



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE**

**A Gestão de Cuidados de Saúde em Tempo de  
Pandemia por COVID-19 num Serviço de Cirurgia Geral  
de um Hospital Escola**

**Luísa Manuela Machado Ferreira**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém para obtenção de grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

**Orientador: Professora Doutora Sandra Oliveira**  
**Co-orientador: Mestre Leonor Dias**

Santarém, 2022

© Luísa Ferreira, 2022

## RESUMO

A pandemia COVID-19 colocou os cuidados de saúde sob pressão.

O objetivo deste trabalho, foi identificar o impacto da COVID-19 no acesso aos serviços de saúde, dos utentes do Serviço de Cirurgia 2 do Hospital Escola, no período de março de 2020 a fevereiro de 2021.

Este estudo é de natureza mista com recurso à triangulação entre métodos.

Da triangulação das metodologias verificou-se uma redução do número de consultas, cirurgias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, por outro lado, constatou - se aumento de faltas às consultas e da demora média de internamento.

A pandemia evidenciou fraquezas do sistema de saúde, porém esta organização manifestou uma excelente adaptação ao contexto do choque, com uma Governança Clínica e Resiliência capaz de manter o equilíbrio entre a prestação de cuidados aos doentes COVID-19 e não COVID-19.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde, COVID-19, Governança Clínica, Prestação de cuidados de saúde.

## **ABSTRACT**

The COVID-19 pandemic has put healthcare under pressure.

This work's objective is to identify the impact of COVID-19 on access to health services by users of surgery service 2 of the school hospital, between March 2020 to February 2021.

This study is of a mixed nature using triangulation between methods.

From the triangulation of the methodologies, there was a reduction in the number of consultations, surgeries and complementary means of diagnosis and therapeutics, on the other hand, there was an increase in missed consultations and the average length of stay.

The pandemic highlighted the system's weaknesses, while it showed the organization's excellent adaptation to the shock context, with clinical governance and resilience capable of maintaining the balance between the provision of care to COVID-19 and non-COVID-19 patients.

**Keywords:** Clinical Governance, COVID-19, Health Care delivery, Health Services Accessibility.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

## Índice

RESUMO.....	iii
ABSTRAC.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
Índice.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
ÍNDICE DE QUADROS.....	ix
ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	x
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....	1
1. Introdução.....	1
1.1. Justificação da Escolha do Tema.....	1
1.2. Objetivos.....	3
1.3. Estrutura do documento .....	4
CAPÍTULO 2 - REVISÃO DA LITERATURA.....	5
2. Doença de COVID-19.....	5
2.1. O contexto da doença COVID-19.....	6
2.2. Para onde foram os doentes cirúrgicos durante a pandemia.....	7
2.3. Mortalidade colateral à COVID-19.....	8
2.4. Governança Clínica - O novo normal.....	9
2.5. Governança Clínica e Resiliência dos Sistemas de Saúde.....	11
2.6. Sustentabilidade das Organizações de Saúde.....	13
CAPÍTULO 3 - INVESTIGAÇÃO.....	15
3. Desenvolvimento.....	15
3.1. Modelo Conceptual.....	15
3.2. Enquadramento Metodológico.....	16
3.3. Contextualização.....	18
3.4. Modelo proposto e proposições do estudo.....	20

