

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Marta Sofia Ribeiro Martins

**AVALIAÇÃO DE CUSTOS E SATISFAÇÃO DOS  
DOENTES COM A CRIAÇÃO DE UM “HOSPITAL DE  
DIA” EM ORTOPEDIA ONCOLÓGICA NO CENTRO  
HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA**

*Dissertação no âmbito de Mestrado em Gestão em Economia da Saúde,  
orientada pela Professora Doutora Carlota Quintal e Professora  
Doutora Isabel Cruz,  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra*

Janeiro de 2020

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Marta Sofia Ribeiro Martins

**AVALIAÇÃO DE CUSTOS E SATISFAÇÃO DOS  
DOENTES COM A CRIAÇÃO DE UM “HOSPITAL DE  
DIA” EM ORTOPEDIA ONCOLÓGICA NO CENTRO  
HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA**

*Dissertação no âmbito de Mestrado em Gestão em Economia da Saúde,  
orientada pela Professora Doutora Carlota Quintal e Professora  
Doutora Isabel Cruz,  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra*

Janeiro de 2020

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a todos os doentes da Ortopedia Oncológica que ao longo dos anos foram marcando presença na vida de quem com eles trabalham. Aos que foram, aos que estão, aos que virão. A todas as Joanas, Elviras, Filipes, Hugos, Marias, ... e às suas famílias.

Dedico também à equipa da Ortopedia Oncológica, médicos, enfermeiros, auxiliares, secretários, voluntários, e demais que por lá passam; equipa essa onde eu própria cresci e aprendi, chorei e ri; equipa de cariz excepcional que traz um pouco de cor e alegria, esperança, e deixam saudade.

E por fim, não menos importante, ao Davide, ao Duarte e ao Vasco, porque com eles quero ser melhor pessoa e melhor profissional, deixando-lhes como exemplo a perseverança.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria possível sem a cooperação de algumas pessoas que me ajudaram a construir.

Às Prof. Doutora Carlota Quintal e Prof. Doutora Isabel Cruz que abraçaram com entusiasmo este meu projeto, mostrando-se incansáveis nas respostas às minhas solicitações, apoiando-me incondicionalmente mesmo quando a vontade desvanecia. Obrigada pela paciência e generosidade nas palavras de incentivo.

Aos doentes da Ortopedia Oncológica pela participação no estudo, honestidade e apoio.

Aos profissionais da Ortopedia Oncológica, por me receberem e apoiarem nesta nova etapa, proporcionando um ambiente de abertura e colaboração. Tenho orgulho de ter pertencido a esta equipa, que ainda é a minha.

Aos meus colegas de trabalho, que me apoiaram e incentivaram, dando palavras de alento para terminar.

À minha família, pais, irmã, sogros e cunhados, pela constante preocupação e apoio incondicional e incentivo, pela roupa engomada e comidinha pronta.

Ao Davide, pelo tempo que lhe roubei, pela sua paciência perante a falta da minha, e o meu mau feitio, por ter exigido mais do seu papel parental, foi pai e mãe sempre presente...

Aos meus doces Duarte e Vasco, antes do agradecimento, o meu pedido de desculpa por os ter privado dos mimos da mãe, das poucas brincadeiras na cama de manhã, da pressa em os levar à escola porque a mãe também tem a professora à espera. O meu agradecimento pelos “porta-te bem na escola, mãe”, “mostra-me os teus trabalhos de casa, mãe”, sempre com sorrisos marotos. Quero mostrar-lhes que não há idade para parar de aprender e que todos os dias existem novas oportunidades de aprendizagem e conhecimento, superando as adversidades e contornando os obstáculos que a inércia nos traz.

## **RESUMO:**

Os sarcomas ósseos e de tecidos moles são um grupo de tumores raros que atingem as mais diversas faixas etárias e que nos últimos anos viu o seu tratamento desenvolver-se graças à evolução tecnológica, desde as amputações radicais, passando por combinações de quimioterapia e terapêuticas dirigidas, cirurgias conservadoras e/ou radioterapia, obtendo melhores taxas de sobrevida e livres de progressão da doença. Os doentes tratados no serviço de Ortopedia Oncológica, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra são seguidos por uma das unidades de referência destes tumores a nível nacional e internacional. Pretendeu-se avaliar a satisfação dos doentes em regime de ambulatório (que realizam tratamentos de curta duração sem necessidade de pernoita hospitalar) perante os cuidados prestados na atualidade e as suas expectativas face a um cenário hipotético de Hospital de Dia, num espaço próprio. O estudo, com a aplicação de um questionário e entrevista semiestruturada numa amostra com 13 respostas válidas, revelou uma satisfação global razoável, com algumas dimensões refletindo uma menor satisfação, nomeadamente condições da sala de espera, alimentação e acesso a informação, sendo que os participantes apresentaram sugestões daquilo que esperavam na criação do Hospital de Dia. Realizou-se uma avaliação de custos de vários cenários possíveis, apresentando uma alternativa à existente, que fosse de acordo com as recomendações redigidas pela tutela, com a reestruturação do internamento e ocupação de uma sala que funcionaria como Hospital de Dia, com funcionamento compatível com as necessidades do serviço.

**Palavras Chave:** Ortopedia Oncológica, Hospital de Dia, Avaliação de custos, Satisfação de utentes

## **ABSTRACT:**

Bone and soft tissue sarcomas are a group of rare tumours that affect individuals across different age groups and in recent years we have witnessed major treatment developments due to technological progress, from radical amputations, through chemotherapy and targeted combinations of therapies, conservative surgeries and / or radiotherapy, obtaining better survival rates and progression-free survival. Patients treated at the Orthopedics Oncology service at the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra are followed by one of the referral units for these tumours at national and international levels. Our objectives were to assess patients' satisfaction, in the context of ambulatory care (these are patients who undergo short-term treatments without the need for an overnight stay) with the care currently provided and their expectations regarding a hypothetical scenario with a Day Hospital, implemented in its own space. The study, with the application of a questionnaire and semi-structured interview in a sample composed of 13 valid responses, revealed a reasonable overall satisfaction, with some dimensions, though reflecting a lower satisfaction, in particular conditions of the waiting room, food and access to information, and the participants presented suggestions of what they expected in the creation of the Day Hospital. A cost assessment of several possible scenarios was carried out, presenting an alternative to the existing one, which was in accordance with the recommendations written by the tutelage, with the restructuring of hospitalization and occupation of a room that would function as a Day Hospital, with operation compatible with the needs of the service.

**Keyword:** Oncology orthopedics, Day hospital, Cost assessment, Patient satisfaction

**SIGLAS:**

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS – Direção Geral da Saúde

Ex: - Exemplo

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GIST – Tumores Estromais Gastrointestinais

HD – Hospital de Dia

ICM – Índice *Case-Mix*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PD1 – proteína da morte celular programada 1

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UTAL – Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores de qualidade de resultados definidos pela DGS para HD.....	46
Tabela 2: Indicadores de qualidade de estrutura definidos pela DGS para HD. ....	46
Tabela 3: Indicadores de qualidade de processo definidos pela DGS para HD. ....	47
Tabela 4: Valores negociados no contrato-programa entre ACSS e CHUC para o triénio 2017-2019, com acordo modificativo de 2017, 2018 e 2019. ....	62
Tabela 5: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa à admissão e registo.....	65
Tabela 6: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa à área de consulta e tratamento.....	66
Tabela 7: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa aos cuidados gerais prestados. ....	67
Tabela 8: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa à informação .....	68
Tabela 9: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa às condições de estadia. ....	68
Tabela 10: lista de itens sugeridos pelos entrevistados para a criação do HD da UTAL.	75
Tabela 11: Orçamento para aquisição dos materiais e equipamentos necessários para o HD. ....	83
Tabela 12: Horário de funcionamento do HD no cenário 1. ....	85
Tabela 13: Horário de funcionamento do HD no cenário 2. ....	86
Tabela 14: Horário de funcionamento do HD no cenário 3.....	87
Tabela 15: Horário de funcionamento do HD no cenário 4.....	87
Tabela 16: Tabela resumo dos cenários apresentados para a criação do HD. ....	89



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição de incidência dos sarcomas de tecidos moles por idade. ....	13
Figura 2: Taxa de incidência por 100.000, de tumores malignos dos ossos e tecidos conjuntivos/moles, em Portugal, no ano de 2010, por faixa etária. ....	18
Figura 3: Taxa de mortalidade, por 100.000, de tumores malignos dos ossos e tecido conjuntivo/moles, em Portugal, no ano de 2010, por faixa etária. ....	19
Figura 4: Distribuição da idade ao diagnóstico de sarcoma nos EUA entre 2004 e 2008. ....	19
Figura 5: Percentagem de mortes por causa de morte e idade, nos EUA, entre 2004 e 2008. ....	20
Figura 6: Incidência dos tumores ósseos em Inglaterra, entre 1985 e 2009, por grupos etários. ....	21
Figura 7: Fatores que influenciam a satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem. ....	36
Figura 8: Organização geral de um HD. ....	49
Figura 9: Esquema dos Contrato-programa. ....	59
Figura 10: Respostas à questão “fui tão bem tratada no HD que até comentei com família e amigos” (n=13) ....	69
Figura 11: Respostas à questão “gostaria de ter participado mais nas decisões referentes a forma como fui tratado/a” ....	70
Figura 12: Respostas à questão “Soube sempre quem era o meu médico assistente” (n=13) ....	70
Figura 13: Respostas à questão “Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados” (n=13). ....	71
Figura 14: Respostas à questão “fui muito bem tratado pelos médicos” (n=13) ....	71
Figura 15: Respostas à questão “fui muito bem tratado pelos enfermeiros” (n=13) ....	72

Figura 16: Respostas à questão sobre a adequação do número de doentes na sala de espera (n=13).....	72
Figura 17: Planta atual do serviço de Ortopedia Oncológica/Oncologia e Reumatologia.	81
Figura 18: Hospital de dia da UTAL. 1: cenário atual; 2: HD com ocupação de 2 cadeirões; 3: HD com ocupação de 3 cadeirões. ....	82

# SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA</b> .....	II
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	III
<b>RESUMO:</b> .....	IV
<b>ABSTRACT:</b> .....	V
<b>SIGLAS:</b> .....	VI
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	VII
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	VIII
<b>SUMÁRIO</b> .....	1
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>1. SARCOMAS ÓSSEOS E DE TECIDOS MOLES</b> .....	7
<b>1.1. HISTOPATOLOGIA DOS SARCOMAS</b> .....	7
1.1.1. Sarcomas dos tecidos moles .....	9
1.1.2. Sarcomas ósseos .....	13
<b>1.2. EPIDEMIOLOGIA DOS SARCOMAS</b> .....	17
<b>1.3. FATORES DE RISCO</b> .....	22
<b>1.4. TRATAMENTO DOS SARCOMAS</b> .....	24
<b>1.4.1. Quimioterapia</b> .....	24
<b>1.4.2. Terapêuticas direcionadas</b> .....	25
1.4.3. Cirurgia.....	28
1.4.4. Radioterapia .....	29
<b>2. SATISFAÇÃO DOS UTENTES COMO INDICADOR DA QUALIDADE</b> .....	31

2.1 CONCEITO DE SATISFAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO INDICADOR DE QUALIDADE .....	31
2.2 DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E SEUS FATORES DETERMINANTES .....	34
2.3 SATISFAÇÃO NOS DOENTES ONCOLÓGICOS SEGUIDOS EM HOSPITAL DE DIA .....	38
3. HOSPITAL DE DIA.....	41
3.1 HOSPITAL DE DIA: CONCEITOS E REQUISITOS.....	42
3.2 – RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DE UM HD .....	48
4. A ORTOPEDIA ONCOLÓGICA DO CHUC .....	51
4.1 – A UNIDADE DE TUMORES DO APARELHO LOCOMOTOR .....	51
4.2- O PERCURSO DO DOENTE DA UTAL EM REGIME DE AMBULATÓRIO .....	53
5. AVALIAÇÃO DE CUSTOS DO HOSPITAL DE DIA PARA A ORTOPEDIA ONCOLÓGICA	56
5.1 FINANCIAMENTO HOSPITALAR .....	56
5.1.1 – Contratos-programa .....	59
5.1.2- Contrato-programa e financiamento no CHUC .....	60
5.2 A UTAL SOB A PERSPETIVA DOS UTENTES .....	63
5.2.1. Metodologia.....	64
5.2.2. Resultados.....	65
5.3 – ANÁLISE ECONÓMICA DA CRIAÇÃO DO HD DA UTAL.....	76
5.3.1. Recursos necessários para a criação do HD.....	77
5.3.2. Apresentação de cenários e custos do HD.....	80
5.3.3. A sugestão mais impactante para o HD da UTAL.....	90
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	98

## INTRODUÇÃO

Os sarcomas formam um grupo heterogêneo de tumores que têm origem na camada mesodérmica embrionária subdividindo-se em tumores ósseos (20%) e tumores de tecidos moles conjuntivos (80%); os primeiros atingem as estruturas ósseas, enquanto que os segundos atingem órgãos ou estruturas moles de tecido conjuntivos, como músculos, cartilagem, tendões, vasos sanguíneos, tecido adiposo, entre outros (Carrondo A. P., *et al.*, 2012; Mazanet & Antman, 1991). O tratamento passa por quimioterapia neoadjuvante, cirurgia e quimioterapia adjuvante, podendo ou não ser complementada com sessões de radioterapia. Na quimioterapia neoadjuvante são utilizados vários fármacos de modo a reduzir o tamanho do tumor, permitindo uma cirurgia menos extensa; permite também avaliar se o tumor é ou não sensível aos agentes quimioterápicos utilizados. Após a cirurgia, pode recorrer-se a quimioterapia adjuvante com o objetivo de destruir possíveis células malignas que ainda permanecem no organismo, evitando assim a sua proliferação. Dentro dos vários tipos de sarcomas, podemos ainda salientar os localizados apenas num órgão, ou os metastáticos que atingem mais que uma estrutura óssea, pulmão ou cérebro, sendo as metástases pulmonares as mais comuns; nas situações metastáticas, para além do tumor principal, é necessário controlar também a atividade celular nos restantes órgãos atingidos (Casanova, 1997; Gibbs, *et al.*, 2016).

A satisfação dos doentes tem assumido um papel relevante na gestão de serviço de saúde, tornando-se uma ferramenta importante para a tomada de decisões estratégicas que visem a melhoria da prestação de cuidados, mudando o desempenho da própria organização (Hespanhol, 2008; Rodrigues R. C., 2009). Apesar de difícil operacionalização, e com vários fatores influenciadores como as próprias características da pessoa, as suas experiências vivenciadas, o contexto onde está inserido assim como as suas expectativas, parece haver uma convergência para o balanço entre as expectativas e a realidade dos cuidados prestados (Caramelo, 2014).

Atendendo à evolução tecnológica presenciada na área da saúde e da própria sociedade, os hospitais têm-se tornado cada vez mais flexíveis, mudando o seu papel na

comunidade. Também os recursos gastos, cada vez mais escassos face às necessidades, e os custos<sup>1</sup> a si associados, têm um peso fundamental na forma dinâmica como os hospitais se gerem, obrigando a uma reorganização dos serviços, surgindo assim um crescente número de hospitais de dia, polivalentes ou monotemáticos (Direção Geral da Saúde, 2005; ACSS, 2010).

Em 2016, a Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, dos CHUC foi nomeada pelo Ministério da Saúde como centro de referência de sarcomas de adultos em tecidos moles e ósseos, reconhecendo a sua experiência, competência, vocação e qualidade dos cuidados aos doentes que sofrem desta patologia. O serviço de internamento tem sofrido algumas alterações nos últimos tempos, dispondo atualmente, de dezoito camas de ortopedia oncológica e cinco de oncologia, cuja distribuição dos doentes é realizada consoante as necessidades do serviço e dos próprios doentes, sendo que administrativamente o serviço de origem do utente é o responsável pelos custos que daí advêm.

A maioria dos internamentos são programados, com a admissão dos doentes a ocorrer três vezes por semana; em média, estima-se que são admitidos cerca de quinze a vinte doentes por semana para tratamento de quimioterapia, sendo que todos estes doentes fazem análises sanguíneas no início da sua admissão/internamento, mas nem todos ficam a cumprir internamento no serviço, podendo ir para o domicílio com infusores, ou fazerem ciclo de quimioterapia curto que não os obriga a uma ocupação efetiva de cama para pernoita.

A não existência de um espaço físico adequado para a receção e permanência destes doentes em regime de ambulatório constitui-se um problema, uma vez que estes ocupam a sala de refeições/sala de estar comum ao internamento. Para além de se mostrar pequena nos dias de muitos doentes entrados, que vêm frequentemente acompanhados por familiares, não se torna acolhedora nem confortável para aqueles que têm que ficar sentados quase doze horas a fazer o tratamento.

Atendendo às necessidades e dinâmicas do serviço de Ortopedia Oncológica, e considerando as questões de decisão estratégica na sua gestão, envolvendo não só razões económicas mas também a satisfação da população que serve, importa encontrar uma

---

<sup>1</sup> NOTA: por vezes, neste trabalho identificam-se de forma indiferente os termos *gasto* e *custo*, uma vez que o objetivo é genericamente aferir o valor do gasto.

solução que se mostre adequada para os profissionais, doentes e instituição que acolhe este centro de referência nacional. A criação de um “hospital de dia”<sup>2</sup> para esta especialidade parece ser a solução mais lógica e natural, atendendo ao tipo de serviço que se presta e que se pretende prestar.

Para além do cálculo financeiro das despesas necessárias para a criação de um hospital de dia, seguindo as recomendações da ACSS, onde estão incluídas as despesas relativas à estrutura física, recursos técnicos e humanos, é importante também integrar a opinião dos utilizadores/doentes relativa à qualidade do serviço atualmente prestado. Sabendo de antemão que a criação de um hospital de dia implica a existência de um espaço próprio, devidamente equipado, a pensar no conforto e autonomia do doente e cumprindo todos os requisitos de uma equipa profissional especializada e qualificada, a opinião dos doentes sobre a qualidade e satisfação quanto aos serviços oferecidos é de enorme relevância para a fundamentação para a criação do hospital de dia em Ortopedia Oncológica.

Procurou-se, portanto, avaliar os custos necessários para a criação do “Hospital de dia”, assim como o grau de satisfação dos doentes no cenário atual e numa hipotética mudança. Para tal, foi feita uma fundamentação teórica sobre as patologias em estudo, satisfação em oncologia, diretivas sobre hospital de dia e financiamento hospitalar, de modo a poder integrar estes conceitos na argumentação da importância do novo serviço. Foi também avaliada a satisfação dos doentes através entrevistas semiestruturadas, com a apresentação de um questionário numa amostra de treze utentes seguidos pelo serviço de ortopedia oncológica, no período entre outubro e dezembro de 2018, escolhida intencionalmente, em dias específicos de admissão para tratamento. Foi aplicado um questionário com escala tipo *Likert* de 1 a 5 onde foram avaliados diversos itens relativos às condições do serviço, com espaço a resposta aberta pedindo a opinião dos utentes. Foram cumpridos os trâmites legais e éticos, com respostas favoráveis do conselho de

---

<sup>2</sup> Ao longo deste trabalho, quando se designam doentes em regime ambulatorial ou de hospital de dia, refere-se ao mesmo tipo de doentes que não necessitam de pernoitar no serviço, conseguindo efetivar o seu tratamento num período de tempo inferior a 24 horas. Foi utilizada a designação de “hospital de dia” por ser mais comumente utilizada, em especial em contexto oncológico, dado ter como características o espaço físico próprio assim como meios técnicos e humanos especializados, como é explicado em capítulo específico.

administração e comissão de ética do CHUC, cumprindo os pressupostos do anonimato e confidencialidade dos dados colhidos.

No final, são apresentados quatro cenários possíveis para o funcionamento do Hospital de Dia da Ortopedia Oncológica, onde são analisados os custos iniciais associados às estruturas, recursos humanos e materiais.



## 1. SARCOMAS ÓSSEOS E DE TECIDOS MOLES

Os sarcomas são um tipo raro de tumores malignos primários, representando menos de 1% dos cânceros diagnosticados nos adultos, e cerca de 20% em idade pediátrica (Paredes, *et al.*, 2015; Hui, 2016; Gibbs, *et al.*, 2016). O seu tratamento ao longo dos anos foi evoluindo, e melhorando o resultado da sobrevivência dos doentes; antes dos anos 70, o tratamento era essencialmente cirúrgico com a amputação do membro afetado e com a maioria dos doentes a perecerem posteriormente de doença metastática. Após os anos 70, associado à intervenção cirúrgica, introduziu-se a quimioterapia, podendo-se observar uma melhoria na taxa de sobrevivência destes doentes, mais evidente em dois subtipos destes tumores (osteossarcomas e sarcomas de Ewing), com valores a rondar os 60 a 80% nos casos que, à altura do diagnóstico, não tinham metástases (Lietman & Joyce, 2010).

Neste capítulo, será abordado a fisiopatologia destes sarcomas, apresentando dados epidemiológicos, fatores de risco e opções de tratamento, ao longo dos últimos tempos.

### 1.1. HISTOPATOLOGIA DOS SARCOMAS

Os sarcomas formam um grupo heterogéneo de tumores que têm origem na camada mesodérmica embrionária (Mazanet & Antman, 1991), subdividindo-se em tumores ósseos (20%) e tumores de tecidos moles conjuntivos (80%); os primeiros atingem as estruturas ósseas, enquanto que os segundos atingem órgãos ou estruturas moles de tecido conjuntivos, como músculos, cartilagem, tendões, vasos sanguíneos, tecido adiposo, entre outros (Carrondo, *et al.*, 2012). Durante o seu desenvolvimento, o embrião é constituído por três camadas; os tecidos desenvolvidos a partir da camada média são tecidos mesenquimatosos, onde estão incluídos os músculos, miocárdio e gordura. Todos os tumores malignos desenvolvidos nestes tecidos são sarcomas. As

células mesenquimatosas maduras habitualmente não se dividem e esta será uma das razões pela qual os sarcomas são raros (Cutts, *et al.*, 2012).

Apesar de ser um cancro raro, representando apenas 1% dos casos registados em idade adulta e 20% em idade pediátrica (15% para Carrondo *et al.*), a sua agressividade e mortalidade associada a aspetos psicossociais dos doentes merece especial atenção, uma vez que atinge as mais diversas faixas etárias. O facto de existir mais de 50 subtipos de sarcomas (100 subtipos para Beckingsale e Shaw, 2017) com histologias diferentes, com localizações e faixas etárias distintas, torna o estudo dos sarcomas mais complicado. O diagnóstico tardio e a doença avançada, com a presença de metástases aquando do diagnóstico, assim como uma grande incidência em faixas etárias mais jovens (adolescentes e jovens adultos), associada a anos de vida perdidos, tornam este tipo de tumores raros em potencialmente agressivos e fatais (Burningham, *et al.*, 2012; Paredes, *et al.*, 2015; Beckingsale & Shaw, 2017). De facto, em 2013, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a quarta edição da Classificação Internacional de Doenças, onde muitas das classificações dos sarcomas até então realizadas foram alteradas e reclassificadas, graças aos avanços nos estudos de biologia molecular e conhecimento da genética destes sarcomas, podendo atualmente ser mais específicos atendendo aos dados disponíveis (Beckingsale & Shaw, 2017).

Não obstante da diversidade da localização dos tumores, cerca de 55% surgem nos membros superiores e/ou inferiores, apresentando, no entanto, padrões de comportamento biológico semelhantes, atendendo à sua origem comum na camada mesentérica. A sua classificação pode ser ainda dividida de acordo com o seu grau de malignidade (baixa malignidade ou alto grau de malignidade), fundamentando-se na agressividade do tumor (morfologia, atipia, atividade mitótica e necrose), e probabilidade de metastização. Para um grau de alta malignidade, está associado um tumor agressivo com maior probabilidade de metastização (Paredes, *et al.*, 2015).

De seguida é descrita a histopatologia os sarcomas de tecidos moles e sarcomas ósseos.

### 1.1.1. Sarcomas dos tecidos moles

Os sarcomas de tecidos moles são tumores malignos com origem nos tecidos mesenquimatosos extra-ósseos, correspondendo a cerca de 0,7% de todos os tumores malignos diagnosticados. Destes, 60% situam-se em extremidades (40% nas extremidades inferiores e 15% para extremidades superiores, pescoço e cabeça para Mazanet & Antman, 1991), a maioria nos membros inferiores (Casanova, 1997). O seu prognóstico depende da idade do doente, localização, dimensão e grau histológico, apresentando-se geralmente como agressivos com um crescimento local acentuado, invadindo estruturas anexas envolventes, com probabilidade de, na altura do diagnóstico, ter micrometástases a nível pulmonar (10% de doentes têm metástases pulmonares à data do diagnóstico) (Casanova, 1997; Mazanet & Antman, 1991; Cutts, *et al.*, 2012). Em 2013, a OMS atualizou a classificação destes tumores, alterando assim a nomenclatura e consequentemente forma de ser classificada, muito em parte devido à evolução quanto ao conhecimento histológico do próprio tumor como desenvolvimento de técnicas de diagnóstico e genética. Alguns tumores foram mesmo reclassificados em subtipos diferentes dado essa evolução (Gibbs, *et al.*, 2016; Vilanova, 2017).

Os sarcomas dos tecidos moles são um grupo heterogéneo e diverso de tumores cuja classificação se torna difícil. A proposta da federação francesa é a mais amplamente utilizada e consta num somatório de três fatores: diferenciação, contagem mitótica e necrose tumoral, onde os três são pontuados de 1 a 3, sendo somados no final, resultando a classificação dos tumores: grau 1 (com somatório de 2-3 pontos), grau 2 (4 a 5 pontos) e grau 3 (mais de 6 pontos). A classificação deve ser realizada antes dos tratamentos com quimioterapia ou radiação, pois ambos influenciam a contagem mitótica, diferenciação celular e necrose (Gibbs, *et al.*, 2016). Outros dados histopatológicos como a margem cirúrgica e/ou invasão vascular são também importantes no prognóstico da doença. À parte da classificação, o comportamento biológico do tumor é também de considerar, dividindo-se em tumores benignos, intermédios (agressivos, mas raramente com risco de metastização) ou malignos. O *American Joint Committee for Cancer* considera, para o estadiamento dos sarcomas dos tecidos moles, a avaliação do estágio do tumor, extensão e grau, avaliando o tamanho, profundidade e presença ou não de metástases à distância (Gibbs, *et al.*, 2016).

Em 2013, a OMS atualizou a classificação dos tumores (malignos e benignos) de tecidos moles, incluindo nela dados clínicos, histológicos e genéticos, entretanto estudados, dividindo-os em:

- Tumores adipocíticos;
- Tumores fibrobásticos/miofibroblásticos;
- Tumores chamados de fibrohistiocíticos;
- Tumores do músculo liso;
- Tumores perivasculares;
- Tumores músculo-esqueléticos;
- Tumores vasculares;
- Tumores condro-ósseos;
- Tumores estromais gastrointestinais;
- Tumores da bainha do nervo periféricos;
- Tumores de diferenciação incerta;
- Tumores indiferenciados, não classificados (Vilanova, 2017).

Estas doze grandes categorias subdividem-se depois em 113 subtipos histológicos, que se baseiam na identificação da diferenciação celular e não no local anatômico do tumor, sendo argumentado pelos dados histológicos, mas também por análise imuno-histoquímica (Honoré, *et al.*, 2015).

Dentro de todos os sarcomas de tecidos moles, resumem-se pormenores específicos mais evidentes de alguns subtipos, descritos por Casanova (1997) e outros autores:

➤ **FIBROSSARCOMA:** tumor que atinge os fibroblastos, sem outra diferenciação celular, com metastização frequente; surge habitualmente em estruturas profundas subapronevróticas, tecidos fibrosos quer intra quer intermusculares, fâscias musculares, tendões e aponevroses. Corresponde a cerca de 12% dos tumores malignos dos tecidos moles, atingindo um pico de incidência na faixa etária dos 30 aos 55 anos de idade, afetando mais os homens (60%), sendo a sua localização mais frequente na coxa, joelho, tronco e extremidades (Casanova, 1997; Mazanet & Antman, 1991). Após tratamento, a metastização pode ocorrer, quase exclusivamente por via hemática, com recidivas elevadas em situações de resseções inadequadas a rondar os 70%, baixando

para os 18% quando realizadas resseções alargadas ou radicais. “As sobrevidas variam consoante as series (39% para Scott, 54,4% para Mackenzie,70% para Castro)” (Casanova, 1997, p. 90).

