

M

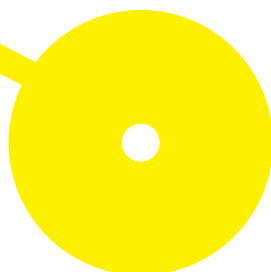
Mestrado

GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES: RAMO DE GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Cirurgia de Ambulatório: o paradigma irreversível da cirurgia programada. A experiência do CHUSJ, EPE.

Ana Beatriz de Azevedo Silva Santos

10/2021





**Cirurgia de Ambulatório: O paradigma irreversível da cirurgia programada. A
experiência do CHUSJ, EPE.**

Autor

Ana Beatriz de Azevedo Silva Santos

Orientadores

Professor Doutor Henrique Curado, Instituto Politécnico do Porto

Professor Dr. João Logarinho, Instituto Politécnico do Porto

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

Agradecimentos

Em primeiro, quero agradecer aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio em todo o meu percurso até aqui. Tal como em qualquer outro percurso, torna-se mais fácil quando temos bases sólidas para o traçar e atingir os objetivos definidos.

Quero também agradecer aos meus orientadores, Professor Doutor Henrique Curado e Professor João Logarinho, por toda a ajuda, disponibilidade e partilha de conhecimentos, só assim foi possível realizar este trabalho num ano tão atípico.

À Solange e ao Pedro, um especial agradecimento por serem os melhores *team leaders*, pela forma como nos demonstram que é quando não estamos na nossa área de conforto que temos a oportunidade de evoluir e adquirir mais competências, e porque muito além do trabalho, demonstram o carinho e a preocupação que têm pelo bem-estar pessoal das respetivas equipas, principalmente no meio da confusão e de todas as mudanças a que este último ano nos obrigou.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, agradeço o carinho, compreensão à minha falta de disponibilidade, e o apoio incondicional quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

Resumo

As cirurgias de ambulatório (CA) são uma vertente das cirurgias programadas, sendo a outra vertente as cirurgias convencionais (CC), onde o doente fica internado após a intervenção. As CA apresentam como grande vantagem o facto de o doente voltar ao domicílio, no máximo, em 24h, o que é vantajoso para o doente pois volta com maior rapidez à vida quotidiana, e é vantajoso para os serviços hospitalares a nível de gestão de espaço e a nível económico.

Estas cirurgias, embora não possam ser realizadas em todas as necessidades de intervenção cirúrgica, podem ser a escolha em grande parte delas, como são exemplo a maioria das intervenções oftalmológicas, desde que o doente reúna as condições necessárias pra tal, uma vez que a recuperação cirúrgica é realizada no domicílio do mesmo.

Assim, esta dissertação tem como principal objetivo a comparação dos dois tipos de intervenção cirúrgica (ambulatório e convencional) de modo a verificar quais as vantagens da escolha pelo ambulatório para a gestão em termos dos recursos hospitalares utilizados e para o doente.

Para tal, foram analisados alguns estudos com a aplicação do instrumento SERVQUAL a doentes submetidos a CA, de modo a avaliar a qualidade percebida pelos mesmos e a sua satisfação. Por outro lado, para verificar a vantagem hospitalar, foram realizadas comparações entre os preços de cirurgias, tendo como base os dados apresentados no Contrato Programa de 2019, onde constam os valores pagos às unidades hospitalares pelas cirurgias realizadas, e os custos com base na contabilidade analítica de 2019, por ser a última disponível.

Palavras-chave: Cirurgia de ambulatório; Gestão de recursos; SERVQUAL; Qualidade dos cuidados de saúde.

Abstract

Outpatient surgeries (OS) are one aspect of scheduled surgeries, the other being conventional surgeries, where the patient is hospitalized after the intervention. The OS have as a great advantage the fact that the patient returns home at the most in 24 hours, which is advantageous for the patient because he returns to daily life more quickly, and it is advantageous for hospital services in terms of management and the economic level.

These surgeries, although they cannot be performed in all surgical intervention needs, can be the choice in most of them, as an example most of the ophthalmologic interventions, since the patient meets the necessary conditions for this, once the surgical recovery is carried out at its home.

Thus, this dissertation has as its main objective the comparison of the two types of surgical intervention (outpatient and conventional) in order to verify what are the advantages of choosing the outpatient for the management in terms of hospital resources used and for the patient.

To this end, some studies were analyzed with the application of SERVQUAL instrument to outpatients, in order to assess the quality perceived by them and their satisfaction. On the other hand, to verify the hospital advantage, comparisons were made between the prices of surgeries, based on the data presented in the 2019 program contract, which contains the amounts paid to hospital units for the surgeries performed, and the costs based on the 2019 analytical accounting, as it is the last one available.

Keywords: Outpatient Surgery; Quality of Health Care; Resource management; SERVQUAL.

Índice

1.	Introdução.....	1
1.1.	Enquadramento Teórico.....	5
1.1.1.	Centro Hospitalar Universitário S. João.....	5
1.1.2.	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).....	6
1.1.3.	Cirurgia Programada.....	7
1.1.4.	Cirurgia de Ambulatório.....	9
2.	Enquadramento Metodológico.....	12
2.1.	Objetivos.....	12
2.2.	Metodologia.....	12
3.	Resultados.....	14
3.1.	Definição do Perfil de um Doente para Cirurgia de Ambulatório.....	14
3.2.	Percursos no Serviço de Cirurgia de Ambulatório (SCA).....	15
3.3.	Evolução das Cirurgias Programadas no CHUSJ.....	19
3.4.	Qualidade Percebida pelo Doente – SERVQUAL.....	25
4.	Discussão.....	28
4.1.	Custos das Cirurgias de Ambulatório vs. Cirurgias Convencionais.....	28
5.	Conclusões.....	33
	Referências Bibliográficas.....	35

Lista de Acrónimos

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- CA – Cirurgia de Ambulatório
- CC – Cirurgia Convencional
- CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário São João
- CP – Contrato Programa
- DE – Doente Equivalente
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- GCD – Grandes Categorias Diagnósticas
- GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo
- ICM – Índice de *Case-mix*
- LAC – Livre Acesso de Circulação
- LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
- OE – Orçamento de Estado
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PELEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
- PIB – Produto Interno Bruto
- SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SCA – Serviço de Cirurgia de Ambulatório
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- RIS – Rede Informática da Saúde
- TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantida
- UAG – Unidade Autónoma de Gestão
- UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 – Fluxo financeiro do SNS.....	2
Ilustração 2 – Percurso que o doente pode ter aquando da entrada na LIC, até sair da mesma.....	7
Ilustração 3 – Percurso do Doente no SCA.....	17
Ilustração 4 – Percurso dos Profissionais de Saúde no SCA.....	18
Ilustração 5 – Percurso dos materiais no SCA.....	19

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Custo médio das intervenções cirurgicas no SCA realizadas entre 2015 e 2019, no CHUSJ.	28
Tabela 2 – Preços dos Contrato Programa para o GDH de CA, entre 2015 e 2019.....	29
Tabela 3 – Custo médio das intervenções cirurgicas no bloco operatório central realizadas entre 2015 e 2019, no CHUSJ.....	30
Tabela 4 – Preço dos Contrato Programa para o GDH Cirúrgico, entre 2015 e 2019.....	30

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Cirurgias Realizadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.....	20
Gráfico 2 – Cirurgias Programadas Realizadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.....	20
Gráfico 3 – Taxa de Ambulatorização no CHUSJ entre 2015 e 2019.....	21
Gráfico 4 – Variação da LIC no CHUSJ entre 2015 e 2018.....	22
Gráfico 5 – Nº de utentes transferidos da LIC do CHUSJ entre 2016 e 2018.....	23
Gráfico 6 – Comparação da evolução da cirurgia geral, realizadas no âmbito das cirurgias programadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.....	23
Gráfico 7 – Comparação da evolução das cirurgias oftalmológicas, realizadas no âmbito das cirurgias programadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.....	24
Gráfico 8 – Comparação da evolução das cirurgias ortopédicas, realizadas no âmbito das cirurgias programadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.....	25

1. Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da proposta para a dissertação do Mestrado em Gestão das Organizações na vertente Gestão de Unidades de Saúde, e tem como principal objetivo avaliar a evolução das cirurgias de ambulatório no Centro Hospitalar Universitário S. João, E.P.E. (CHUSJ).

A escolha deste tema teve por base a possibilidade de poder conciliar-se as duas áreas importantes de análise no contexto deste trabalho: a dimensão assistencial e a dimensão gestionária. Em Portugal, a saúde é um direito constitucional, assim, qualquer cidadão português tem de ter garantidas as condições de acesso a consultas e a tratamentos das diversas áreas. Sendo este direito suportado economicamente pelos contribuintes, é necessário garantir uma boa gestão e tornar os serviços mais eficazes para que seja possível reduzir o número de doentes em lista de espera, tanto para consultas como para cirurgias.

O maior financiamento do setor da saúde, tal como dos outros setores do Estado, é definido nos Orçamentos de Estado (OE) que são realizados anualmente. Assim, em 2020, o orçamento na área da saúde foi de cerca de 11.225 milhões de euros, o que representa um crescimento de, aproximadamente, 941 milhões de euros face ao OE do ano transato (Governo da República Portuguesa, 2020). O financiamento do setor da saúde, nos últimos quatro anos, tem rondado os 9% do produto interno bruto (PIB) português, sendo em 2019 o ano em que este valor se verificou mais alto, com 9,5% do PIB (Fonte: INE, PRODATA).

No que concerne ao OE para 2021, o setor da saúde volta a ter um aumento previsto da receita consolidada para cerca de 12.565 milhões de euros, sendo a grande prioridade deste orçamento o combate à pandemia Covid-19, em todas as suas vertentes. Para este crescimento encontram-se igualmente contemplado um reforço na capacidade instalada dos cuidados de saúde primários, bem como nos recursos humanos (aumento de cerca de 8.400 profissionais de saúde para reforçar o Serviço Nacional de Saúde (SNS)), nos cuidados continuados e saúde mental e, por fim, no investimento em infraestruturas e equipamentos. (Serviço Nacional de Saúde, 2020)

No entanto, o financiamento do setor da saúde tem também contribuições de seguros de saúde e de outros subsistemas como por exemplo a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores do Estado), sendo os seguros de saúde uma forma complementar para colmatar algumas falhas do SNS (Benfeitias de Matos, 2011).

Na ilustração 1, surge o esquema do fluxo financeiro do setor da saúde onde constam as três entidades intervenientes no funcionamento: *utente (comprador)*, *prestador* e *financiador*. Este esquema foi desenvolvido tendo como base o fluxo financeiro apresentado por (Benfeitas de Matos, 2011).

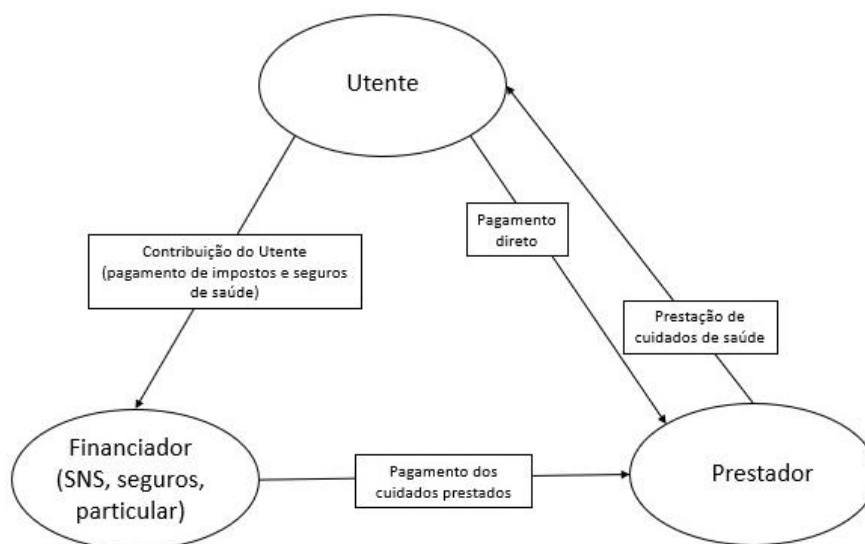


Ilustração 1 - Fluxo financeiro do SNS.

Fonte: Benfeita de Matos (2011).