3.5. Questão de Investigação.....	21
3.6. População e Amostra.....	21
3.7. Colheita de Dados.....	21
3.7.1. Dados quantitativos.....	22
3.7.2. Dados qualitativos .....	24
3.8. Procedimentos Formais e Éticos.....	26
3.9. Análise e Tratamento de Dados.....	26
3.9.1. Dados quantitativos.....	26
3.9.2. Dados qualitativos.....	33
3.10. Resultados e Discussão - Quantitativo .....	34
3.11. Apresentação de Resultados Qualitativos .....	38
3.12. Discussão de Dados Qualitativos .....	46
3.13. Triangulação.....	51
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO.....	55
Referências.....	58
APÊNDICES .....	63
Apêndice 1 - Guião da Entrevista.....	64
Apêndice 2 - Entrevistas Transcritas .....	66
Apêndice 3 - Quadros de Análise de Dados.....	79
Apêndice 4 - Plano de Recuperação da Prestação de Cuidados de Saúde não Realizados.....	85
ANEXOS.....	86
Anexo 1 - Pedido de Autorização ao Conselho de Administração .....	87
Anexo 2 - Autorização da Comissão de Ética para a Realização do Estudo .....	88
Anexo 3 - Consentimento Informado para a Realização de Entrevistas .....	89

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Visão Geral do Sistema de Saúde Dual Track .....	10
Figura 2 - Fases do ciclo do choque .....	12
Figura 3 - Modelo Conceptual .....	16
Figura 4 - Modelo das Proposições do Estudo .....	20
Figura 5 - Tema e subtemas relativos à percepção das alterações na consulta externa .....	39
Figura 6 - Tema e subtemas relativos à percepção dos doentes no internamento .....	40
Figura 7 - Temas e subtemas referentes a situação das cirurgias .....	41
Figura 8 - Tema e subtemas relativos à marcação das cirurgias .....	42
Figura 9 - Tema e subtemas referentes ao serviço de urgência .....	43
Figura 10 - Temas e subtemas referentes ao acesso aos serviços de saúde .....	44
Figura 11 - Tema e subtema relativo ao impacto do Covid-19 .....	45
Figura 12 - Matriz de triangulação de métodos entre métodos .....	51

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Primeiras consultas .....	27
Quadro 2 - Segundas consultas .....	28
Quadro 3 - Consulta de pós-operatório .....	28
Quadro 4 – Resultados da totalidade de consultas realizadas .....	29
Quadro 5 - Faltas à consulta .....	29
Quadro 6 - Número de episódios de internamento .....	30
Quadro 7- Demora média de internamento em dias .....	30
Quadro 8 - Quantidade de cirurgias .....	31
Quadro 9 - Episódios de urgência.....	31
Quadro 10 - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica .....	32
Quadro 11 – Mortalidade .....	33
Quadro 12- Apresentação dos participantes por subespecialidade .....	46
Quadro 13 - Triangulação entre métodos na atividade assistencial .....	52
Quadro 14 - Síntese da triangulação de resultados .....	54

## ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADR	Áreas Dedicadas a Doentes Respiratórios
AE	Atividade estimada
AP	Atividade prevista
ANR	Atividade não realizada
AR	Atividade realizada
ARS	Administração Regional de Saúde
COVID-19	Doença provocada pelo novo Corona Vírus que surgiu em 2019
CP	Contrato Programa
CTH	Consulta a tempo e horas, com proveniência nos Cuidados de saúde primários
DNTs	Doenças não transmissíveis
DGS	Direção Geral da Saúde
ECO	Ecografia
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
END	Endoscopia
EPE	Entidade Publica Empresarial
EUA	Estados Unidos da América
fev	fevereiro
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
LEC	Lista de espera para Cirurgia
LIC	Lista de inscritos para Cirurgia
mar	março
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MRLS	Método de Regressão Linear Simples
MS	Ministério da Saúde
nCoV	Novo Corona Vírus
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OM	Ordem dos Médicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
RM	Ressonância Magnética
SARS-Cov2	Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para cirurgia

SPIG	Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TMRG	Tempos médios de resposta garantidos

# CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

## 1. Introdução

A dissertação que aqui se apresenta insere-se no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém, para obtenção do grau de mestre.

A Pandemia por COVID-19 teve um impacto desmedido na saúde e na vida de todos os cidadãos. Cabe-nos reportar as situações que identificamos, para que os decisores possam tomar deliberações baseadas em evidência.