➤ **HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO<sup>3</sup>**: tumores pleomórficos com alto grau de malignidade, geralmente constituído por histiócitos e fibroblastos, produtores de colagénio. É um dos sarcomas mais comuns em idade adulta, ocorrendo mais frequentemente entre os 50 e 70 anos, atingindo mais os homens (2/3). A localização predominante é a extremidade inferior, como a coxa, seguida das extremidades superiores e retroperitoneu (Casanova, 1997, p. 90).

➤ **LIPOSSARCOMA**: tumor cujas células tumorais se diferenciam em lipoblastos, sendo mais comum na idade adulta, constituindo-se como o tumor de tecidos moles mais frequente (16%) nesta fase da vida, com pico de incidência entre os 40 e 60 anos, com discreta predominância masculina. Há uma propensão para se desenvolver em tecidos moles subaponevróticos profundos, tanto musculares como fibroadiposos, tornando-se muito raro o seu aparecimento em tecidos subcutâneos. Desta forma, tornam-se mais frequentes localizações como coxas, retroperitoneu, pernas, ombros e braços. Após 6 meses da cirurgia, são habituais as recidivas, apesar de uma boa taxa de sobrevivência aos 5 anos a rondar os 80% (Casanova, 1997, p. 92; Mazanet & Antman, 1991).

➤ **LEIOMIOSSARCOMA**: células tumorais com características musculares lisas, correspondendo a cerca de 7% dos sarcomas de tecidos moles, com maior frequência entre os 40 e 70 anos, registando um pico aos 60 anos, atingindo mais as mulheres. Subdividem-se em 3 grupos quanto à sua localização (tecidos moles profundos, cutâneos e subcutâneos, e grandes músculos estriados); consoante a sua localização, a sua agressividade e taxa de sobrevida é afetada, sendo que os localizados nos tecidos cutâneos e subcutâneos têm melhor prognósticos e menor taxa de metastização, em relação aos dos tecidos moles profundos (Casanova, 1997, p. 93).

➤ **RABDOMIOSSARCOMA**: este tumor maligno é mais comum em idades pediátricas, atingindo também adolescentes e jovens adultos, tornando-se raro após os 45 anos; histologicamente existe uma diferenciação celular muscular lisa, e corresponde

---

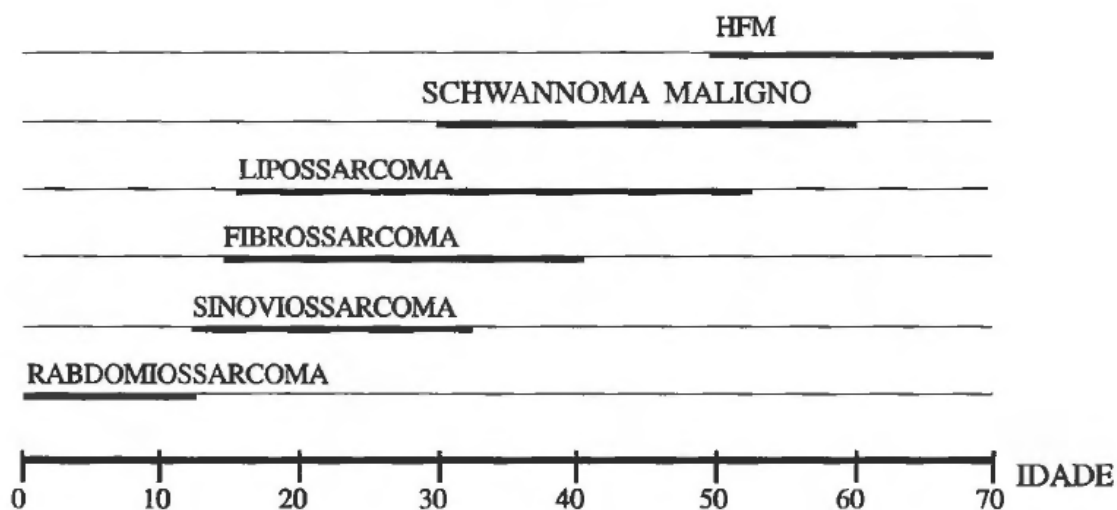
<sup>3</sup> Classificação utilizada pelo autor (Casanova, 1997) anterior à nova classificação da OMS em 2013, atualmente considerados como tumores chamados de fibrohistiocítico.

a 20% de todos os sarcomas de tecidos moles, com predominância no sexo masculino. Atingem essencialmente cabeça, pescoço, trato urogenital, vias biliares, tronco e membros. À data do diagnóstico, 20% dos casos já têm metástases, sendo os pulmões os mais envolvidos. As recidivas estão dependentes da localização inicial, tamanho e margens cirúrgicas, contribuindo também para a taxa de sobrevida a 5 anos que pode ir dos 25% nas situações mais agressivas aos 80% nos casos menos agressivos (Casanova, 1997, p. 94).

➤ **SINOVIOSARCOMA:** tumor de características bifásicas, com componentes celulares epiteliais e outros mesenquimatosos; corresponde a menos de 10% dos sarcomas de tecidos moles, com incidência entre os 15 e 35 anos de idade, numa proporção de 1,2 homens para cada mulher. Surge principalmente em extremidades, junto às grandes articulações, sendo mais comum no joelho. Casanova (1997) refere que ainda havia alguma controvérsia na decisão terapêutica nestas situações, mostrando pouca evidência da quimioterapia no tumor principal, mas com importância na prevenção de micro-metástases. Em cerca de metade dos diagnósticos, há metastização, apresentando taxas de sobrevida a 5 anos entre 36 e 64%, baixando para os 20-38% na sobrevida a 10 anos (Casanova, 1997, p. 95; Mazanet & Antman, 1991).

➤ **SCHWANNOMA MALIGNO:** Tumor maligno com diferenciação da bainha nervosa, responsável por cerca de 10% dos sarcomas dos tecidos moles; metade dos casos ocorrem em doentes portadores de neurofibromatose 1. Atinge adultos entre 20-50 anos, sem prevalência de sexo. Surgem associado a grandes troncos nervosos, incluindo o ciático, plexo braquial e sacrado, atingindo desta forma o tronco e membros superiores/inferiores. As recidivas dependem da localização, tamanho e margens cirúrgicas, sendo que em 65% dos casos há desenvolvimento de metástases pulmonares, atingindo uma taxa de sobrevida a 5 anos de 44% (Casanova, 1997, p. 96).

Figura 1: Distribuição de incidência dos sarcomas de tecidos moles por idade.  
Fonte: Casanova, 1997, p. 96



### 1.1.2. Sarcomas ósseos

Os tumores ósseos primários são tumores malignos raros, correspondendo a apenas cerca de 0,2% de todos os tumores malignos. Têm uma maior incidência em idade pediátrica e em adolescentes, correspondendo a 10% dos tumores malignos sólidos diagnosticados nestas faixas etárias (Hogendoorn, 2010). A sua classificação pode ser complexa, mas os sarcomas mais comuns são os osteossarcomas, sarcoma de Ewing, condrossarcoma e os sarcomas pleomórficos indiferenciados (Patel, 2014) (para Burningham, *et al.*, 2012, os osteossarcomas e condrossarcomas são os sarcomas ósseos mais comuns sendo responsáveis por mais de metade dos diagnósticos deste tipo de tumores).

Atendendo à raridade destes tumores, torna-se difícil definir um tratamento standard direcionado especificamente para um determinado tumor, dado aos diversos subtipos e diferentes estágios da doença, como também as faixas etárias envolvidas. Os sarcomas ósseos são mais frequentes em crianças e jovens adultos, apesar de também ocorrerem em idade mais avançada; a maior parte das *guidelines* e ensaios clínicos são realizados em idade pediátrica e depois extrapolados para a restante população adulta,

conciliando as experiências em ambas faixas etárias (Wagner, *et al.*, 2016). O facto de se recorrer a este misto de extrapolação de tratamentos prende-se à raridade deste tipo de tumor, constituindo-se um obstáculo para a realização de ensaios clínicos típicos.

A quimioterapia apresenta-se como fundamental no tratamento dos tumores ósseos; antes de 1970, eram tratados essencialmente com cirurgia de amputação, apresentando taxas de sobrevivência a longo prazo baixas, cerca de 20%, devido a metastização da doença (Wagner, *et al.*, 2016). Com a introdução de citostáticos prévios à intervenção cirúrgica, a partir da década de 70, a taxa de sobrevivência foi aumentando nos tumores ósseos, mostrando-se como um avanço no tratamento de osteossarcomas e sarcomas de Ewing, com taxas que conseguem atingir os 60 a 80% em casos onde inicialmente a doença se apresentou sem metastização à distância (Lietman & Joyce, 2010).

Os tumores ósseos compreendem um grupo diversificado de neoplasias que tanto podem ser de diferenciação de tecido cartilaginoso, osteogénico, fibrogénico, fibrohistiocítico, hematopoiético como de outros tecidos mesenquimais. A sua classificação é em grande parte impulsionada pelo diagnóstico histológico e baseia-se num sistema que avalia a celularidade e as características nucleares das células tumorais (Gibbs, *et al.*, 2016).

Podem ser então categorizados da seguinte forma (Beckingsale & Shaw, 2017):

- Tumores condrogénicos;
- Tumores osteogénicos;
- Tumores fibrogénicos;
- Tumores fibrohistiocíticos;
- Sarcoma de Ewing;
- Neoplasias hematopoiéticas;
- Tumores ricos em células gigantes osteoclásticas;
- Tumores notocordais;
- Tumores vasculares;
- Tumores miogénicos, lipogénicos e epiteliais;
- Tumores de natureza neoplástica indefinida.



Para além da natureza histológica do tumor, os sarcomas ósseos também podem ser classificados de acordo com a sua agressividade; no entanto, a celularidade do tumor e agressividade estão correlacionados (por exemplo, quanto mais celular for um tumor, maior o seu grau). Outros aspetos, como irregularidades da membrana nuclear, aumento nuclear e hiper-cromatismo nuclear também estão associados ao grau do tumor, assim como a necrose celular e/ou as figuras mitóticas (Gibbs, *et al.*, 2016).

O *American Joint Committee for Cancer* considera, tal como nos sarcomas de tecidos moles, a classificação dos sarcomas ósseos de acordo com graus, atendendo à dimensão da lesão assim como a sua extensão com tecidos envolventes. Assim, podem ser classificados de acordo com o seu tamanho, envolvimento linfático e metástases à distância, como também com o grau, sendo de baixo grau os classificados de G1 e G2, ou de alto grau os G3 e G4 (Gibbs, *et al.*, 2016).

Dentro de todos os sarcomas ósseos, resumem-se pormenores específicos mais evidentes de alguns subtipos, descritos por Casanova (1997):

➤ **OSTEOSSARCOMA:** tumor maligno caracterizado pela produção de osso imaturo e/ou osteóides, de grande agressividade, correspondendo a cerca de 15% dos sarcomas ósseos, sendo o segundo mais comum. Atinge faixas etárias mais novas, com cerca de 85% dos casos a ocorrer em idades inferiores a 30 anos, com um grande impacto entre os 15 e 25 anos, altura onde se dá o crescimento acelerado dos ossos longos, mais atingidos por este tipo de tumor; atinge também um segundo pico depois dos 70 anos. Atinge mais o sexo masculino, numa proporção de 1,6 homens por cada mulher. Os principais ossos atingidos são os ossos longos, com a região do joelho a registar 54% dos casos (fémur distal e tibia proximal), podendo envolver também o úmero, bacia ou crânio. À data de diagnóstico, cerca de 85% dos doentes apresentam micro-metástases pulmonares; sem tratamento com citostáticos, o prognóstico é reservado com a maior parte dos doentes a morrer até dois anos após o diagnóstico. Atendendo a que podem atingir as diversas estruturas do osso (diáfise, metáfise ou epífise) e o seu aspeto clínico e radiológico é variável, podem ser confundidos com situações benignas, daí haver diversos subtipos de osteossarcomas (Casanova, 1997, p. 78; Dorfman & Bogdan, 1995; Whelan, *et al.*, 2011).

➤ **FIBROSSARCOMA:** divide-se em dois grupos: primário e secundário; o primário é uma lesão maligna fibroblástica, produzindo colagénio em quantidades que diferem consoante o grau de malignidade; o secundário tem origem numa lesão benigna pré-existente e tem pior prognóstico. São responsáveis por 3-5% de todos os tumores malignos ósseos, com comportamento idêntico ao osteossarcoma na localização e faixas etárias envolvidas, diferindo apenas na predominância da região metafisiária e pico de incidência aos 40 anos de idade. Há um ligeiro predomínio nos homens, atingindo 1,2 homens por cada mulher (Casanova, 1997, p. 80).

➤ **HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO<sup>4</sup>:** divide-se em primário e secundário e tem provável origem fibrohistiocitária, sendo responsável por 10% dos sarcomas ósseos, atingindo mais na idade adulta entre os 40/50 anos, numa proporção de 1,2 homens por cada mulher, com predominância nos ossos longos como o fémur, a tíbia e úmero (Casanova, 1997, p. 81).

➤ **CONDROSSARCOMA:** tumor maligno onde as células tumorais produzem matriz cartilagínea, atingindo várias faixas etárias, desde os 14 anos aos 75, com média situado nos 50 anos. Subdivide-se em primário e secundário, consoante a existência ou não de lesão pré-existente, sendo responsáveis por 3,5% dos tumores malignos ósseos. Apresenta predominância nos homens (2/1). A localização difere nos subtipos: no primário há um envolvimento principalmente na bacia, fémur e úmero, enquanto que no secundário atinge em especial o esqueleto axial (Casanova, 1997, p. 82; Filho, 2008; Dorfman & Bogdan, 1995).

➤ **SARCOMA DE EWING:** constituído por pequenas células redondas de origem desconhecida, este tumor de alta malignidade é o 6º tumor ósseo maligno mais comum, com incidência entre os 10 e 25 anos (sendo raro antes dos 5 anos ou depois dos 40), com maior predominância masculina (1,4/1). Pode atingir qualquer segmento ósseo, mas atendendo que na maioria a sua apresentação é diafisária, habitualmente atinge ossos longos, bacia ou costelas. O seu tratamento passa por combinação de quimioterapia, radioterapia e resseção cirúrgica; sem estes tratamentos a taxa de mortalidade pode atingir os 95% após 2 ou 3 anos de diagnóstico, pelo que a abordagem

---

<sup>4</sup> Classificação utilizada pelo autor (Casanova, 1997) anterior à nova classificação da OMS em 2013, atualmente considerados como tumores chamados de fibrohistiocítico.

multidisciplinar é fundamental para a taxa de sobrevivência (Casanova, 1997, p. 83; Dorfman & Bogdan, 1995).

➤ **MIELOMA:** é o tumor maligno ósseo primário mais frequente, caracterizado pela proliferação maligna de plasmócitos, ocorrendo na esmagadora maioria em idades superiores a 40 anos, com média nos 60, atingindo os homens em mais de dois terços. Pode-se dividir em três tipos: mieloma múltiplo (50% de todos os mielomas; doença multifocal, com anemia); mieloma generalizado (atingindo de forma difusa todo o esqueleto); e o mieloma solitário (atinge apenas um único foco, 25% dos casos). Pode ocorrer em qualquer osso que contenha medula óssea (esqueleto axial, costelas, crânio, bacia e ossos longos) (Casanova, 1997, p. 85; Filho, 2008).

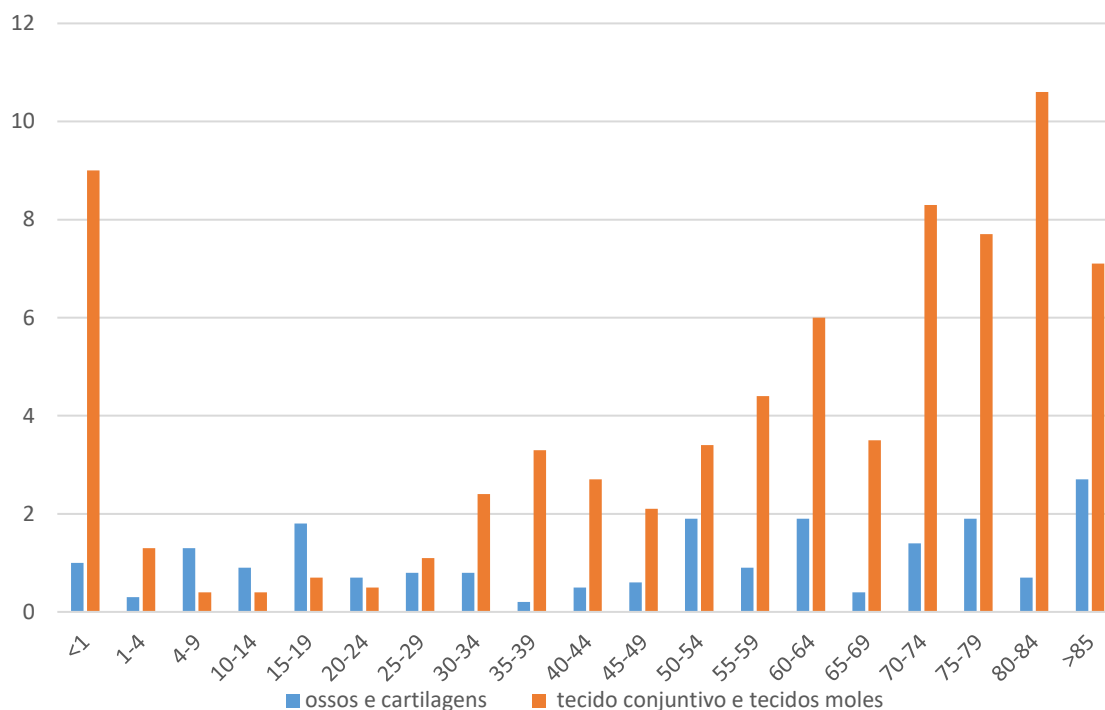
➤ **TUMOR DE CELULAS GIGANTES:** trata-se de uma lesão óssea única, com células estromais uninucleadas e células gigantes multinucleadas, ambas com aparência benigna, que surge na epífise dos ossos longos adultos, correspondendo a cerca de 5% dos tumores ósseos primários. Apesar de ser habitualmente benigno, tem comportamento biológico localmente agressivo, com recidivas frequentes, sugerindo por vezes comportamentos de malignidade. Apenas 3,5% destes tumores metastizam para os pulmões. Pode surgir entre os 20 e 50 anos, com pico de incidência aos 30 anos, afetando mais as mulheres que os homens (1,3/1). Podem afetar qualquer osso, mas 55% dos casos diagnosticados envolvem o joelho (Casanova, 1997, p. 86; Filho, 2008).

## 1.2. EPIDEMIOLOGIA DOS SARCOMAS

De acordo com o Registo Oncológico Nacional (Figura 2), em 2010, a incidência de novos casos de tumores ósseos e de cartilagem (Roreno, 2016) atingiu os 107 casos (em 100.000 diagnósticos de tumores malignos), traduzindo-se numa taxa de 1%, idêntica à taxa de incidência padronizada para a população europeia e mundial, enquanto que tumores de tecido conjuntivo e tecidos moles surgiram em 347 novos doentes (em 100.000 tumores malignos), representando uma taxa de incidência de 3,3%, superior à taxa padronizada para a população europeia (2,7%) e mundial (2,2%) (Roreno, 2016).

Figura 2: Taxa de incidência por 100.000, de tumores malignos dos ossos e tecidos conjuntivos/moles, em Portugal, no ano de 2010, por faixa etária.

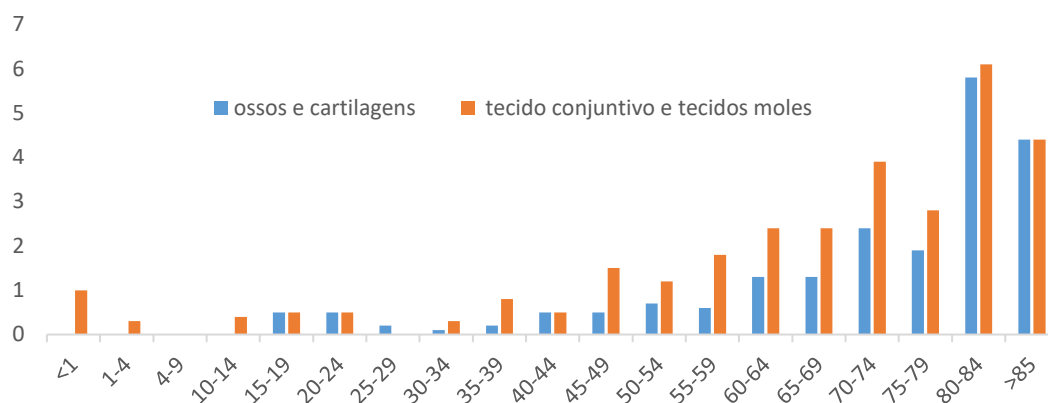
Fonte: Roreno, 2016. Elaboração própria



Quanto à mortalidade (Figura 3), em Portugal, em 100.000 tumores malignos, o cancro dos ossos e cartilagens foi responsável por 0,8% das mortes enquanto que os tumores de tecido conjuntivo e moles foi responsável por 1,4% das mesmas, com diferenças entre os sexos (homens com 1% no primeiro e 1,4% no segundo caso, e as mulheres com 0,7% e 1,3%, respetivamente). A razão entre a mortalidade e incidência também é diferente consoante o subtipo de sarcoma; os tumores ósseos e de cartilagem têm uma razão de 93% para os homens e de 73% para as mulheres (51 casos de mortalidade, contra 55 de incidência nos homens; e 38 de mortalidade contra 52 de incidência, nas mulheres). Já os tumores de tecido conjuntivo e tecidos moles apresentam razões mortalidade/incidência mais baixas: 37% para os homens (69 casos de mortalidade para 189 de incidência) e de 47% para as mulheres 874 óbitos para 158 casos novos) (Roreno, 2016).

Figura 3: Taxa de mortalidade, por 100.000, de tumores malignos dos ossos e tecido conjuntivo/moles, em Portugal, no ano de 2010, por faixa etária.

Fonte: Roreno, 2016. Elaboração própria



Os números em Portugal não são muito diferentes dos registados noutros países, como por exemplo nos Estados Unidos da América, onde, em 2010, o *National Center for Health Statistics* estimou cerca de 10.520 novos diagnósticos de tumores de tecidos moles e 2.650 de tumores ósseos, projetando uma mortalidade de 3.920 indivíduos com tumores de tecidos moles e 1.460 com sarcomas ósseos (Burningham, *et al.*, 2012). De acordo com os mesmos autores, a idade média de diagnóstico (entre 2004 e 2008) foi de 58 anos para os sarcomas de tecidos moles e de 40 anos para os sarcomas ósseos, com um registo médio de óbitos por causa de morte de 65 e 58 anos, respetivamente (Figura 4 e Figura 5).

Figura 4: Distribuição da idade ao diagnóstico de sarcoma nos EUA entre 2004 e 2008.

Fonte: Burningham, *et al.*, 2012, p. 5

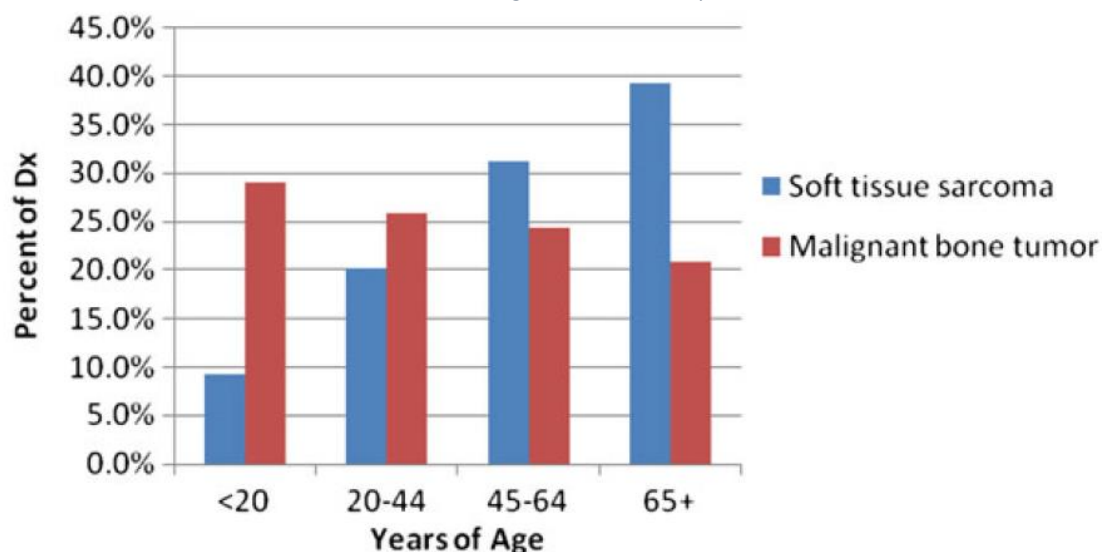
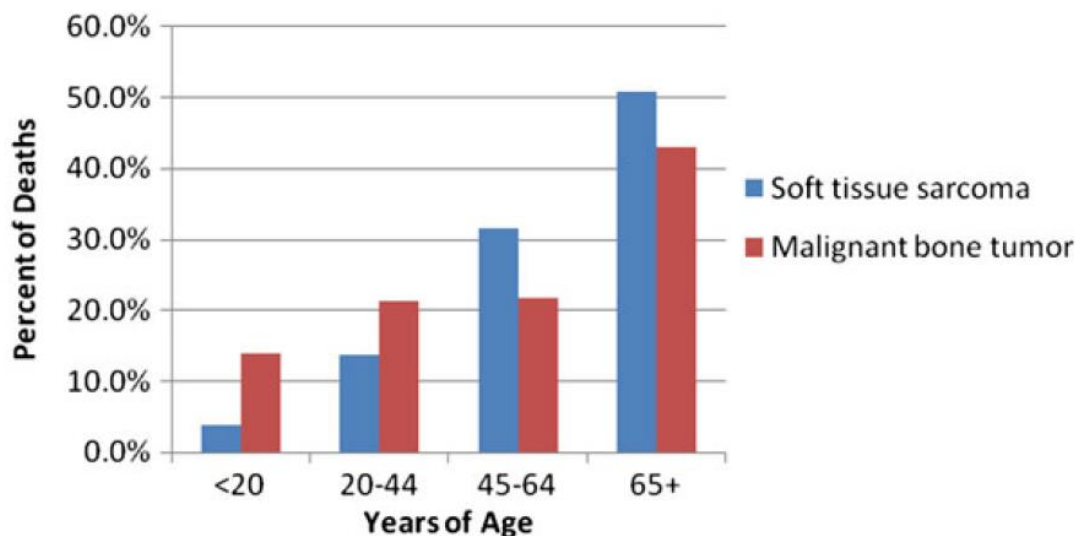


Figura 5: Percentagem de mortes por causa de morte e idade, nos EUA, entre 2004 e 2008.  
Fonte: Burningham, et al., 2012, p.6



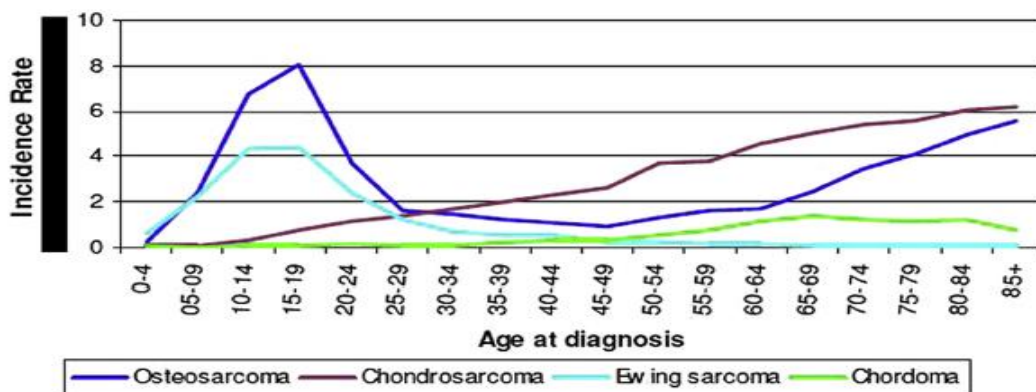
No Reino Unido, os sarcomas dos tecidos moles foram responsáveis por 1% dos tumores malignos diagnosticados, enquanto que os tumores dos ossos assumem valores de 0,2%. Em 2010, a incidência padronizada dos tumores de tecidos moles foi de 45 por milhão, por ano, mais do que em 1996, onde a incidência era de 39 por milhão; estes valores não traduzem um aumento do número de novos casos, mas sim uma melhoria das técnicas de diagnóstico que permitiram diagnosticar melhor estes tumores (Beckingsale & Shaw, 2017). No mesmo ano, foram diagnosticados 3298 novos casos de tumores de tecidos moles no Reino Unido, dos quais 51% foram em homens e 49% em mulheres, mas cujas diferenças não assumem significância estatística.