Assim, o utente contribui com o pagamento de impostos e de seguros de saúde para os fundos monetários do financiador, que, por sua vez, gere os pagamentos aos prestadores de cuidados de saúde. Nesta ilustração observa-se ainda a possibilidade do pagamento direto do utente ao prestador, no entanto esta não é uma prática recorrente uma vez que acarreta grandes despesas para o utente. (Benfeitas de Matos, 2011)

No que concerne aos pagamentos de todos os procedimentos médicos e/ou cirúrgicos de um hospital ou prestador de cuidados de saúde primários que apresentem a forma jurídica de entidade pública empresarial (EPE), os valores são determinados através de um Contrato Programa (CP). Este contrato é feito entre três entidades, sendo elas: a entidade que presta os cuidados de saúde (hospital, unidade de saúde, etc); as administrações regionais de saúde (ARS) que desempenham o papel de 'comprador' dos cuidados de saúde necessários; e a administração central do sistema de saúde (ACSS) que apresenta o papel de 'financiador' do SNS.

Segundo Cracel Viana & Gomes Centeno (2019), o modelo de contratualização das EPE do SNS apresenta uma evolução desde 2015 no sentido de incorporar as práticas internacionais recomendadas. Assim, em 2015 estas EPE tornaram-se entidades publicas empresariais, tendo de

cumprir regras e procedimentos contratualizados no sentido de proceder a um efetivo controlo da gestão e dos serviços prestados.

De acordo com o referido pela OECD (2016), a qualidade do processo de contratualização, tendo em consideração a definição das responsabilidades dos três intervenientes (utente, prestador e financiador), aliada às modalidades de pagamento dos serviços que induzam os incentivos necessários para o alcance dos objetivos definidos, são fulcrais para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde.

Ainda segundo Cracel Viana & Gomes Centeno (2019), numa análise feita aos CP e à sua aplicação, entre 2013 e 2018, foi notória o desafio para o aumento das cirurgias em regime de ambulatório em alternativa às intervenções em regime convencional. No entanto, os CP não se demonstraram economicamente equilibrados uma vez que foi previsto, neste estudo, um aumento de gastos superior ao aumento das receitas dos hospitais, o que representa aumentos da dívida e consequente obrigação do Estado no aumento regular do capital social de forma a atenuar e/ou colmatar as dívidas acumuladas, previstas à partida.

Embora a nível internacional Portugal apresente um bom posicionamento do sistema de saúde, a nível interno, o sistema de saúde não possui sustentabilidade financeira, ou seja, apresenta mais despesas do que o que é financiado nos OE. Assim, torna-se necessário que os serviços sejam eficientes e a utilização de bens materiais seja feita de forma racional para ser possível continuar a garantir o direito à saúde de todos os cidadãos. Para tal, o esforço não se refere apenas aos profissionais de saúde, é necessário continuar a existir transparência na gestão de fundos do OE; responsabilização de resultados; imparcialidade em decisões da política da saúde; e, talvez o maior objetivo, fomentar aos utilizadores do SNS a gestão ativa do sistema e a sua melhor utilização. (Lei nº64-A/2011 de 30 de dezembro)

Segundo Iezzoni (1995), citado por Costa, Lopes, & Santana (2008), nos hospitais existem duas linhas de domínio: a da gestão, que é representada pela gestão administrativa hospitalar, e técnica que é representada pelos profissionais de saúde. A primeira apresenta-se de forma mais formal, enquanto a segunda, representada pelos médicos, enfermeiros, entre outros, apresenta-se de forma mais técnica. Assim, a linha de pensamento dos médicos é direcionada ao doente e à forma de tratamento deste, enquanto a linha representada pela equipa de gestão se foca nos recursos existentes e na contenção da utilização dos mesmos.

Estas duas vertentes, por vezes, apresentam conflitos pois uma vertente tem como objetivo a contenção de custos e a redução da despesa, e do lado oposto, o cumprimento ético e deontológico dos profissionais de saúde, bem como a aquisição de equipamentos que permitam melhorar os

tratamentos e assim beneficiar do reconhecimento das equipas e do hospital. Os profissionais de saúde, requerem ainda formações contínuas que os permitam adquirir novas técnicas e, aquando da aquisição de novos equipamentos, formações que os permitam manusear e tirar o melhor partido clínico dos mesmos. ((Boquinhas, 2012) e (Nunes & Matos, 2019))

Ainda segundo Boquinhas (2012), os hospitais nos quais os médicos fazem parte da gestão e da administração, ou que apresentem bons níveis de entendimento com estes setores, tendem a ser mais eficientes do que os hospitais em que isto não se verifica. Como exemplo da necessidade desta parceria, é a escolha de materiais descartáveis e de equipamentos necessários para tratamentos, onde é necessária a melhor relação qualidade/preço para tornar os serviços mais eficientes.

Henriques (2008), citando Williamson, Stevens, Loudon, & Migliore (1997), descreve as problemáticas existentes nas organizações de saúde, onde se destacam:

- o facto de os grupos dos profissionais de saúde serem mais leais à profissão, ou seja, aos doentes e ao tratamento que estes necessitam, do que à gestão financeira, o que torna difícil atingir os objetivos delineados por estes;
- a difícil avaliação da qualidade dos cuidados prestados, onde nem sempre se pode tratar a mesma patologia com a menor despesa definida;
- os profissionais de saúde, por vezes, são confrontados com ambientes políticos, económicos e tecnológicos, que se tornam conflituosos.

Os mesmos autores, concluem que estas problemáticas são o que torna estas organizações as mais difíceis de gerir.

Segundo Martins Alves (2012), o bloco operatório (BO) apresenta alguns pontos frágeis entre os quais a incapacidade da capacidade instalada de recursos e a redução de desperdício. O mesmo autor, refere como exemplo o cancelamento de uma cirurgia aquando do doente já se encontrar no bloco operatório, com o material necessário e toda a equipa disponível. Este cancelamento, vai provocar prejuízos para o doente que não realizou a cirurgia e para o hospital que terá de reorganizar as cirurgias, o que implica encargos financeiros acrescidos do custo de oportunidade gerado pela não intervenção de outro doente.

No estudo realizado por Macario, Vitez, Dunn, & McDonald (1995) em cem hospitais dos Estados Unidos, são apresentados os custos relativos aos procedimentos cirúrgicos, como: a ocupação do bloco operatório, anestesistas, enfermagem, sala de recobro, laboratórios, etc. Neste estudo, a ocupação do BO, apresenta a maior percentagem de custos totais, cerca de 33%, sendo este valor representativo de todos os custos inerentes à cirurgia, onde se incluem os profissionais,

equipamentos e todos o material necessário, sendo a segunda maior percentagem, relativa ao internamento dos doentes nas enfermarias, cerca de 31% dos custos totais dos hospitais.

Na maioria dos hospitais, os BO são fontes de consumo de grandes quantidades de recursos económicos, humanos e de logística. Lopes (2012) cita a *Healthcare Management Association Financial Report*, onde os custos referentes ao funcionamento do BO representam 40% dos custos totais, salvaguardando também o facto de que este é o serviço que gera mais lucro aos hospitais.

Assim com este trabalho, pretende-se demonstrar uma análise de custos de forma a verificar as mais valias para o hospital com o aumento das cirurgias em regime de ambulatório, comparando os custos médios e os preços definidos nos CP para as cirurgias programadas.

1.1. Enquadramento Teórico

No seguinte capítulo serão abordadas as temáticas das cirurgias programadas: com internamento do doente ou de ambulatório. Assim, em cada uma delas, será apresentada uma breve definição e exemplos de cirurgias possíveis de realizar, bem como as vantagens das CA face às CC. No decorrer do capítulo, é também descrito o sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia (SIGIC) e o percurso do doente até ser intervencionado.

No início deste capítulo, é ainda apresentada uma breve introdução ao centro hospitalar onde se realizou este estudo.

1.1.1. Centro Hospitalar Universitário S. João¹

O CHUSJ foi criado através do Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março, resultando da fusão de dois hospitais, o Hospital S. João E.P.E., e o Hospital Nossa Sra. da Conceição, em Valongo.

Este centro hospitalar apresenta 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.*"

O CHUSJ apresenta também quatro valores de base para todas as atividades desempenhadas pelos seus profissionais, sendo elas:

- reconhecimento da dignidade e do carácter de cada doente;
- centralidade no doente e promoção da saúde na comunidade;
- elevados padrões éticos para o desempenho das funções profissionais;
- procura constante de práticas ecologicamente sustentáveis.

¹<https://portal-chsj.min-saude.pt>

Este centro hospitalar, além de garantir os cuidados de saúde aos doentes de referência das áreas que o hospital abrange, é também hospital de referência para a maioria dos concelhos do distrito do Porto e na totalidade dos concelhos dos distritos de Braga e Viana do Castelo, e em última linha de toda a região norte.

A gestão do CHUSJ distribui-se por três grandes áreas: área de produção clínica; área de apoio à produção clínica e organização das áreas de suporte.

Na área de produção clínica, existem seis unidades autónomas de gestão (UAG), sendo elas: UAG de cirurgia; UAG de medicina; UAG da urgência e medicina intensiva; UAG de psiquiatria e saúde mental; UAG de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e a UAG da mulher e criança. Por outro lado, na área de apoio à produção clínica existem três níveis intermédios: centro de epidemiologia hospitalar; centro de ambulatório, e centro de investigação e ensaios clínicos. Por fim, ainda existem dois níveis de organização das áreas de suporte: centro de gestão de informação e serviço de humanização.

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

O SIGIC foi criado em 2004 através da Resolução do Conselho de Ministros nº79/2004 de 3 de junho. Este sistema foi criado para dar continuidade ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PELEC), programa criado em 2002 através da Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2002 de 26 de abril, o que com um período de duração de dois anos, permitiu o tratamento cirúrgico de doentes do SNS no setor privado mediante acordos a estabelecer com o setor público.

O SIGIC foi criado com base em cinco princípios que se mantêm atuais:

- garantia de tratamento do doente, tendo como base regras que determinam o tempo de espera;
- o doente tem maior envolvimento no processo e, após lhe serem apresentados os direitos e deveres, tem de assinar o consentimento para a sua inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC);
- o hospital tem de emitir um certificado em como o doente está inscrito na LIC;
- todo o processo de inscrição na LIC tem de estar uniformizado e com publicação do regulamento processual, bem como maior uniformidade do tratamento dos doentes;
- existência de três níveis de unidades do SIGIC: hospitalar, regional e nacional, garantindo maior controlo e transparência nos processos (ACSS, Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia, 2011).

Através da rede informática da saúde (RIS), é possível ter acesso à LIC o que facilita a verificação das cirurgias e da gestão regional e nacional neste setor. Quando um doente é transferido para outro hospital, ou quando é emitido um vale de cirurgia, o processo é realizado a nível central, ou seja, são cumpridas as regras para a escolha dos doentes consoante a cirurgia e a prioridade, o que permite a melhor utilização dos recursos presentes no país. (ACSS, Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia, 2011)

Na ilustração 2, está ilustrado o percurso de um doente do SNS desde que é registado na LIC até sair desta lista. Assim, verifica-se que após a entrada na LIC, existem duas possibilidades cirúrgicas: cirurgia realizada no SNS ou cirurgia realizada no setor privado. No entanto, pode existir alguma diminuição dos inscritos para cirurgia caso o doente desista da intervenção ou faleça antes de ser intervencionado. Contudo, não se pode garantir que após a cirurgia o doente não apresente mais despesas no SNS uma vez que podem ocorrer complicações no pós-operatório e o doente necessite de realizar consultas, exames ou outro tratamento, sendo assim considerada uma sobreutilização do SNS. (ACSS, Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia, 2011)



Ilustração 2 - Percurso que o doente pode ter aquando da entrada na LIC, até sair da mesma.

Fonte: ACSS (2011).

1.1.3. Cirurgia Programada

As cirurgias dividem-se em dois grupos, as programadas e de urgência. Segundo Mena, Piacsek, & Vieira da Motta (2017), é designada situação de urgência quando ocorre um agravamento do estado de saúde de um utente, de forma inesperada, e que requer assistência médica imediata, a qual pode ser cirúrgica ou não.

Nos dois tipos de ocorrências cirúrgicas, a segurança do doente em Portugal segue o programa intitulado '*Cirurgia Salva e Segura*', baseado no programa proposto pela Organização Mundial da Saúde em 2009, intitulado '*Cirurgias Seguras Salvam Vidas*' de forma a garantir a segurança dos doentes num nível global e padronizado para evitar perdas de vida em atos cirúrgicos. (Porcari, Cavalari, Roscani, & Kumakura, 2020)

Neste programa consta a lista com dez objetivos para garantir a segurança do doente numa cirurgia, entre os quais se destacam:

- a equipa médica é a correta e operará o doente certo e no local correto, sendo a identificação do doente e a cirurgia confirmadas com o mesmo, e a identificação da equipa confirmada pela mesma, bem como cada função a desempenhar;
- garantir que a administração dos anestésicos é realizada de forma correta, para não causar danos ao doente;
- utilização de meios e conhecimentos técnicos corretos de forma a minimizar o risco de infeção na incisão;
- garantir que é impedida a retenção inadvertida de materiais cirúrgicos, como compressas, no interior da incisão.