### 1.1. Justificação da Escolha do Tema

Com o aparecimento da doença provocada pelo novo Coronavírus, em dezembro de 2019, foram imperativas alterações dos cuidados de saúde abrangendo todo Sistema Nacional de Saúde (SNS), alterações estas, que têm sido constantes até à atualidade.

A maioria dos estudos centram-se no impacto direto da pandemia, nomeadamente, no número de infetados, número de internamentos por COVID-19, número doentes em cuidados intensivos, de mortes, contudo, os danos invisíveis desta nova doença, provoca tantas ou mais vítimas, com outras condições de saúde, se tivermos em conta especialmente os atrasos no diagnóstico e tratamento.

Assim, desempenhando funções num Serviço de Cirurgia Geral, percebe-se no dia-a-dia, mudanças na atividade assistencial do serviço, por via da *“Redução de toda a atividade de consulta presencial... redução da atividade cirúrgica eletiva, com exceção de situações que comprometam a segurança do doente...”* (DGS, 2020c), por outro lado, a Ordem dos Médicos (OM) quantifica estas mudanças, quando afirma que em consequência da pandemia, mas também das opções políticas, assistiu-se só em 2020 a menos 7,8 milhões de contactos médicos presenciais nos cuidados de saúde primários, quebra que, também se fez notar ao nível hospitalar, com menos 3,4 milhões de episódios entre os quais se incluem consultas, cirurgias e de urgência (Pardal, 2021).

Não obstante, compete-nos identificar o acesso de doentes do foro cirúrgico, aos cuidados de saúde hospitalares nas diversas áreas de prestação de cuidados, mais precisamente, nas do Serviço de Cirurgia 2, nomeadamente, Consulta, Internamento, Atividade Cirúrgica, Meios

Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e Urgência, de um Hospital Escola da zona centro do país, onde importa ainda, perceber a mortalidade não COVID-19.

Nesta conjuntura surgem diariamente questões, no que diz respeito ao perfil dos doentes com patologia do âmbito da cirurgia geral, nas quais se destaca a oncológica, pois as alterações impostas ao serviço diminuíram a sua capacidade instalada em 50% nos picos da pandemia, designadamente, nos meses de março e abril de 2020, janeiro e fevereiro de 2021, passando o internamento a ter somente 15 camas, ao invés de 30 como habitualmente (CHL, 2020c).

No serviço de Cirurgia 2 do Hospital Escola, a 25/01/2021 constatou-se que não existem doentes oncológicos em lista de espera para cirurgia eletiva, conforme informação da Direção do Serviço, estes, são intervencionados à medida que aparecem no sistema. Segundo a mesma fonte, subsistem apenas duas listas de inscritos para cirurgia eletiva, a dos doentes prioritários constituída por 41 utentes, e a não prioritária que contem cerca de 700 inscritos para cirurgia ambulatória.

A este choque provocado pela pandemia, na prestação de cuidados de saúde dos doentes não COVID-19, designaremos por impacto, uma vez que este termo se refere ao abalo provocado por um acontecimento grave ou inesperado (Porto Editora, 2021).

Não se sabe se pelo medo das infeções nosocomiais, o volume de atendimentos nos serviços de urgência não dedicadas à COVID-19, nomeadamente, as urgências do foro cirúrgico caíram vertiginosamente, segundo Pereira et al. (2020), face ao período anterior à pandemia e o volume cirúrgico de emergência diminuiu 52% em comparação com o ano anterior. Santana et al. (2020), revelam ainda, que estudos anteriores mostram uma diminuição até 80% nos episódios de emergência. Por outro lado, uma pesquisa realizada num laboratório de Anatomia Patológica de um hospital português, Pinto et al. (2020) revelam que os testes moleculares oncológicos solicitados, entre março e abril de 2020, não reduziram expressivamente quando comparados com o período homólogo em 2019.

No que diz respeito à distribuição de hemoderivados, Taguchi et al. (2020) apontam que, em tempo de pandemia estes tiveram uma queda na procura de 14,8% em relação à média.