Os sarcomas dos tecidos moles mais comuns neste país são os leiomiossarcomas (22%) e os lipossarcomas (12%), sendo mais comuns nas extremidades com 23% e destes cerca de dois terços nos membros inferiores. A sua incidência aumenta ao longo da idade, sendo que 65% dos sarcomas dos tecidos moles diagnosticados em doentes com mais de 50 anos, com um pico de incidência no grupo com idade superior a 85 anos, particularmente nos homens atingindo os 230 por milhão. Nas mulheres a incidência dos sarcomas de tecidos moles é superior em relação aos homens na faixa etária dos 45 a 59 anos, em parte devido aos sarcomas do aparelho genital. O aumento da incidência observado à medida que a idade avança pode ser reflexo da incidência dos

leiomiossarcomas, enquanto que os sarcomas sinoviais são mais comuns em adultos jovens (30/40 anos) e os rabiomiossarcomas predominam na infância (Beckingsale & Shaw, 2017).

Em relação aos sarcomas ósseos, a incidência padronizada, no Reino Unido, registou em 1996 valores de 7,9 por milhão, e, em 2010, 8,2 por milhão; em 2011, foram diagnosticados 559 novos casos de sarcomas ósseos, dos quais 58% em homens e 42% em mulheres, diferenças com significado estatístico (Beckingsale & Shaw, 2017). Os sarcomas ósseos mais comuns são os osteossarcomas, sarcomas de Ewing, condrossarcoma e cordoma, sendo que a maioria se situa nos membros inferiores (38%), região pélvica (16%) e membros superiores (14%). À medida que a idade avança, o número de tumores ósseos aumenta mais na região pélvica em vez de atingirem os membros, sendo eu a partir dos 40 anos apenas 40% destes tumores afetam os membros. Os osteossarcomas são mais comuns na infância, mas atingem também um pico de incidência em adultos mais velhos, em parte justificado pela consequência da exposição a radiação a doentes com doença de Paget. Por outro lado, os sarcomas de Ewing são comuns na infância e adolescência, sendo raros em doentes com mais de 30 anos, sendo a idade mediana cerca dos 15 anos. O condrossarcoma é mais comum à medida que a idade avança, sendo extremamente raro nos primeiros anos de vida; entre os 50-59 anos é responsável por cerca de 50% dos tumores ósseos primários diagnosticados. O cordoma é também muito raro na infância e adolescência, e a sua incidência vai aumentando com a idade, mas ainda assim a registar valores anuais de 1 por milhão (Beckingsale & Shaw, 2017).

Figura 6: Incidência dos tumores ósseos em Inglaterra, entre 1985 e 2009, por grupos etários.  
 Fonte: Beckingsale e Shaw, 2017, p. 146



### 1.3. FATORES DE RISCO

Apesar da diversidade histológica dos sarcomas de tecidos moles e ósseos, há comportamentos idênticos com as restantes neoplasias, nomeadamente nos seus fatores de risco. Apesar de não haver uma causalidade direta no aparecimento de tumores, sabe-se que determinados comportamentos e/ou exposições são potencialmente causadores de alguns tumores malignos. Com o avançar dos estudos do genoma humano e tumoral, começa-se a perceber como a componente genética propicia o desenvolvimento do cancro em determinados indivíduos.

Dentro dos fatores de risco, podemos classificar de acordo com o ambiente que nos rodeia e com fatores intrínsecos ao próprio indivíduo.

Há mais de um século que se descobriu uma causalidade da exposição a radiação com o aparecimento de tumores, nomeadamente com sarcomas (Mazanet & Antman, 1991). Ironicamente, a radiação, que é utilizada para tratar muitos doentes oncológicos, pode ser ela própria causadora de novos tumores, podendo ser única ou influenciadora em associação com predisposição genética. A quimioterapia também tem vindo a ser apontada como fator de risco nos sarcomas de tecidos moles secundários, aumentando esse mesmo risco se combinada com radioterapia (Beckingsale & Shaw, 2017; Burningham, *et al.*, 2012).

Alguns fatores associados a atividades profissionais ou exposição de químicos têm vindo a ser correlacionados com determinados tipos de tumores (Mazanet & Antman, 1991; Burningham, *et al.*, 2012), mas atendendo à diversidade de fatores e raridade de tumores, torna-se difícil encontrar causalidade direta entre ambos. Genericamente, o uso de pesticidas tem vindo a ser relacionado com o aparecimento de neoplasias, mas há ambiguidades entre estudos com populações diferentes; por exemplo, num estudo na Suécia demonstrou um risco elevado de tumores de tecidos moles a trabalhadores que usavam um determinado herbicida, mas o mesmo químico não mostrou risco na América. Não há, portanto, consenso no fator dose-resposta destes



agentes químicos perante os sarcomas de tecidos moles ou ósseos (Beckingsale & Shaw, 2017).

Determinadas mutações genéticas e doenças genéticas têm vindo a ser relacionadas com maior incidência de tumores ósseos e de tecidos moles, podendo estes serem malignos ou benignos. As doenças genéticas mais comuns associadas a tumores do foro ortopédico são a doença de *Ollier* e a síndrome de *Maffucci*, múltiplas exostoses hereditárias, síndrome de *McCunee-Albright* e neurofibromatose (tipos 1 e 2) e doença de *Paget*. Algumas alterações genéticas também têm vindo a ser associadas à predisposição de sarcomas, nomeadamente o osteossarcoma, como as alterações que levam à síndrome de *Werner*, síndrome de *Bloom* e síndrome de *Rothmunde-Thomson* (Beckingsale & Shaw, 2017; Mazanet & Antman, 1991; Burningham, *et al.*, 2012).

A raça também mostra evidência em determinados tipos de tumores, nomeadamente no sarcoma de Ewing a atingir mais predominantemente a raça caucasiana em detrimento da raça africana ou asiática; por outro lado, a incidência de sarcomas de tecidos moles na raça negra apresenta maior significado (Burningham, *et al.*, 2012).

O efeito hormonal também pode ter impacto em determinados tumores, nomeadamente no leiomiiossarcomas que é mais comum nas mulheres, estando presente o recetor de estrogénio em 63% destes tumores no sexo feminino (Beckingsale & Shaw, 2017). A idade da mulher aquando da primeira gravidez mostrou uma associação sugestiva para a incidência de sarcomas de tecidos moles, num estudo de caso-controlo no norte de Itália com 104 casos e 505 controlos, onde as mulheres com o primeiro filho após os 29 anos apresentavam um *odds ratio* ajustado de 3.16, com intervalo de confiança de 95% (Burningham, *et al.*, 2012). O rápido crescimento na adolescência e/ou peso à nascença elevado também tem vindo a ser associado a uma maior incidência de osteossarcoma (Beckingsale & Shaw, 2017; Burningham, *et al.*, 2012), assim como traumas pré-existentes ou condições ósseas primárias (Mazanet & Antman, 1991).

## 1.4. TRATAMENTO DOS SARCOMAS

No tratamento dos sarcomas deve-se ter em conta a sua raridade e, como tal, deve-se referenciar os doentes para centros especializados, que são constituídos por uma equipa multidisciplinar composta por profissionais da área cirúrgica, oncologia médica, imagiologia, radioterapia, psiquiatria, anatomia patológica e reabilitação (Carrondo, A., *et al.*, 2012). O sucesso no tratamento destes tumores está intrinsecamente dependente da capacidade de cada especialidade médica e a sua combinação potencia o seu efeito, complementando-se.

Na decisão terapêutica deve-se considerar o seu subtipo, histologia, dimensão e localização do tumor, risco de recorrência, e estadió de doença, mas de um modo geral o tratamento passa por quimioterapia, radioterapia e cirurgia, de forma sequencial ou combinada (Carrondo, A., *et al.*, 2012).

Tradicionalmente, os fármacos utilizados neste tipo de sarcomas são a doxorrubicina, ifosfamida, dacarbazina, em doses altas ou em novas combinações. Mais recentemente tem sido também associado novas terapias com docetaxel, gemcitabina, temozalamida e trabectadina (Carrondo, A., *et al.*, 2012) e ainda o recurso a novas terapêuticas dirigidas.

### 1.4.1. Quimioterapia

Antes dos anos 70, a principal intervenção nos sarcomas passava pela amputação dos membros afetados, com taxas de mortalidade muito elevadas, e taxas de sucesso muito baixas a rondar os 20% nos doentes sujeitos a resseções cirúrgicas (Patel, 2014; Wagner, *et al.*, 2016). A partir dos anos 70 e 80, novos agentes terapêuticos foram testados na terapia sistémica dos sarcomas e o uso inicial com doxorrubicina, cisplatina, metotrexato em altas doses e/ou ifosfamida passou a ser habitual, tendo registado melhorias na taxa de cura de osteossarcomas de extremidade de alto grau para 60% a 70% (Patel, 2014; Wagner, *et al.*, 2016). Por outro lado, nos sarcomas de Ewing localizados, a vincristina, doxorrubicina, ciclofosfamida, ifosfamida e etoposido como

tratamento de primeira linha melhoraram as taxas de sucesso para 50% a 60% (Patel, 2014). O sarcoma pleomórfico indiferenciado do osso tem similaridades histológicas com os osteossarcomas, pelo que o seu tratamento também deve ser semelhante, mas habitualmente apresenta resultados inferiores; por outro lado, a quimioterapia nos condrossarcomas convencionais não parece ter utilidade (com exceção de alguns subtipos de condrossarcomas) (Patel, 2014).

Relativamente aos sarcomas dos tecidos moles, os avanços não mostraram a mesma eficácia como nos osteossarcomas ou nos sarcomas de Ewing, em parte devido à diversidade de subtipos, com grupo de tumores mais resistentes que outros, tornando os ensaios clínicos difíceis de realizar, com taxas de resposta diferentes perante doses diferentes. No entanto, como tratamento de primeira linha, a doxorubicina e a ifosfamida apresentam-se como uma ferramenta eficaz, quer na combinação de altas doses, mostrando haver melhorias nas taxas de sobrevida, sendo difícil poder afirmar a significância estatística dos resultados atendendo ao tamanho das amostras (Patel, 2014). Como tratamento de segunda linha, a gemcitabina e o docetaxel assumem também um papel fundamental, se bem que com maior peso em doentes com morbilidades ou subtipos histológicos como leiomiiossarcomas ou angiossarcomas; a combinação de dacarbazina com gemcitabina também mostrou melhorias na taxa de sobrevida. A trabectedina também é amplamente utilizada em sarcomas dos tecidos moles em vários países, mas nos Estados Unidos da América ainda é objeto de investigação. Mais recentemente, o pazopanib mostrou melhorias na sobrevida, aumentando em 3 meses livres de progressão da doença (Patel, 2014). O paclitaxel nos angiossarcomas e o irinotecano nos sarcomas de pequenas células são exemplos de terapia específica em determinados tipos histológicos e que têm utilidade limitada noutros subtipos (Patel, 2014).

#### **1.4.2. Terapêuticas direcionadas**

À medida que os estudos vão avançando na descoberta do comportamento biológico dos tumores, sua estrutura molecular e componente genética, vai-se

progredindo também na terapêutica complementar à quimioterapia, com ênfase na terapia direcionada, uma vez que alguns destes sarcomas são resistentes à quimioterapia (Hensaw, 2014; Patel, 2014; Nakano & Takahashi, 2018). Para Nakano e Takahashi, os sarcomas podem ser subdivididos em dois grupos: os sarcomas de células redondas pequenas que são quimio-sensíveis, como o sarcoma de Ewing ou o rabdomiossarcoma; e os sarcomas de células não pequenas, que apresentam resistência a quimioterapias, como o lipossarcoma, leiomiossarcomas, sarcoma sinovial ou o angiossarcoma (Nakano & Takahashi, 2018). Em qualquer das situações, o tratamento recomendado passa por abordagens multidisciplinares recomendando quimioterapias sistêmicas, sendo que a doxorubicina tem sido a droga de eleição.

Com o estudo do genoma dos sarcomas e o desenvolvimento de terapias moleculares direcionadas, entrou-se numa nova era no tratamento farmacológico dos sarcomas ósseos e dos tecidos moles. Nos sarcomas dos tecidos moles, excepcionando os tumores estromais gastrointestinais (GIST), o estudo de medicamentos moleculares dirigidos está atrasado em 10 anos, devido à diversidade e heterogeneidade dos sarcomas e à ausência de algumas mutações presentes nos GIST (Patel, 2014). Apesar de em alguns casos haver respostas positivas a tratamento citostático, a taxa de sobrevivência em doentes com sarcomas dos tecidos moles é baixa e apresenta uma mediana inferior a dois anos. No entanto, o estudo genético dos sarcomas e mutações genéticas mostra avanços nas terapias dirigidas nos sarcomas de tecidos moles não-GIST e a via angiogénica mostrou-se promissora (Nakano & Takahashi, 2018).

O pazopanib é um fármaco inibidor da angiogénese, aprovado para o uso no tratamento de carcinoma das células renais, mas que também apresentou resultados positivos nos sarcomas de tecidos moles. Num ensaio clínico de fase II (EORTC 62043), foram divididos doentes em coortes com 4 tipos diferentes de sarcomas de tecidos moles (leiomiossarcoma, sarcoma sinovial, lipossarcomas e outros), obtendo de um modo geral uma sobrevivência livre de progressão da doença em 12 semanas. Neste estudo, a coorte dos lipossarcomas foi interrompida porque, dos 17 doentes, apenas 3 conseguiram estabilizar a doença, sendo que as outras três coortes foram integradas num estudo de fase III (PALETTE). Neste último, a mediana da sobrevivência livre de progressão da doença atingiu os 4,6 meses em doentes tratados com pazopanib, um valor

estatisticamente significativo em relação ao grupo placebo com 1,6 meses, o que lhes conferiu a autorização para o uso do pazopanib em sarcomas dos tecidos moles, como o primeiro fármaco molecular dirigido nestas doenças (Nakano & Takahashi, 2018, p. 3). Apesar dos doentes com lipossarcomas terem sido excluídos do estudo de fase III, os resultados finais da fase II mostraram resultados positivos com potencial atividade anti-tumoral, tendo sido também aprovado o uso do pazopanib nestes doentes em alguns países (Nakano & Takahashi, 2018).

Após a introdução do pazopanib em sarcomas dos tecidos moles que não-GIST, outros ensaios clínicos foram testados para fármacos também eles antiangiogénicos inibidores da tirosina-quinase, muitos deles com eficácia nos GIST (Patel, 2014). Também os anticorpos monoclonais foram aprovados nos sarcomas dos tecidos moles, nomeadamente o olaratumab, fármaco direcionado ao recetor do fator de crescimento derivado das plaquetas. Apesar de ter obtido bons resultados em monoterapia, é na forma combinada com doxorubicina que foi atingida uma melhor taxa de resposta objetiva, com uma sobrevida global de 26,5 meses contra os 14,7 meses só com doxorubicina (Nakano & Takahashi, 2018).

Outros medicamentos, como a trabectedina, foram aprovados para o tratamento dos sarcomas de tecidos moles, demonstrando eficácia em leiomiossarcomas e lipossarcomas, atuando através de ligações do DNA. Em ensaios clínicos de fase III, a sobrevivência livre de progressão em doentes com trabectedina era de 4,2 meses em relação ao grupo de controlo com dacarbazina (1,5 meses), mas sem melhorias significativas na sobrevivência global (Nakano & Takahashi, 2018).

Cerca de 20 a 25% dos doentes com sarcomas dos tecidos moles têm anomalias cromossómicas, no entanto, até recentemente, não há terapias dirigidas comprovadas com foco nessas translocações ou fusão de proteínas, estando atualmente a emergir novas terapêuticas em estudos iniciais, muitos deles realizados em idade pediátrica (Nakano & Takahashi, 2018; Patel, 2014).

Em relação aos sarcomas ósseos, os medicamentos direcionados não têm mostrado benefícios quanto à sobrevivência, apesar de muitos serem eficazes noutras neoplasias. No entanto, o denosumab mostrou respostas clínicas em doentes com tumores das células gigantes do osso, com a destruição de pelo menos 90% das células

gigantes ou ausência de progressão radiológica até as 25 semanas (Nakano & Takahashi, 2018).

Desde 2010 que emergiram os inibidores dos checkpoints imunológicos que conseguem estimular o sistema imunológico humano contra as células tumorais, bloqueando a resposta inibitória por parte do tumor, diminuindo a resistência da resposta imunológica. Um dos marcadores mais importantes é o PD1, a proteína da morte celular programada 1, que tem sido utilizada com sucesso em muitas neoplasias. No entanto, e apesar da expressão de PD1 ser tão elevada como noutras neoplasias, o uso do seu inibidor nos sarcomas de tecidos moles e/ou ósseos não mostrou respostas mínimas e claras (Nakano & Takahashi, 2018).

Nos casos de osteossarcomas há um fármaco autorizado, a mifamurtida, que é um imuno-estimulador que ativa os monócitos e macrófagos nos casos de doença de alto grau, não-metastática, após resseção completa cirúrgica; no ensaio clínico também foram integrados doentes com doença metastizada a nível pulmonar. Os resultados foram satisfatórios com o aumento da sobrevida global entre 8 e 13%, num prazo de 5 anos (Anderson, *et al.*, 2010; Framptom, 2010; Patel, 2014).

Apesar dos esforços e avanços até agora conseguidos, há ainda um longo caminho a percorrer no que se refere à terapia dirigida em sarcomas de tecidos moles e ósseos, muito em parte à custa da raridade, complexidade e diversidade histológica destes tumores (Patel, 2014; Hogendoorn, 2010; Nakano & Takahashi, 2018; Gibbs, *et al.*, 2016).

### **1.4.3. Cirurgia**

A cirurgia apresenta-se como um recurso terapêutico fulcral nos sarcomas ósseos e dos tecidos moles; pode ser precedida por tratamento farmacológico como sucedida também; a quimioterapia antes da cirurgia tem como objetivo ajudar o próprio procedimento cirúrgico, ao tentar diminuir a massa tumoral (Carrondo, A., *et al.*, 2012).

Nos últimos 50 anos, os avanços tecnológicos tiveram um forte impacto na forma como se realizaram cirurgias aos sarcomas ósseos e dos tecidos moles. Se antes a

medicina tinha apenas disponível poucos recursos, como o raio-X , recorrendo a biópsia extemporâneas e amputações radicais, com taxas de sobrevivência baixas atendendo ao avançado estadio da doença, à medida que passam a estar disponíveis novos recursos, as técnicas cirúrgicas foram acompanhando a evolução (Hensaw, 2014). Inicialmente, foram realizados estudos de cirurgias conservadoras de membros em doentes com tumores de baixo grau de malignidade; o uso de enxertos de ossos longos (obtidos de cadáveres) para reconstruir defeitos após a ressecção local de tumores ósseos foi outro grande marco na história da cirurgia, assim como a criocirurgia ou o efeito potencialmente curativo da ressecção pulmonar nos casos de osteossarcomas metastizados isoladamente numa parte do pulmão (Hensaw, 2014). Também os exames complementares, nomeadamente na imagiologia e angiografia, permitiram aos investigadores conhecerem melhor a vasculatura dos tumores, a sua dimensão e quais estruturas anatómicas anexas invadidas pelo mesmo. Estes avanços refletiram-se nas cirurgias conservadoras dos membros à medida que o recursos a imagens e a confiança nas técnicas de reconstrução dos membros iam evoluindo, utilizando aloenxertos ou também endopróteses de implantes metálicos maciços que poderiam ser usados para substituir todo o fémur e/ou o joelho (Hensaw, 2014).

#### **1.4.4. Radioterapia**

Durante longos anos, a amputação dos membros afetados era o procedimento standard nos sarcomas, com taxas de reincidência inferiores em relação à cirurgia localizada. Entre os anos de 1960 e 70's, dados sugeriam que em cirurgias poupadoras de membros que eram adjuvadas com radioterapia, a taxa de recorrência baixava, tornando-se então tratamento mais amplamente usado (Leachman & Galloway, 2016).

Em 1982, o National Cancer Institute realizou um estudo randomizado com doentes que tinham sido submetidos a amputação de membro ou com cirurgia conservadora do membro, com radioterapia adjuvante. Em ambos os grupos foram realizados tratamento prévios de quimioterapia (com doxorubicina, ciclofosfamida e metotrexato). Os resultados entre os grupos foram semelhantes, com o grupo da

amputação a apresentar uma taxa de sobrevida livre de doença de 78% enquanto que o da cirurgia conservadora e radioterapia com 71%; também na sobrevida global, os valores eram idênticos com 88% no primeiro grupo e 83% no segundo. Em relação à metastização à distância, no primeiro grupo 3 doentes em 16 desenvolveram metástases, enquanto que no grupo de cirurgia conservadora e radioterapia, em 27 doentes apenas 2 tiveram metástases. Atendendo à globalidade dos resultados, a cirurgia poupadora do membro passou a ser padrão nos Estados Unidos nestas situações, reduzindo as amputações para taxas inferiores a 10% (Leachman & Galloway, 2016).

Como o volume de cirurgias de amputação de membros diminuíram, o número de estudos e investigações às cirurgias conservadoras com recurso ou não de radioterapia aumentaram, mostrando evidências que em ambas as situações (com ou sem radioterapia) a taxa de sobrevivência global ou metastização à distância não era significativamente beneficiada. De facto, o grau do tumor é o principal indicador de prognóstico, e analisando essa diferenciação nas bases de dados há sugestão de que os doentes com tumores de alto grau são mais beneficiados na realização de radioterapia, com aumento da taxa de sobrevivência (Leachman & Galloway, 2016).

Outra questão levantada prende-se com o *timing* da radioterapia, pré e/ou pós-operatória, mostrando haver vantagens e desvantagens para ambas as situações, envolvendo tópicos como o volume da lesão, dose da radiação, e/ou complicações secundárias. De uma forma sucinta, a radioterapia pré-operatória, com menor dose, utiliza-se em lesões maiores, que envolvem estruturas críticas, durante 3 a 6 semanas antes da cirurgia, havendo a necessidade de avaliação das margens cirúrgicas. Já a radioterapia pós-operatória requer uma dose maior, em lesões mais pequenas, ou quando as margens cirúrgicas não são negativas (Leachman & Galloway, 2016).



## 2. SATISFAÇÃO DOS UTENTES COMO INDICADOR DA QUALIDADE

Nos últimos anos, tem sido dada ênfase à avaliação da satisfação dos utentes aos cuidados de saúde prestados, tendo-se mostrado como um indicador de qualidade dos mesmos (Rodrigues R. C., 2009). Vários são os trabalhos desenvolvidos nesta área, a maioria com conclusões idênticas, aprofundando em vertentes diferentes na larga abrangência que os cuidados de saúde apresentam. A satisfação torna-se, pois, uma ferramenta importante na gestão das organizações de saúde, permitindo-lhes tomar decisões estratégicas que visem a melhoria da prestação de cuidados, mudando o desempenho da própria organização (Hespanhol, 2008; Rodrigues R. C., 2009).

Neste capítulo será realizada uma breve abordagem sobre os conceitos de satisfação e qualidade em saúde, suas dimensões e fatores determinantes, dando especial realce à área oncológica.

### 2.1 CONCEITO DE SATISFAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO INDICADOR DE QUALIDADE

Atendendo às diversas dimensões que o conceito satisfação envolve, a sua operacionalização torna-se difícil de concretizar; são vários os fatores que influenciam o grau de satisfação de um indivíduo, desde as próprias características da pessoa, as suas experiências vivenciadas, o contexto onde está inserido assim como as suas expectativas (Carvalho, 2014; Rodrigues R. C., 2009; Gonçalves, 2010).

O termo satisfação vem do latim “*satisfactio*” que significa o ato ou efeito de satisfazer, expressando “saciedade ou sentimento de bem-estar que se manifesta nas pessoas, como resultado da realização do esperado ou desejado, sob a forma de alegria, contentamento, agrado e aprazimento” (Carvalho, 2014, p. 41); sucintamente, é o sentimento que se manifesta como o resultado da concretização do que era desejado. Como tal, é um conceito subjetivo, ativo, influenciável por fatores culturais e de contexto, que sofre mudanças de pessoa para pessoa, com significados e expressões distintas.

Na área da saúde, a satisfação dos utentes/utilizadores dos serviços de saúde também tem vindo a ser definida por diversos autores, todos convergindo para o grau de satisfação dos utentes perante os cuidados e/ou serviços prestados, com o balanço entre as expectativas e a experiência vivida (Carvalho, 2014; Rodrigues R. C., 2009).

Carvalho (2014, p. 42) sintetizou algumas definições de satisfação dos doentes, das quais se pode destacar a de Lobo (2008) afirmando que “(...) refere-se à sua satisfação relativamente à qualidade de serviços de saúde prestados (...)”; também Pedro *et al.* (2010), refere que a satisfação dos doentes é uma “(...) avaliação pessoal da qualidade dos serviços de saúde que são prestados, podendo ser definida como o grau de congruência entre as expectativas do utilizador e a sua perceção da qualidade dos cuidados que lhe são prestados.”. Ribeiro (2003) *apud* Carvalho (2014, p. 42) explica a satisfação do doente como

“(...) um termo sumário que, numa perspetiva teórica, se refere ao conjunto variado de reações deste em relação à experiência dos cuidados de saúde e tem em si uma utilização complexa, ou seja, é entendido sob vários ângulos, assumindo diferentes significados em diferentes contextos, pelo que é subjetivo e dinâmico, com forte valor cultural e por isso sujeito a constantes mutações.” (Ribeiro, 2008, *apud* Carvalho, 2014, p.42).

Ao longo dos anos, a pesquisa sobre a satisfação dos doentes foi ganhando outros contornos, passando inicialmente pela avaliação da relação médico-doente, atingindo atualmente um estatuto de relevo enquanto indicador de qualidade dos cuidados prestados (Rodrigues R. C., 2009). De facto, a satisfação dos doentes é considerada como um objetivo das próprias instituições e serviços de saúde, vindo a ocupar um papel preponderante na avaliação dos cuidados e serviços prestados (Donabedian, 1980 referido por Carvalho, 2014). Alguns resultados de investigações nestas áreas mostram que a uma maior satisfação dos doentes está associada uma melhoria no cumprimento das indicações clínicas, diminuição do erro clínico, melhores resultados clínicos, com uma menor utilização de serviços, assim como a manutenção da relação com um determinado profissional de saúde (Rodrigues R. C., 2009).

A satisfação dos clientes funciona como um indicador de qualidade, pois ela mostra a diferença entre as expectativas prévias de um serviço e a realidade concreta vivida do mesmo. Quando um utilizador está insatisfeito com determinado

cuidado/processo, é importante corrigir esse déficit e perceber qual a sua importância para o grau de satisfação, levando a mudanças na sua avaliação (Carvalho, 2014; Rodrigues R. C., 2009; Caramelo, 2014). Ribeiro (2008) refere que os “cuidados de saúde de qualidade são os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo de cuidar, (...), na medida em que reflete as visões dos utilizadores sobre as características do processo de que foram alvos (...)” (Carvalho, 2014, p. 45).

A opinião dos utentes é fundamental para o controlo da qualidade dos cuidados/serviços de saúde, pois nela são identificados os problemas passíveis de correção atendendo às expectativas dos utilizadores, dando sugestões para a reorganização dos serviços. Os doentes identificam e reconhecem a qualidade dos serviços/cuidados que lhes são prestados, e manifestam-se, de modo formal ou informal, aquando da prestação dos cuidados. Ao modificar os pormenores que provocam menor satisfação aos doentes, melhora-se a satisfação global dos cuidados, que são vistos como serviços de melhor qualidade. Doentes insatisfeitos têm tendência a não cumprirem indicações clínicas, apresentam menor adesão terapêutica, recorrendo menos aos serviços, com resultados menos significativos (Carvalho, 2014; Rodrigues M. A., 2007; Caramelo, 2014).

Os utilizadores dos serviços de saúde estão cada vez mais exigentes e atentos aos cuidados prestados, possuindo níveis de expectativas mais elevados; de modo a corresponder às expectativas, as instituições são forçadas a despender recursos que por si só são escassos, sejam eles monetários, humanos ou materiais (Caramelo, 2014). A avaliação da qualidade dos cuidados tem vindo a ser um campo de investigação crescente, com o desenvolvimento de modelos de avaliação, com escalas validadas para o efeito.