(OMS, 2009).

As cirurgias programadas pressupõem a conciliação entre as equipas de profissionais e os blocos operatórios disponíveis diariamente. Assim, com os BO organizados, é possível minimizar os custos operacionais e manter os cuidados de saúde prestados. (Cardoen, Demeulemeester, & Beliën (2010) citados por Marinho Lopes (2012))

A gestão de um BO, além da sala, implica uma panóplia de recursos humanos e materiais, como os cirurgiões da especialidade, enfermeiros, anestesistas, auxiliares e os equipamentos específicos para cada intervenção cirúrgica. (Chaves Sá & Secchin Canale, 2011)

Segundo Proença (2010), a organização e planeamento do agendamento dos blocos operatórios, é dividida em três fases: *case mix planning*, *master surgery planning*, *elective case scheduling*, na respetiva ordem.

A primeira fase corresponde a um nível de decisão estratégica, que consiste na distribuição de carga horária dos BO por cada cirurgião principal ou por um grupo específico de cirurgias. Esta divisão, tem em consideração quer a capacidade das equipas estarem no ativo quer o número esperado de operações a realizar. (Proença, 2010) e (Barros, 2016)

Por sua vez, a segunda fase de planeamento é relativa a um nível tático, onde são definidas escalas cíclicas, isto é o número de BO disponíveis, bem como o tipo de BO. Posteriormente, são definidas

as equipas que têm prioridade no tempo de funcionamento dos blocos operatórios em função do grau de prioridade clínica das patologias a intervir. (Proença, 2010) e (Barros, 2016)

Por fim, a terceira fase representa o nível operacional, ou seja, é apresentada a distribuição diária de cada BO e a indicação da correspondente equipa cirúrgica (Barros, 2016).

As cirurgias programadas subdividem-se em dois grupos: cirurgia convencional, onde o doente fica internado após a cirurgia, e as cirurgias de ambulatório, em que esta condição não se verifica. Os doentes que são intervidos em cirurgias programadas constam numa lista de inscritos para cirurgia.

A cirurgia convencional envolve o internamento do doente após a cirurgia e, por norma, destinam-se a intervenções mais delicadas e que exigem mais cuidados no pós-operatório. Do mesmo modo, este tipo de cirurgia também será melhor para doentes que apresentando motivos sociais não podem beneficiar de cirurgia em regime de ambulatório (Gouveia Carneiro, 2010).

Costa Almeida (2013), reforça a ideia de que as cirurgias de ambulatório são realizadas quando a necessidade de cuidados pós-operatórios é diminuta em comparação às cirurgias convencionais, quando refere que nas CA "*... ligação do cirurgião ao doente pode ser curta mas tem de ser intensa. Porque o pouco tempo de permanência no hospital é inversamente proporcional à preocupação que se tem de ter com o pós-operatório imediato...*".

1.1.4. Cirurgia de Ambulatório

A prática das cirurgias de ambulatório teve origem em 1909 com o cirurgião pediátrico escocês James Nicoll em pequenas cirurgias como a correção do lábio leporino e mastoidectomia. No entanto, esta prática só teve uma expansão considerável a partir dos anos 70 com a evolução das técnicas anestésicas e cirúrgicas, e a organização necessária deste novo método cirúrgico. Por outro lado, em Portugal, estas cirurgias só começaram a ser realizadas nos anos 90, tendo sido criada em 1998 a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório com os objetivos de formar e promover estas cirurgias. ((Lemos, 2009) e (Tavares, 2013))

Jacob (2019) afirma que em Portugal estas cirurgias tiveram um maior desenvolvimento a partir de 2007, sendo esta prática distinguida com a sua expansão sustentável e representando atualmente 63% do total das cirurgias programadas realizadas em Portugal.

As cirurgias de ambulatório, inserem-se no grupo das cirurgias programadas. Uma cirurgia é considerada CA, quando o doente tem alta médica num período máximo de 24 horas após dar entrada no hospital, e, tal como outras cirurgias, estas são realizadas num BO e, a maioria das intervenções cirúrgicas, com o doente anestesiado. É possível também em determinadas

intervenções (exemplo: síndrome de túnel cárpico e varizes), que estes doentes necessitem de administração de anestesia local. (Barrera, Riquelme, Lizana, Bannura, & Zúñiga, 2019)

Dentro do grupo das cirurgias de ambulatório, diferenciam-se ainda dois grupos: cirurgia minor e a cirurgia major. A CA é considerada minor quando o doente é sujeito a um procedimento cirúrgico de pouca complexidade (inferior a 50K), realizado sob uma anestesia local e alta imediata após o procedimento cirúrgico, são exemplos destas cirurgias: vasectomias e ablações de pequenas lesões da pele malignas ou benignas. Por outro lado, são consideradas CA major (complexidade superior a 50K) as cirurgias em que o doente é sujeito a uma anestesia (geral, sedação ou epidural) e necessita de recobro pós-cirúrgico, como é exemplo o caso das cirurgias de correção de hérnias e outras. (Santos, et al., 2008)

As cirurgias de ambulatório requerem uma seleção de doentes que apresentem as condições para este tipo de intervenções, sendo estes acompanhados em consultas pré-operatórias, quer pelo cirurgião, quer pelo anestesista (Martínez & Aragón, 2019).

Segundo Quintal (2014), os níveis de mortalidade relativos às CA são muito baixos, bem como as complicações *major* associadas, embora, por outro lado, as complicações *minor* estão bastante presentes, entre as quais: dor, vômitos, sonolência, cefaleias, edemas e fadiga.

Estas cirurgias são uma alternativa aos processamentos cirúrgicos com internamento do doente, e apresentam vantagens como:

- o doente voltar para casa no próprio dia, o que permite uma minimização na alteração quotidiana do doente e acompanhante;
- melhor qualidade de organização do sistema, uma vez que as camas hospitalares têm maior rotação de doentes;
- maior atenção para com os doentes e conseqüente aumento da satisfação dos mesmos com o serviço prestado;
- redução do risco de infeção hospitalar, uma vez que não requer internamento;
- diminuição dos custos assistenciais. (Martínez & Aragón, 2019) e (Porcari, Cavalari, Roscani, & Kumakura, 2020)

Para além das vantagens descritas anteriormente, as cirurgias realizadas em ambulatório permitem também a redução da LIC, uma vez que permitem maximizar os tempos disponíveis dos BO e a eleger as patologias mais frequentes na LIC, que possam ser intervencionadas em ambulatório (Ministério da Saúde – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, 2008).

No entanto, não se podem descartar as possíveis desvantagens que se encontram associadas a este tipo de intervenções cirúrgicas. Entre as quais, destacam-se:

- dor pós-operatória, que embora normal, apresenta desconforto ao doente por não ter assegurado uma observação e opinião médica direta;
- náuseas e vômitos, devido a reações à anestesia;
- distúrbios no sono,
- pequenas hemorragias e outras complicações com a incisão (Tavares, 2013).

Em conclusão, a opção por este tipo de intervenção necessita de uma avaliação pré-operatória correta para decidir se o doente apresenta o perfil clínico indicado, bem como condições sociais e de habitabilidade para ser submetido a uma CA, simultaneamente é imprescindível garantir a existência de protocolos de atuação nestas intervenções, para garantir a segurança e a eficácia às CA evitando intercorrências que possam resultar em prejuízo sério na recuperação do estado de saúde do doente. (Gil Sousa, et al., 2014)

2. Enquadramento Metodológico

No segundo capítulo deste trabalho, são apresentados os objetivos principais bem como a metodologia utilizada para fundamentar a análise económica em causa.

2.1. Objetivos

O presente trabalho tem como principal tema o estudo da evolução das cirurgias de ambulatório e dos custos a elas associadas. Simultaneamente procurar-se-á avaliar quais as mais-valias económicas que daí decorreram se houvesse a possibilidade de operar mais doentes em cirurgia de ambulatório. Para o efeito, do total dos procedimentos ambulatorizados, serão escolhidos os três mais frequentes e elaborada a análise comparativa. Para além desta avaliação serão abordadas áreas da qualidade e satisfação dos doentes, tendo por base estudos já realizados e publicados; e ainda as vantagens e desvantagens associadas às duas tipologias de cirurgias programadas.

Assim, os principais objetivos são:

- definir o perfil de um potencial doente de CA;
- traçar o circuito de um doente na unidade de cirurgia ambulatória – desde a entrada na unidade até à alta;
- comparar a evolução da ambulatorização cirúrgica do CHUSJ, total e em algumas especialidades entre 2015 e 2019;
- encontrar as mais-valias económicas que se encontram relacionadas com a ambulatorização dos procedimentos cirúrgicos realizados.

2.2. Metodologia

A componente teórica do estudo foi alicerçada na pesquisa bibliográfica sobre o tema, em particular estudos científicos e dissertações de mestrados e de doutoramentos, que se demonstraram importantes a nível das cirurgias programadas, bem como entrevistas retratadas em revistas da área. Por sua vez, os artigos publicados nas plataformas online SciELO e PubMed, foram selecionados tendo em consideração as línguas de escrita dos mesmos (Português, Inglês ou Espanhol), bem como as palavras-chave, entre as quais: cirurgia; cirurgia programada; bloco operatório e SERVQUAL.

Relativamente à qualidade e satisfação dos doentes submetidos a cirurgias, foram considerados estudos já realizados e publicados com a utilização do instrumento SERVQUAL, uma vez que este instrumento é utilizado para aferir a qualidade percebida pelos utentes em âmbito hospitalar. Assim, destacam-se alguns estudos como: André, Tomás, Cunha, & Duarte, (2017); Correia (2010); Costa Leite (2013), Gil Sousa et al. (2014) e Tavares (2013).

Por fim, no que concerne às cirurgias programadas realizadas no CHUSJ, foram utilizados os dados dos relatórios anuais de atividade publicados no portal online do hospital, referido anteriormente (página 5), bem como os dados apresentados nos contrato programa relativos aos pagamentos inerentes às intervenções cirúrgicas entre 2015 e 2019.

Assim, este trabalho baseia-se num estudo observacional, longitudinal e retrospectivo com intuito de realizar uma análise económica, bem como perceber as vantagens para o doente com a realização de cirurgias em ambulatório.

3. Resultados

No seguinte capítulo serão abordados os resultados mais alusivos às cirurgias de ambulatório. Assim, inicia-se o capítulo com uma descrição do perfil de um potencial doente para estas cirurgias, bem como o percurso que o doente faz desde que dá entrada no SCA, até ter alta. Posteriormente, é demonstrada a evolução que as CC têm revelado, comparativamente às CC realizadas no CHUSJ, bem como resultados de estudos onde é avaliada a qualidade percebida pelos doentes que realizam estas intervenções em Portugal.

Por fim, é apresentada uma análise de custos comparativa entre os custos das cirurgias de ambulatório versus os custos das cirurgias convencionais, relativamente à mesma patologia.

3.1. Definição do Perfil de um Doente para Cirurgia de Ambulatório

Os grupos de diagnóstico homogéneo (GDH), agrupam diferentes doentes com base em fatores clínicos e consumo homogéneo de recursos, tendo em consideração as seguintes: idade, sexo, diagnóstico, procedimentos necessários, independência do doente na realização de atividades quotidianas, etc. (Simões, 2016)

Inicialmente, os GDH distribuem-se em grandes grupos de categorias distintas, que se designam por 'Grandes Categorias de Diagnósticas' (GCD) e, posteriormente, subdividem-se em dois subgrupos de intervenção: médica ou cirúrgica. (Costa, Lopes, & Santana, 2008) Em cada grupo, isto é, GDH, é ainda realizada a distinção entre os graus de severidade da doença relacionada com a complexidade da patologia, apresentando-se numa escala de 1 a 4: menor; moderado; major e extremo, respetivamente. (Pinho Lopes, 2016)

Segundo Pinho Lopes (2016), podem existir diferenças entre os grupos em tratamento devido a diversos fatores externos como: sociodemográficos, fonte dos cuidados prestados, e valores e expectativas do doente face aos tratamentos necessários. Assim, é também tido em consideração a seleção de diagnósticos secundários entre os doentes de um grupo, como as comorbilidades, que quando estão presentes implicam um aumento do consumo de recursos necessários para uma mesma patologia. (Costa, Lopes, & Santana, 2008)

Pinho Lopes (2016) refere ainda como exemplo a comparação entre as necessidades de um doente idoso com múltiplas patologias crónicas e um jovem saudável, onde é espectável que o doente idoso necessite de mais recursos para o mesmo tratamento do que o doente mais jovem.

Segundo Benfeitas de Matos (2011), cerca de 65% de cirurgias programadas podem ser realizadas no âmbito de ambulatório, no entanto, existem exceções, como por exemplo:

- doentes cardíacos;

- doentes hemofílicos;
- doentes insulino dependentes;
- doentes hemodialisados;
- doentes com patologias respiratórias consideradas graves;
- doentes com transtornos psicológicos, entre outros.