No Hospital Escola em estudo, segundo informação do Serviço de Informação e Planeamento para a Gestão (SPIG), no ano de 2020 face ao ano de 2019, observou-se um decréscimo na prestação de cuidados de saúde cirúrgicos, designadamente, nos episódios de urgência, sessões no hospital de dia, número de cirurgias convencionais e de urgência e no internamento houve menos doentes saídos.

Esta nova realidade remete-nos para a necessidade de identificar o impacto provocado pela pandemia na produção de cuidados de saúde aos doentes do Serviço de Cirurgia 2 deste Hospital Escola.

Considerámos a definição de “produção”, como sendo o resultado da atividade de criar ou de prestar serviços (Porto Editora, 2021a), sendo neste caso a produção de serviços de saúde. Já o termo “receita” refere-se aos rendimentos que resultam da venda de bens ou serviços (Editora, 2021b), conforme referem Carvalho et al. (2021, 114),

*“só é possível desencadear todos esses processos e arranjos se houver um reconhecimento por parte da gestão de que a produção do cuidado requer ser construída, cuidada, ativada e que deve haver pessoas da gestão (várias, em diferentes papéis) que se ocupem desse trabalho”.*

Assim, procuramos estimar a quantidade de doentes que por este motivo ficaram sem acesso a cuidados de saúde no âmbito da Cirurgia geral, e como tal, não puderam ser tratados. Torna-se ainda imperioso, refletir sobre a sustentabilidade das organizações, que além dos custos inerentes à problemática da pandemia, há uma receita não recebida intrínseca a estes procedimentos não realizados, que se irá repercutir num futuro próximo. Todavia, estamos cientes de que esta pandemia é um amplificador da crise já existente, sendo reveladora da fragilidade do sistema. Importa, ainda referir que o contrato programa de 2020, deste Hospital Escola, já se encontrava condicionado pela tutela em termos orçamentais (Plano de Atividades e Orçamento, 2020) , com a pandemia surge a necessidade de reajustamento orçamental, opinião corroborada por OCDE (2020), esperando que a COVID-19 conduza a um aumento da percentagem das despesas de saúde.

## **1.2. Objetivos**

O objetivo de um estudo, indica o motivo da investigação, Fortin (2009) declara *“É um enunciado declarativo que precisa das variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação.”* A reorganização dos serviços de saúde para a criação de Áreas Dedicadas a doentes do foro Respiratório (ADR), e o protelamento da atividade eletiva não urgente, levou à realocação das equipas de saúde e à reestruturação dos serviços. Assim, os nossos hospitais canalizaram o máximo de recursos possíveis para a linha da frente, de forma a responder eficazmente ao tratamento dos doentes afetados pela pandemia.

Nesta fase, o estado da arte apenas nos permite tirar ilações de onde andam os doentes não COVID-19, ou seja, numa análise empírica, sentimos que a quantidade e o perfil dos

doentes estão em mudança. No sentido de proporcionar ferramentas aos decisores, para que possam enfrentar os novos desafios, baseados em evidência e em conhecimento científico, e de forma a aumentar a eficiência do nosso já frágil Sistema de Saúde, escolheram-se os seguintes objetivos para esta investigação:

**Objetivo geral:**

Identificar o impacto da COVID-19 no acesso aos serviços de saúde, dos utentes do serviço de cirurgia 2 do Hospital Escola, no período de março de 2020 a fevereiro de 2021.

**Objetivos específicos:**

- Caracterizar a produção de cuidados de saúde do Serviço de Cirurgia 2;
- Estimar o número de doentes que não tiveram acesso aos serviços de saúde tais como consultas, diagnóstico e a tratamentos;
- Identificar a perceção dos profissionais acerca do impacto da COVID-19 nas diversas áreas de prestação de cuidados de saúde do Serviço de Cirurgia 2.
- Compreender a Governança Clínica e resiliência na prestação de cuidados de saúde em tempo de pandemia.