Donabedian é um dos autores que mais aprofundou o tema da qualidade em saúde, tendo formulado um modelo que avalia de acordo com três componentes: estrutura, processo e resultados. Para ele, a qualidade de cuidados de saúde é aquela que maximiza uma medida que inclui o bem-estar do doente, após se ter conta o balanço entre ganhos e perdas esperadas que acompanham o processo de cuidar, e assenta em sete pilares da qualidade: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Caramelo, 2014).

Dentro da estrutura são avaliadas as condições físicas, humanas, organizacionais, as instalações e equipamentos, o próprio modelo organizacional, sistemas de informação, recursos humanos e amenidades. Em relação aos processos são valoráveis a dinâmica dos cuidados, desde a admissão do doente até à sua alta, o desempenho dos profissionais, as relações estabelecidas, componentes técnicas e científicas, e gestão. Quanto aos resultados são importantes as consequências dos cuidados prestados, funcionalidade do doente, alívio da dor, a sua satisfação e expectativas (Carvalho, 2014; Caramelo, 2014; Gonçalves, 2010).

Desta forma, para se poder avaliar na globalidade a satisfação dos doentes e a qualidade dos cuidados que lhes são prestados, deve-se utilizar um instrumento que incorpore indicadores das três categorias. A opinião dos doentes assume, pois, uma relevância no funcionamento da instituição da saúde pois denuncia os aspetos menos positivos, incentivando a própria instituição a corrigi-los, melhorando indicadores de qualidade e a satisfação dos utentes/utilizadores dos serviços.

## 2.2 DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E SEUS FATORES DETERMINANTES

Nas últimas décadas tem-se registado uma preocupação crescente com a avaliação da satisfação tanto de profissionais como de doentes face aos cuidados prestados, havendo mesmo evidência de que a melhoria da qualidade está diretamente relacionada com a satisfação dos doentes. No entanto, a satisfação não é estática, mostrando-se dinâmica e sofrendo alterações consoante o tipo de instituição onde se encontra, podendo focar-se na globalidade ou em dimensões menores. Vários autores salientam algumas dimensões que influenciam o grau de satisfação dos doentes, nomeadamente o tipo de cuidado que é prestado (satisfação em cuidados de saúde primários e/ou hospitalares), contexto em que são prestados, personalidade do próprio doente, dos profissionais de saúde com quem contactam e estabelecem ou não relação terapêutica, ou até mesmo aspetos estruturais e localização dos serviços a que recorrem (Greeneich *et al.* (1992); Laine *et al.* (1996); McIntyre *et al.* (2002), referidos por Carvalho, 2014).

De um modo global, pode-se agrupar as dimensões da satisfação em grupos, como as características dos próprios indivíduos, dos profissionais, relação profissional/doente e fatores estruturais e/ou ambientais. Consoante o tipo de serviço, as suas dimensões podem ser diferentes; por exemplo, num serviço hospitalar, as dimensões podem passar pelas características de hotelaria, conforto e higiene das instalações, visitas, ocupação dos tempos livres, entre outros (Alves (2007) referido por Carvalho (2014)); por outro lado, em cuidados de saúde primários, para Ferreira *et al.* (2005), foram identificadas dimensões como a relação e comunicação com os profissionais, informação e apoio, cuidados clínicos, continuidade e cooperação, e organização dos serviços (Carvalho, 2014).

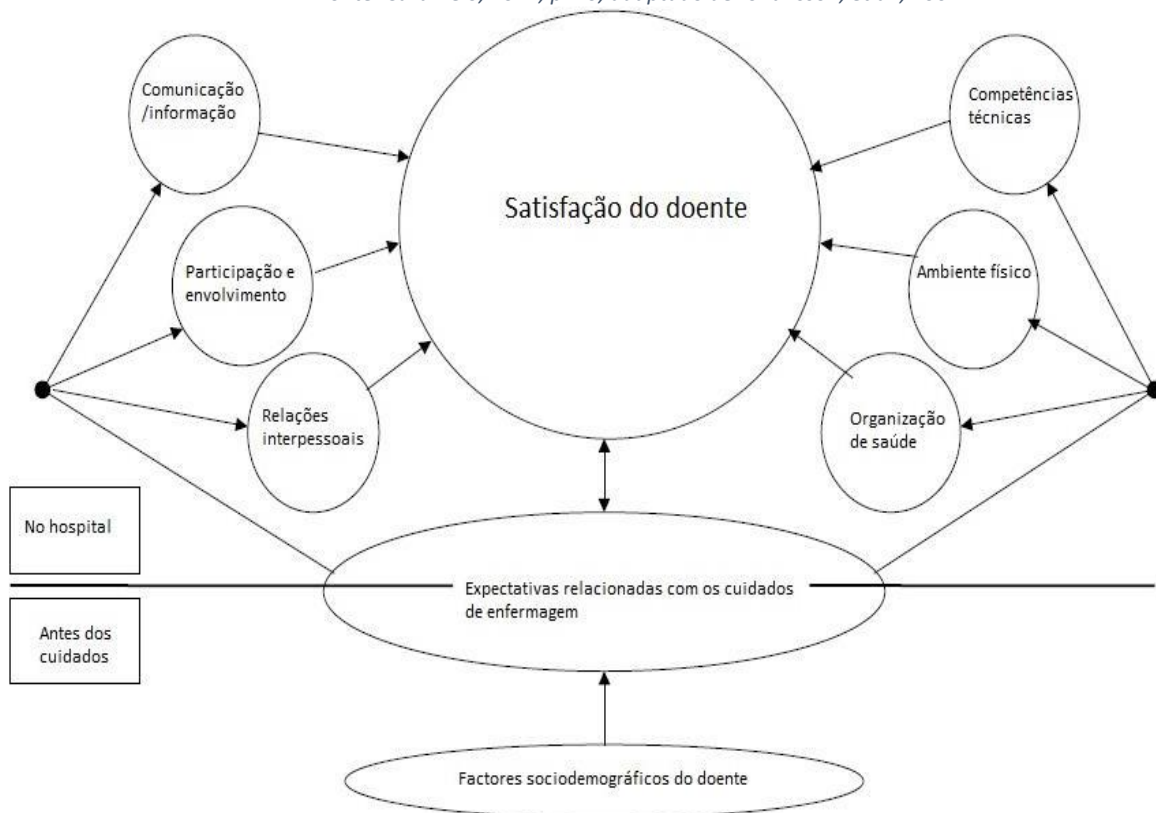
As dimensões da satisfação encontradas na literatura são divididas em: 1) acessibilidade/conveniência, como o tempo de espera; 2) disponibilidade de recursos humanos e técnicos; 3) continuidade, integração dos cuidados assim como personalização; 4) eficácia dos cuidados; 5) custos financeiros dos cuidados; 6) serviços hoteleiros; 7) recolha de informação obtida pelos doentes; 8) prestação da informação fornecida pelos profissionais; e 9) perceção da qualidade e competência técnicas (Carvalho, 2014). Os aspetos mais valorizados pelos utilizadores dos serviços de saúde referem-se à rapidez de acesso aos mesmos, tratamento correto prestado por profissionais com competência, tomada de decisão participada e respeito pela mesma, informação clara e adequada, apoiando a autonomia, necessidades físicas/estruturais, apoio emocional, empatia e respeito, envolvimento da família/cuidadores e continuidade de cuidados (Gonçalves *et al.* (2010) referenciado por Carvalho (2014)).

Para Carolino (1994, referido por Rodrigues M. A., 2007), as componentes da satisfação podem ser divididas em quatro grupos de fatores, sendo eles as características do próprio utente, características dos profissionais, estrutura física e organizacional da instituição, e por fim a comunicação e informação dada aos doentes (assim como a escuta ativa).

Na perspectiva de Johansson *et al.* (2002, referido por Caramelo, 2014), que estudou os fatores que influenciam a satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem, estes são esquematizados de acordo com fatores prévios ao internamento, nomeadamente os sociodemográficos, e durante o internamento, especificamente o

ambiente físico, comunicação/informação obtida, participação do doente nos cuidados, relações interpessoais e competências técnicas dos enfermeiros (Figura 7).

Figura 7: Fatores que influenciam a satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem.  
Fonte: Caramelo, 2014, p. 10, adaptado de Johansson, et al., 2002.



Dentro das dimensões da satisfação, existem fatores que são determinantes na sua avaliação e que ao longo dos anos têm vindo a ser associados ao grau da satisfação dos doentes, como, por exemplo, as características sociodemográficas dos doentes, o seu estado de saúde no momento da avaliação, os aspetos organizacionais da instituição prestadora de cuidados, as expectativas que os doentes têm perante as intervenções dos profissionais, perceção sobre o papel dos profissionais, entre outros (Carvalho, 2014; Caramelo, 2014).

Na maioria dos estudos que se debruçam sobre a satisfação dos utentes, as variáveis que podem influenciar a satisfação dos doentes giram à volta deste fatores, se bem que em expressões variáveis e significâncias distintas; por exemplo, em determinados estudos indivíduos com habilitações superiores mostram um grau de

satisfação inferior (Hall e Dornan, 1990), enquanto que noutros estudos essa variável não tem impacto. No entanto, de um modo genérico, pessoas mais idosas são mais satisfeitas com os cuidados de saúde prestados, um mau estado de saúde implica uma menor satisfação, a efetividade e eficácia dos cuidados é também geradora de níveis superiores de satisfação (Carvalho, 2014).

Um dos fatores determinantes da satisfação da saúde passa por aspetos organizacionais da instituição prestadora de cuidados, sendo que o aspeto/imagem da própria instituição é importante na determinação da satisfação. Mesmo dentro deste indicador há distinção quer se encontre em modo de hospitalização ou ambulatório; os doentes internados valorizam a forma como os cuidados são organizados e como funciona o serviço onde estão admitidos; por outro lado, os doentes em modo ambulatório apreciam a relação terapêutica e empática dos profissionais, assim como a sua competência (Ribeiro (2003), referido por Carvalho (2014)).

A cronicidade da doença, como no caso dos doentes oncológicos, torna, para Rodrigues (2007), os doentes mais críticos com os cuidados que lhes são prestados, apresentando, no entanto, alguma resistência e benevolência nas críticas em alguns aspetos dos cuidados (Carvalho, 2014; Gonçalves, 2010). As expectativas dos utentes face às intervenções dos profissionais são também determinantes na sua satisfação; vários estudos têm sugerido que os doentes mais satisfeitos viram as suas expectativas atingidas (Ribeiro, 2003 *apud* Carvalho, 2014).

A perceção do papel dos profissionais de saúde também tem assumido um papel preponderante na satisfação dos doentes. Os doentes percebem que os enfermeiros têm um papel central nos seus cuidados e as suas expectativas vão além das competências técnicas e científicas, mas também interpessoais; os doentes esperam um enfermeiro empático, com capacidade de escuta ativa, que lhe forneça informação adequada, apoiando-o emocionalmente durante o internamento (Gonçalves, 2010). Em relação aos médicos, a avaliação da satisfação também é relevante, tendo sido dos primeiros estudos de satisfação de doentes realizados nos anos de 1950; os doentes sentem que se sentirem satisfeitos com os cuidados recebidos, tendem a permanecer com esse mesmo profissional para continuidade dos cuidados. Em qualquer das situações com profissionais, há que ter em consideração que, o facto de existir desconhecimento de

quais as competências técnico-científicas por parte dos doentes, estes tendem a valorizar as componentes não clínicas dos profissionais, como as suas competências interpessoais (Gonçalves, 2010).

### 2.3 SATISFAÇÃO NOS DOENTES ONCOLÓGICOS SEGUIDOS EM HOSPITAL DE DIA

Desde a ênfase da satisfação como indicador de qualidade dos cuidados, os estudos por áreas/setores específicos proliferaram, como forma de avaliar a satisfação dos doentes de um determinado serviço de saúde, caracterizando-o e projetando melhoria da continuidade de cuidados. Apesar de existirem diversas escalas que avaliam a satisfação, não existe um consenso para a mais adequada, pois, tal como na sua definição, trata-se de avaliar uma opinião subjetiva, variável ao longo do tempo, condicionada por diversos fatores (Carvalho, 2014; Caramelo, 2014; Gonçalves, 2010; Rodrigues R. C., 2009).

Atualmente, a avaliação da satisfação dos doentes é realizada através de questionários/inquéritos, com o risco de poderem ser disponibilizados dados errados ou concluírem falsos resultados; no entanto, ainda assim, esta é a melhor forma de se avaliar a satisfação dos doentes/utilizadores dos cuidados. Apesar da diversidade de escalas, o importante será avaliar as dimensões com maior impacto e passíveis de mudança e melhoria para a instituição que se propõe a estudar a satisfação dos seus utentes (Costa, 2011).

Na área de oncologia, já foram desenvolvidos diversos estudos sobre a satisfação dos doentes, alguns em área de ambulatório e outros em regime de internamento. Num estudo conduzido na Suécia, numa *nurse-led clinics* (clínica de ambulatório, liderada por enfermeiros que fazem tratamentos, aconselhamentos e suporte a doentes e familiares do foro oncológico) foram avaliados o grau de satisfação dos utilizadores que recorreram aos seus serviços entre os anos de 2007 e 2013, assim como a perceção da informação obtida, associação da continuidade de cuidados e satisfação com a informação. De uma amostra de 962 pacientes que responderam aos questionários de uma das quatro pesquisas, a satisfação global em relação à clínica manteve-se estável ao longo dos anos



que decorreu o estudo. A maioria dos utentes classificaram as relações interpessoais com o pessoal de enfermagem como boa, o tempo de espera como aceitável, e a duração das consultas como suficiente; também um número muito significativo considerou importante a continuidade de cuidados pelo mesmo profissional. Três quartos dos inquiridos consideraram a informação obtida como suficiente, mas quase metade expressou que gostariam de ter obtido mais alguma (Berglung, *et al.*, 2015).

Num outro estudo, realizado em Espanha, num hospital de dia de oncologia, foi avaliada a satisfação com os cuidados, no sentido de procurar identificar as determinantes da mesma e a sua correlação com a qualidade de vida. Numa amostra de 176 indivíduos, a satisfação global média, em todas os itens, foi classificada acima de 70 (numa escala de 0 a 100); apenas o domínio “disponibilidade do médico” (avaliava a pontualidade e o tempo dedicado ao doente durante a consulta) e “ambiente” (onde estava incluído a facilidade de acesso) estavam abaixo deste valor, com 69,3 e 59,4, respetivamente. Cerca de 44% dos inquiridos referiram como positivo a bondade e proximidade dos enfermeiros, 7% realçou a humanidade dos profissionais de saúde e 8% apreciou o facto de poder conhecer doentes em situações idênticas. Dos aspetos menos positivos, 14 doentes falaram dos tempos de espera e duração da consulta, 13 referiram que a sala de espera era pequena e 10 não gostaram de fazer o tratamento perto de outros utentes (Arraras, *et al.*, 2013).

Também em França foi estudada a satisfação de doentes oncológicos em dois centros clínicos, em regime de ambulatório; tratou-se de um estudo longitudinal, onde foi realizada a avaliação antes e no fim dos tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia e 3 meses após o seu *terminus*. A amostra respondente de 561 doentes revelou que à medida que a qualidade de vida dos doentes diminuía, também o grau de satisfação decrescia; três meses após o fim dos tratamentos, os mesmos doentes classificavam com menor satisfação a prestação dos médicos (Nguyen, *et al.*, 2014).

Em 2014, foi avaliada a satisfação dos utilizadores de um hospital de dia de oncologia médica num hospital central em Portugal, com uma amostra de conveniência de 258 doentes, com questões relacionadas com a chegada ao hospital de dia (HD), a admissão e registo, área de consulta e /ou tratamento, cuidados gerais prestados, informação recebida, profissionais de saúde, condições da estadia, opinião geral e

satisfação global. Os resultados mostraram uma qualidade global percebida satisfatória (média de 67%), com índices bem classificados no que diz respeito aos profissionais (médias acima dos 70%); por outro lado, as amenidades e tempos de espera apresentaram médias mais baixas, de 45% e 55%, respetivamente (Carvalho, 2014).

### 3. HOSPITAL DE DIA

Atendendo à evolução tecnológica presenciada na área da saúde e da própria sociedade, os hospitais têm-se tornado cada vez mais flexíveis, mudando o seu papel na comunidade. Também os recursos gastos, cada vez mais escassos face às necessidades, e os custos a si associados, têm um peso fundamental na forma dinâmica como os hospitais se gerem, obrigando a uma reorganização dos serviços. O aumento da esperança média de vida e o número de doenças crónicas e incapacitantes levaram ao desenvolvimento de novos tratamentos e técnicas de diagnóstico que não necessitam de internamento prolongado, permitindo que o indivíduo reingresse a sociedade mais rapidamente, garantindo melhor qualidade de vida e satisfação (Direção Geral da Saúde, 2005).

Surgem assim os hospitais de dia (HD), inicialmente dirigidos para doentes crónicos, ou cuidados mais especializados que não podiam ser suportados pelos cuidados de saúde primários ou em modo ambulatorio, como os casos oncológicos. Gradualmente, foram surgindo novas subespecialidades de hospital de dia, mas, em qualquer das situações, estes serviços demonstraram “os seus benefícios clínicos e a sua rentabilidade social, melhorando a qualidade de vida (...) e reduzindo os custos inerentes a um internamento hospitalar tradicional” (Direção Geral da Saúde, 2005, p. 1) , permitindo ao doente regressar a casa no fim do tratamento, minimizando o impacto da doença (Direção Geral da Saúde, 2005).

Atendendo aos doentes seguidos no serviço objeto do presente estudo e às características do seu tratamento realizado, optou-se por considerar que a designação de “hospital de dia” seria mais adequada, uma vez que o seu conceito se refere a uma

*“unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou de terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas” (ACSS, 2018, p. 30).*

Na mesma circular normativa, vem definido o conceito de episódios de ambulatório, referindo-se como “caso do doente permaneça menos de 24 horas, ainda que pernoite no estabelecimento hospitalar, o episódio é pago como episódio de ambulatório (...). O conceito de GDH de ambulatório aplica-se apenas a admissões programadas, (...)” (ACSS, 2018, p. 18).

Desta forma, utilizou-se de forma genérica o termo “hospital de dia”, englobando estes conceitos e similaridade dos casos em estudo, pois pretende-se a criação de um espaço físico próprio com equipa dedicada.

Neste capítulo, serão abordados os conceitos e requisitos ligados ao hospital de dia, assim como recomendações para a sua organização, definidas pelos órgãos da tutela para o nosso país.

### 3.1 HOSPITAL DE DIA: CONCEITOS E REQUISITOS

O hospital de dia (HD) é uma estrutura organizacional dentro de uma instituição de saúde, com espaço físico próprio, onde estão concentrados os recursos humanos e técnicos qualificados na área que assiste, que fornece cuidados de saúde a doentes em regime de ambulatório (como alternativa ao internamento clássico), por um período inferior a 12 horas, não necessitando de estadia durante o período noturno. Tem como missão a prestação de cuidados a doentes de forma programada, com ganhos na qualidade assistencial, com o objetivo de oferecer aos doentes um tratamento personalizado, especializado e tecnicamente qualificado, em regime de ambulatório (Direção Geral da Saúde, 2005, p. 2).

Dentro dos objetivos específicos, pode-se acrescentar a adaptação da assistência hospitalar às necessidades dos utentes, nomeadamente através da redução do número de internamentos, com ganhos em saúde aos utentes através da dimensão física, psicológica e social. A melhoria na realização de tratamentos, através de procedimentos clínicos como administração de terapêutica (como sejam citostáticos, transfusão de sangue e terapêuticas combinadas) que exijam a vigilância apertada de eventuais efeitos adversos, assim como o manuseamento de cateteres endovenosos, são também objetivo

de um serviço de hospital de dia, assim como a promoção da educação para a saúde, facilitando a adesão aos tratamentos (Direção Geral da Saúde, 2005).

Os hospitais de dia têm três dimensões: a social, a técnica e a económica. Dentro da dimensão social, com os HD o doente é mantido na comunidade, refletindo-se na diminuição de absentismo, número de internamentos e dependência, aumenta a qualidade de vida do doente e família, minorando o impacto psicológico provocado pelo internamento. Quanto à sua dimensão técnica, estão garantidos os procedimentos necessários face à especialização clínica a tratar assim como faixa etária dos doentes. A dimensão com maior impacto é a económica, refletindo-se na diminuição dos internamentos, altas mais precoces, com redução do tempo médio de espera, otimização dos recursos e eficiência crescente (Direção Geral da Saúde, 2005).

A Direção Geral de Saúde (DGS) define que o HD deve ter espaço físico próprio, próximo da zona das consultas externas, podendo em situações excecionais ficar alocado junto ao internamento desde que estejam garantidas as facilidades de articulação com as diversas especialidades. Deve ter as condições mínimas de espaço, funcionalidade e conforto, com atendimento médico adequado, mas também com apoio psicológico e social, promovendo as boas relações interpessoais.

São requisitos mínimos técnicos (Direção Geral da Saúde, 2005):

- Dos recursos humanos: deve ter pessoal próprio permanente, nomeadamente pessoal de enfermagem, assistentes operacionais e assistentes técnicos. Em relação aos enfermeiros, devem ter habilitações para cumprir funções diversificadas, sendo o elo de ligação entre o doente e os restantes agentes do processo de cuidados. Deve existir um coordenador/responsável médico, assegurando uma escala de assistência para eventuais intercorrências, podendo este estar em regime de chamada em unidades mais pequenas. Atendendo às necessidades dos doentes, poderá ser necessário ter o apoio de outros técnicos de saúde. Quanto aos auxiliares (assistentes operacionais), estes devem ser em número suficiente para garantir a autonomia do serviço.

- Dos procedimentos: no HD os procedimentos realizados devem requerer vigilância médica ou de enfermagem; aqueles procedimentos que não carecem desta vigilância devem ser considerados em âmbito de consulta e não de HD. As instalações e equipamentos devem ser adequados à tipologia de cuidados prestados, devendo ser

equipados com material de monitorização, gases medicinais e carro de emergência para manobras de reanimação.

- Das estruturas físicas: embora não haja um tamanho mínimo para rentabilização do HD, é aceitável que o mesmo atenda pelo menos 20 doentes por dia. A sua localização deve ser acessível, preferencialmente com acesso direto para a rua e permita facilmente aceder a outras estruturas da instituição de saúde. Deve contemplar espaço para admissão/secretariado clínico, sala de espera, área de trabalho de enfermagem, área de tratamento e vigilância de doentes, gabinete de enfermagem, gabinete polivalente, copa/zona de arrumos, zona para materiais de higiene e consumo de stocks, zona de farmácia; e zona de sujos e instalações sanitárias. Toda a atividade deve ser programada e desenvolver-se ao longo do dia, pelo que não é desejável uma sala de espera grande.

Quanto à organização, a decisão da criação de um HD cabe ao conselho de administração do hospital, de acordo com as normas da tutela, devendo ser adaptado à capacidade da instituição e população que serve. Nos hospitais de grandes dimensões é aceitável a existência de mais que um HD, podendo ser mono-temáticos (por especialidade). Deve ter secretariado próprio, que faça o agendamento dos doentes, registando-os em sistemas próprios e transmitindo esses dados à gestão. Deve articular-se com os serviços farmacêuticos, tecnologias de terapêutica e diagnóstico, serviços hoteleiros e de apoio social; e funcionar, preferencialmente, das 8 às 20h, de modo a rentabilizar o seu funcionamento (Direção Geral da Saúde, 2005).

Deve ter associado um centro de custos, onde serão imputados os gastos, nomeadamente com fármacos, despesas com profissionais, instalações, materiais de consumo assim como desgaste dos equipamentos.

Como requisitos ao nível da articulação, o HD deve ter em conta um conjunto de atividades que podem e devem ser desenvolvidas em articulação de modo a melhorar o atendimento dos doentes, garantindo a otimização do seu funcionamento, nomeadamente:

- Prestação de cuidados não programados: como é o caso do atendimento a casos urgentes não programados, ou cuidados não programados, agilizando situações

para minorar a dependência de cuidados hospitalares, podendo mesmo ser desenvolvidos atendimentos telefônicos, presenciais ou consultas de ambulatório;

- Informação e educação em saúde: através de informação acerca da patologia, suas complicações, sintomas e tratamentos disponíveis, promovendo sessões de educação para a saúde e prevenção da doença, assim como hábitos de alimentação e estilos de vida saudáveis;
- Apoio psicológico e social: o HD deve poder articular com estas duas áreas que se mostram importantes em vários doentes na adaptação à sua nova condição.

Em relação ao financiamento, a DGS recomenda que deve desempenhar um incentivo à equidade, eficiência e qualidade do serviço, potenciando a aplicação de modelos remuneratórios relacionados com o desempenho. Não deve ter por base o pagamento por ato, mas sim assente no modelo prospetivo, de base capitacional e/ou diretamente relacionados com a produtividade e qualidade. Atendendo à diversidade de procedimentos realizados nesta tipologia de serviço, há necessidade de os agrupar de modo a que haja um valor médio de financiamento por cada sessão ou tratamento, ao estilo dos GDH utilizados em âmbito de internamento, mas ajustados à realidade de HD (Direção Geral da Saúde, 2005).

“A definição dos preços por episódio de tratamento deverá assentar num processo de benchmarking entre serviços de referência, devidamente credenciados, sendo os mesmos ajustados às características de cada instituição” (Direção Geral da Saúde, 2005, p. 9). O pagamento deverá ser ajustado pela entidade financiadora a cada instituição atendendo à sua diferenciação, e em consideração com os critérios da DGS, com auditorias sistemáticas como acompanhamento.

Os HD, de acordo com a DGS, devem ser avaliados e objetos de auditoria por parte da entidade reguladora e financiadora nas dimensões relacionados com os resultados (Tabela 1), estrutura (Tabela 2) e de processo (Tabela 3), o que vai de encontro com o modelo de qualidade de Donabedian, onde estão contempladas a avaliação das componentes de estrutura, processo e resultados.

Em relação aos indicadores de resultado há que ter em consideração as componentes técnicas e da qualidade percebida.

Tabela 1: Indicadores de qualidade de resultados definidos pela DGS para HD.

Fonte: DGS, 2005, p.10. Elaboração própria.

<b>Avaliação pelo utente da qualidade experimentada</b>	<b>Ganhos em saúde</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grau de satisfação dos utentes sobre os serviços prestados e o atendimento recebido;</li> <li>• Análise de reclamações apresentadas pelos utentes atendidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doentes neoplásicos com sobrevivência aos 5 anos/total de doentes neoplásicos atendidos no HD;</li> <li>• Nº de doentes atendidos pelo menos há 6 meses e que manifestam bem-estar no ano/ total de doentes atendidos no ano (SF36 após 6 meses do início do tratamento).</li> </ul>
<b>Produtividade / resultados não desejados</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamentos subsequentes a HD no ano/nº de doentes atendidos no HD por ano;</li> <li>• Nº de acidentes ou incidentes no ano/nº de doentes atendidos em HD no ano.</li> </ul>	

Os indicadores de estrutura devem informar os recursos de serviço, relacionando-os com a população atendida e/ou atividade desenvolvida.

Tabela 2: Indicadores de qualidade de estrutura definidos pela DGS para HD.

Fonte: adaptado de DGS, 2005, p.10. Elaboração própria

<b>Recursos estruturais</b>	<b>Recursos humanos</b>
Postos de atendimento do HD (cadeirões, camas, entre outros)	Efetivos médicos e de enfermagem; técnicos de saúde; pessoal auxiliar, administrativo e outros profissionais.



Os indicadores de processo têm a ver com as atividades desenvolvidas durante o seu processo.