Nestes casos, os doentes não devem ser incluídos nas listas de CA uma vez que apresentam instabilidade clínica e o pós-operatório necessita de maior vigilância, sendo assim aconselhados a realizar as cirurgias em regime convencional.

3.2. Percursos no Serviço de Cirurgia de Ambulatório (SCA)

No artigo redigido por Lemos (2009), são enunciados '(...) *critérios básicos na organização de programas de CA (...)*', onde consta o percurso do doente e o acompanhamento necessário no pós-operatório. Entre estes critérios, destacam-se:

- estabelecimento de um circuito definido para os doentes em ambulatório, começando pela admissão do doente no hospital no dia da cirurgia, passando de seguida pela sala de preparação para a cirurgia e, de seguida, é encaminhado para o BO. Após a intervenção cirúrgica, o doente é transferido para a sala de recobro, designada *unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA)*, onde permanece até obter a alta hospitalar. Em contexto de unidade de CA autónoma, todo este percurso do doente deve ser independente, ou seja, não deve haver cruzamento com doentes em regime de internamento. Caso contrário, ou seja, num modelo integrado da unidade de CA num hospital, é aceitável que o BO e a UCPA, sejam partilhados entre doentes em regime de ambulatório e doentes em regime de internamento, no entanto, todos os restantes espaços deste percurso, devem ser independentes entre os regimes de cirurgia praticados;
- deve existir um protocolo clínico para a seleção de doentes que podem ser admitidos em regime de ambulatório, e os respetivos critérios de alta hospitalar;
- aquando da alta, deve ser fornecido ao doente e/ou familiar, em formato físico, as instruções para o pós-operatório em casa onde constam as prescrições de medicação pós-cirúrgica; como e quando voltar a tomar a medicação diária; como e quando voltar a praticar atividades físicas; as possíveis complicações que possam surgir e como proceder perante elas; e ainda os contactos disponíveis para ajuda e apoiar ao doente em caso de necessidade.

Segundo Coutinho (2009), existem ainda dois conceitos para a organização do SCA, e consequentemente, a melhor forma de disposição dos setores desta. Assim, os conceitos básicos para a organização do SCA, passam por cumprir as regras as cirurgias convencionais e das cirurgias de ambulatório, ou seja, é necessário garantir a assepsia do BO, e para tal, é preciso existirem percursos definidos para profissionais, doentes e acompanhantes quando aplicável (pediatria). É necessário garantir que no SCA o doente faz a admissão, intervenção, recobro e, posteriormente, tem alta. Daqui destaca-se três áreas importantes num SCA:

- área de espera/ admissão – local onde o doente e o acompanhante não têm restrições de circulação e o doente aguarda a chamada para a área cirúrgica e o acompanhante aguarda até ser encaminhado para o recobro para acompanhar a recuperação do doente;
- área cirúrgica – local onde estão englobadas todas as necessidades para a cirurgia, como o BO, a sala de esterilização, os vestiários, etc. Assim esta segunda área é considerada uma área restrita a profissionais de saúde e doentes preparados para a cirurgia;
- área de recobro pós-cirúrgico – local onde o doente recupera da anestesia e, posteriormente, tem alta. Nesta área o acompanhante só pode estar com o doente em regime de exceção, como por exemplo na pediatria, sendo assim uma área semi-restrita, mas igualmente com percursos bem definidos e sem cruzamento com a área restrita.

No que concerne ao percurso do doente, foi desenvolvido o esquema apresentado na ilustração 3, que representa o percurso normal dos doentes intervencionados em CA e teve como base o relatório da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (Ministério da Saúde – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, 2008).

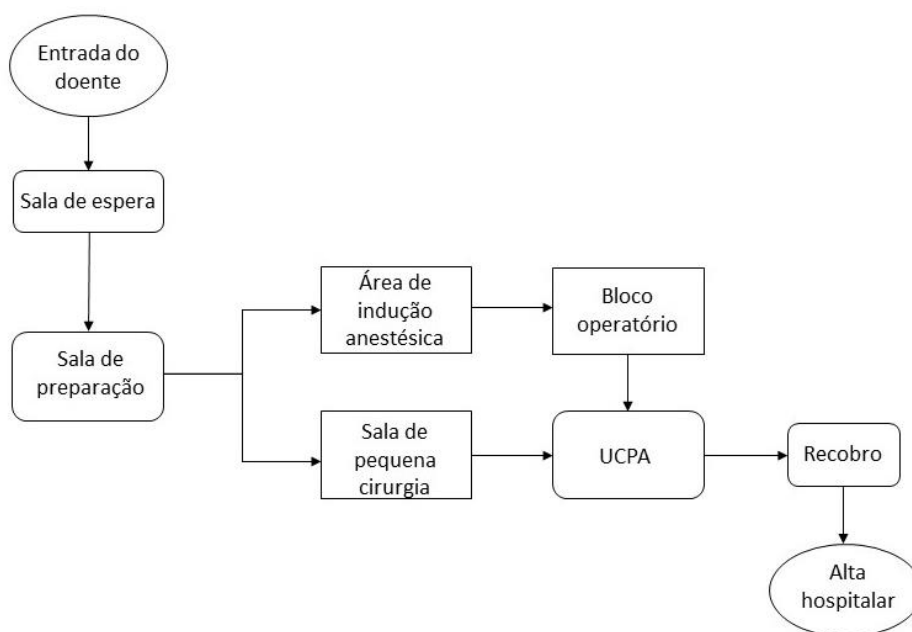


Ilustração 3 – Percurso do Doente no SCA.

Fonte: criação própria.

No mesmo relatório, é referida a importância deste circuito ser de fácil entendimento para o utente e que não seja disperso, uma vez que os doentes no dia da cirurgia apresentam algum stress e ansiedade que, embora normais perante a situação, podem confundir procedimentos no percurso do doente. Assim, o doente após a entrada no hospital e dada a entrada no SCA, aguarda na sala de espera com o acompanhante pela chamada. Posteriormente, e sem o acompanhante, é encaminhado pelos profissionais de saúde para a sala de preparação onde veste a roupa cirúrgica e guarda todos os seus pertences.

Após estar preparado para a intervenção, e consoante o tipo de intervenção, é encaminhado para a sala de pequenas cirurgias, como no caso de excisão de lesões da pele, ou, no caso de uma intervenção mais longa, é encaminhado para uma sala onde é realizada a indução anestésica e posteriormente transferido para o BO. Estas salas de indução anestésica, embora não obrigatórias num SCA, têm como objetivo a melhoria do tempo disponível dos BO, uma vez que apoia a entrada do doente no BO já anestesiado e permite o início imediato da cirurgia, potenciando assim a maximização do número de cirurgias a realizar por cada BO.

Após a intervenção, o doente passa por três unidades de recobro. Na primeira, UCPA, na qual o doente se encontra em recobro, sob uma forte vigilância e monitorização pelos profissionais de saúde. Nesta unidade, os doentes encontram-se em espaços individuais embora estejam mais doentes na mesma sala e, uma vez que é um recobro com maior duração, é também o que apresenta

mais camas e o que controla o ritmo da realização das cirurgias, pois se não existirem camas disponíveis, as cirurgias não podem avançar.

Passado esta fase, mas ainda no recobro, o doente é transferido para cadeirões, após o que tem lugar é o processo de verificação dos requisitos clínicos da alta, nomeadamente: capacidade do doente se movimentar e orientar, e de ingerir alimentos sólidos e líquidos. Após esta verificação por parte da equipa de enfermagem, é procedida a alta hospitalar.

Por outro lado, no que concerne ao percurso dos profissionais de saúde, foi realizado um esquema tendo em consideração o mesmo relatório referido no percurso realizado pelo doente, representado na ilustração 4.

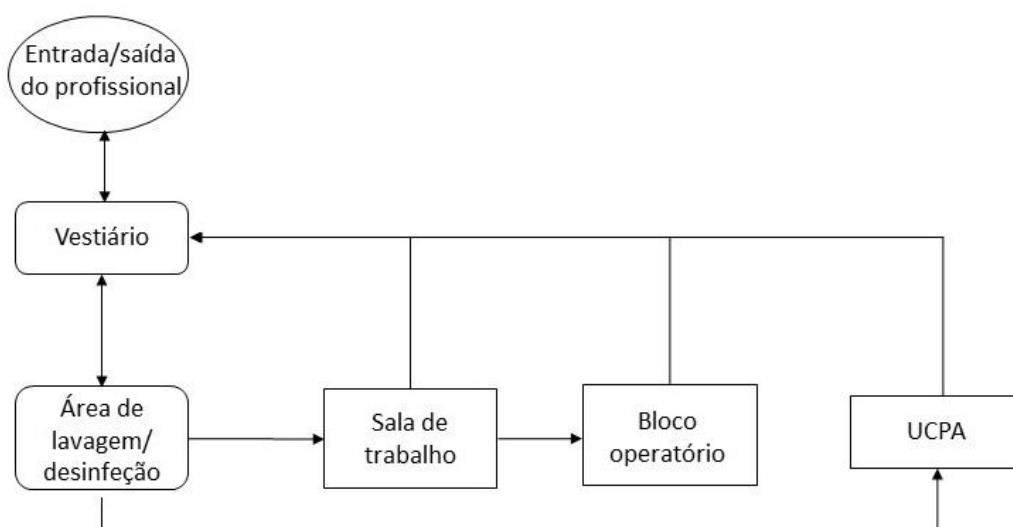


Ilustração 4 - Percurso dos Profissionais de Saúde no SCA.

Fonte: criação própria.

Finalmente, torna-se igualmente importante descrever o percurso dos materiais usados nas cirurgias, como consta da ilustração 5. Assim, quando é realizada uma cirurgia, os materiais utilizados seguem utilizados para a sala dos sujos, sendo aí separados entre descartáveis, que são encaminhados para os lixos hospitalares, e os materiais de utilização múltipla para esterilização, no caso os instrumentos cirúrgicos. Estes, após estarem esterilizados, seguem para o arsenal, onde são separados por categorias e inseridos nas caixas cirúrgicas para as intervenções subsequentes. No caso das roupas cirúrgicas, seguem para os vestiários para a equipa se preparar para o BO, e no fim das cirurgias são separadas para incineração no caso das descartáveis ou para a lavandaria no caso das peças de pano.

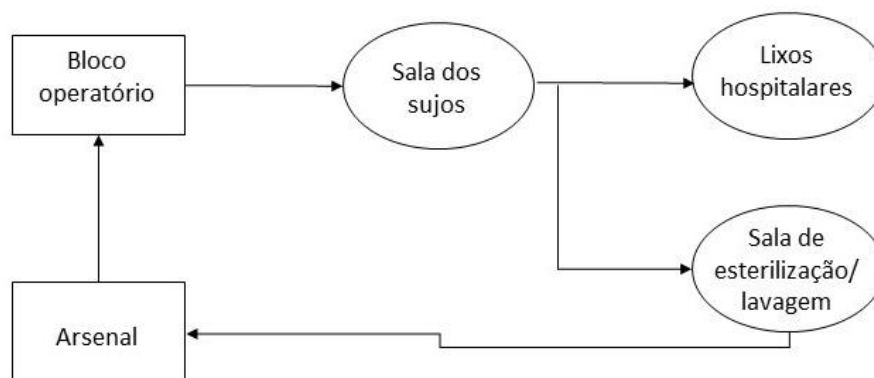


Ilustração 5 - Percurso dos materiais no SCA.

Fonte: criação própria.

3.3. Evolução das Cirurgias Programadas no CHUSJ

Para aferir a evolução das cirurgias programadas, foram considerados dados presentes nos relatórios disponibilizados na plataforma online do CHUSJ, apresentada no enquadramento teórico deste projeto.

Assim, foram considerados os últimos cinco relatórios onde estão representados os dados entre 2015 e 2019, a partir dos quais se desenvolveram os gráficos seguintes.

No gráfico 1, estão representadas as três tipologias de intervenções cirúrgicas, verificando-se que os episódios de intervenções de urgência possuem valores inferiores comparativamente às intervenções programadas, sendo os anos de 2015 e 2017 os que apresentam valores mais baixos e mais altos, respetivamente, de episódios de urgência.

