo e idade

Está prevista a criação de um Banco de Dados? Não Sim

Está previsto o registo de som ou de imagem dos participantes? Não Sim

O estudo envolve investigação genética? Não Sim

PROPRIEDADE INTELECTUAL

De quem será a propriedade intelectual da investigação e seus resultados?

Investigador

Promotor

Serviço

Todos

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Está prevista a divulgação dos resultados da investigação? Não Sim

Se sim, estão definidos critérios de publicação? Não Sim. Quais? Dissertação de Mestrado

CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Estão previstas contrapartidas para os participantes? Não Sim

Pela participação? Não Sim

Pelas deslocações? Não Sim

Pelas perdas salariais? Não Sim

Por outras perdas e/ou danos? Não Sim

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Estão previstos exames complementares de diagnóstico, para além dos inerentes à rotina assistencial?

Não Sim. Quais? _____

Por quem serão suportados estes custos?

PROTOCOLO FINANCEIRO

Existe protocolo financeiro com o CHUSJ? Não Sim (se sim, enviar documento)

SEGURO

Este estudo prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

Não Sim (se sim, junte cópia da respetiva Apólice)

Data previsível para fim das credenciais de acesso: 01 / 10 / 2023

DOCUMENTOS ANEXOS (em suporte digital)

Protocolo do estudo

Caderno de recolha de dados (CRF)

Declaração Diretor(es) Serviço(s)

Informação Orientador

Profissional de ligação

Informação aos participantes

Modelo de consentimento a utilizar

Instrumentos de avaliação (escalas...)

Curriculum vitae (investigador/es)

Questionário para Encarregado de Proteção de Dados (EPD)

Termo de Responsabilidade do Centro Académico Clínico (para investigadores da FMUP que não pertençam ao CHUSJ)

Protocolo financeiro

Outros

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Aceitação dos termos e condições de reutilização

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, maxime dos n.º 2 e 3 do artigo 21 e o n.º 1 e 2 do artigo 12, ao submeter o presente pedido, concordo e fico ainda juridicamente vinculado aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Após explicação do RAI do CHUSJ, embora a Lei 26/2016, de 22 de agosto, imponha como requisito a anonimização sem possibilidades de reversão, tal desiderato, é não só uma impossibilidade matemática já comprovada, como ainda resulta num prejuízo para a investigação, face à quantidade e à qualidade da informação a retirar à fonte, razão pela qual, concordando com o RAI, assumimos como compromisso a pseudonimização, o que impõe uma avaliação e gestão do risco, num quadro ético-jurídico que aceitamos e nos comprometemos a colaborar e respeitar;
- Não vou elaborar registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nos termos e locais que me forem indicados para o efeito;
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, poderá resultar no apuramento de responsabilidades disciplinares, civis e penais, e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.
- Independentemente de requerer a Certidão de Reutilização, DAta REuse Certificate for Research (DARE), comprometo-me a citar as fontes, sempre que publicitar, no todo ou em parte, resultados da presente investigação.

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, Débora Miriam Oliveira Pinto

abaixo assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes na Declaração de Helsínquia (1960, e sucessivas emendas), e da Organização Mundial de Saúde, da Convenção de Oviedo e das 'Boas Práticas Clínicas' (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CE de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CE o relatório final da investigação, assim que concluído.

Data: 14 / 10 / 2022

Débora Miriam Oliveira Pinto
assinatura

18/11/2022
A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

ANEXO II – HOMOLOGAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

14 de Dezembro de 2022

A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIRECÇÃO CLÍNICA

~~15 DEZ 2022~~



SÃO JOÃO

n.º 301 / 22

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

Deliberado concordar, nos
termos legais em vigor.

15.12.2022

Nome do Investigador Principal:
Débora Miriam Oliveira Pinto

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - REUNIÃO DE Presidente do Conselho de Administração			
(Prof. Doutor Fernando Araújo)			
Diretor Clínico	Enfermeira Diretora	Vogal Executivo	Vogal Executivo
Prof.ª Doutora Maria João Bacotata	En.ª Flámina Cardoso	Dr. Lu.ª Rita Gomes	Prof.ª Sofia Leal

Título da Investigação:

Cancelamento de Cirurgias Eletivas no Próprio Dia num Hospital
do Grande Porto

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 14 de outubro de 2022.

assinatura

• Centro Hospitalar São João •
Centro de Epidemiologia Hospitalar

12/12/2022