*Tabela 3: Indicadores de qualidade de processo definidos pela DGS para HD.*

*Fonte: adaptado de DGS, 2005, p.10. Elaboração própria*

<b>Indicadores de produtividade</b>
<p>Quantificam a atividade que se presta relativamente aos recursos disponíveis.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nº de utentes atendidos por local de proveniência (consultas, serviços de internamento, outros centros de referência, entre outros);</li><li>• Classificação dos doentes atendidos segundo estádios de doença;</li><li>• Tipo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que foram sujeitos estes doentes;</li><li>• Nº de atendimentos médicos/total de doentes atendidos;</li><li>• Nº de atendimentos de enfermagem e outros técnicos de saúde/total de doentes atendidos;</li><li>• Nº de atendimentos telefónicos no ano/total de doentes atendidos no ano;</li><li>• Razão entre o nº de novos utentes atendidos em HD no ano e o nº total de utentes internados em igual período.</li></ul>
<b>Indicadores de qualidade dos procedimentos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Percentagem de fichas do ano com os principais itens preenchidos /total de fichas do ano (por amostragem – exemplo: idade, residência, tipo de tumor, estágio, ano e mês do diagnóstico, procedimentos terapêuticos efetuados, internamentos e intercorrências após o início do HD, grau de satisfação com os serviços, avaliação do bem-estar, sobrevivência aos cinco anos);</li><li>• Tempo médio de espera para ser atendido no HD (desde que chega ao hospital até começar a ser atendido).</li></ul>

Os indicadores de qualidade em relação ao processo permitem conhecer a ponderação dos custos, relacionando-os com a atividade exercida, medindo-o como eficiência do serviço. Os dados são facilmente acessíveis, graças aos sistemas de contabilidade analítica, que permitem aceder a essa informação. Numa fase inicial de um HD, esses dados não estarão disponíveis, mas a DGS recomenda que deverá existir a informação da relação dos gastos com pessoal com o número total de atendimentos, assim como a razão entre os gastos com o material de consumo (medicamentos/material de consumo clínico) e o número de atendimentos (Direção Geral da Saúde, 2005).

### 3.2 – RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DE UM HD

A Administração Central de Sistema de Saúde (ACSS) definiu em 2010 um conjunto de recomendações técnicas para o HD, definindo os espaços e organização que estes serviços deveriam ter idealmente na sua conceção. Atendendo que o HD é um conceito, mais do que um espaço, e que visa diminuir o número de internamentos, assegurando a continuidade de cuidados aos seus utentes, deve ser visto como uma extensão do próprio serviço de internamento e articular-se com as restantes estruturas hospitalares para garantir essa mesma continuidade. Para cada valência deverá existir uma adaptação da estrutura física em função da sua especialidade (ACSS, 2010).

Dentro dos diversos compartimentos possíveis, a ACSS divide-os em compartimentos da área de entrada, de tratamentos e de apoio (Figura 8). Em qualquer das especialidades, é reforçada a necessidade de articulação com os restantes serviços do hospital, nomeadamente farmácia, laboratório, imagiologia, entre outros, sendo que o seu acesso deve ser preferencialmente direto com o exterior.

Figura 8: Organização geral de um HD.

Fonte: ACSS, 2010, p. 4



São descritos seguidamente as recomendações gerais de alguns dos compartimentos mais relevantes sugeridos pela ACSS para a estrutura física do HD.

Dentro da área da entrada deve estar incluído a receção/secretariado, em continuidade com a sala de espera geral, para doentes e acompanhantes, com um rácio de 1,5 cadeiras por utente, devendo ter espaço lúdico para criação de ambiente favorável ao tratamento, assim como instalações sanitárias (ACSS, 2010).

Na área destinada aos tratamentos, para além de vestiários e instalações sanitárias, salienta-se: o gabinete de consulta; a sala de tratamentos para realização de procedimentos/tratamentos, inserção de cateteres (largura mínima de 3,5m); a sala de utentes para realização dos tratamentos em cama ou cadeirão (sugestão de 5m<sup>2</sup> por cadeirão); e posto de enfermagem para preparação de medicação e registos, com comunicação visual com os utentes (ACSS, 2010).

Nos compartimentos de apoio, estão contempladas salas para gabinetes de trabalho, vestiários do pessoal e instalação sanitária, sala de pausa e reunião, refeitório/copa, arrumação de material, circuito para limpos e sujos, entre outros (ACSS, 2010).

Em qualquer dos compartimentos descritos, estão definidos pormenores técnicos como tomadas elétricas, iluminação, necessidade de rampas de gases medicinais, climatização e comunicações, conforme o destino da sala.

#### **4. A ORTOPEDIA ONCOLÓGICA DO CHUC**

Em 1983, surgiu a necessidade de dividir o serviço de Ortopedia, do então Hospital Universitário de Coimbra, em diferentes subespecialidades, tendo sido criada uma consulta diferenciada de tumores ósseos. Em 1988, já existia uma estrutura distinta, com corpo clínico dedicado a estas lesões, com apoio de oncologia para o seu tratamento. Quatro anos após, a equipa seria reforçada com apoio permanente de um hemato-oncologista, garantindo assim a multidisciplinaridade do serviço (Perspetivas, 2016).

Atendendo à raridade dos sarcomas, os peritos recomendam a criação de centros de especialidades e de referência, pois neles estão concentrados os especialistas com experiência, garantindo a qualidade dos cuidados e a eficácia e eficiência dos serviços e tratamentos.

Neste capítulo será explorado o funcionamento do serviço de Ortopedia Oncológica do CHUC, (também conhecida como UTAL) na sua vertente de tratamento mais ambulatório.

##### **4.1 – A UNIDADE DE TUMORES DO APARELHO LOCOMOTOR**

Em 2016, a Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor (UTAL), dos CHUC foi nomeada pelo Ministério da Saúde como centro de referência de sarcomas de adultos em tecidos moles e ósseos, reconhecendo a sua experiência, competência, vocação e qualidade dos cuidados aos doentes que sofrem desta patologia. Dessa forma, chegam até esta unidade doentes de todo o país (continente e ilhas) mas também dos PALOP.

O serviço de internamento tem sofrido algumas alterações nos últimos tempos, provocadas pela reorganização do CHUC; em março de 2016, o serviço de Ortopedia Oncológica ficou situado no 5º piso do bloco central do polo HUC-CHUC, dispondo de 18 camas (um quarto de seis camas e quatro quartos de três camas), dividindo o espaço físico

com duas outras especialidades: reumatologia (com sete camas), e oncologia (com cinco camas, das quais três em quartos individuais).

A UTAL é, atualmente, composta por especialistas na área da ortopedia oncológica e oncologistas, em estreita colaboração com outras especialidades, nomeadamente, especialistas de anatomia-patológica; imagiologia dedicada também a radiologia de intervenção; cirurgia geral, plástica e cardiotorácica; radioterapia; anestesia para a dor aguda e dor crónica (Perspetivas, 2016). Tem também a si dedicadas uma equipa de enfermagem, assistentes operacionais e assistentes técnicos. Tem um chefe de serviço, em colaboração com a restante equipa de ortopedistas e permanência de um hemato-oncologista, sendo que este último assumiu a responsabilidade das camas de Oncologia Médica.

Atualmente, dispõe de 18 camas de Ortopedia Oncológica e cinco de oncologia, cuja distribuição dos doentes é realizada consoante as necessidades do serviço e dos próprios doentes, sendo que administrativamente o serviço de origem do utente é o responsável pelos custos que daí advêm. É bastante comum ter doentes de Oncologia internados na Ortopedia Oncológica e vice-versa, consoante a necessidade da gestão de camas para melhor organização do serviço.

Apesar de haver um centro de custos diferente para a Ortopedia Oncológica e Oncologia Médica, os doentes de ambas as especialidades podem ficar internados em qualquer um dos setores, atendendo às vagas disponíveis e especificidades de cada utente; por exemplo, se um doente estiver aplasiado (com o sistema imunitário desfavorecido) beneficia estar em isolamento, sendo transferido para um quarto individual onde se possa promover o isolamento em relação a outros doentes, independentemente de pertencer ao serviço de Ortopedia ou de Oncologia.

A taxa de ocupação de ambos serviços é superior a 90%, e existe uma grande rotação de doentes. A maioria dos internamentos são programados, quer seja para tratamento de quimioterapia, quer para cirurgia, ocorrendo também internamentos de urgência devido a alterações do bem-estar dos doentes, quadros febris ou alterações analíticas, por exemplo.

De um modo geral, os internamentos programados para tratamento de quimioterapia ocorrem três vezes por semana (às segundas, quartas e sextas-feiras), e os internamentos para cirurgia programada ocorrem às segundas e quintas-feiras. São também programados internamentos para realização de biópsias guiadas por outros meios complementares como ecografia ou TAC. Em média, estima-se que são admitidos cerca de quinze doentes por semana para tratamento de quimioterapia, sendo que todos estes doentes fazem análises sanguíneas no início da sua admissão/internamento, mas nem todos ficam a cumprir internamento no serviço, podendo ir para o domicílio com infusores, ou fazerem ciclo de quimioterapia curto que não os obriga a uma ocupação efetiva de cama para pernoita.

Ao longo dos 30 anos de existência da UTAL, já foram tratados mais de 200 doentes com osteossarcomas, 80 doentes com sarcoma de Ewing e mais de 500 com sarcoma dos tecidos moles, o que faz deste serviço uma referência a nível nacional e internacional (Perspetivas, 2016).

A UTAL tem uma filosofia de proximidade e disponibilidade para com os doentes e famílias, estando disponíveis 24 horas por dia, telefonicamente ou presencialmente, para atender e esclarecer dúvidas existentes; em caso de agudização da doença, ou outros efeitos/complicações decorrentes da doença, os doentes dirigem-se à enfermaria, sem necessidade de recorrer ao serviço de urgência, após prévia comunicação com os profissionais.

#### 4.2- O PERCURSO DO DOENTE DA UTAL EM REGIME DE AMBULATÓRIO

Para além dos doentes internados, a UTAL recebe também doentes em regime de ambulatório, cujos tratamentos não exigem a pernoita no serviço. Estes doentes chegam ao serviço cerca das 8h30, fazem registo no secretariado clínico, esperam pela chamada do enfermeiro para a colheita de sangue para análises, e aguardam na sala de espera pelo resultado das mesmas e validação da prescrição médica. Existe uma listagem de doentes (que é atualizada semanalmente) com os tratamentos previstos, sendo que é

de conhecimento prévio (por parte de quem gere as camas do internamento) quantos doentes ficam internados e quantos são de regime ambulatorial.

O tratamento nos sarcomas ósseos e de tecidos moles passa por quimioterapia, cirurgia e/ou radioterapia, podendo assumir esta ou outras sequências, conforme o tipo de tumor e estadiamento. São vários os tipos de medicamentos citostáticos que se realizam em ambiente de ambulatório na UTAL. À exceção da heparinização dos cateteres (tunelizados ou totalmente implantados), os doentes atendidos neste regime fazem colheita de sangue para análises após a sua admissão, sendo que diariamente é distribuído a cada enfermeiro de serviço, um ou mais doentes que dão entrada na UTAL.

A sala de colheitas de sangue situa-se numa sala de tratamentos, e, de modo a rentabilizar o tempo e espaço, é frequente que mais que um doente se encontre a fazer a colheita. Durante o processo da colheita, o enfermeiro aproveita esse momento para realizar pequenos ensinamentos e saber como está a ser a evolução do doente em casa, esclarecendo incertezas. Após a colheita de sangue, os doentes aguardam o resultado das análises numa sala de espera, munida de cadeiras de madeira, mesas, e alguns sofás almofadados.

Após o resultado das análises, o médico valida o tratamento a ser executado, pelo que os enfermeiros contactam os serviços farmacêuticos para providenciar a medicação necessária ao doente, enviando um assistente operacional a estes serviços para recolher o tratamento necessário. Em média, os doentes em regime de ambulatório fazem a medicação depois das 14 horas ou das 17 horas, conforme se o tratamento tiver de ser preparado (na farmácia de citostáticos) ou já estiver disponível nos serviços farmacêuticos gerais.

Alguns dos tratamentos citostáticos, podem ser administrados por bomba infusora contínua (ex: doxorubicina), preparada pelos serviços farmacêuticos e administrada pelo enfermeiro da UTAL, onde realiza ensinamentos ao doente e família sobre a manutenção da bomba de elastómero, cuidados a ter no seu manuseamento e substituição da mesma, assim como conservação das restantes bombas. É também informado sobre o dia em que se deve dirigir ao serviço para heparinizar o cateter após o *términus* da quimioterapia. Em algumas situações, devido à incapacidade do doente e/ou cuidadores, os doentes que podiam fazer este tratamento no domicílio com a bomba



elastomérica ficam internados para realização do ciclo de quimioterapia, com duração média de 5 dias. O facto de não haver um espaço próprio reservado com ambiente calmo para se ensinar, instruir e treinar o manuseamento do cateter e bomba, dando oportunidade para esclarecer dúvidas, influencia também esta não habilitação e autonomia do doente, tendo este que permanecer em ambiente hospitalar durante o ciclo.

Os tratamentos com mabthera ou de gemcitabina atualmente também implicam a pernoita do doente no serviço de internamento, apesar da sua duração ser inferior a 12h; no entanto, como o tempo de espera entre o resultado das análises, validação da prescrição e disponibilização da medicação pelos serviços farmacêuticos é algo demorada, o início do ciclo de quimioterapia é mais tardio impondo a pernoita do doente no serviço.

Outros tratamentos implicam a administração injetável do medicamento (por via subcutânea, intramuscular ou endovenosa), e conseqüente vigilância de eventuais efeitos secundários. Em alguns casos, os citostáticos chegam ao internamento às 17h, sendo que os doentes fazem o tratamento e têm alta após as 19horas.

Recorrem também a este regime ambulatorial doentes com medicação oral, cedida pela farmácia de ambulatório, mas que realizam inicialmente colheita de sangue para análise e posterior validação da prescrição, como é o caso de tratamentos com pazopanib.

Cerca de 10 doentes por mês, vão ao serviço de internamento fazer a manutenção e heparinização do cateter central (totalmente implantado ou tunelizado), sem que haja um registo efetivo da admissão/procedimento.

No próximo capítulo, será exposta a opinião dos doentes referente ao funcionamento da UTAL em regime de ambulatório e respetiva satisfação perante o serviço prestado, através da análise dos questionários e entrevistas semiestruturadas realizadas.

## **5. AVALIAÇÃO DE CUSTOS DO HOSPITAL DE DIA PARA A ORTOPEDIA ONCOLÓGICA**

Num mundo de recursos limitados, a sua distribuição deve ser criteriosa, tendo em conta a sua eficácia, eficiência e efetividade dos mesmos. Nos últimos anos, os gastos no setor da saúde têm vindo a aumentar, em parte justificada pelo aumento da população envelhecida, grande consumidora de cuidados de saúde, e consequente aumento no número de doenças crónicas, assim como novos tratamentos e tecnologias da saúde cada vez mais inovadoras, mas também mais dispendiosas. Atingir um equilíbrio entre a procura por cuidados de saúde e os seus recursos escassos, torna-se num desafio para gestores e decisores políticos (Rodrigues H. M., 2017).

Apesar de haver um aumento nos gastos na saúde, sabe-se que também existe desperdício que deve ser evitado, dado o seu peso orçamental, tendo sido estimado (pelo Tribunal de Contas, em 2011, referido por Rodrigues H. M., 2017) perdas nos serviços clínicos de ambulatório e internamento rondando os 10% do orçamento em saúde. “Logo, recomenda que para a aproximação entre o financiamento e os custos se dê prioridade à redução dos custos operacionais, através da identificação e eliminação de desperdícios na utilização dos fatores de produção.” (Rodrigues H. M., 2017, p. 1)

Neste capítulo, inicialmente será abordado o processo de financiamento hospitalar, especificamente o do CHUC com o seu contrato-programa. Será também apresentado o estudo realizado sobre a satisfação dos doentes da UTAL, em regime de ambulatório, sobre os serviços prestados atualmente, e expectativas para um hospital de dia. É feita uma análise de custos e retornos financeiros em diferentes cenários possíveis para a criação de um novo hospital de dia para a valência de Ortopedia Oncológica.

### **5.1 FINANCIAMENTO HOSPITALAR**

Como na maioria das áreas, os recursos da saúde mostram-se escassos perante as necessidades de uma população cada vez mais envelhecida, portadora de doenças

crónicas e maior consumidora de cuidados de saúde. O avanço tecnológico apresenta novos tratamentos inovadores, contribuindo para o crescimento de despesas na saúde (Nunes, 2012).

Dos recursos afetos ao financiamento de cuidados de saúde, cerca de 50% estão atribuídos aos hospitais, sendo grande parte do mesmo investido nas áreas de internamento, o que implica uma constante preocupação no controle de despesas destes setores (Nunes, 2012).

Os modelos de financiamento dos cuidados de saúde são necessários para garantir a acessibilidade dos utentes, podendo servir como incentivos à produção de cuidados, sendo cruciais para garantir a estabilidade económico-financeira dos sistemas de saúde, adequando comportamentos institucionais de modo a otimizar os recursos disponíveis. O financiamento dos hospitais públicos portugueses é de natureza prospetiva, ou seja, tem em conta a produção hospitalar de acordo com a caracterização dos GDH tratados, financiando posteriormente de acordo com o perfil institucional (Nunes, 2012).

Atendendo à complexidade da definição de produto hospitalar a ser financiado (o que se produz, como se produz e quem o produz) houve necessidade de se adotar uma “medida” comum a todas as instituições de modo a tornar o financiamento em conformidade. Se se considerar o produto hospitalar como cada doente tratado/episódio, englobando o conjunto de bens e serviços consumidos em função das suas necessidades e como parte do seu processo de tratamento, podemos deduzir que se trata da provisão de serviços e bens adequados para melhorar uma determinada situação de saúde. Desta forma, é expectável que dois doentes com diagnósticos semelhantes possam consumir os mesmos recursos para resolverem a sua situação de saúde (Nunes, 2012).

Surge assim, na década de 80, a adoção em Portugal do sistema de classificação dos GDH (grupo de doentes homogéneos), um sistema que nasceu na Universidade de Yale nos anos 60, com o objetivo inicial de agrupar doentes em grupos relativamente homogéneos do ponto de vista das características clínicas e do consumo de recursos, de forma a possibilitar a identificação de custos. De acordo com a ACSS, “permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que

o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido” (ACSS, 2019, p. sp).

Apesar da complexidade e limitações à metodologia da construção deste tipo de classificação de doentes, o GDH foi amplamente aceite pelas instituições hospitalares, tendo vindo a englobar não só o internamento de agudos, mas também os hospitais de dias, cirurgias de ambulatório e/ou ambulatório (Nunes, 2012).

O “peso” que cada caso tratado/episódio tem nas diferentes instituições, atendendo ao seu grau de diferenciação clínica, é tido em conta no financiamento como uma ponderação entre o custo esperado e o custo médio nacional. “O índice de *case-mix* de um hospital resulta assim do rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes” (ACSS, 2019, p. sp).

Através do índice *case-mix* (ICM) e dos GDH, é possível comparar o desempenho das diferentes instituições hospitalares, avaliando a sua eficácia e eficiência, possibilitando o financiamento hospitalar atendendo ao volume de produção, complexidade e custos relativos dos doentes tratados pelas instituições (Nunes, 2012).

O financiamento hospitalar é de extrema importância para poder garantir a correta distribuição e alocação dos recursos financeiros, maximizando a sua utilização, minimizando desperdícios, tendo sempre em conta a acessibilidade dos utentes aos serviços e a sustentabilidade económico-financeira da instituição.

Existem algumas estratégias de financiamento hospitalar (prospetivo ou retrospectivo), apresentando cada uma vantagens e desvantagens na forma como são aplicadas (Barros, 1999). Não sendo isento de riscos, mas pelo maior incentivo à eficiência que encerra, o financiamento prospetivo foi sendo progressivamente adotado em vários tipos de cuidados de saúde e em particular dos cuidados hospitalares, em Portugal e na Europa (Busse, Geissler, Quentin, & Wiley, 2011). Em Portugal, o SNS é financiado através de um orçamento de estado, sendo que pode obter também receitas através de outros subsistemas de saúde ou seguradoras. Dentro do orçamento de estado, está garantido o financiamento de beneficiários do SNS através de contrato-programa, sendo que para

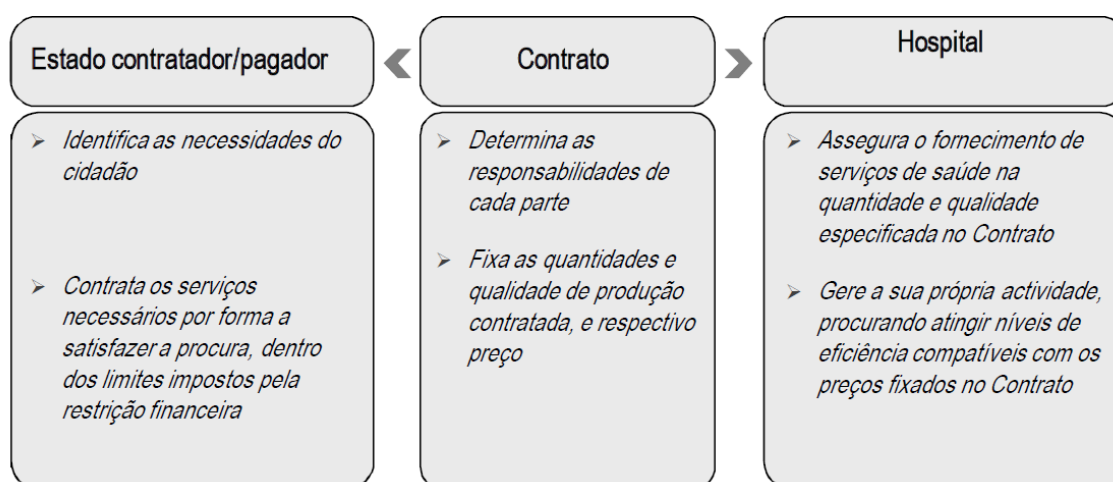
terceiros pagadores é utilizado o pagamento prospetivo por episódios de internamento recorrendo às tabelas de GDH que estabelecem o preço praticado no SNS (Nunes, 2012).

### 5.1.1 – Contratos-programa

O contrato-programa reflete o Estado/governo como um comprador de serviços, estabelecendo a relação entre financiadores e prestadores num contrato entre o financiamento atribuído e os resultados esperados, com metas de produção, acessibilidade e qualidade dos serviços prestados (ACSS, s.d.). Estes contratos permitem ao hospital programar a sua atividade tendo em conta os meios financeiros disponíveis de forma previsível num período de tempo, ao mesmo tempo que permite uma melhor gestão orçamental para o SNS, determinando a quantidade de serviços prestados e disponibilizados, programando de forma antecipada os gastos efetuados. Desta forma, no início de cada ano civil, o Estado sabe quanto vai gastar com cada hospital e cada hospital tem de ser criterioso e rigoroso, planeando antecipadamente a sua atividade de modo a negociar com o pagador, satisfazendo o rácio da procura e oferta de serviços/produção (ACSS, s.d.).

Figura 9: Esquema dos Contrato-programa.

Fonte: ACSS, s.d.



Em resumo, o contrato-programa é um documento que sela o acordo de compromisso entre pagador (Estado sob a entidade da ACSS), negociador (departamento de contratualização da ARS) e prestador (hospital ou unidades locais de saúde), onde estão descritos os direitos e obrigações das partes envolvidas, especificando um conjunto de serviços prestados/produção hospitalar (*outputs*) de acordo com um determinado volume de *inputs* financeiros, por um período de tempo (Nunes, 2012; Carvalho J. , 2010).

Para além de estabelecer as quantidades de produção hospitalar, define também a tabela de preços a ser praticada, limitando a produção marginal<sup>5</sup> e definindo critérios de incentivos institucionais; são descritos os objetivos a serem atingidos e os indicadores de avaliação de desempenho das instituições, assim como estão relatadas as consequências do não cumprimento contratualizado como a redução e/ou penalizações no pagamento (Nunes, 2012).

De acordo com Nunes (2012), são consideradas linhas de produção (internamento, ambulatório, consultas externas, urgências e sessões de HD e serviços domiciliários) nas quais são definidas as quantidades a serem produzidas, às necessidades previsíveis dos utentes e às disponibilidades de recursos do agente prestador, atendendo ao plano de desempenho do ano anterior, sendo o pagamento estipulado pelo produto entre a quantidade produzida, o índice de *case-mix* e o preço base do grupo hospitalar (definido através da complexidade e características do hospital).

### **5.1.2- Contrato-programa e financiamento no CHUC**

No caso concreto do CHUC, o contrato-programa, para o triénio 2017-2019, salienta o seguinte:

- “... compete ao Hospital assegurar a disponibilização de recursos (...), no respeito pelas melhores práticas de gestão e pelos princípios de equidade e acessibilidade

---

<sup>5</sup> A componente da produção marginal estabelece o pagamento a ser atribuído, por linha de produção, sempre que a produção fique acima ou abaixo do valor inicialmente contratado (Nunes, 2012).

(...), recebendo os recursos financeiros acordados e a cooperação necessária ao cumprimento da sua missão e objetivos”. (Capítulo II, Secção I, Cláusula 4ª, ponto 4).

- “... evitar a utilização inadequada dos serviços hospitalares, nomeadamente no âmbito das urgências, consultas e internamentos evitáveis.” (Capítulo II, Secção III, Cláusula 10ª, ponto 2, alínea d)).

- “A produção em internamento e ambulatório é especificada de acordo com as classificações adotadas no âmbito do SNS (...). A codificação da atividade desenvolvida (...) são objetos de avaliação através da realização de auditorias à codificação clínica.” (Capítulo II, Secção V, Cláusula 19ª, pontos 1 e 6).

- “Incentivar a adoção das melhores práticas na área da gestão financeira e de tesouraria (...). (Capítulo III, Secção I, Cláusula 20ª, ponto 1, alínea k)).

- “Compete ainda ao Hospital garantir a qualificação dos espaços de atendimento tendo em conta as seguintes dimensões: a) espaço físico - assegurar condições adequadas de atendimento; b) espaço relacional – desenvolver programas de qualificação dos componentes e da arquitetura do espaço relacional, bem como de apoio e qualificação contínuos dos profissionais associados aos espaços de atendimento;” (Capítulo III, Secção II, Cláusula 24ª, ponto 3).

Dentro do contrato-programa para o triénio, anualmente pode ser realizado um acordo modificativo ao mesmo, com ajustes em alguns pontos negociais acordados no contrato-programa. Para o CHUC, no triénio 2017-2019, foi adotado o valor único de 2.285€ (assim como restantes hospitais) para as atividades de internamento e ambulatório médico e cirúrgico, agrupadas em GDH, utilizando o ICM relativo à atividade do ano de 2015. No entanto, considerando que se trata de um centro de referência, o preço base hospitalar é incrementado em 5%, pelo que neste serviço a financiado com o valor de 2.399€. Foram ainda negociadas as seguintes alterações para o ano de 2017, 2018 e 2019, como se pode verificar na Tabela 4.

Tabela 4: Valores negociados no contrato-programa entre ACSS e CHUC para o triénio 2017-2019, com acordo modificativo de 2017, 2018 e 2019.

Ano	2017		2018		2019	
Valor financiado anual (máximo)	370 587 289,95 €		384 303 555,67 €		401 917 307,69 €	
Preço base para atividades de internamento e/ou ambulatório	2 285,00€ 2 399,00 € (para centros de referência)					
<b>Internamento</b>	<b>ICM</b>	<b>Quantidade</b>	<b>ICM</b>	<b>Quantidade</b>	<b>ICM</b>	<b>Quantidade</b>
GDH médicos	1,0911	37 800	1,0911	35 460	1,0911	39 400
<b>Episódios de ambulatório</b>	<b>ICM</b>	<b>Quantidade</b>	<b>ICM</b>	<b>Quantidade</b>	<b>ICM</b>	<b>Quantidade</b>
GDH médicos	0,2074	18 997	0,2074	25 705	0,2074	19 703

Analisando a tabela, entre 2017 e 2018 pode-se verificar que foi negociado um acréscimo de episódios de ambulatório em cerca de 35%, dispondo mais de 3 milhões de euros para assegurar este aumento, em detrimento dos episódios de internamento com o objetivo de reduzir em 6%, com financiamento menor de 5 milhões de euros. Pode-se deduzir que existe um incentivo governamental para diminuir o número de internamentos, em prol de episódios de ambulatório que consomem menos recursos. No entanto o mesmo tipo de financiamento não se verificou para o ano de 2019, provavelmente, como forma para dar resposta à procura, tentando garantir a acessibilidade e equidade de acesso aos cuidados de saúde, premissa principal do Serviço Nacional de Saúde.

O cálculo do financiamento para cada doente equivalente em internamento e/ou ambulatório é baseado no preço único multiplicado pelo ICM, sob a seguinte fórmula:

**Internamento: Nº Doentes Equivalentes x ICM x Preço Base Hospitalar**

**Ambulatório: Nº Doentes Equivalentes x ICM (ambulatório) x Preço Base Hospitalar**



Atendendo a que no ano de 2018, houve em média 30 doentes mensais com critérios para gerar código de GDH de ambulatório (mas que, segundo os serviços financeiros, criaram código de internamento 693 - quimioterapia), e que cada doente fez em média um tratamento por mês (num total médio de 360 episódios), de acordo com a fórmula acima descrita, podemos concluir que o CHUC foi financiado em cerca de 911.880€€ para estes episódios. Se para os mesmos doentes fossem gerados códigos de GDH de ambulatório, o financiamento teria sido de 179.280€.