No mesmo gráfico, é possível verificar que em 2018 foi o ano em que ocorreram menos cirurgias convencionais, cerca de 1500 cirurgias a menos do que em 2017. Este decréscimo deveu-se às inúmeras greves sentidas no SNS com particular importância a greve cirúrgica, protagonizada pelos enfermeiros, responsável pelo adiamento de cerca de 2500 cirurgias, entre as quais 850 CC. (CHUSJ EPE, 2018)

As cirurgias que foram adiadas e reagendadas para 2019, contribuindo também para o aumento do número de cirurgias neste ano, tendo sido dada a prioridade cirúrgica aos doentes mais urgentes e vulneráveis. (Agência Lusa, 2018)

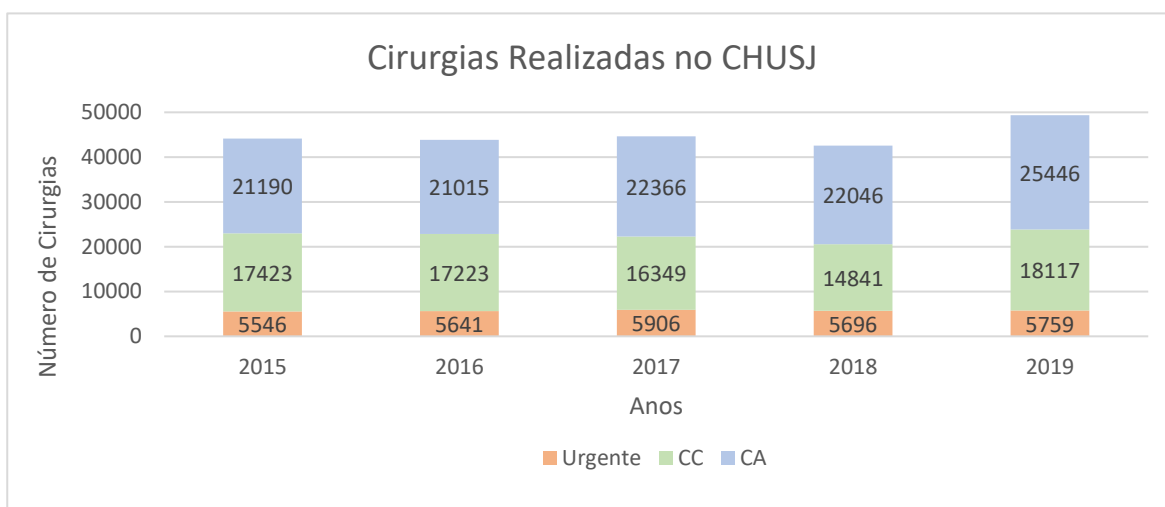


Gráfico 1 – Cirurgias Realizadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.
Fonte: criação própria.

Para melhor compreensão do crescimento das CA, foi desenvolvido o gráfico 2, considerando os mesmos valores apresentados anteriormente, agora representados a nível percentual.

Neste gráfico, verifica-se que as CC têm tendência decrescente em 4,6% entre 2015 e 2018, embora representem uma ligeira subida de 1,88% entre 2018 e 2019. Por sua vez, as CA apresentam uma tendência crescente de 3,61% entre 2015 até 2019.

Daqui se infere uma tendência contrária entre os dois tipos de cirurgias programadas, ou seja, a CA tende a aumentar o número de intervenções realizadas ao longo dos anos, já a CC apresenta tendência de diminuição, com exceção aos valores relativos a 2019, explicada pelo esforço da remarcação cirurgias adiadas no ano transato.

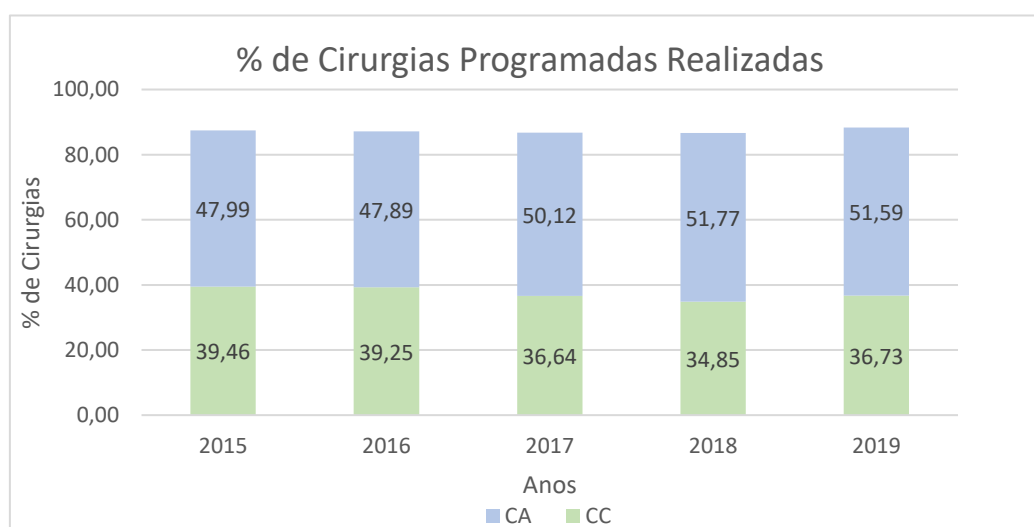


Gráfico 2 – Cirurgias Programadas Realizadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.
Fonte: criação própria.

A taxa de ambulatorização, consistem num indicador de desempenho que permite avaliar a evolução das cirurgias de ambulatório no total das cirurgias programadas. Para tal, foram consideradas globalmente as cirurgias programadas no denominador e o total de cirurgias de ambulatório no numerador. O resultado obtido foi o que consta no gráfico 3, no qual é possível verificar que as CA representam mais 50% das intervenções cirúrgicas programadas, o que confirma os valores demonstrados anteriormente. Neste gráfico, verifica-se também que a taxa de ambulatorização apresenta uma tendência crescente e superior a 3,5% entre 2015 e 2019. A queda da taxa entre 2018 e 2019 deve-se, como já referido anteriormente, ao efeito das greves dos enfermeiros que prejudicaram por mais de um mês os BO, com exceção dos casos urgentes.

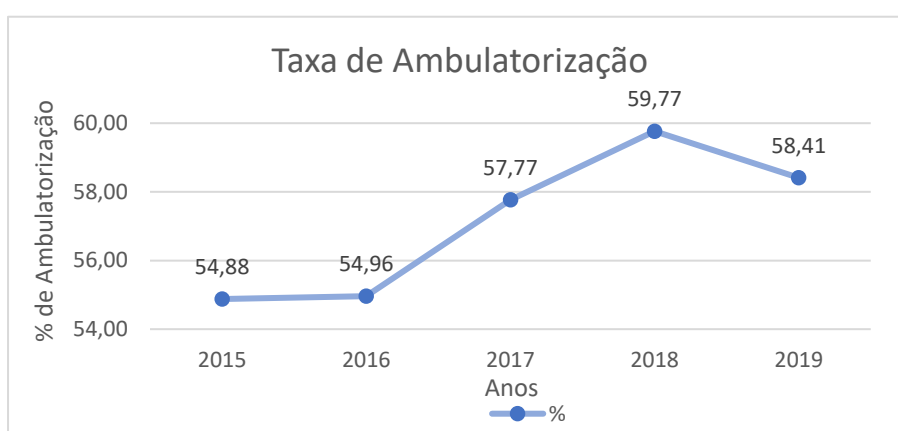


Gráfico 3 - Taxa de Ambulatorização no CHUSJ entre 2015 e 2019.
Fonte: criação própria.

Segundo (Benfeitias de Matos, 2011) e (Lemos, 2009) as duas maiores vantagens na opção de ambulatório são a racionalização da despesa em saúde e a redução da LIC. No entanto, é importante ter em consideração que com a implementação do Despacho n.º 6170-A/2016 de 9 de maio, os doentes passaram a ter livre acesso de circulação (LAC), ou seja, ao poderem optar pelo hospital onde querem ser seguidos, desde que o hospital em causa tenha a especialidade necessária, e em caso de necessidade serem aí operados, o que, conseqüentemente, aumenta a LIC desse hospital. Esta implementação teve como prioridade garantir que os doentes pudessem ter acesso equitativo ao SNS, e simultaneamente maximizar a sua capacidade instalada que o SNS tem para tratar muitos dos doentes.

Por outro lado, com a LAC os doentes podem tender a escolher hospitais com maior dimensão devido à sua diferenciação e sofisticada técnica, acabando por sobrelotar a capacidade de resposta dos mesmos. Através do gráfico 4, verifica-se que a LIC do CHUSJ apresenta tendência crescente entre o número de doentes inscritos entre dezembro de 2015 e dezembro de 2018, justificada

exacerbadamente pela implementação da LAC, mesmo que em simultâneo tenha existido uma tendência crescente da taxa de ambulatório demonstrada anteriormente (gráfico 3).

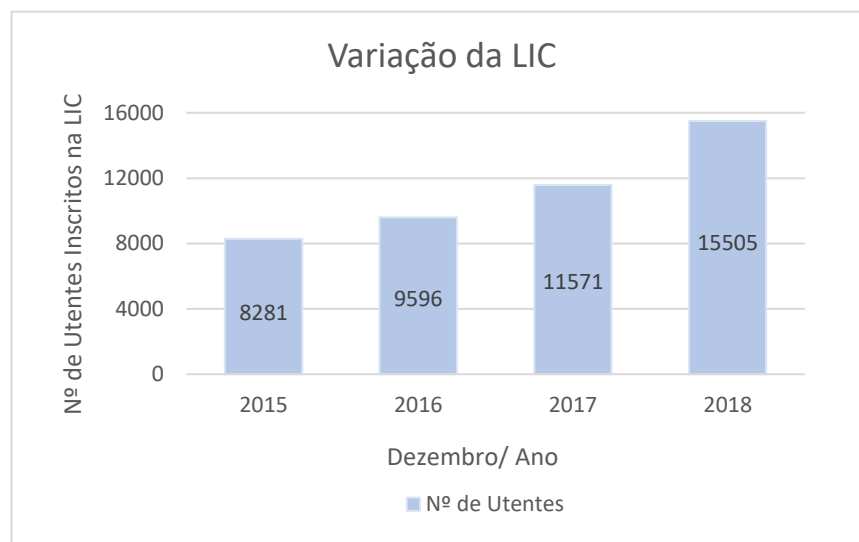


Gráfico 4 - Variação da LIC no CHUSJ entre 2015 e 2018.

Fonte: criação própria.

Os doentes inscritos na LEC do CHUSJ poderiam optar por escolher o acompanhamento noutra hospital depois do tempo máximo de resposta garantida (TMRG) ter sido ultrapassado. Esta possibilidade foi alongada principalmente após entrada em vigor a Portaria n.º 153/ 2017 de 4 de maio, onde foram retificados com baixa desses tempos, que se encontravam em vigor com a Portaria nº87/2015 de 23 de março. No anexo I da Portaria nº153/2017, constam os TMRG para *procedimentos hospitalares cirúrgicos programados*, que define para uma situação de urgência diferida um TMRG de 72h, após a indicação cirúrgica, e no caso de uma prioridade cirúrgica normal, o TMRG é de 180 dias. Neste último caso, antes da entrada em vigor desta nova Portaria, o tempo máximo para cirurgia era de 270 dias, diferença que contribui para existir transferência crescente de doentes para outras unidades de saúde. O gráfico 5 é elucidativo do aumento das transferências da LIC do CHUSJ entre 2016 e 2018, nomeadamente para o setor privado e social.

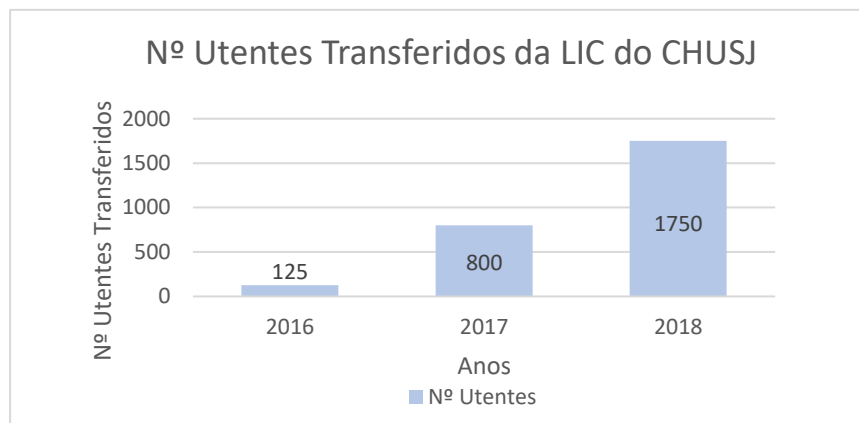


Gráfico 5 - Nº de utentes transferidos da LIC do CHUSJ entre 2016 e 2018.

Fonte: criação própria.

Com o objetivo de comparar as áreas cirúrgicas que apresentam mais inscritos na LIC (Cirurgia Geral, Ortopedia e Oftalmologia), foram desenvolvidos três gráficos onde estão presentes os valores em percentagem das cirurgias programadas realizadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.