Assim, pretende-se identificar o impacto da COVID-19 na prestação de cuidados de saúde, no Serviço de Cirurgia 2 do Hospital Escola, no período de março de 2020 a fevereiro de 2021, como fator primordial para a saúde global da população, e para a sustentabilidade do sistema.

### **1.3. Estrutura do documento**

Para além deste capítulo introdutório, esta tese organiza-se em mais 3 capítulos. O capítulo dois consiste numa revisão da literatura, no âmbito da Pandemia COVID-19, com o desígnio de enquadrar o leitor no contexto global e local da doença. Neste capítulo dar-se-á também, destaque à mortalidade colateral, à governança das organizações de saúde, à resiliência dos sistemas de saúde e à sustentabilidade.

No capítulo 3, é apresentada a metodologia proposta de modo a atingir os objetivos definidos para esta investigação, descrevendo-se em detalhe as várias etapas que a constituem, entre as quais, o modelo conceptual, a colheita de dados, a análise e tratamento de dados, os principais resultados do estudo e por último a sua discussão. Para finalizar este documento, no capítulo 4 é apresentada a conclusão.

# CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA

## 2. Doença de COVID-19

A COVID-19 é o nome da doença provocada por um novo Coronavírus (nCoV), que os cientistas identificaram em dezembro de 2019. Os coronavírus são uma extensa família de vírus que podem causar doenças em animais e humanos. Conhecido como 2019-nCoV ou COVID-19, sendo os primeiros casos reportados pela República Popular da China em dezembro de 2019, tendo surgido de imediato um surto da doença em Wuhan (WHO, 2020a).

As primeiras investigações epidemiológicas reportam que a maioria dos casos se concentrou em trabalhadores, ou visitantes regulares de um mercado de peixe e frutos do mar na referida cidade chinesa, todavia, Peter Ben Embarek, cientista do departamento de Zoonoses da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Embarek, 2021), e chefe de uma missão - onde apareceu o Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda Grave, provocado pelo novo Corona Vírus (SARS-CoV2), e como se transmitiu de animais para os humanos, declara que investigaram sobre a forma como o vírus pode ter sido transmitido aos humanos: a equipa identificou os vendedores, fornecedores, as quintas de várias partes do país que forneciam os produtos ao mercado de Wuhan, e não foi possível identificar qual o animal que foi o “reservatório” deste vírus. O diretor-geral da OMS, Tedros Ghebreyesus (2020) na mesma conferência, acrescenta que “a evidência científica recolhida conduzirá a hipóteses, que serão a base para estudos adicionais de longo prazo”.

Não obstante, conclui-se que a origem da COVID-19 é desconhecida, e levará muito tempo para se identificar.

Segundo (DGS, 2020a) o SARS-CoV2 que provoca a doença COVID-19, é de fácil transmissão principalmente por meio de gotículas de saliva ou secreções nasais que são geradas quando uma pessoa infetada tosse ou espirra, ou até mesmo fala. Os sinais e sintomas clínicos mais descritos são, nomeadamente, febre, dificuldade em respirar (dispneia), derrames pleurais bilaterais, observáveis em radiografias do tórax.

A maioria das pessoas infetadas com o vírus da COVID-19 apresentam sintomas respiratórios leves a moderados e recuperam sem tratamento especial, no entanto, os idosos, e aqueles que apresentam condições de saúde mais débeis, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crónicas ou doenças oncológicas, têm maior probabilidade de desencadear uma síndrome de dificuldade respiratória grave.

Esta Pandemia impõe, para além de uma crise sanitária, uma perturbação social e económica, com custos diretos que advêm da própria doença, bem como custos ocultos, que por ora não tangíveis, intrínsecos aos doentes não COVID-19. Esta crise paralela, deve-se ao atraso dos diagnósticos e tratamentos, que virão brevemente colidir com o bem-estar das pessoas, em todas as dimensões da sua vida, designadamente ao nível pessoal, familiar, profissional, social e económico.