**Internamento: Nº Doentes Equivalentes x ICM x Preço Base Hospitalar (CRE)**

$$\begin{aligned} &\rightarrow 0,9679 \times 1,0911 \times 2399,00 = 2\,533\text{€/episódio} \\ &\quad \times 360 \text{ episódios} = \mathbf{911\,880\text{€}} \end{aligned}$$

**Ambulatório: Nº Doentes Equivalentes x ICM (amb) x Preço Base Hospitalar (CRE)**

$$\begin{aligned} &\rightarrow 1 \times 0,2074 \times 2\,399,00 = 498\text{€/episódio} \\ &\quad \times 360 \text{ episódios} = \mathbf{179\,280\text{€}} \end{aligned}$$

## 5.2 A UTAL SOB A PERSPETIVA DOS UTENTES

Nos anos de 2018 e 2019, e de acordo com a lista de doentes seguidos na UTAL, existiam cerca de 30 doentes cujo tratamento era realizado em regime de ambulatório (com tratamentos como denosumab, metotrexato com vimblastina, pazopanib, doxorubicina em bomba elastomérica), numa média de 75 doentes seguidos nesta especialidade. Este número não é constante dada a probabilidade de entrada de novos doentes, assim como altas e/ou óbitos dos que estão em tratamento.

Pretendeu-se, então, estudar o grau de satisfação da qualidade dos serviços atualmente prestados, com a opinião dos doentes perante uma alteração de cenário com o funcionamento de um hospital de dia de Ortopedia Oncológica. Para tal, foram

desenvolvidas entrevistas semiestruturadas, com a apresentação de um questionário, aos doentes que habitualmente são utilizadores típicos de regime ambulatorio, cumprindo os pressupostos do anonimato e confidencialidade dos dados colhidos.

### **5.2.1. Metodologia**

Tratou-se, portanto, de um estudo descritivo, transversal, onde se procurou avaliar a satisfação dos doentes com a dinâmica atual do serviço de Ortopedia Oncológica.

Os participantes foram uma amostra inicial de catorze doentes (doze em regime ambulatorio e dois que ficavam internados a fazer ciclo de seis horas que num cenário de hospital de dia teriam critérios para o integrar) seguidos pelo serviço de Ortopedia Oncológica a fazerem tratamento de curta duração ou com tratamento no domicílio (infusores), escolhida intencionalmente (amostra de conveniência), em dias específicos de admissão para tratamento, que decorreu entre outubro e dezembro de 2018. Foram escolhidos os doentes em fase ativa de tratamento de quimioterapia, que aceitassem participar e que reunissem condições cognitivas para responder ao questionário; em situações que os doentes não conseguissem preencher de forma autónoma, foi permitido que o mesmo fosse preenchido por familiares que os acompanhavam. No entanto, após análise das entrevistas e questionários, houve necessidade de excluir uma das entrevistas, porque as respostas se referiam ao serviço de internamento, sendo motivo de exclusão para não enviesar a amostra que ficou condicionada a treze participantes.

A título complementar e exploratório, foi aplicado um questionário (Anexo II) com escala tipo *Likert* de 1 a 5 (em que 1 corresponde a mau, e 5 a excelente) onde foram avaliados diversos itens relativos às condições do serviço, com espaço a resposta aberta pedindo a opinião dos utentes. Foi ainda suplementado com entrevista semiestruturada, de modo a reforçar a concordância de resposta. Cada doente preencheu o questionário apenas uma vez, mesmo que tenha ido fazer mais do que um tratamento nesse período de tempo. Atendendo a que, em 2014, Carvalho (2014) realizou um estudo idêntico no mesmo hospital utilizando como base um inquérito de avaliação da qualidade hospitalar,

com vertente para HD, foi adaptado e simplificado o questionário utilizado no presente trabalho e aprovado pela comissão de ética do CHUC.

O questionário tem por base o percurso que o doente faz na unidade de saúde, desde a sua admissão até à alta; dessa forma, foi dividido em cinco momentos distintos (admissão e registo; área da consulta/tratamento; cuidados gerais prestados; informação; e condições de estadia).

Foram cumpridos os trâmites legais e éticos, com respostas favoráveis do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHUC (Anexo I).

### 5.2.2. Resultados

São de seguida apresentados os resultados do questionário aplicado à amostra do estudo, apresentados sob a forma de tabelas de frequências, medidas de tendência central e de dispersão.

*Tabela 5: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa à admissão e registo*

Admissão e registo	Tabela de frequências (N=13)					Média	D.P.
	Mau (1)	Razoável (2)	Bom (3)	Muito Bom (4)	Excelente (5)		
Tempo de espera	2	6	4	0	1	2,38	1,00
Forma de atendimento	0	2	5	2	4	3,62	1,08
Informações	1	1	7	2	2	3,23	1,05
Sala de espera	11	2	0	0	0	1,15	0,36

Da análise da tabela de frequência relativa à admissão e registo dos doentes aquando da sua chegada ao serviço da UTAL, verifica-se que o item pior classificado é referente às condições da sala de espera ( $x=1,15$ ), no que concerne ao seu conforto e aspeto, com mais de 80% dos doentes classificando-a como “mau”. Também o tempo de espera para fazer o registo da admissão apresenta uma média de 2,38 (razoável), com quase metade dos inquiridos a classificar como razoável, mas com maior variabilidade nas respostas obtidas (mínimo 1 com dois respondentes e máximo 5 com um respondente).

*Tabela 6: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa à área de consulta e tratamento*

Área da consulta/ tratamento	Tabela de frequências (N=13)					Média	D.P.
	Mau (1)	Razoável (2)	Bom (3)	Muito Bom (4)	Excelente (5)		
<b>Privacidade</b>	5	4	3	1	0	2,00	0,96
<b>Tempo de espera</b>	1	6	5	1	0	2,46	0,75
<b>Condições da sala</b>	4	3	6	0	0	2,15	0,86

Relativamente ao item sobre a área de consulta e tratamento, referente ao espaço onde os doentes permanecem após a admissão (sala de espera) e onde realizam a colheita de sangue para análises (sala de tratamentos do internamento da UTAL), o grau de satisfação geral e médio encontra-se no razoável, com cerca de 40% dos inquiridos referirem como má a forma como a sua privacidade foi assegurada, e 30% a classificarem-na também como má quanto às suas condições e aspeto.

*Tabela 7: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa aos cuidados gerais prestados.*

Cuidados gerais prestados	Tabela de frequências (N=13)					Média	D.P.
	Mau (1)	Razoável (2)	Bom (3)	Muito Bom (4)	Excelente (5)		
Satisfação das suas necessidades	0	3	6	2	2	3,23	0,97
Ajuda e simpatia	0	1	3	7	2	3,77	0,80
Sensibilidade para os problemas	0	1	5	4	3	3,69	0,91
Tempo	1	4	4	2	2	3,00	1,18

Quanto aos cuidados gerais prestados, os doentes, de uma forma global, encontram-se satisfeitos, referindo que a disponibilidade dos profissionais em satisfazer as suas necessidades é boa para 46% da amostra, e muito boa/excelente para 30%. A ajuda e simpatia dos profissionais, no sentimento de transmissão de confiança e segurança para os utentes foi, para 70% da amostra, classificada como muito boa/excelente; a sensibilidade em relação aos seus problemas e preocupações foi também identificada como boa/muito boa para cerca de 70% dos inquiridos. Quanto ao tempo em que demorou o tratamento a ser administrado pelo enfermeiro, há uma variabilidade de respostas, sendo que um doente classificou como mau o tempo de espera/administração da medicação, cerca de 30% a classificou como razoável, e a mesma percentagem a identificou como bom.

Tabela 8: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa à informação

Informação	Tabela de frequências (N=13)					Média	D.P.
	Mau (1)	Razoável (2)	Bom (3)	Muito Bom (4)	Excelente (5)		
facilidade em obter informações	1	3	4	5	0	3,00	0,96
informações	2	5	3	3	0	2,54	1,01

Da análise da Tabela 8, é possível concluir que os inquiridos estão de um modo geral satisfeitos com as informações prestadas, sendo que maioritariamente classificam a facilidade em obter informação e a vontade dos profissionais em responder como boa e muito boa. Por outro lado, quando é questionada a forma como foi esclarecido, assim como as informações dadas sobre medicação e efeitos adversos ou continuidade de cuidados, a satisfação diminuiu ligeiramente ( $x=2,54$ ).

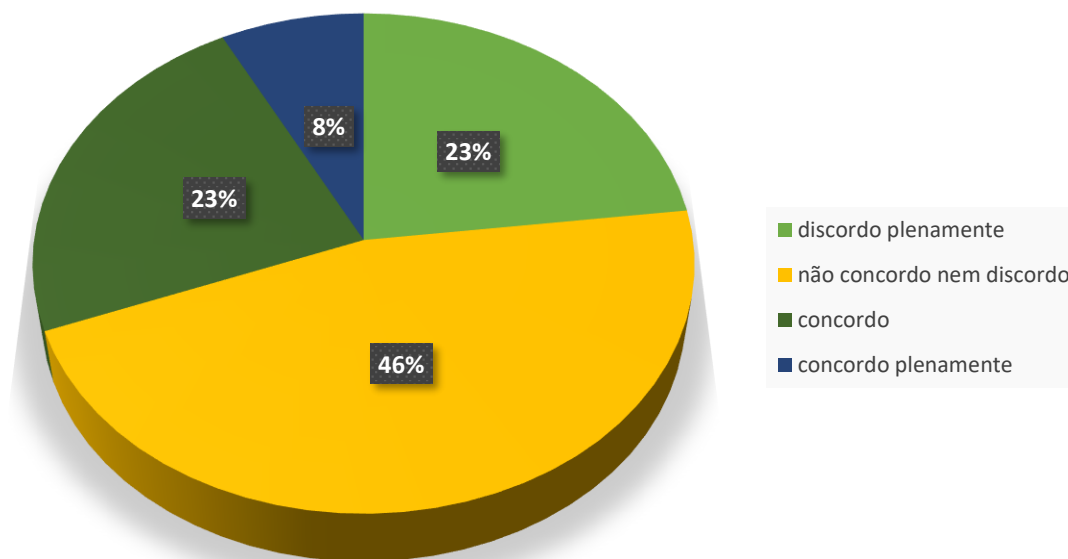
Tabela 9: Tabela de frequências dos inquiridos face à avaliação de satisfação relativa às condições de estadia.

Condições da estadia	Tabela de frequências (N=13)					Média	D.P.
	Mau (1)	Razoável (2)	Bom (3)	Muito Bom (4)	Excelente (5)		
Sala	8	2	3	0	0	1,62	0,84
Utilização de equipamento de apoio (N=10)	4	1	4	1	0	2,20	1,08
Ambiente calmo	4	6	3	0	0	1,92	0,73
Qualidade na alimentação	7	1	5	0	0	1,85	0,95
Acompanhantes	2	1	6	2	2	3,08	1,21
Horário (n=12)	1	2	4	2	3	3,33	1,25

No que concerne às condições gerais da estadia, o item relativo à sala, quanto ao seu conforto, limpeza, iluminação e temperatura, oito dos treze respondentes consideram-na como má, e dois como razoável. Também a qualidade da alimentação foi alvo de críticas, com média de 1,85 na escala de 1 a 5 ( $s=0,95$ ), assim como o ambiente ( $x=1,85$ ;  $s=0,73$ ).

Figura 10: Respostas à questão “fui tão bem tratada no HD que até comentei com família e amigos” ( $n=13$ )

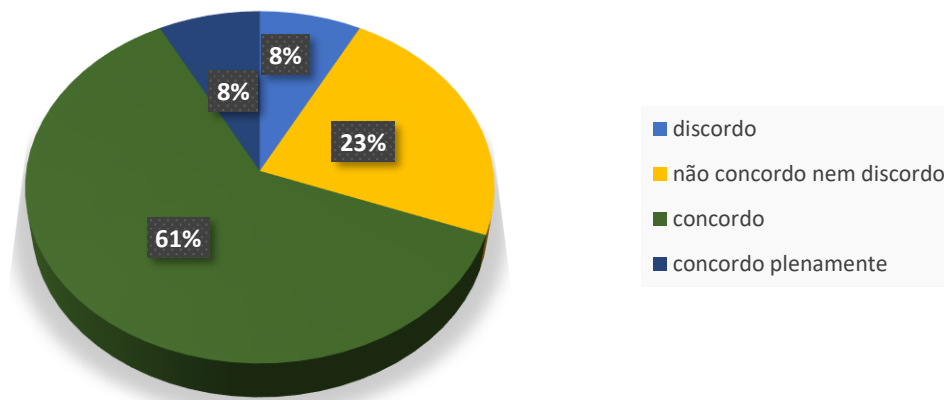
### Fui tão bem tratado/a no HD que até comentei com família e amigos



Na análise da Figura 10, podemos verificar que cerca de metade dos inquiridos não concordam nem discordam quando questionados acerca do facto de terem comentado com familiares e amigos a forma como foram tratados no HD, sendo que três concordaram com a afirmação, e o mesmo número que discordou em pleno.

Figura 11: Respostas à questão “gostaria de ter participado mais nas decisões referentes a forma como fui tratado/a”

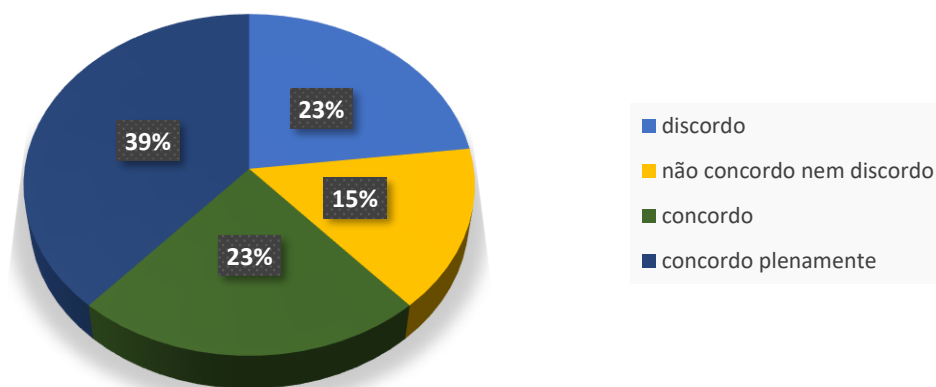
## Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes a forma como fui tratado/a



Quando questionados se gostariam de ter participado mais nas decisões relativas ao seu tratamento, cerca de 70% dos inquiridos revê-se na concordância, com oito indivíduos a concordarem com a declaração e um a concordar plenamente; apenas um participante discordou da afirmação.

Figura 12: Respostas à questão “Soube sempre quem era o meu médico assistente” (n=13)

## Soube sempre quem era o meu médico assistente

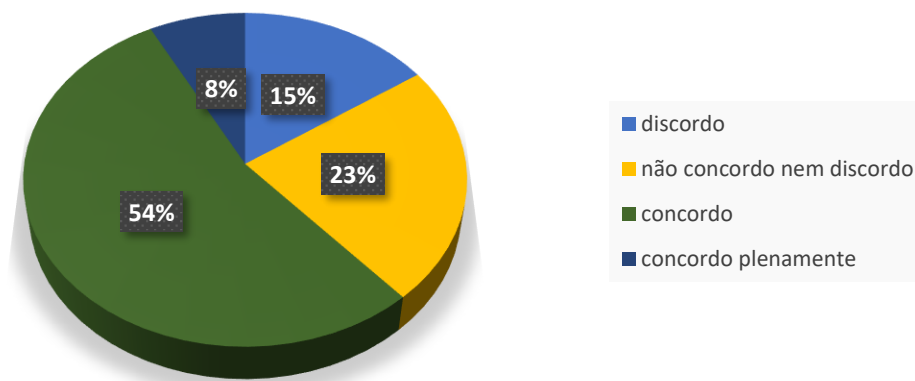




Mais de metade dos inquiridos reconhece que soube sempre quem era o seu médico assistente durante os tratamentos realizados na UTAL, sendo que três discordaram da afirmação, e dois não concordavam, mas também não discordavam.

Figura 13: Respostas à questão "Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados" (n=13)

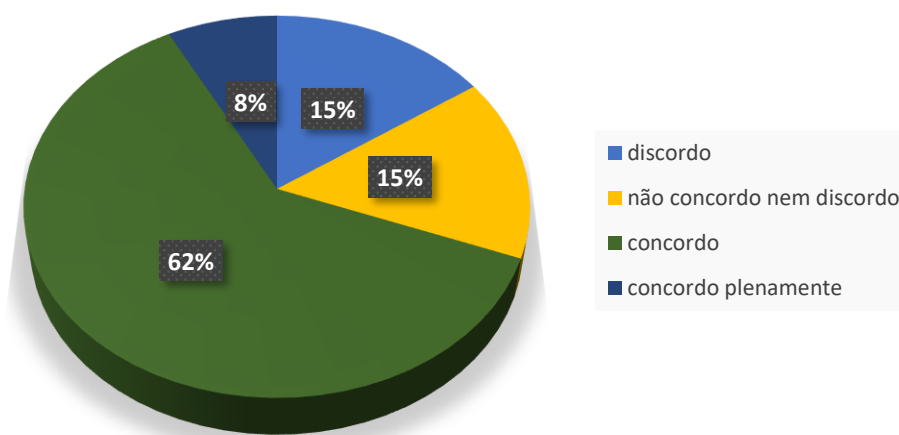
### Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados



Quanto à afirmação acerca do enfermeiro responsável pelos cuidados, mais de metade dos doentes concordou com a afirmação; dois dos inquiridos discordaram e três não concordarem nem discordaram.

Figura 14: Respostas à questão "fui muito bem tratado pelos médicos" (n=13)

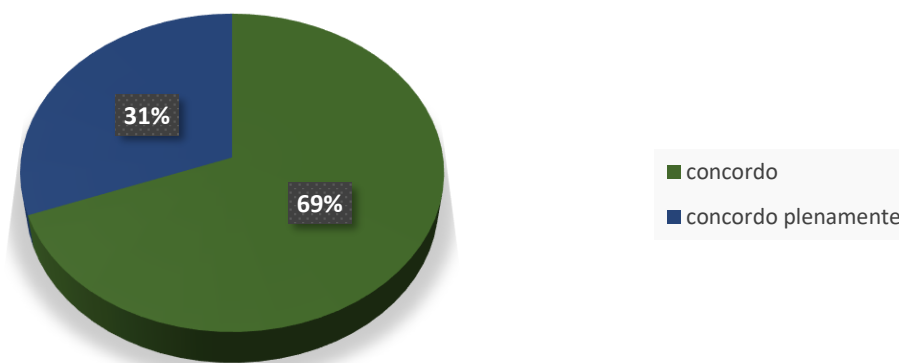
### Fui muito bem tratado pelos médicos



Nove dos treze inquiridos concordaram quando questionados se eram bem tratados pelos médicos; no entanto, dois discordaram da afirmação e outros dois não mostravam concordância ou discordância com a mesma.

Figura 15: Respostas à questão “fui muito bem tratado pelos enfermeiros” (n=13)

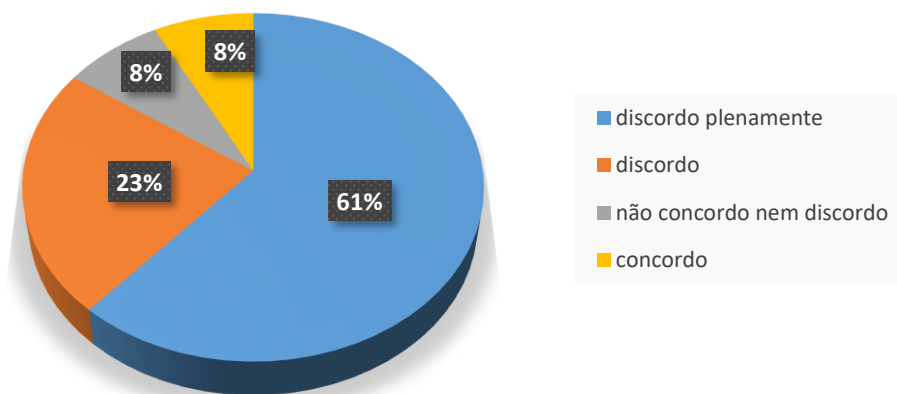
### Fui muito bem tratado pelos enfermeiros



Quando a declaração é direcionada sobre a forma como os enfermeiros trataram os doentes, a amostra mostrou-se satisfeita com este grupo profissional, respondendo positivamente (nove concordaram e quatro concordaram plenamente).

Figura 16: Respostas à questão sobre a adequação do número de doentes na sala de espera (n=13)

### o nº de utentes presentes na sala de espera é sempre adequado à capacidade da sala



Quando se questiona a capacidade da sala de espera/estar em relação ao número de utentes presentes, a maioria dos doentes (11) discorda da sua adequação, sendo que oito reforçam negativamente essa sobrelotação.

Foram também realizadas questões semiabertas, sob a forma de entrevista semiestruturada, procurando dar espaço para os doentes esclarecerem melhor as suas respostas aos questionários ou realçando algum pormenor não incluído no mesmo. Num último ponto, foi questionado e explicado o conceito de hospital de dia, dando voz à opinião dos doentes, pedindo-lhes sugestões e/ou expectativas para a sua criação.

Na primeira questão, “há algum item que não foi abordado anteriormente e que ache relevante/importante referir?”, dois dos treze inquiridos responderam à questão:

*(...) acho que podemos falar do material que é necessário, como os pensos e desinfetantes, que nem sempre existem quando vimos fazer a heparinização dos cateteres. Outra coisa que não foi falada é o equipamento, as máquinas e carregadores, que não existem em número suficiente ou então temos de andar a partilhar carregadores, o que não tem lógica nenhuma (...) - Entrevistado n.º 3, a 26/10/2018.*

*(...) o questionário falava sobre o equipamento de apoio, mas não falava dos suportes dos soros. Quando chegamos, temos que ir logo escolher um que esteja em condições, que não tropece, para podermos andar com ele à vontade. Os que andam aí, alguns são uma vergonha (risos). Outra coisa que podia mudar era a espera pelas receitas médicas e os papéis da alta. O Dr. P. podia passar isso eletrónico e dar os papéis da alta mais cedo, evitávamos de estar aqui à espera montes de tempo. - Entrevistado n.º 7, a 16/11/2018.*

Na segunda questão, “Das perguntas que foram feitas, há alguma que queira esclarecer melhor a sua resposta?”, cinco elementos da amostra responderam, tentando clarificar melhor as suas opções de resposta ao questionário prévio:

*(...) em relação à privacidade, acho que, quando nos tiram sangue, não deviam estar mais doentes ou até enfermeiros ou auxiliares, está sempre*

*gente a entrar e sair, e se nós quisermos perguntar alguma coisa mais íntima ficamos constrangidos (...)* - Entrevistado n.º 3, a 26/10/2018.

*(...) gostava de explicar melhor a questão da informação. Basicamente, não há informação sobre nada; os enfermeiros é que nos vão esclarecendo as coisas, o médico não nos tira dúvidas nenhuma. (...) as consultas são no corredor ou na sala de espera, não sabemos se há alteração dos medicamentos, ou o porquê de serem mudados, (...) gostávamos de ter mais tempo de consulta, com calma. Nunca nos faltou nada, mas podia ser de outra forma.* Entrevistado n.º 7, a 16/11/2018.

*(...) naquela questão sobre ter participado nas decisões do médico, gostava de ter participado mais. As consultas são no corredor, só se fala no corredor, não dá para uma pessoa pedir outras informações (...)* - Entrevistado n.º 8, a 16/11/2018.

*(...) uma pessoa tem que sacar informação ao médico, não há espaço nem tempo para esclarecer as dúvidas, ou a evolução dos tratamentos (...)* - Entrevistado n.º 9, a 16/11/2018.

*(...) acho que nas informações deviam melhorar. Não nos informam sobre o nosso estado de saúde, qual vai ser o tratamento a fazer, nem quanto tempo vamos fazer. Só fazemos os tratamentos, nem sei se está a resultar ou não, não sei de nada... Uma pessoa até parece que tem medo em perguntar (...)*- Entrevistado n.º 12, a 16/11/2018).

De uma forma resumida, os doentes clarificaram as respostas relativas à questão sobre as informações (forma como foram esclarecidos sobre a evolução do seu estado de saúde, medicação e efeitos adversos, necessidade de novas consultas/tratamentos). Em sentido adverso, apenas dois participantes classificaram como mau e cinco identificaram como razoável a forma como foram informados.

Na última questão semiaberta do questionário utilizado neste estudo, que consistia na explicação abreviada do que era um HD, era pedido aos doentes que nos contassem quais as suas expectativas no caso de mudança de cenário. Todos os participantes apresentaram sugestões, sendo que o conforto e as condições da sala foram

alvo de sugestões indicadas por unanimidade. Alguns doentes sugeriram outros pormenores, apresentados em seguida, sob a forma de tópicos na seguinte tabela.

*Tabela 10: lista de itens sugeridos pelos entrevistados para a criação do HD da UTAL.*

Itens comuns nas expectativas	Entrevistados (n.º)
Condições da sala de espera (espaço, conforto, cadeirões, climatização, adequação do número de doentes ao espaço)	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13
Tempo de espera (desde a admissão até à colheita de sangue, espera pelo medicamento)	1; 10; 13
Comunicação e informação transmitida	1; 2; 11; 12
Alimentação (qualidade, quantidade e gostos pessoais)	1; 2; 6; 7
Equipamentos (suportes de soros, máquinas infusoras e respetivos carregadores)	3; 10
Questões com recursos humanos (permanência de enfermeiro, espaço para ambiente de consulta, regularidade de consultas)	1; 2; 8; 9; 11; 12

Como se pode verificar todos os entrevistados concordaram na criação de melhores condições da sala de estar/espera, onde se encontram e fazem os tratamentos, referindo a necessidade de cadeirões mais confortáveis e adequados, acesso à internet, melhoria no arejamento, luminosidade, climatização e limpeza da sala, bem como, uma adequação do número de doentes ao espaço.

Outro ponto referido por cinco dos participantes tem a ver com os recursos humanos, sugerindo a presença permanente de um enfermeiro de referência, a existência de consultas médicas em gabinete, e aperfeiçoamento na cordialidade profissional. Também a forma como as informações são fornecidas deveriam ser alvo de melhoria, recorrendo a consultas regulares para exposição de dúvidas e atualizações do estado de saúde, com maior abertura e disponibilidade dos profissionais.

Outro tópicos bastante referido passa pela alimentação, quer na quantidade quer na qualidade, referindo que muitas vezes os doentes acabam por trazer alimentação de casa por não saberem se têm garantida uma refeição quente, ou adequada às suas necessidades e gostos.

O tempo de espera seria outro aspeto a melhorar, quer aquando da colheita de sangue para análises, quer até ao momento de administração da terapêutica, passando pela agilização no seu circuito desde a farmácia até à administração/entrega ao doente.

Em jeito de conclusão, os doentes da UTAL, vertente ambulatória, estão de um modo geral satisfeitos com o serviço prestado, reclamando melhorias nas condições estruturais e organizacionais do serviço, nomeadamente na sala de espera e de tratamento, munidos de equipamentos em bom estado de uso, assim como uma equipa exclusiva dedicada às suas necessidades, com capacidade de escuta e competências na transmissão de informação, capaz de responder atempadamente às solicitações.

### 5.3 – ANÁLISE ECONÓMICA DA CRIAÇÃO DO HD DA UTAL

Como já foi referido, a área da saúde, assim como tantas outras, tem recursos limitados, causando uma preocupação sobre a sua gestão de modo a garantir respostas adequadas, tornado os recursos eficazes e eficientes no melhor cenário possível. Surge, pois, necessidade de um sistema de contabilidade analítica capaz de indicar os custos da produção, os custos do GDH alvo dos contratos-programa, que permita uma análise e controlo de custos, bem como, um apoio no planeamento e na tomada de decisão dos gestores públicos (Rodrigues H. M., 2017; Quesado & Cardoso, 2017).