Assim, no gráfico 6, estão representados os valores alusivos às cirurgias de ambulatório e cirurgias convencionais na especialidade de cirurgia geral. Neste, verifica-se que as CC apresentam valores mais elevados do que as CA, e que estas últimas apresentam tendência decrescente, ao contrário das primeiras. No entanto, tendo em consideração os valores relativos a 2015 e a 2019, verifica-se uma descida percentual de 5% na atividade cirúrgica desta especialidade.

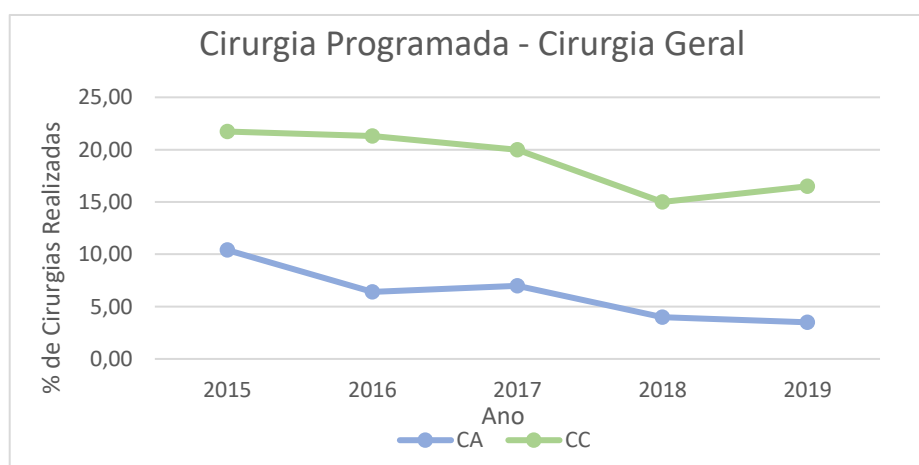


Gráfico 6 - Comparação da evolução da cirurgia geral, realizadas no âmbito das cirurgias programadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.

Fonte: criação própria.

Por outro lado, a especialidade de oftalmologia, apresenta os valores das CA muito superiores aos valores das CC, como se verifica no gráfico 7. No mesmo gráfico, contrariamente ao anterior, verifica-se que as cirurgias de ambulatório apresentam tendência crescente, tendo aumentado 8% entre 2015 e 2019, e em 2019 o valor percentual das CA foi de 58% do total da atividade operatória deste serviço. Por outro lado, as cirurgias convencionais em oftalmologia, apresentam tendência a diminuir, representando apenas 4% das cirurgias realizadas em 2019.

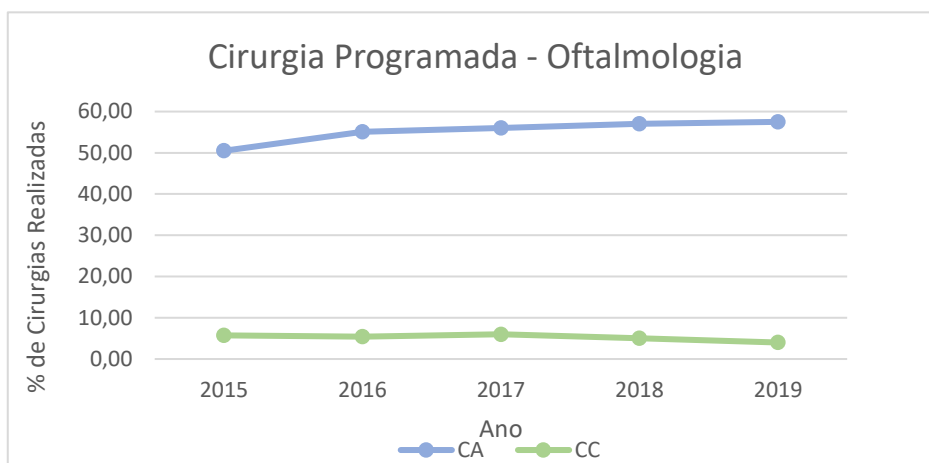


Gráfico 7 - Comparação da evolução das cirurgias oftalmológicas, realizadas no âmbito das cirurgias programadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.

Fonte: criação própria.

Por fim, se forem comparados os dados relativos às cirurgias programadas em ortopedia, verifica-se que ambas as modalidades de intervenção cirúrgica aumentam o número percentual de cirurgias, como demonstrado no gráfico 8. Assim, verifica-se uma certa estabilidade no crescimento conjunto das cirurgias programadas, referindo-se um aumento das cirurgias de ambulatório em mais de 1% entre 2015 e 2019, o mesmo aconteceu nas cirurgias convencionais em que a tendência foi de 1,5% no mesmo período de tempo.

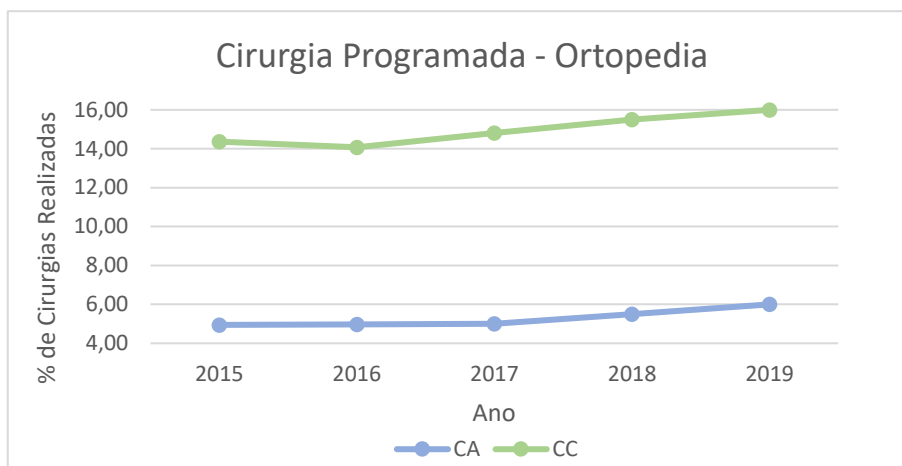


Gráfico 8 - Comparação da evolução das cirurgias ortopédicas, realizadas no âmbito das cirurgias programadas no CHUSJ entre 2015 e 2019.

Fonte: criação própria.

Em suma, com a análise dos três últimos gráficos apresentados, verifica-se que nas especialidades de oftalmologia e ortopedia a tendência das cirurgias em âmbito de ambulatório é crescente entre 2015 e 2019, embora com registos contrários entre elas. Assim, verifica-se que em ortopedia efetuam-se maioritariamente cirurgias de regime convencional, enquanto em oftalmologia a maioria das cirurgias realiza-se em regime de ambulatório. Por sua vez, nas cirurgias de cirurgia geral, ambos os regimes apresentam diminuição das cirurgias realizadas entre 2015 e 2019, embora o regime de ambulatório apresente uma descida contínua neste período em análise e o regime convencional apresente alguma tendência crescente entre 2018 e 2019, o que se pode dever à greve dos enfermeiros, onde algumas cirurgias foram transferidas do ambulatório para convencional evitando o cancelamento cirúrgico.

3.4. Qualidade Percebida pelo Doente – SERVQUAL

Costa Leite (2013) refere que o conceito da satisfação de um utente, é, de uma forma simples, a reação do utente face às experiências que teve dos cuidados de saúde, e que a missão de qualquer prestador de cuidados de saúde é a satisfação das necessidades dos seus utilizadores, sejam estas necessidades objetivas ou subjetivas.

Da mesma forma, Pereira, Araújo-Soares, & McIntyre (2001) referem que, apesar de existirem diversas definições da satisfação do utente, todas elas consideram que o resultado da satisfação é a diferença entre a expectativa que o doente tem a priori, e a realidade dos cuidados recebidos. Os mesmos autores, referem que a satisfação do utente está diretamente relacionada com a adesão às terapêuticas, enunciando ainda um estudo de Leventhal, Zimmermen, & Gutman (1984), onde é

referido que os utentes com elevados níveis de satisfação, são mais passíveis de seguir a terapêutica indicada e de manter o mesmo profissional de saúde posteriormente.

A satisfação de um doente, quer seja numa CA ou numa CC, é um processo complexo e multifatorial, por isso, torna-se importante que o doente sinta a sua individualidade no acompanhamento médico, pré e pós-cirúrgico, a sua privacidade e, de alguma forma, o seu papel ativo nas decisões tomadas com a equipa cirúrgica. (Tavares, 2013)

Tal como referido anteriormente, para aferir a qualidade percebida pelo doente, foram considerados estudos já realizados e publicados com a utilização do instrumento SERVQUAL. Este instrumento é utilizado para o estudo da qualidade de um serviço, tendo como base a comparação do serviço real com o serviço ideal.

Segundo Costa Leite (2013), o SERVQUAL, tem duas partes: a primeira, SERVQUAL-A, onde é avaliada a qualidade esperada pelo doente, e a segunda parte, SERVQUAL-B, onde é avaliada a qualidade percebida. Nestas duas vertentes, são consideradas as mesmas dimensões do instrumento, sendo elas: *Aspetos Físicos*, *Cortesia/Empatia*, *Compreensão do Utente*, *Fiabilidade e Acessibilidade*. Para responder às 22 perguntas é utilizada uma escala de *Likert* de sete pontos, sendo 1 - discordo totalmente e 7 - concordo totalmente.

No estudo de André, Tomás, Cunha, & Duarte (2017), o alpha de Cronbach geral, ou seja, fiabilidade interna do instrumento, das duas partes, demonstra que a qualidade não depende apenas de uma só dimensão. No SERVQUAL-A, o valor mais baixo do alfa das cinco dimensões, foi de 0,863, correspondente à *Fiabilidade*. Sendo o valor do alfa de Cronbach variável entre 0 e 1, é possível concluir que mesmo retirando, uma a uma, as dimensões consideradas, a fiabilidade interna nunca é inferior a 0,863. Por outro lado, a nível geral, o alfa do SERVQUAL-A é de 0,898, o que é considerado boa consistência interna.

Por outro lado, no SERVQUAL-B, o alfa mais baixo das cinco dimensões foi de 0,888, correspondente à dimensão *Compreensão do Utente*, e, tal como na análise anterior, significa que o instrumento tem boa fiabilidade interna, pois mesmo que se retirem dimensões, a fiabilidade nunca é inferior a 0,888. A nível geral, o alfa de Cronbach é de 0,915, o que é considerado excelente. (André, Tomás, Cunha, & Duarte, 2017)

No estudo desenvolvido por Correia (2010) com aplicação do SERVQUAL a doentes ambulatorizados, conclui-se que, de forma geral, a comparação entre as expectativas e a realidade, obteve maior diferença nas dimensões *Cortesia/Empatia* e *Aspetos Físicos*. No entanto, todas as restantes dimensões apresentam diminuição de, pelo menos um nível na escala de *Likert* em alguns utentes, entre o que era esperado e a realidade. Por exemplo, na dimensão de *Acessibilidade* apresenta cerca de 95% de resposta 'Muito Bom' nas expectativas, e nos resultados reais esta

resposta baixa para cerca de 83%, sendo a restante percentagem correspondente a cerca de 15% da resposta 'Bom' e cerca de 2% da resposta 'Muito Mau', o que não era esperado pelos utentes. Na dimensão de *Aspetos Físicos*, cerca de 92% dos utentes responderam 'Muito Bom' nas expectativas, sendo este valor deturpado na realidade percebida pelos utentes, uma vez que baixou para 65%, e os restantes 35% variam entre as respostas 'Bom', 'Mau' e 'Nem Bom, Nem Mau'.

De modo geral, ainda no estudo desenvolvido por Correia (2010), 32% dos inquiridos consideram que as expectativas foram realizadas, 33% consideram que as expectativas foram mais do que superadas e ainda 33% dos utentes consideram que as expectativas foram muito mais que superadas. Sendo o resultado final apresentado com 75% dos utentes no nível 'Muito Satisfeito' e 23% 'Satisfeito'.

No mesmo seguimento, surge no estudo apresentado por Gil Sousa, et al. (2014) o grau de satisfação com as cirurgias em regime de ambulatório superior aos 98%, onde 88,1% responderam ao inquérito com 'Muito Satisfeito' e 10,2% com a resposta de 'Satisfeito'. No entanto, é ainda apresentada a percentagem de complicações pós-cirúrgicas que os doentes experienciaram, onde cerca de 5% dos intervencionados apresentou complicações pós-cirúrgicas precoces (inferiores a 28 dias após a cirurgia) e 1,3% apresentou complicações tardias (superiores a 28 dias após a cirurgia). Estas complicações demonstram-se correlacionadas com o grau de satisfação dos doentes, uma vez que os autores demonstram que quando há complicações, os doentes demonstram uma menor satisfação global com o procedimento cirúrgico.