## **2.1. O contexto da doença COVID-19**

Após a emergência do (SARS-Cov2) na Ásia, que em poucos dias o vírus se disseminou para o espaço europeu e americano, evidenciando uma capacidade de contágio rápido e de transmissão oculta na comunidade, pelo que se tornou rapidamente uma ameaça global com proporções difíceis de imaginar.

A 11 de março de 2020, Ghebreyesus diretor geral da OMS declarou a doença COVID-19 como pandemia internacional, levando os países a preparar os seus sistemas de saúde no sentido de prevenir a disseminação tanto na comunidade como em ambiente hospitalar.

A 2 de março de 2020 confirma-se o primeiro caso em Portugal, embora países, como a Itália e Espanha já se deparavam com o colapso dos seus sistemas de saúde, contudo foi a 18 de março que o Senhor Presidente da República decretou estado de emergência nacional (Presidência da República, 2020), renovando-o a 3 de abril, forçando todos os cidadãos a cumprir as medidas recomendadas para conter a expansão da doença, tais como, distanciamento social e o fecho das escolas.

Para garantir a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde, as organizações de saúde implementaram medidas que incidiram na preparação científica e reorganização das equipas; gestão do equipamento de proteção individual; reorganização dos espaços comuns dos serviços; separação dos fluxos de doentes; reprogramação de todas as cirurgias eletivas e rastreio de todos os doentes com necessidade de internamento hospitalar.

Atualmente, a COVID-19 é uma pandemia que afeta quase todos os países do mundo constituindo uma ameaça permanente à segurança global da saúde, existindo no planeta mais de 106 milhões de casos ativos, e 2,3 milhões de mortes, só na Europa, mais de 20 milhões de casos ativos (EDEC, 2021).

Em Portugal contamos com mais de 113 mil casos ativos, 652 mil recuperados e 15 mil mortos (DGS, 2021).

## **2.2. Para onde foram os doentes cirúrgicos durante a pandemia**

A reorganização dos serviços de saúde para a criação de Áreas Dedicadas a doentes do foro Respiratório (ADR), e o protelamento da atividade eletiva não urgente, levou à realocação das equipas de saúde e à reestruturação dos serviços. Assim, os nossos hospitais canalizaram o máximo de recursos possíveis para a linha da frente, de forma a responder eficazmente ao tratamento dos doentes afetados pela pandemia.

Neste contexto, a pandemia afetou negativamente os sistemas de saúde em todo o mundo ao ponto de colapso em alguns países. Rashdan et al. (2021), demonstram uma redução de 28% nas admissões ao serviço de urgência, que se explica pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, provocada pelas medidas do bloqueio implementadas pelo governo, limitando a circulação de veículos em todo o país. A duração média dos sintomas antes da visita à unidade cirúrgica foi significativamente mais longa em comparação com o período homólogo em 2019.

A redução do volume cirúrgico, leva Pereira et al. (2020) a questionarem: O que são efetivamente casos cirúrgicos urgentes ou de emergência em circunstâncias normais? Atendendo a que, num departamento cirúrgico em Nova York, o volume de emergências cirúrgicas diminuiu 52%, em comparação com o ano de 2019, incluindo, apendicectomias, colecistectomias e hérnias encarceradas, situações estas, que tem indicação para tratamento cirúrgico nas primeiras 24 horas após admissão.