De facto, a contabilidade de custos tem como objetivo:

*“(...) fornecer informações de natureza económica para planeamento, controlo de gestão e contenção de custos (...) tratando-se de uma ferramenta importante para os gestores hospitalares (...), pois auxilia na alocação dos recursos e no redesenho dos processos produtivos, uma vez que permite conhecer e gerir os custos de produção” (Rodrigues H. M., 2017, p. 2).*

A contabilidade de custos, ou analítica, traz benefícios para a gestão hospitalar, de onde se pode destacar (Quesado & Cardoso, 2017):

- o conhecimento do inventário para relatos financeiros;
- contribuir para a tomada de consciência dos utilizadores de serviços e informação sobre os seus custos;
- impacto das causas dos custos e sua relação com os resultados;
- conhecimento dos recursos necessários para a prestação de serviços e decisão sobre o preço;
- processos de melhoria contínua servindo como referência para benchmarking;
- obtenção de indicadores de desempenho, quer individual quer organizacional;
- apoio na tomada de decisão, servindo como ferramenta no processo orçamental e controlo;
- autonomia de serviços e responsabilidade de chefias, assim como o acompanhamento do seu desempenho.

Para proceder à avaliação da nossa proposta, e considerando os pressupostos de base da análise económica, serão apresentados seguidamente as sugestões para a criação de cenários de hospital de dia, assim como custos envolvidos.

### **5.3.1. Recursos necessários para a criação do HD**

Considerando o panorama atual no serviço de Ortopedia Oncológica, onde em média por mês, cerca de 30 doentes fazem tratamento compatível com o regime de ambulatório e 10 doentes realizam a manutenção do cateter totalmente implantado ou tunelizado, e as condições estruturais e físicas existentes, assim como a dinâmica de serviço, a criação de um Hospital de Dia para esta especialidade obrigaria a custos iniciais que serão seguidamente descritos.

## **A. Espaço físico**

Tal como a ACSS (2010) definiu nas suas recomendações técnicas, há uma série de espaços físicos que podem ser contemplados num hospital de dia, conforme a sua valência, volume de doentes e especificidade. Dentro dos principais, encontra-se a sala de tratamentos onde os doentes permanecem durante a estadia, com vigilância de enfermagem e em estreita comunicação com os demais serviços hospitalares. Atualmente, os doentes potencialmente utilizadores de um HD fazem os tratamentos citostáticos numa sala de espera que é comum ao restante internamento, munida de cadeiras de madeira, mesas, e alguns sofás almofadados, num espaço que muitas vezes se mostra pequeno para as necessidades. Um dos aspetos sugeridos pelos doentes entrevistados passa precisamente pela melhoria deste espaço físico, relatando a privacidade e as condições da sala como um dos aspetos mais negativos do serviço prestado.

Assim, para a criação de um HD seria indispensável um espaço próprio, onde os doentes pudessem ser consultados e tratados, com conforto. Seria necessário então uma sala com capacidade para dois ou três cadeirões e posto de enfermagem e com instalações sanitárias.

Atendendo à estrutura prévia do serviço de internamento da Ortopedia Oncológica, parece que seria mais adequado ocupar o primeiro quarto do internamento (sala **C** da Figura 17), pois trata-se de um quarto individual com capacidade para o número indicado de cadeirões e posto de enfermagem. Eventualmente, a produção hospitalar do internamento não ficaria afetada se o espaço do gabinete médico de reumatologia (quarto individual, sala **E** da Figura 17) pudesse ser aglutinado ao gabinete médico da Ortopedia Oncológica (que ocupa o espaço físico de quarto triplo, sala **G** da Figura 17).

Com a solução indicada, a sala/quarto escolhida para servir como HD já está equipada com instalações sanitárias (lavatório, sanita e duche), que serviria para os doentes; no entanto, o duche não mostra utilidade para as características do serviço destinado, pelo que o seu espaço poderia ser ocupado como espaço de arrumação/cabides. Possui também um roupeiro/armário embutido que conseguiria ser transformado em armário de arrumação de material clínico/consumo.



Relativamente às outras salas e outros serviços sugeridos pelas recomendações da ACSS, estes seriam partilhados com o serviço de internamento da Ortopedia Oncológica, que fica contíguo à hipotética localização do HD, nomeadamente secretaria, sala de limpos, sujos, arrumação de material clínico/consumo, vestiários do pessoal, entre outros.

### **B. Recursos materiais**

A sala de tratamento do HD teria de ser equipada de raiz, com a aquisição de equipamento, nomeadamente:

- Cadeiras (2 ou 3);
- Televisão;
- Mesa de refeição (1) e cadeiras (2 ou 3);
- Mesa de trabalho de enfermagem (1);
- Secretária destinada a registos clínicos, com computador, impressora, e material de escritório;
- Carro de medicação/tratamento/multifunções (1);
- Aparelhos de monitorização de sinais vitais (1 termómetro, 1 monitor de sinais vitais, com avaliação de saturação de oxigénio, traçado eletrocardiográfico, e avaliação de pressão arterial);
- Suportes de soros (2 ou 3);
- Sistema de recolha de resíduos (1 para contaminados, 1 para citotóxicos, 1 para lixo comum, 1 de separação para reciclagem).

### **C. Recursos humanos**

Para garantir o correto funcionamento do HD, seria necessário o apoio de diversos profissionais, nomeadamente:

- Secretário clínico: atualmente existe um administrativo que assegura o serviço de internamento e dos doentes em regime de ambulatório, pelo que não seria necessária a contratação de outro interveniente;

- Pessoal médico: atualmente há um médico responsável no serviço pelos tratamentos oncológicos, sendo substituído em período de férias por outro colega oncologista. Atualmente, o clínico dá resposta quer aos doentes que estão internados, quer aos que são admitidos para tratamento de curta duração/ambulatório, estando contactável 24h/dia. Desta forma, na futura organização do serviço não se preveria uma sobrecarga do seu trabalho, mas apenas uma distribuição diária dos doentes tratados (habitualmente os doentes são admitidos às segundas, quartas e sextas-feiras, e com o HD a sua admissão seria de segunda a sexta-feira);

- Pessoal de Enfermagem: para assegurar os cuidados, seria necessária a presença diária de um enfermeiro no HD, preferencialmente um enfermeiro de referência, como foi referido nas entrevistas aos doentes. Para tal, é necessária a contratação de pelo menos um novo elemento de enfermagem, atendendo a que os enfermeiros alocados ao serviço de internamento já estão abaixo dos rácios recomendados. Considerando o volume de doentes que passariam a ser tratados no HD, espaço físico, e considerando as dotações seguras definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019) , seria necessária a colocação de 1 ou 2 elementos de enfermagem, dependendo do horário de funcionamento do Hospital de Dia;

- Assistentes operacionais: seria necessário a contratação de pelo menos um assistente operacional para assegurar o apoio à dinâmica do serviço, nomeadamente na reposição de material, arrumo e limpeza da sala, transporte de espécimes para o laboratório, apoio nas atividades clínicas e de enfermagem, entre outras.

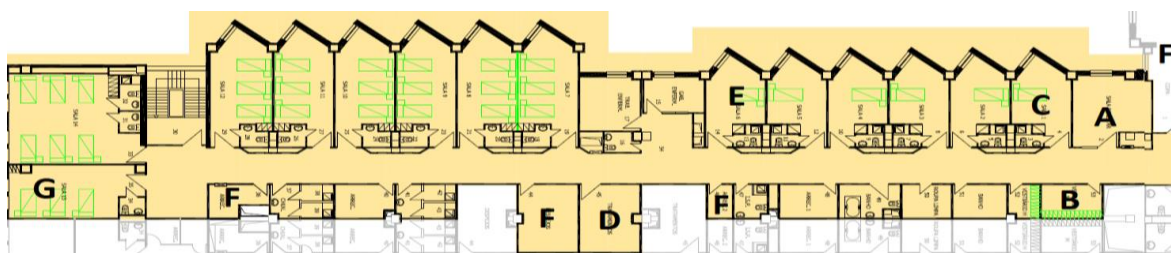
De seguida, são contabilizados os custos envolvidos na criação desta nova valência, em diferentes cenários.

### **5.3.2. Apresentação de cenários e custos do HD**

Tendo em conta os recursos previamente definidos, foram planeados 4 cenários económicos possíveis para a criação do Hospital de Dia para a Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor. Antes da sua apresentação, convém ter conhecimento prévio da estrutura existente para melhor compreensão das mudanças sugeridas, como é possível observar na figura seguinte.

Figura 17: Planta atual do serviço de Ortopedia Oncológica/Oncologia e Reumatologia.

Fonte: adaptação da planta original do CHUC



Como já foi descrito, o percurso do doente em regime de ambulatório passa pela sala de espera (assinalada como **(A)** na figura), registo no secretariado (**(B)**), colheita de sangue (**(D)**), aguardando resultados das análises e preparação do tratamento na sala de espera (**(A)**), e realização do tratamento ou na sala de espera (**(A)**) ou na sala de tratamentos do internamento (**(D)**).

A proposta para a criação do HD passaria por ocupar o primeiro quarto individual do internamento (**(C)**) que seria unicamente para doentes em regime ambulatorial quer para tratamento quer para manutenção de cateteres centrais total/parcialmente implantados.

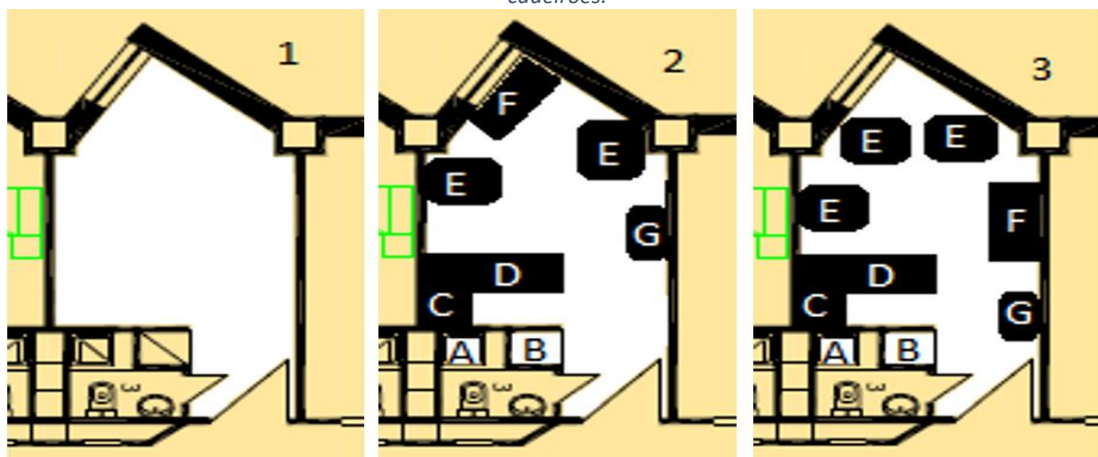
De modo a não perder produção hospitalar, e atendendo à taxa de ocupação superior a 90%, a sala atualmente ocupada como gabinete médico de Reumatologia (**(E)**) passaria a ser um quarto individual (ou seja, o quarto atualmente ocupado por (C) passaria para (**(E)**)), garantindo o normal funcionamento do serviço de internamento. O gabinete médico de Ortopedia Oncológica situado em (**(G)**) passaria a partilhar as instalações com os colegas da Reumatologia.

As salas assinaladas como (**(F)**) são salas de apoio ao internamento nomeadamente serviço de copa, arrumação de roupa limpa, zona de sujos, arrumação de material de consumo e material clínico, que atualmente têm capacidade de resposta para todos os doentes (internados ou de ambulatório).

Assim na proposta sugerida, o circuito do doente em regime ambulatorial passaria apenas pelo registo no secretariado (**(B)**) e admissão imediata na sala de hospital de dia (**(C)**), evitando a circulação destes doentes pelo corredor do internamento,

diminuindo a sua exposição a possíveis agentes patogénicos, concentrando-os no início do corredor do internamento.

Figura 18: Hospital de dia da UTAL. 1: cenário atual; 2: HD com ocupação de 2 cadeirões; 3: HD com ocupação de 3 cadeirões.



- A- Atual chuveiro que seria desmontado para servir de arrumação/cabides para os doentes;
- B- Atual armário embutido que seria adaptada para arrumação de material clínico e de consumo;
- C- Secretária para registos/material de escritório;
- D- Mesa de trabalho de enfermagem;
- E- Cadeiras de tratamento para os doentes;
- F- Mesa de refeição com cadeiras para os doentes;
- G- Carro multifunções, com material de consumo clínico, mini-farmácia, monitor de sinais vitais.

Assim, na nossa proposta de ocupação do primeiro quarto do serviço de internamento, haveria obras de melhoramento, tendo capacidade para dois ou três cadeirões, espaço de refeição, mesa de trabalho e preparação de medicação, secretária para registos, podendo ser distribuídos como mostra a Figura 18 (imagem 2 e 3).

Sumariando, quanto aos recursos estruturais, seria necessário a intervenção da construção civil/carpintaria para adaptação da sala atual, nomeadamente o desmantelamento do chuveiro, com colocação de cabides/arrumação, assim como a adaptação com colocação de prateleiras e gavetas no atual roupeiro embutido, que passaria a ser arrumação de material clínico e de consumo. O papel de parede deveria ser retirado por conter falhas e pontos de descolamento sendo que a sala deveria ser pintada em cores suaves e agradáveis, para proporcionar um ambiente acolhedor, como é recomendado pela ACSS; o chão deveria ser substituído por apresentar lascas, colocando

uma nova tela. Estas intervenções (pintura e substituição do chão) acabam por ser uma medida necessária de higienização, já que durante anos este quarto acolheu doentes com infeções hospitalares, reduzindo assim a probabilidade de infeção hospitalar cruzada. O CHUC possui um serviço de manutenção e equipamentos dotado de profissionais capazes de intervir nas referidas obras, sendo apenas necessária a aquisição de materiais, orçamentada em cerca mil euros<sup>6</sup>.

Dentro dos recursos materiais, seria necessário a aquisição de novos materiais, já descritos anteriormente, com custos diferentes caso o HD tivesse capacidade para 2 ou 3 doentes, sendo que o valor médio estimado seria entre 4.410€ e 4.780€ (respetivamente), sendo que este valor estaria sujeito a alterações consoante o fornecedor dos mesmos. Para o apuramento deste valor, foram consultados catálogos de diversas empresas de equipamento hospitalar, realizando-se a escolha do material adequado para as funções necessárias, atendendo à qualidade/preço.

*Tabela 11: Orçamento para aquisição dos materiais e equipamentos necessários para o HD.*

<b>Material e equipamento clínico a adquirir</b>	<b>Preço (unidade)</b>	<b>HD 2 cadeirões</b>	<b>HD 3 cadeirões</b>
Cadeira	300€	600€	900€
Suporte de soros	40€	80€	120€
Secretária, mesa de trabalho e cadeira para enfermeiro	400€	400€	400€
Mesa para refeição dos doentes	100€	100€	100€
Cadeiras para a mesa de refeição	30€	60€	90€
Carro multifunção (com suporte de monitor, gavetas de medicação e pequena arrumação, móvel)	900€	900€	900€
Monitor de Sinais Vitais (com traçado cardíaco, avaliação de pressão arterial não invasiva, saturação de oxigénio)	800€	800€	800€
Caixote do lixo, com divisórias para separação, em inox	70€	70€	70€
Televisão	400€	400€	400€
Computador, monitor e impressora, e acessórios	1.000€	1.000€	1.000€
	<b>Total</b>	4.410€	4.780€

<sup>6</sup> Foram pedidos orçamentos a dois profissionais para os materiais necessários para a intervenção.

Quanto aos recursos humanos, seria necessário a contratação de, pelo menos, um enfermeiro, conforme o horário de funcionamento, e de acordo com as dotações seguras, assim como um assistente operacional, cujos custos estimados seriam de 22.250€ por enfermeiro/ano e de 12.240€ por assistente operacional/ano, considerando o ordenado mínimo tabelado para ambas categorias, valor que a instituição tem de pagar à segurança social e seguros (PMESalários, sd).

Relativamente aos custos com materiais de consumo, medicamentos e material clínico, não existiria qualquer gasto acrescido ao que já existe. São gastos variáveis que iriam depender da produção produzida, passando a ser imputados ao novo centro de custos que seria criado para a nova valência.

A população alvo relativamente a esta tipologia de serviço tem sido de, como já foi referido, nos últimos anos, em média, 30 doentes mensais,, dos quais cerca de 8 fazem ciclos longos (até 8/9h) e os restantes ciclos curtos ou médios (inferior a 4h), e cerca de 10 doentes mensais para manutenção de cateteres centrais, num total médio de 40 doentes por mês. Anualmente, prevê-se que atenda cerca de 500 utentes (360 dos quais para ciclos de quimioterapia).

Para dotações seguras, de acordo com a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2019), a fórmula adequada para esta situação passa por posto de trabalho, sendo que o cálculo seria:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

sendo que PT é o número de postos de trabalho, HF/D as horas de funcionamento por dia, NDF/A o número de dias de funcionamento por ano, e T o período normal de trabalho de cada enfermeiro por ano. Importa referir que consoante o vínculo contratual as horas normais de trabalho variam, pelo que nos cálculos a seguir apresentados considerou-se a média. Atendendo que os cuidados prestados pelo

enfermeiro devem ser apoiados por um assistente operacional, aplicou-se o rácio de enfermeiro/assistente operacional de 1/1. Foi também considerado o número de dias uteis mínimos (181), ou seja, o total dos dias uteis de um ano menos os dias de férias, feriados e formação para os quais os funcionários têm direito, e que, de acordo com o atual funcionamento do serviço, correspondem aos dias em que o médico presta assistência, já que na sua ausência o agendamento dos doentes é ajustado.

➤ **Cenário 1: Hospital de dia com funcionamento de 12h/dia e dois cadeirões**

Neste cenário, o HD seria equipado com dois cadeirões, com 1 posto de enfermagem, sendo que o seu funcionamento seria das 8h às 20h, nos dias úteis (Tabela 12).

*Tabela 12: Horário de funcionamento do HD no cenário 1.*

Cenário 1	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Horário de funcionamento	8h às 20h	8h às 20h	8h às 20h	8h às 20h	8h às 20h

De acordo com o cálculo das dotações seguras seriam necessários 1,7 enfermeiros para assegurar o seu funcionamento, assim como os assistentes operacionais.

Com 2 cadeirões, o HD teria capacidade para atender pelo menos 362 utentes anuais, no caso de um doente para ciclos de quimioterapia por cadeira diário, podendo ser agendado para o período da tarde a manutenção de cateteres centrais nos dias onde de manhã estivessem marcados os ciclos curtos, estendendo a sua capacidade para perto de 700 doentes anuais.

➤ **Cenário 2:** Hospital de dia com funcionamento de 7h/dia e dois cadeirões

Neste cenário, o HD seria equipado com dois cadeirões, com 1 posto de enfermagem, sendo que o seu funcionamento seria maioritariamente das 8h às 15h; haveria um dia por semana que o seu funcionamento teria de ser alargado para garantir os tratamentos de quimioterapia de ciclo mais longo (Tabela 13).

*Tabela 13: Horário de funcionamento do HD no cenário 2.*

Cenário 2	2º feira	3º feira	4º feira	5ª feira	6ª feira
1ª e 3ª semana do mês	8h às 15h	8h às 15h	8h às 15h	8h às 15h	8h às 20h
2ª e 4ª semana do mês	8h às 15h	8h às 15h	encerrado	8h às 15h	8h às 20h

De acordo com o cálculo das dotações seguras seria necessário 1 enfermeiro para assegurar o seu funcionamento, assim como o assistente operacional.

Com 2 cadeirões, o HD teria capacidade para atender pelo menos 362 utentes anuais, no caso de um doente para ciclos de quimioterapia por cadeira diário, podendo ser agendado para o período da tarde a manutenção de cateteres centrais nos dias onde de manhã estivessem marcados os ciclos curtos, estendendo a sua capacidade para perto de 700 doentes anuais.

➤ **Cenário 3:** Hospital de dia com funcionamento de 12h/dia e três cadeirões

Neste cenário, o HD seria equipado com três cadeirões, com 1 posto de enfermagem, sendo que o seu funcionamento seria das 8h às 20h, nos dias úteis (Tabela 14).



Tabela 14: Horário de funcionamento do HD no cenário 3

Cenário 3	2º feira	3º feira	4º feira	5ª feira	6ª feira
Horário de funcionamento	8h às 20h	8h às 20h	8h às 20h	8h às 20h	8h às 20h

De acordo com o cálculo das dotações seguras seriam necessários 1,7 enfermeiros para assegurar o seu funcionamento, assim como os assistentes operacionais.

Com 3 cadeirões, o HD teria capacidade para atender pelo menos 543 utentes anuais, no caso de um doente para ciclos de quimioterapia por cadeira diário, podendo ser agendado para o período da tarde a manutenção de cateteres centrais nos dias onde de manhã estivessem marcados os ciclos curtos, estendendo a sua capacidade para cima de 1000 doentes anuais.

➤ **Cenário 4: Hospital de dia com funcionamento de 7h/dia e três cadeirões**

Neste cenário, o HD seria equipado com três cadeirões, com 1 posto de enfermagem, sendo que o seu funcionamento seria maioritariamente das 8h às 15h; haveria um dia por semana que o seu funcionamento teria de ser alargado para garantir os tratamentos de quimioterapia de ciclo mais longo (Tabela 15).

Tabela 15: Horário de funcionamento do HD no cenário 4.

Cenário 4	2º feira	3º feira	4º feira	5ª feira	6ª feira
1ª e 3ª semana do mês	8h às 15h	8h às 15h	8h às 15h	8h às 15h	8h às 20h
2ª e 4ª semana do mês	8h às 15h	8h às 15h	encerrado	8h às 15h	8h às 20h

De acordo com o cálculo das dotações seguras seria necessário 1 enfermeiro para assegurar o seu funcionamento, assim como o assistente operacional.

Com 3 cadeirões, o HD teria capacidade para atender pelo menos 543 utentes anuais, no caso de um doente para ciclos de quimioterapia por cadeira diário, podendo ser agendado para o período da tarde a manutenção de cateteres centrais nos dias onde de manhã estivessem marcados os ciclos curtos, estendendo a sua capacidade para cima de 1000 doentes anuais.

De seguida, foram analisadas outras variáveis que poderiam influenciar os custos com a criação do HD, nomeadamente situações que atualmente implicam a pernoita do doente no serviço de internamento.

Como já foi referido anteriormente, cerca de 30 doentes cumprem requisitos para gerarem códigos de GDH de ambulatório, sendo que destes 20 fazem ciclos curtos (tratamentos como denosumab, metrotexato com vimblastina, bomba elastomérica), 10 que efetivam internamento mas cuja duração de tratamento se tornaria possível realizar com o hospital de dia (mabthera, gemcitabina, ou os doentes que não têm capacidade para fazer a bomba elastomérica no domicílio), e 10 doentes realizam a manutenção do cateter total implantado ou tunelizado.

No caso dos 10 doentes que realizam ciclos compatíveis com o regime de ambulatório, mas que geram código de internamento, com ocupação efetiva de cama para pernoita, podemos considerar que ao serem efetivados no regime de hospital de dia/ambulatório, o número de internamentos evitáveis traria poupança para o hospital. Se se considerarmos que estes doentes ocupam entre 1 a 5 dias de internamento, por cada ciclo (média de 3 dias), e que fazem um tratamento por mês, falamos de 360 dias de internamento evitáveis, que têm custos para o hospital.

Costa *et al.* (2008) calcularam em 423€/dia o custo de uma diária de internamento hospitalar, pelo que se assumirmos este valor, multiplicando pelos 360 dias de internamento evitáveis, o hospital pouparia 152.280€ por ano. Os valores apresentados pela Portaria 207/2017 (PORTUGAL, 2017) para o grupo GDH gerado para estes doentes (GDH693), auferem uma diária de internamento entre 793€ e 2469€, onde estão englobados para além do valor hoteleiro, os tratamentos, consumíveis clínicos e exames complementares habituais para este GDH. No entanto, para o presente cálculo, considerámos que, como não vai haver alteração na produção hospitalar, já que os doentes vão manter o seu tratamento habitual, apenas fazendo-o num outro centro de

custos, o hospital não apresentaria o gasto da diária de internamento, trazendo por isso poupança. Para além de diminuir os internamentos evitáveis, existiria sempre a possibilidade de aumentar a produção hospitalar, ao admitir doentes cirúrgicos nas camas ocupadas por doentes com critérios de regime ambulatorio, diminuindo assim a lista de espera para cirurgia. Nesta análise, os retornos associados aos internamentos não foram incluídos uma vez que essa informação não foi fornecida pelo hospital.

Com a hipotética criação do HD, os 10 doentes que realizam mensalmente tratamento de manutenção e heparinização de cateter totalmente implantado/tunelizado passariam a ser programados e admitidos como sessão base de hospital de Dia, cujo valor é de 20€/sessão, acrescentando assim rendimento para o hospital.

Tabela 16: Tabela resumo dos cenários apresentados para a criação do HD.

		CENÁRIO 1	CENÁRIO 2	CENÁRIO 3	CENÁRIO 4
<b>HORAS FUNCIONAMENTO</b>		12h/dia	7h/dia	12h/dia	7h/dia
<b>Nº CADEIRÕES</b>		2	2	3	3
<b>INVESTIMENTO ANUAL</b>	<b>INFRAESTRUTURA</b>	1.000€			
	<b>EQUIPAMENTO (NO 1º ANO)</b>	4.410€	4.410€	4.780€	4.780€
	<b>DEPRECIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS <sup>7</sup></b>	510€		530€	
	<b>RECURSOS HUMANOS</b>	68.980€	34.490€	68.980€	34.490€
<b>RENDIMENTO ANUAL</b>	<b>HEPARINIZAÇÃO DE CATETER</b>	2.400€			
	<b>INTERNAMENTOS EVITÁVEIS</b>	152.280€			
<b>BALANÇO NO 1º ANO</b>		79.780€	114.270€	79.390€	113.880€

<sup>7</sup> Considerando valores de depreciação de infraestruturas a 20 anos e de equipamentos a 10 anos.

Como é possível observar na Tabela 16, em qualquer dos cenários apresentados existe um custo inicial, no entanto, considerando o número de internamentos evitáveis e o seu custo, o rendimento anual com a criação do hospital de dia seria amplamente superado, cumprindo-se assim o incentivo governamental negociado com o CHUC. Pode-se deduzir que a criação do HD se mostraria como uma mais valia, pois inibiria a utilização inadequada dos internamentos evitáveis, possibilitaria o aumento da produção hospitalar ao ocupar as camas com outros doentes, nomeadamente os cirúrgicos, melhorando a prática de gestão e promoveria a requalificação dos espaços utilizados pelos doentes.

### **5.3.3. A sugestão mais impactante para o HD da UTAL**

Dentro das opções consideradas para a criação de um hospital de dia, o cenário 4 parece corresponder melhor às necessidades do serviço, com um modelo de funcionamento descrito na Tabela 15, que obriga à contratação de um enfermeiro para garantir o seu exercício, assim como de um assistente operacional. A diferença no investimento dos recursos materiais (na opção de dois para três cadeirões) parece-nos ser mínima, e atendendo a que em média são realizados 360 tratamentos de quimioterapia, a capacidade deste cenário permite acolher mais de 500 doentes anuais, o que possibilitaria a admissão dos doentes que vão com infusores de 72h para casa, alargando assim a sua produção hospitalar, e consecutivamente financiamento.

Dentro deste cenário, verifica-se um investimento inicial de cerca de 40.000€ no primeiro ano, entre as intervenções de ordem estrutural e aquisição de materiais para equipar o HD, sendo que nos anos seguintes, os gastos corresponderiam aos recursos humanos e eventuais manutenções características num ambiente hospitalar provocada pelo desgaste dos materiais (de cerca de 530€/ano). Os rendimentos gerados passariam pela admissão como sessão de Hospital de dia base na manutenção e heparinização de cateteres centrais, que atualmente não são registados, ficando o seu custo disperso no consumo de material clínico do internamento, assim como doentes que possam fazer quimioterapia oral, não havendo retorno financeiro nesse procedimento, avaliado em cerca de 2400€ anuais.

O investimento inicial poderá ainda ser reduzido uma vez que a ACREDITAR, uma associação que apoia crianças e jovens oncológicos, se voluntariou para oferecer os cadeirões e a pintura da sala destinada para o HD, o que poderá reduzir os custos iniciais em quase 1.000€.