Assim, estes estudos tornam-se importantes para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde recebidos pelos doentes de forma a aumentar a qualidade, diferenciação e singularidade dos serviços e assim satisfazer as necessidades dos doentes intervencionados. (André, Tomás, Cunha, & Duarte, 2017)

4. Discussão

Com o intuito de demonstrar qual o impacto económico que decorre para o CHUSJ em operar um doente em cirurgia convencional e em ambulatório foram considerados por um lado os custos associados a estas intervenções e por outro lado as receitas geradas por essa produção entre 2015 e 2019.

4.1. Custos das Cirurgias de Ambulatório vs. Cirurgias Convencionais

Os valores pagos pelo Estado aos cuidados médicos e cirúrgicos prestados são pagamentos prospetivos. Segundo Pita Barros (1999), estes pagamentos definem-se como um pagamento fixo para um determinado diagnóstico, ou seja, o pagamento não reflete o valor real gasto para tratar um doente, mas sim o custo considerado necessário para esse tratamento, valores esses variáveis consoante a GCD e o grau de severidade apresentado.

Assim, para realizar as comparações entre os preços e custos de uma cirurgia em âmbito ambulatório ou em convencional, foram utilizados dados apresentados no contrato programa de 2019. Neste documento, são apresentados os valores tabelados e regulamentações para instituições e serviços prestados pelo SNS e a contabilidade analítica do CHUSJ

Os custos médios das cirurgias de ambulatório do CHUSJ estão apresentados na tabela 1. Nesta tabela verifica-se que o valor mais baixo foi registado em 2019 e o valor mais elevado nestas intervenções em 2016, sendo a média dos valores totais de 360,41€.

Ano	2015	2016	2017	2018	2019
Por Cirurgia no SCA	364,53€	384,31€	364,76€	344,70€	343,76€

Tabela 1 - Custo médio das intervenções cirúrgicas no SCA realizadas entre 2015 e 2019, no CHUSJ.

Fonte: criação própria.

Por sua vez, os preços que constam nos contratos programa para financiar o GDH de cirurgia de ambulatório, constam na tabela 2. Onde se verifica que o financiamento mais elevado foi em 2019 e os mais baixos em 2015 e 2016, sendo a média dos financiamentos deste período temporal de 1.462,25€.

Ano	2015	2016	2017	2018	2019
GDH Cirurgia de Ambulatório	1.444,35€	1.444,35€	1.450,06€	1.450,06€	1.522,41€

Tabela 2 – Preços dos Contrato Programa para o GDH de CA, entre 2015 e 2019.

Fonte: criação própria.

Os valores apresentados na tabela anterior, são valores ponderados pelo *índice de case-mix* (ICM) aplicado em cada ano. Este índice diferencia-se em cada ano e é aplicado considerando a complexidade da cirurgia no hospital onde é efetuada. Assim, este índice tem como valor padrão $ICM = 1$ e, consoante a complexidade cirúrgica para o hospital em questão, o valor é inferior a 1 para cirurgias mais simples e superior a 1 quando se refere a cirurgias complexas.

Considerando as intervenções cirúrgicas em ambulatório realizadas no CHUSJ, o ICM em todos os anos em análise foi inferior a 1, sendo em 2015 e 2016 o $ICM = 0,6321$, e entre 2017 e 2019, inclusive, o $ICM = 0,6346$. Ou seja, os preços relativos ao GDH de CA, embora apresentem valores superiores no contrato programa, o CHUSJ recebia, por cada intervenção realizada em âmbito de regime ambulatório, os valores referidos na tabela 2, verificados pela multiplicação dos dois valores em causa (preço definido no contrato programa e ICM).

Com o intuito de exemplificar os cálculos efetuados para obter o valor recebido pelo CHUSJ por cada intervenção realizada no SCA, e utilizando os valores de 2019, obtém-se as seguintes equações:

$$ICM = 0,6346$$

$$Preço\ do\ CP = 2.399€$$

$$Valor\ recebido\ por\ GDH\ de\ CA = ICM \times Preço\ do\ CP = 1.522,41€$$

Da análise entre os custos para a cirurgia de ambulatório e a receita gerada pelo valor financiado para o GDH de cirurgia de ambulatório, o CHUSJ apresenta um ganho médio de 1.101,85€, ou seja, + 405% face ao custo operacional.

Por sua vez, nas cirurgias realizadas em regime convencional, os custos médios correspondem aos valores da contabilidade analítica das cirurgias realizadas no BO central, entre 2015 e 2019, presentes na tabela 3. Nesta tabela verifica-se que o custo médio mais elevado foi em 2018 e o mais baixo em 2015, apresentando como média total de custos 984,93€.

Ano	2015	2016	2017	2018	2019
Por Cirurgia no BO Central	886,86€	916,17€	890,39€	1.194,64€	1.036,57€

Tabela 3 - Custo médio das intervenções cirúrgicas no bloco operatório central realizadas entre 2015 e 2019, no CHUSJ.

Fonte: criação própria.

Tal como referido anteriormente, as cirurgias convencionais apresentam um grau de complexidade que não permite o doente ter alta em menos de 24h, seja pela complexidade da intervenção, pelas comorbilidades do doente ou por motivos de condições sociais. Assim, estas intervenções apresentam maior despesa consoante o tempo de internamento e as necessidades do doente. Assim, o preço aplicado ao GDH de cirurgia convencional, é também definido com base no CP do hospital ponderado igualmente pelo ICM.

Na tabela 4, constam os preços finais para o GDH cirúrgico convencional para o CHUSJ, que incluem a ponderação do ICM entre 2015 e 2019, e a percentagem relativa ao doente equivalente (DE). Nesta tabela verifica-se que o ano com maior financiamento foi 2019 e o financiamento mais reduzido foi em 2017 e 2018, apresentando como média de financiamentos 3.015,46€.

Ano	2015	2016	2017	2018	2019
GDH Cirúrgico	3.050,42€	3.050,42€	2.943,21€	2.943,21€	3.090,05€

Tabela 4 - Preço dos Contrato Programa para o GDH Cirúrgico, entre 2015 e 2019.

Fonte: criação própria.

Neste GDH de cirurgia convencional, o ICM de 2015 e 2016 foi o mesmo ($ICM = 1,3867$) e o preço tabelado também era igual nos dois anos (2.285,00€), embora nos dois anos posteriores o preço tabelado se tenha mantido o mesmo, mas o ICM desceu ligeiramente para 1,3305, o que justifica a variação do preço. Por sua vez, em 2019, o ICM manteve-se o mesmo ($ICM = 1,3305$), embora o preço do CP tenha subido para 2.399,00€.

Como foi referido anteriormente, no valor recebido pelo CHUSJ por este tipo de GDH, é considerado também o doente equivalente, correspondendo aos dias médios de internamento do GDH cirúrgico. Assim, para obter o valor final recebido pelo hospital, aplica-se uma multiplicação destes três valores (preço definido, ICM e % de doente equivalente).

Assim, com o intuito de exemplificar os valores recebido pelo CHUSJ em 2019, relativos às cirurgias realizadas no BO central, obtiveram-se as seguintes equações:

$$ICM = 1,3305$$

$$Doente Equivalente = 96,81\%$$

$$Preço do CP = 2.399€$$

$$Valor recebido por GDH de CC = ICM \times DE \times Preço do CP = 3.090,05€$$

Da análise entre os custos médios e preços médios para o GDH de CC, verifica-se que o CHUSJ apresenta um ganho médio de 2.030,53€, que corresponde a 306% face ao custo operacional.

Em suma, após a obtenção dos dados apresentados, verifica-se que no período em análise (2015/2019) o custo médio por GDH de CA é quatro vezes inferior ao preço recebido pelo CHUSJ relativo a essa produção, com um ganho de 1.101€. Por sua vez, no GDH de cirurgias convencionais, o valor recebido pelo CHUSJ é três vezes superior ao custo médio desta produção, com um ganho de 2.031€. Estes valores são comprovados através das equações seguintes:

$$\frac{\text{Preço por GDH de CA}}{\text{Custo por GDH de CA}} = \frac{1.462,25€}{360,41€} = 4$$

e,

$$\frac{\text{Preço por cada CC}}{\text{Custo por cada CC}} = \frac{3.015,46€}{984,93€} = 3$$

Com a ponderação dos ganhos e consumos referidos anteriormente pela média de produção cirúrgica dos cinco anos em análise, as conclusões são as seguintes:

- relativamente às CA, verifica-se que foram efetuadas em média 22.412 intervenções, e atendendo à diferença entre os preços e os custos médios deste GDH, a mais-valia foi de 24.694.913,96€;
- por sua vez, para as cirurgias em regime convencional para um valor médio de igual período de 16.790 intervenções e atendendo à diferença entre preços e custos médios deste GDH, o valor acendeu os 34.100.490€.

O valor total que o CHUSJ alcançou em média nestes cinco anos de análise foi de 58.794.703,96€, sendo 42% relativo as cirurgias de ambulatório e os restantes 28% relativo às cirurgias convencionais. Os valores apresentados correspondem ao lucro que o hospital teve com as cirurgias programadas nas duas vertentes. No entanto, este valor serve para compensar as despesas que os

doentes médicos (consultas) geram no CHUSJ e são bastante superiores ao valor que o SNS financia nestas patologias. Com isto pretende-se referir que os GDH cirúrgicos embora ganhadores face às despesas que geram, servem para compensar os GDH perdedores, os médicos, cujas receitas são muito menores que as despesas associadas. A estes processos de compensação, chama-se princípio da compreensão do financiamento hospitalar.

Em conclusão, apesar dos GDH cirúrgicos produzirem para o CHUSJ mais-valias económicas, em termos relativos as cirurgias realizadas em regime de ambulatório são mais vantajosas uma vez que com o valor financiado com a realização de uma cirurgia é possível suportar os custos de quatro cirurgias nesse regime, apresentando pois maior sustentabilidade financeira entre o seu custo médio e o preço atribuído no CP pelo seu financiador.

5. Conclusões

Com base nos resultados obtidos e apresentados ao longo desta dissertação, pode concluir-se que as cirurgias realizadas no âmbito de ambulatório no CHUSJ, apresentam uma evolução positiva com uma taxa de ambulatorização crescente e superior a 3,5% entre 2015 e 2019.

Um aspeto importante a ter em consideração para o aumento das cirurgias de ambulatório, é a qualidade percebida pelos doentes com esta opção cirúrgica. Assim, pelos resultados apresentados por alguns estudos com a aplicação do instrumento SERVQUAL, pode concluir-se que, na grande maioria dos intervencionados, ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos com esta opção cirúrgica. Nos estudos desenvolvidos por (Correia, 2010) e (Gil Sousa, et al., 2014), apenas 2% dos inquiridos não ficaram satisfeitos com os serviços prestados, os restantes 98% demonstraram-se satisfeitos e muito satisfeitos com as intervenções cirúrgicas e tudo o que a estas está agregado. No estudo desenvolvido por (Gil Sousa, et al., 2014) foi ainda considerado o facto de os doentes terem complicações cirúrgicas nos dias posteriores à cirurgia, o que também interfere no grau de satisfação do doente, onde, aproximadamente, 6% apresentou complicações pós-cirúrgicas.

Por sua vez, o percurso realizado pelos doentes no intervalo entre a chegada à unidade de ambulatório até ao processo da alta, é também um aspeto importante na qualidade dos serviços prestados. Uma vez que no dia da cirurgia os doentes encontram-se mais nervosos, os percursos dentro do SCA devem ser mais curtos e de mais fácil acesso e podem contribuir para a diminuição de ansiedade, o que não acontece nas cirurgias convencionais, onde se regista movimento mais intenso, quer os percursos de sujos e limpos como dos profissionais de saúde, devem respeitar as normas de assepsia de modo a evitar cruzamentos capazes de potenciar infeções com consequências negativas para o restabelecimento pós-cirúrgico do doente.

Para assegurar que os doentes intervencionados no CHUSJ se encontram satisfeitos com as cirurgias realizadas em regime de ambulatório, seria necessário aplicar o instrumento SERVQUAL a uma amostra populacional considerável e com intervencionados de todas as cirurgias possíveis de realizar em ambulatório. Assim, além da perceção da diminuição de custos para o CHUSJ com a CA, seria garantida a satisfação dos doentes. A não realização deste estudo devido às circunstâncias atuais da COVID-19, torna-se uma limitação deste trabalho.

De modo geral, as cirurgias realizadas em regime de ambulatório apresentam como vantagens: diminuição de custos para o hospital; maior conforto para o doente uma vez que recupera em casa e no meio familiar; e a redução da LIC. No entanto, é necessário ter em consideração que os valores apresentados ao longo desta dissertação representam a LIC geral do CHUSJ, tendo assim em consideração os TMRG nas cirurgias convencionais e em ambulatório, para bem dos doentes transferidos de outras unidades hospitalares.

Para que o doente seja intervencionado em regime de ambulatório, é necessário que apresente o perfil adequado para tal. Assim, foi verificado que os doentes apenas são submetidos a CA quando não apresentam comorbidades suscetíveis de incapacitar a sua recuperação ou intercorrências cirúrgicas graves, que só a cirurgia convencional pode salvaguardar a segurança. Por sua vez, o doente que não apresentem estabilidade na vida pessoal, como a falta de apoio para realizar atividades quotidianas no regime pós-operatório, pode não ser um doente indicado para intervenções em ambulatório uma vez que pode desenvolver com mais facilidade complicações pós-cirúrgicas.

Por último, nesta dissertação, foram demonstrados os valores para os custos médios das cirurgias em ambulatório e em regime convencional, bem como os preços definidos no CP de 2019 para estas intervenções. Resulta claramente que ambos os tipos de cirurgia são geradores de mais valias económicas para o CHUSJ, uma vez que os custos operatórios são inferiores aos preços relacionado com o seu financiamento. Todavia as cirurgias de ambulatório são as que apresentam resultados economicamente mais vantajosas para o CHUSJ uma vez que o ganho gerado com a operação de um doente permite suportar mais quatro, o que não acontece nas cirurgias convencionais, em que o valor gerado suporta três cirurgias.

Em suma, com os dados apresentados ao longo desta dissertação, pode concluir-se que as CA apresentam crescimento contínuo e boa aceitação por parte dos doentes a este modelo cirúrgico. A par desta realidade, a mais-valia económica constitui um forte argumento para a gestão no sentido de reforçar o aumento da capacidade instalada para este tipo de cirurgia com a alocação do maior número de salas operatórias, reservando a cirurgia convencional para os casos mais graves; complicados ou para casos em que o doente não possa ser considerado um candidato para cirurgia em regime de ambulatório.

Referências Bibliográficas

- ACSS. (2011). Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia. *Volume I – Princípios Gerais*. Obtido em Outubro de 2020
- ACSS, ARS, & CHUSJ. (2017). Contrato Programa CHUSJ, EPE.
- Agência Lusa. (2018). *Cirurgias desmarcadas devido à greve dos enfermeiros serão reagendadas a partir de janeiro*. Obtido em Fevereiro de 2021, de Observador.
- André, S., Tomás, A., Cunha, M., & Duarte, J. (2017). CARE QUALITY REGARDING OUTPATIENT SURGERY: USERS' PERSPECTIVE. *Millenium, 2 (ed espec nº2)*, pp. 73-84. Obtido em Outubro de 2020, de <https://doi.org/10.29352/mill0202e.06>
- ARS, & CHUSJ. (2016). Acordo Modificado CHUSJ, EPE.
- Barrera, A. E., Riquelme, J. C., Lizana, M. C., Bannura, G. C., & Zúñiga, A. T. (2019). Elective ambulatory surgery in proctological pathology. 14 years of prospective experience in a public teaching hospital. *Journal of Surgery, 71 (4)*, pp. 293-298. Obtido em Outubro de 2020
- Barros, N. M. (2016). *Optimizing the Master Surgery Schedule in a Private Hospital*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Ciências: Dissertação de Mestrado. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/10451/25350>
- Benfeitias de Matos, R. M. (2011). *Vantagens da Transposição de cirurgias em regime de internamento para cirurgias em regime de ambulatório no sector privado*. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas: Tese de Mestrado. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/10400.6/3025>
- Bernardo Terras, H. (2017). *Gestão do Bloco Operatório*. Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas: Dissertação de Mestrado.
- Boquinhas, J. (2012). Os Médicos e a Gestão Hospitalar. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde, v.8, n.2*, 8-9. Obtido em Outubro de 2020, de <https://www.jornalmedico.pt/>
- Cardoen, B., Demeulemeester, E., & Beliën, J. (2010). Operating room planning and scheduling: A literature review. *European Journal of Operational Research 201*, 921 -932. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2009.04.011>
- Chaves Sá, S. G., & Secchin Canale, L. (2011). Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico. *Enfermería Global, 10(23)*, 190-199. Obtido em Outubro de 2020, de <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300014>
- CHUSJ EPE. (2018). *Relatório e Contas 2018*.
- Correia, R. (2010). *Inquérito de Avaliação de Qualidade e Satisfação do utente do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António*. Universidade do Porto – Instituto de Ciências

- Biomédicas Abel Salazar: Tese de Mestrado. Obtido em Novembro de 2020, de <https://hdl.handle.net/10216/53367>
- Costa Almeida, C. (2013). Cirurgia em Ambulatório ou pôr os doentes a andar. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (24) : 89–91. doi:ISSN 1646–6918
- Costa Leite, N. (2013). *Cirurgia de ambulatório: experiência e satisfação do utente*. Universidade do Minho – Escola de Economia e Gestão: Tese de Mestrado. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/1822/29278>
- Costa, C., Lopes, S., & Santana, R. (2008). Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 7, 7–28. Obtido em Fevereiro de 2021, de <http://hdl.handle.net/10362/19697>
- Coutinho, S. (2009). Cirurgia de Ambulatório – Desenho de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (8) : 59–64. doi:ISSN 1646–6918
- Cracel Viana, L., & Gomes Centeno, L. (2019). Contratualização com as Empresas Públicas Prestadoras de Cuidados de Saúde. *Conselho de Finanças Públicas*. Obtido em Agosto de 2021
- Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março. (s.d.). Diário da República n.º 43/2011, Série I de 2011-03-02.
- Despacho n.º 6170-A/2016 de 9 de maio. (s.d.). Diário da República n.º 89/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-05-09.
- Gil Sousa, D., Oliveira Reis, D., Coutinho, F., Soares, J., Ribeiro, S., & Fraga, A. (2014). Cirurgia urológica de ambulatório / realidade do centro hospitalar do Porto e avaliação do grau de satisfação. *Acta Urológica Portuguesa*, 31 (3): 69–74. Obtido em Outubro de 2020
- Gouveia Carneiro, S. (2010). *Cirurgia de ambulatório vs. cirurgia com internamento: comparação da qualidade de recobro anestésico avaliada pela versão portuguesa do questionário QoR-40*. Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde: Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/10400.6/766>
- Governo da República Portuguesa. (2020). *Saúde constitui a grande prioridade da proposta de Orçamento do Estado*. Obtido em Outubro de 2020, de Governo da República Portuguesa: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/noticia?i=saude-constitui-a-grande-prioridade-da-proposta-de-orcamento-de-estado>
- Henriques, C. J. (2008). *Gestão da Qualidade Total num Serviço de Saúde*. Instituto universitário de Lisboa – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa: Dissertação de Mestrado. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/10071/1754>

- lezzoni, L. I. (1995). Risk adjustment for medical effectiveness research : an overview of conceptual and methodological considerations. *Journal of Investigative Medicine*. 43 : 2, 136-150.
- Jacob, S. V. (2019). *Cirurgia de Ambulatório um Futuro Presente - importância cuidados de enfermagem pré-operatórios*. Tese de Mestrado. Instituto Plitécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/10400.26/30153>
- Lei nº64-A/2011 de 30 de dezembro. (s.d.). Diário da República, 1.ª série – N.º 250 – 30 de dezembro de 2011, 5538-(44 e 45).
- Lemos, P. (2009). Cirurgia de Ambulatório – Editorial. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (8) : 25-28. doi:ISSN 1646-6918
- Leventhal, H., Zimmermen, R., & Gutman, M. (1984). Compliance: A self regulation perspective. Em *W. Gentry (Ed.), Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 369-423). New York: Guildford Press.
- Lopes, A. J. (2012). *Gestão do Bloco Operatório*. Universidade do Minho – Escola de Economia e Gestão: Dissertação de mestrado. Obtido em Novembro de 2020, de <http://hdl.handle.net/1822/19778>
- Macario, A., Vitez, T. S., Dunn, B., & McDonald, T. (1995). Where are the costs in perioperative care? Analysis of hospital costs and charges for inpatient surgical care. *Anesthesiology*, 83(6), 1138-1144. Obtido em Outubro de 2020, de <https://doi.org/10.1097/00000542-199512000-00002>
- Marinho Lopes, A. J. (2012). *Gestão do Bloco Operatório*. Universidade do Minho – Escola de Economia e Gestão: Dissertação de Mestrado. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/1822/19778>
- Martínez, L. C., & Aragón, A. J. (2019). Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en un Centro de Diagnóstico Integral Estado Sucre-Venezuela. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23 (2), 325-330. Obtido em Outubro de 2020
- Martins Alves, E. (2012). *Cancelamento de Cirurgias no Próprio Dia*. Universidade Nova de Lisboa – Escola Superior de Saúde Pública: Dissertação de Mestrado. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/10362/10068>
- Mena, H., Piasek, G., & Vieira da Motta, M. (2017). Urgência e Emergência. Os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. *Saúde, Ética & Justiça*, 22(2), 81-94. Obtido em Outubro de 2020, de <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v22i2p81-94>

- Ministério da Saúde – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrada no utente*. Obtido em Outubro de 2020
- Nunes, A. M., & Matos, A. A. (2019). Hospital management in Portugal: the importance of medical participation. *Revista da FAE, Curitiba, v. 22, n. 1*, 83–96. Obtido em Outubro de 2020, de <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/637>
- OECD. (2016). Better Ways to Pay for Health Care. *OECD Health Policy Studies*. Obtido em Agosto de 2021, de <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>
- OMS. (2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery: Safe Surgery Save Lives*. doi:ISBN: 9789241598552
- Pereira, M. G., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2(2)*, 69–80. Obtido em Novembro de 2020
- Pinho Lopes, P. (2016). *Internamentos por Causas Sensíveis aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal Continental: uma análise pela severidade*. Universidade de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública: Dissertação de Mestrado. Obtido em Janeiro de 2021, de <http://hdl.handle.net/10362/19942>
- Pita Barros, P. (1999). Eficiência e Qualidade: mitos e contradições. *Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde*. Academia das Ciências, Lisboa. Obtido em Março de 2021
- Porcari, T. A., Cavalari, P. C., Roscani, A. N., & Kumakura, A. R. (2020). Safe Surgeries: elaboration and validation of a checklist for outpatient surgical procedures. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 41*. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190321>
- Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio. (s.d.). Diário da República n.º 86/2017, Série I de 2017-05-04.
- Portaria n.º 87/2015 de 23 de março. (s.d.). Diário da República n.º 57/2015, Série I de 2015-03-23.
- Proença, I. M. (2010). *Planeamento de Cirurgias Electivas, Abordagens em Programação Inteira*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Ciências: Tese de Doutoramento. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/10451/2413>
- Quintal, V. I. (2014). *A Cirurgia de Ambulatório do ponto de vista dos médicos e enfermeiros do Centro Hospitalar Cova da Beira*. Tese de Mestrado. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde. Obtido em Outubro de 2020, de <http://hdl.handle.net/10400.6/5021>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002 de 26 de abril. (s.d.). Diário da República n.º 121/2002, Série I-B de 2002-05-25.

- Resolução do Conselho de Ministros nº79/2004 de 3 de junho. (s.d.). Diário da República n.º 147/2004, Série I-B de 2004-06-24.
- Santos, J. S., Kumar Sankarankutty, A., Salgado Jr, W., Kemp, R., Paim Leonel, E., & Castro e Silva Jr, O. (2008). Outpatient Surgery: the concept, organization of the program and its' results. *Simpósio: Fundamentos em Clínica Cirúrgica – 1ª Parte, Cap. IV. Medicina, Ribeirão Preto. 41(3)*, pp. 274–286. Obtido em Outubro de 2020
- Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Orçamento do Estado 2021*. Obtido em Outubro de 2020, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/10/13/orcamento-do-estado-2021/>
- Simões, P. (2016). *A Cirurgia de Ambulatório em Portugal*. Universidade de Lisboa. Lisbon School of Economics & Management: Relatório de estágio de mestrado. Obtido em Dezembro de 2020, de <http://hdl.handle.net/10400.5/13164>
- Tavares, S. I. (2013). *Satisfação do Doente em Cirurgia de Ambulatório*. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Tese de Mestrado. Obtido em Novembro de 2020, de <https://hdl.handle.net/10216/72169>
- Vila y Blanco, J., & González de Buitrago, E. (2020). Cirugía de las hernias: efectividad y coste para el sostenimiento del sistema sanitario. *Revista de cirugía, 72(4)*, 301-310.. doi:<https://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020004506>
- Williamson, S., Stevens, R., Loudon, D., & Migliore, R. (1997). *Fundamentals of Strategic Planning for Healthcare Organizations*. The Haworth Press, 1ª Edição (18 de dezembro de 1996). doi:ISBN-13: 978-0789000606