Atendendo a que atualmente a UTAL gera códigos de internamento com estes doentes, utiliza, para a gestão de camas e de tabelas terapêuticas, um sistema de 5 camas “virtuais” (S1, S2, S3, S4, S5) para ser validada a medicação pelos serviços farmacêuticos já que os doentes têm de ter “cama” atribuída para efetivação das mesmas. No entanto, este sistema apresenta *handicaps* na sua praticabilidade, pois por diversas vezes é atribuída virtualmente uma cama para se efetivar o tratamento, libertando-a logo a seguir, para nova atribuição de doente. Este procedimento gera então um código de internamento que é visto como má prática, ocupando recursos físicos e humanos que deviam ser afetos ao internamento. Alguns destes doentes têm tratamentos em semanas consecutivas (por não reunirem condições para realizar o tratamento na data inicialmente prevista), o que torna a prática ainda mais desadequada de efetuar em internamento, uma vez que afetam negativamente o Rácio de Doente Equivalente do CHUC, pois ficam sempre no limiar mínimo do GDH, tendo implicações no financiamento futuro da produção hospitalar. De acordo com PORTUGAL (2017, p. 3597), o limiar mínimo para este GDH é de 1 dia de internamento e ao não ser cumprido as 24 horas de internamento, vai afetar a performance hospitalar, influenciando negativamente o rácio de doentes equivalentes do CHUC, diminuindo consecutivamente o valor financiado por episódio de internamento (recordando a fórmula  $N^{\circ}$  Doentes Equivalentes  $\times$  ICM  $\times$  Preço Base Hospitalar).

Para além da questão monetária, importa valorar a questão social que implicaria a concretização do hospital de dia. Ao se criar um HD, não somente se está em cumprimento com os objetivos e metas definidos pelo contrato-programa no que se refere à diminuição de desperdício e utilização inadequada dos recursos, como se promove uma melhor prática de gestão e requalificação dos serviços oferecidos à população que serve. Os hospitais têm uma responsabilidade social de utilizar da forma mais eficaz e eficiente os erários públicos investidos e financiados pelo estado, primando pela transparência da gestão de recursos, podendo financiar outros serviços que estejam

limitados, e aumentando a produção hospitalar dando resposta às necessidades da população que serve.

Atendendo a que o grau de satisfação dos doentes é visto como uma importante ferramenta da gestão hospitalar, o HD da UTAL iria corresponder de uma forma mais completa às expectativas dos seus doentes, que procuram a melhoria dos serviços prestados, e, como foi possível ver no estudo da satisfação dos utilizadores, a atual dinâmica na Ortopedia Oncológica fica aquém das expectativas em alguns itens facilmente passíveis de mudança.

Desta forma, parece ser de extrema importância e responsabilidade, a criação de um hospital de dia para esta valência, com a esperança que a satisfação dos doentes servidos e o investimento aplicado poderá no futuro trazer retornos de difícil contabilização, nomeadamente no exemplo de boas práticas além fronteiras, dando evidência e relevância de um serviço que é centro de referência nacional do tratamento de sarcomas ósseos e de tecidos moles.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sarcomas são tumores raros, representando apenas 1% dos casos registados em idade adulta e 20% em idade pediátrica (15% para Carrondo *et al.*); no entanto, a sua agressividade e mortalidade associada a aspetos psicossociais dos doentes merece especial atenção, uma vez que atinge as mais diversas faixas etárias (Paredes, *et al.*, 2015).

Devido à sua raridade, os doentes devem ser encaminhados para centros de referência, que são constituídos por uma equipa multidisciplinar especializada numa abordagem global, atenta às novas terapêuticas e tecnologias. À medida que os estudos vão avançando na descoberta do comportamento biológico dos tumores, vai-se progredindo também na terapêutica complementar à quimioterapia, com ênfase na terapia direcionada, uma vez que alguns destes sarcomas são resistentes à quimioterapia (Hensaw, 2014; Patel, 2014; Nakano & Takahashi, 2018).

Atendendo à evolução tecnológica presenciada na área da saúde e da própria sociedade, os hospitais têm-se tornado cada vez mais flexíveis, mudando o seu papel na comunidade. Também os recursos gastos, com um financiamento cada vez mais escasso face às necessidades, têm um peso fundamental na forma dinâmica como os hospitais os gerem, obrigando a uma reorganização dos serviços (Direção Geral da Saúde, 2005). Surgem então os hospitais de dia que são uma estrutura organizacional dentro de uma instituição de saúde, com espaço físico próprio, onde estão concentrados os recursos humanos e técnicos qualificados na área que assiste, que fornece cuidados de saúde a doentes em regime de ambulatório (como alternativa ao internamento clássico), por um período inferior a 12 horas, não necessitando de estadia durante o período noturno. Dentro dos seus objetivos específicos, salienta-se o seu cariz social com a adaptação da assistência hospitalar às necessidades dos utentes, nomeadamente através da redução do número de internamentos, com ganhos em saúde para os utentes. Uma melhoria na realização de tratamentos, através de procedimentos clínicos como administração de terapêutica (como sejam citostáticos, transfusão de sangue e terapêuticas combinadas), bem como um manuseamento de cateteres endovenosos mais adequado, são também

objetivos deste serviço de hospital de dia, para além da promoção da educação para a saúde.

Dado o seu peso orçamental, há um desperdício que deve ser evitado, tendo sido estimado perdas nos serviços clínicos de ambulatório e internamento rondando os 10% do orçamento em saúde; de modo a diminuir esse desperdício, tem vindo a ser negociado nos contratos-programa redução dos números de internamentos, valorizando o peso do ambulatório nas instituições hospitalares, como foi contratualizado com o CHUC.

Na área da saúde, a satisfação dos utentes/utilizadores dos serviços de saúde também tem vindo a ser definida como o grau de satisfação perante os cuidados e/ou serviços prestados, com o balanço entre as expectativas e a experiência vivida (Carvalho, 2014; Rodrigues R. C., 2009). A satisfação torna-se, pois, uma ferramenta importante na gestão das organizações de saúde, permitindo-lhes tomar decisões estratégicas que visem a melhoria da prestação de cuidados, mudando o desempenho da própria organização (Hespanhol, 2008; Rodrigues R. C., 2009).

Os processos de mudança nem sempre são fáceis de aceitar, uma vez que envolve adaptar circuitos, fluxos, processos e pessoas. Estas transformações implicam custos, mas devem também trazer benefícios imediatos ou a longo prazo.

O paradigma atual na Ortopedia Oncológica/UTAL não nos parece o mais indicado por diversos motivos: em primeiro lugar, não gera código de GDH de ambulatório, prejudicando todo o desempenho hospitalar, ao reduzir o rácio de doente equivalente; em segundo lugar, não cumpre os objetivos propostos pelo contrato-programa, uma vez que existe o incentivo em aumentar a assistência ambulatorial em detrimento do número de episódios de internamento, o que não se verifica atualmente ao gerar códigos de GDH de internamento; e em último lugar, pelas condições oferecidas que em termos de segurança, privacidade e satisfação dos doentes poderiam ser melhoradas.

Atendendo a que se trata de um serviço considerado centro de referência que recebe doentes de todo o país (continente e ilhas) e mesmo dos PALOP, a imagem que transmite deve inspirar confiança aos doentes e segurança de quem os trata. Deve,



portanto, oferecer os melhores cuidados e condições durante a estadia do tratamento, investindo na sua qualidade, fazendo-se valer da opinião da satisfação dos doentes e profissionais envolvidos. Após o diagnóstico da satisfação global dos doentes sobre as condições e serviços prestados nas condições de ambulatório verifica-se que há alguns itens a melhorar, nomeadamente nas condições da sala de espera, assim como no local onde fazem o tratamento, informação fornecida, alimentação, material.

Estas questões seriam maioritariamente resolvidas com a criação de um espaço para HD, onde apenas seriam admitidos um número reduzido de doentes por dia, espaçando as admissões em massa (num espaço que muitas vezes se mostra pequeno para as necessidades, já que este é partilhado por outros doentes que aguardam vagas nos quartos de internamento), onde as condições da sala seriam melhoradas, com a presença de cadeirões almofadados e reclináveis, garantindo a privacidade do doente e diminuindo o seu circuito pelo serviço já que todos os procedimentos seriam realizados nesta sala. Atualmente a sala de colheitas de sangue situa-se numa sala de tratamentos, e, de modo a rentabilizar o tempo e espaço, é frequente que mais que um doente se encontre a fazer a colheita, com enfermeiros diferentes, não permitindo a privacidade necessária e/ou o espaço para que possa expor alguma questão mais particular.

O tempo de espera seria menor, uma vez que existiria um enfermeiro exclusivamente dedicado a este serviço, podendo iniciar a colheita de sangue as 8h e receber o resultado mais rapidamente, antecipando os tratamentos, diminuindo, portanto, o tempo de espera. Atualmente o que se verifica é a distribuição diária de um enfermeiro de serviço, a um ou mais doentes que dão entrada na UTAL, para além dos doentes que estão internados sob sua responsabilidade. Esta situação implica que os doentes não têm um enfermeiro de referência, pois em cada tratamento é-lhes atribuído um profissional diferente. Conforme o movimento assistencial desse dia, os doentes que ingressam no regime de ambulatório, podem ser atendidos pelo seu enfermeiro responsável mais de uma hora após a sua admissão no secretariado, o que implica que o envio das amostras de sangue segue mais tardiamente, implicando também um atraso no seu processamento e consecutiva emissão de resultados.

Em média, os doentes em regime de ambulatório fazem a medicação depois das 14 horas ou das 17 horas (cerca de 5 ou 8 horas após a sua admissão), conforme se o

tratamento tiver de ser manipulado (na farmácia de citostáticos, onde é preparada a dose individualizada, que se torna um processo mais demorado, estando pronto perto das 17h) ou se já estiver disponível nos serviços farmacêuticos gerais (com o fármaco pronto a usar, chegando ao serviço cerca das 14h), o que implica que almocem na sala de espera.

O facto de existir um espaço próprio permitiria melhores condições nas informações fornecidas, assim como as refeições estariam asseguradas uma vez que seria também criado um centro de custos próprio para articular com a cozinha. O atual sistema de admissão nas camas “virtuais” implica que na cozinha do hospital não saia uma listagem correta do número e quantidade das refeições necessárias. Em dias de maior afluência de admissão de doentes, os enfermeiros solicitam pequenos kits de alimentação (compostos por sopa e sandes) para que nenhum doente fique sem se alimentar; no entanto, é habitual alguns doentes já trazerem comida de casa, com receio de não lhes ser atribuída uma refeição quente.

A vigilância dos doentes durante e após o tratamento seria mais eficaz uma vez que os doentes poderiam ficar confortáveis no espaço que lhes seria dedicado, com o posto de enfermagem contíguo, em vez do cenário atual onde os doentes fazem tratamento na sala de espera, chegando alguns a aguardar no corredor comum de acesso aos elevadores, apesar dos riscos que daí poderão incorrer.

Assim, considera-se que a criação do hospital de dia para a UTAL seria uma tomada de decisão consciente e consistente com as boas práticas nos cuidados de saúde, nas dimensões biológicas e sociais dos doentes, dando voz à opinião dos utilizadores, mostrando-se como uma gestão eficaz, transparente e criteriosa dos recursos disponíveis, e responsabilidade na gestão do investimento público.

Ao longo deste trabalho, deparamo-nos com algumas limitações, nomeadamente com a informação recolhida sobre os doentes em estudo, atendendo à grande variabilidade de doentes admitidos e tratamentos realizados, pelo que não se conseguiu precisar o número de tratamentos realizados, recorrendo a médias estimadas. O facto de não estar disponível o valor de diária de internamento dificultou igualmente o cálculo do gasto com internamentos evitáveis. A amostra também se tornou mais pequena do inicialmente previsto, por constrangimentos relacionados com

disponibilidade dos investigadores, alteração da lista de doentes programados para tratamento, entre outros.

Este trabalho beneficiaria de continuidade e seria muito mais específico se houvesse dados de contabilidade de custos acessíveis; deixamos então sugestão para trabalhos futuros sobre o impacto económico da execução deste hospital de dia na globalidade de custos do hospital, assim como no seu financiamento pelo Estado através da negociação dos contratos-programa .

## BIBLIOGRAFIA

- ACSS. (2010). *Recomendações Técnicas para Hospital de Dia*. ACSS - Ministério da Saúde. Lisboa: ACSS - Ministério da Saúde. Obtido em Maio de 2018, de [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Hospital\\_Dia\\_04\\_2010.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Hospital_Dia_04_2010.pdf)
- ACSS. (2018). *Circular Normativa N. 8/2018/DPS/ACSS*. Circular Normativa. Obtido em outubro de 2018, de [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/07/Circular\\_Normativa\\_8\\_2018.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/07/Circular_Normativa_8_2018.pdf)
- ACSS. (Setembro de 2019). *Grupo de Doentes Homogéneos*. Obtido de ACSS: <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=460&language=pt-PT>
- ACSS. (s.d.). *Financiamento do Sistema Hospitalar*. Obtido em novembro de 2019, de Associação Amigos da Grande Idade: <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/biblioteca-aagi/biblioteca-gestao-hospitalar/>
- Anderson, P., Tomaras, M., & McConnell, K. (2010). Mifarmutide in Osteosarcomas : a practical review. *Drugs of Today*, 46(5), 327. doi:10.1358/dot.2010.46.5.1500076
- Arraras, J., Illarramendi, J., Viudez, A., Ibañez, B., Lecumberri, M., Cruz, S., . . . Lainez, N. (2013). Determinants of patient satisfaction with care in a spanish oncology day hospital and its relationship with quality of life. *Psycho-Oncology*, 22, 2454-2461. doi:10.1002/pon.3307
- Barros, P. (1999). Eficiência e modos de pagamento aos hospitais. Em P. ., Coordenação de Barros, *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa: APES.
- Beckingsale, T. B., & Shaw, C. (junho de 2017). Epidemiology of bone and soft-tissue sarcomas. *Orthopaedic Oncology*, 31, pp. 144-150. doi:<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877132717300313>
- Berglung, C. B., Gustafsson, E., Johansson, h., & Bergenmar, M. (2015). Nurse-led outpatient clinics in oncology care - patient satisfaction, information and continuity of care. *European journal of oncology nursing*, 19, 724-730. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.05.007>

- Burningham, Z., Hashibe, M., Spectror, L., & Schiffman, J. D. (2012). The Epidemiology of Sarcoma. *Clinical Sarcoma Research*, 2. Obtido em 17 de Novembro de 2018, de [https://www.researchgate.net/publication/232085701\\_The\\_Epidemiology\\_of\\_Sarcoma](https://www.researchgate.net/publication/232085701_The_Epidemiology_of_Sarcoma)
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press.
- Caramelo, C. (2014). *Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa: ESEL. Obtido em outubro de 2018
- Carrondo, A. P., Gouveia, A. M., Varela, C., Silva, D. P., Braga, F., Fernandes, I., . . . Reis, R. (2012). Abordagem Terapêutica em Sarcomas. *Reuniões de reflexão*. 4, pp. 44-46. Leiria: Revista Portuguesa de Farmacoterapia. Obtido em 22 de Maio de 2018, de <http://revista.farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/view/77/61>
- Carrondo, A., Gouveia, A., Varela, C., Silva, D., Braga, F., Fernandes, I., . . . Reis, R. (2012). Abordagem Terapêutica em Sarcomas. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 4, 44-46. doi:<https://doi.org/10.25756/rpf.v4i1.77>
- Carvalho, J. (2010). *Sistemas de Financiamento Hospitalar: uma reflexão*. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto. Obtido em dezembro de 2018, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53453/2/Sistemas%20de%20Financiamento%20Hospitalar%20Uma%20Reflexo.pdf>
- Carvalho, L. M. (2014). *Satisfação dos Utilizadores de um Hospital de Dia de Oncologia*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia. Coimbra: FEUC. Obtido em Maio de 2018, de <http://hdl.handle.net/10316/34158>
- Casanova, J. M. (1997). *Sarcomas do aparelho locomotor*. Coimbra: Rhone-Poulenc Rorer.
- Cevada, J. F. (2014). *Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Obtido em maio de 2019, de [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17143/1/tese\\_JC.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17143/1/tese_JC.pdf)
- Costa, C., Santos, R., Lopes, S., & Barriga, Nuno. (setembro de 2008). A importância do apuramento de custos por doente: metodologia de estimação aplicadas ao

- internamento hospitalar português. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 131-146.
- Costa, G. B. (2011). *Avaliação da satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Especialidades Médicas -HEM*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Cutts, S., Andrea, F., Piana, R., & Haywood, R. (fevereiro de 2012). The management of soft tissue sarcomas. *The surgeon*, 10, pp. 25-32. Obtido em novembro de 2018, de [https://www.researchgate.net/profile/Steven\\_Cutts/publication/51850063\\_The\\_management\\_of\\_soft\\_tissue\\_sarcomas/links/5b6c7d58299bf14c6d97c61a/The-management-of-soft-tissue-sarcomas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Steven_Cutts/publication/51850063_The_management_of_soft_tissue_sarcomas/links/5b6c7d58299bf14c6d97c61a/The-management-of-soft-tissue-sarcomas.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2005). *Hospital de Dia - recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa: DGS - Ministério da Saúde. Obtido em Maio de 2019
- Dorfman, H., & Bogdan, C. (1 de janeiro de 1995). Bone Cancers. *Cancer*, 75, pp. 203-210.
- Filho, R. J. (2008). Tumores ósseos e sarcomas dos tecidos moles. *Einstein*(6), pp. 103-119. Obtido em setembro de 2018, de <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/793-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS102-119.pdf>
- Framptom, J. E. (Junho de 2010). Mifamurtide: a review of its use in the treatment of osteossarcoma. *Pediatric Drugs*, 12(3), 141-153. doi:<https://doi.org/10.2165/11204910-000000000-00000>
- Gibbs, J., Henderson-Jackson, E., & Bui, M. M. (2016). Bone and Soft-Tissue Pathology - Diagnostic and Prognostic Implications. *Surgical Clinics of North America*, 96, pp. 915-919. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2016.06.003>
- Gonçalves, J. D. (2010). *Qualidade vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recido durante o internamento*. Universidade de Coimbra. Coimbra: FEUC. Obtido em outubro de 2018
- Hensaw, R. (2014). Surgical Advances in Bone and Soft Tissue Sarcoma: 50 years of progress. *50th ASCO annual meeting* (pp. 252-258). Illinois: ASCO. doi:[10.14694/EdBook\\_AM.2014.34.252](https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2014.34.252)

- Hespanhol, A. A. (2008). satisfação dos profissionais do centro de saúde São João. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24 (6), pp. 665-670. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v24i6.10564>
- Hogendoorn, P. (maio de 2010). Bone sarcomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 21(5), pp. 204-213. doi:10.1093/annonc/mdq223
- Honoré, C., Méeus, P., Stoeckle, E., & Bonvalot, S. (junho de 2015). Soft tissue sarcoma in France in 2015: Epidemiology, classification and organization of clinical care. *Journal of Visceral Surgery*, 152, pp. 223-230. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2015.05.001>
- Hui, J. (outubro de 2016). Epidemiology and Etiology of Sarcomas. *Surgical Clinics of North America*, 96, pp. 901-914. doi:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610916520118?via%3Dihub>
- Leachman, B., & Galloway, T. (Outubro de 2016). The role for radiation therapy in the management of sarcoma. *The Surgical Clinics of North America*, 96, 1127-1139. doi:10.1016/j.suc.2016.05.003.
- Lietman, S. A., & Joyce, M. J. (March de 2010). Bone Sarcomas: Overview of management, with a focus on surgical treatment considerations. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 77, S8-S12. doi:<https://www.mdedge.com/ccjm/article/156968/bone-sarcomas-overview-management-focus-surgical-treatment-considerations>
- Mazanet, R., & Antman, K. H. (1991). Sarcomas of Soft Tissue and Bone. *CANCER*, 68, 463-473.
- Nakano, K., & Takahashi, S. (março de 2018). Current Molecular Targeted Therapies for Bone and Soft Tissue Sarcomas. *International Journal of Molecular Sciences*(19), 739. doi:10.3390/ijms19030739
- Nguyen, T., Aota, A., Brédart, A., Monnier, A., Bosset, J.-F., & Mercier, M. (2014). A longitudinal analysis of patient satisfaction with care and quality of life in ambulatory oncology based on the OUT-PATSAT35 questionnaire. *BMC Cancer*, 14. doi:10.1186/1471-2407-14-42
- Nunes, P. S. (2012). *Financiamento Hospitalar em Portugal - incentivos à selecção e equidade*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa:

- Universidade Nova de Lisboa. Obtido em Julho de 2019, de <https://run.unl.pt/handle/10362/9346>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, serie 2, parte E, nº 184. Obtido em outubro de 2019, de <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Paredes, T., Simões, M. R., & Casanova, J. (2015). *Sarcomas Ósseos e dos tecidos Moles*. Obtido em 22 de Maio de 2018, de <http://estudogeral.sib.uc.pt>
- Patel, S. R. (2014). Fifty years of advances in sarcoma treatment: moving the needle from conventional chemotherapy to targeted therapy. *50th Annual Meeting* (pp. 259-262). Illinois: ASCO. doi:10.14694/EdBook\_AM.2014.34.259
- Perspetivas. (2016). Unidade multidisciplinar de referência no tratamento de tumores ósseos e dos tecidos moles. *Perspetivas*, 16-17. Obtido em março de 2018, de <http://perspetivas.pt/2016/edicoes/edicao-novembro/Saude/16%2017.pdf>
- PMESalários. (sd). *Simulador de Custo de Funcionário*. Obtido em 12 de outubro de 2019, de <https://www.pmesalarios.pt/>: <https://www.pmesalarios.pt/simulacao/custofunc>
- PORTUGAL. (11 de julho de 2017). Portaria 207/2017. *Diário da República 1ª série (132)*.
- Quesado, P., & Cardoso, C. (2017). A problemática da imputação dos custos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. *EJABM*, pp. 19-38.
- Rodrigues, H. M. (2017). *Diagnóstico sobre a Utilização da Contabilidade Analítica nos Hospitais Públicos Portugueses*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Obtido em maio de 2019
- Rodrigues, H. M. (2017). *Diagnóstico sobre a Utilização da contabilidade Analítica os Hospitais Públicos Portugueses*. Trabalho de campo para XLV Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa. Obtido em junho de 2019, de <http://hdl.handle.net/10362/52855>
- Rodrigues, M. A. (2007). *Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterpai por via endovenosa*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto. Obtido em Março de 2019



- Rodrigues, R. C. (2009). *Satisfação Global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português*. Universidade de Coimbra. Coimbra: FEUC. Obtido em abril de 2019
- Roreno. (2016). *Registo Oncológico Nacional 2010*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE. Obtido em 22 de Maio de 2018, de [https://www.ipoporto.pt/dev/wp-content/uploads/2013/03/ro\\_nacional\\_2010.pdf](https://www.ipoporto.pt/dev/wp-content/uploads/2013/03/ro_nacional_2010.pdf)
- Vilanova, J. C. (2017). WHO Classification of Soft Tissue Tumour. Em F. M. Vanhoenacker, P. M. Parizel, & J. Gielen, *Imaging of Soft Tissue Tumours* (pp. 187-196). Springer Cham. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-319-46679-8>
- Vilanova, J. C. (Março de 2017). WHO Classification of Soft Tissue Tumours. *Springer International Publishing*. doi:10.1007/978-3-319-46679-8\_11
- Wagner, M. J., Livingston, A., Patel, S., & Benjamin, R. (março de 2016). Chemotherapy for Bone Sarcoma in Adults. *Journal of Oncology Practice*, 12(3), pp. 208-216. doi:10.1200/JOP.2015.009944
- Whelan, J., McTiernan, A., Cooper, N., Wong, Y., Francis, M., Vernon, S., & Staruss, S. (2011). Incidence and survival of malignant bone sarcomas in England 1979-2007. *International Journal of Cancer*, 131, 508-517. doi:10.1002/ijc.26426

# **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CHUC**

Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.  
para difusão

Dr. Francisco Parente  
Diretor Clínico  
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor  
Dr. Francisco Parente  
Dign<sup>o</sup> Diretor Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 0176/CES Proc. N.º CHUC-019-18	16-07-2018

**ASSUNTO:** *Estudo Observacional "Avaliação de custos da criação de um Hospital de Dia em Ortopedia Oncológica"*  
– Marta Sofia Ribeiro Martins, enfermeira do Serviço de Ortopedia Oncológica do CHUC e aluna do Curso de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde na FEUC (estudo a ser realizado no Serviço de Ortopedia do CHUC).  
(Entrada do processo na CES a 25.05.2018)

Cumprе informar Vossa Ex.<sup>a</sup> que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 13 de Julho de 2018, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
DO CHUC, E.P.E.

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES do CHUC

LP/CES

A CES do CHUC Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.<sup>a</sup> Adílio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Fesó; Dr. José Alves Grito Gonçalves; Enf.<sup>a</sup> Fernando Mattus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

**ANEXO II**  
**QUESTIONÁRIO APLICADO NA AMOSTRA**

Bom dia. Por favor, aceite responder a este breve questionário sobre as condições e o seu grau de satisfação perante o serviço que lhe é prestado em regime de ambulatório. Agradecia que ao responder fosse sincero(a), não há respostas certas nem erradas, apenas queremos saber a sua opinião.

<b>ADMISSÃO E REGISTO</b>	<b>Mau</b>	<b>Razoável</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excecente</b>
<u>Tempo de espera</u> : tempo de espera para registar o tratamento					
<u>Forma de atendimento</u> : cortesia, respeito, amizade e gentileza do pessoal administrativo					
<u>Informações</u> : clareza das explicações dadas pelo pessoal administrativo					
<u>Sala de espera</u> : conforto e aspeto geral da sala onde esperou para ser atendido/a					
<b>ÁREA DA CONSULTA/TRATAMENTO</b>	<b>Mau</b>	<b>Razoável</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excecente</b>
<u>Privacidade</u> : forma como a sua privacidade foi assegurada					
<u>Tempo de espera</u> : tempo de espera para a colheita de análises, depois do registo					
<u>Condições da sala</u> : conforto e aspeto geral do local onde se realizou a colheita de análises					
<b>CUIDADOS GERAIS PRESTADOS</b>	<b>Mau</b>	<b>Razoável</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excecente</b>
<u>Satisfação das suas necessidades</u> : disponibilidade e vontade dos profissionais de saúde em satisfazer as suas necessidades					
<u>Ajuda e simpatia</u> : capacidade dos profissionais para o/a fazer sentir-se confiante e seguro/a					
<u>Sensibilidade para os problemas</u> : sensibilidade dos profissionais em relação aos seus problemas e preocupações de saúde					
<u>Tempo</u> : tempo que demorou o tratamento a ser administrado pelo enfermeiro					
<b>INFORMAÇÃO</b>	<b>Mau</b>	<b>Razoável</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excecente</b>
<u>Facilidade em obter informações</u> : vontade dos profissionais em responder às suas perguntas					
<u>Informações</u> : forma como foi esclarecido/a sobre a evolução do seu estado de saúde, a medicação e os seus efeitos					

secundários e a necessidade ou não de novas consultas ou tratamentos					
<b>CONDIÇÕES DA ESTADIA</b>	<b>Mau</b>	<b>Razoável</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excelente</b>
<u>Sala</u> : limpeza, conforto, iluminação e temperatura					
<u>Utilização de equipamento de apoio</u> : possibilidade de utilizar equipamento de apoio (ex.: cadeira de rodas, bengala, canadiana)					
<u>Ambiente calmo</u> : paz e sossego					
<u>Qualidade na alimentação</u> : no geral, no sabor, na temperatura e na variedade disponível.					
<u>Acompanhantes</u> : amabilidade e simpatia com que os seus acompanhantes foram recebidos pelo pessoal					
<u>Horário</u> : facilidade com que os seus familiares e amigos o acompanharam					

De seguida, diga se concorda ou discorda com as seguintes frases

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo	Concordo	Concordo plenamente
Fui tão bem tratado/a no hospital de dia que até comentei com a minha família e amigos.					
Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a.					
Soube sempre quem era o meu médico assistente.					
	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo	Concordo	Concordo plenamente
Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados.					
Fui muito bem tratado/a pelos médicos.					
Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros.					
O número de utentes presentes na sala de espera é sempre adequado à capacidade da sala.					

**QUESTÕES SEMI-ABERTAS.**

Há algum item que não foi abordado anteriormente e que ache relevante/importante referir?

---

---

---

---

---

---

---

---

Das perguntas que foram feitas, há alguma que queira esclarecer melhor a sua resposta?

---

---

---

---

---

---

---

---

Sabe o que é um hospital de dia? (**breve explicação**)

Caso houvesse a criação de um hospital de dia, o que esperava dele?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---