A mesma tendência foi observada por vários cirurgiões gerais em todo o norte da Itália (Patrìti et al., 2020), emergências abdominais, inicialmente geridas pelos familiares, que incluem peritonites, apendicites com vários dias de evolução, uma oclusão intestinal que só após 7 dias acederam aos serviços cirúrgicos, divertículos perfurados e doentes em choque séptico, destes, alguns exigiram recuperação em cuidados intensivos por longo prazo. Os autores consideram as razões de tal fenómeno inexplicáveis, os cirurgiões gerais e serviços médicos de emergência mantiveram-se ativos como antes do confinamento e da emergência sanitária provocada pela pandemia. Os autores consideram que esta diminuição tenha sido provocada pela opção de tratamento conservador em doenças antes consideradas urgentes.

Simone et al. (2020), incentivam também, o recurso a tratamentos conservadores, nomeadamente na apendicite e colecistite agudas, recorrendo apenas a antibiótico endovenoso e analgesia, os autores referem ainda, que não tiveram aumento da incidência de complicações.

Por outro lado Malina & Rosenbaum (2020), ressaltam que até para procedimentos simples, como reparação de hérnias eletivas, a linha entre o urgente e não urgente, só pode ser traçada em retrospectiva.

Há também quem defenda a possibilidade de haver um aumento da mortalidade colateral à COVID-19, que na opinião de Vieira, et al. (2020), este aumento, pode estar associado a casos de doença crónica grave, cujo diagnóstico e tratamento possam ter sido adiados devido à pandemia, ou porque, os doentes evitaram procurar os serviços de saúde, ou as listas de espera adiaram os diagnósticos e tratamentos para além do prazo aceitável.

### **2.3. Mortalidade colateral à COVID-19**

No relatório anual de acesso (Saúde, 2019) afirma-se que a doença oncológica tem um peso crescente na nossa sociedade, sendo em Portugal a segunda causa de morte, e a primeira antes dos 65 anos de idade.

O Sistema Nacional de Vigilância da Mortalidade, aponta que em julho morreram 10.390 pessoas em Portugal, o valor mais alto num mês nos últimos 12 anos, segundo a Ordem dos Médicos, trata-se de um aumento de 26%. Destes óbitos “apenas” 159, ou seja, 1.5%, teve como causa a COVID-19 (DGS, 2021). O Senhor bastonário da Ordem dos Médicos declara que a elevada mortalidade se deve aos atrasos de consultas, diagnósticos e tratamentos, Guimarães (2021), afirma ainda, que Portugal devia ter seguido o exemplo de outros países europeus onde a atividade programada foi mantida apesar da pandemia. Refere ainda a importância de “*tirar o medo das pessoas de ir aos hospitais*”. Recorde-se que, em Portugal, ficaram por realizar cerca de 1 milhão de consultas nos hospitais e 3 milhões nos centros de saúde.

Esta situação tem reflexos no estado de saúde individual e global, com uma carga social e económica originada pela pandemia, ou pelas consequências das medidas adotadas pelos países para proteger as suas populações (Escola Nacional de Saúde Pública, 2020). Salienta-se a posição que a pessoa ocupa na hierarquia social, com especial destaque para os portadores de múltiplas doenças crónicas com necessidade de cuidados de saúde complexos. Portugal assiste a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico (Saúde, 2018), à semelhança do que acontece com outros países desenvolvidos, trazendo grandes desafios à sociedade e ao sistema de saúde.

## 2.4. Governança Clínica - O novo normal

O conceito de governação tornou-se transversal a várias áreas, sendo orientado de acordo com a área em que é aplicado. Assim, o termo Governança surge como um “chapéu” sob o qual se encaixam muitos temas, variando a sua aplicabilidade consoante as áreas em que se aplica, indicando que, de forma genérica, o termo “governance” pode ser entendido como um modelo de governação em rede (Merkur et al. 2020).

A pandemia por COVID-19 revelou fraquezas na preparação e nas respostas dos sistemas de saúde em toda a Europa, forçando os doentes não COVID-19 a ficar para trás, ora, a cobertura universal de saúde, é um pré-requisito fundamental para melhorar o acesso e garantir cuidados de saúde de qualidade a todos os que deles carecem (Assembleia da República, 2019).

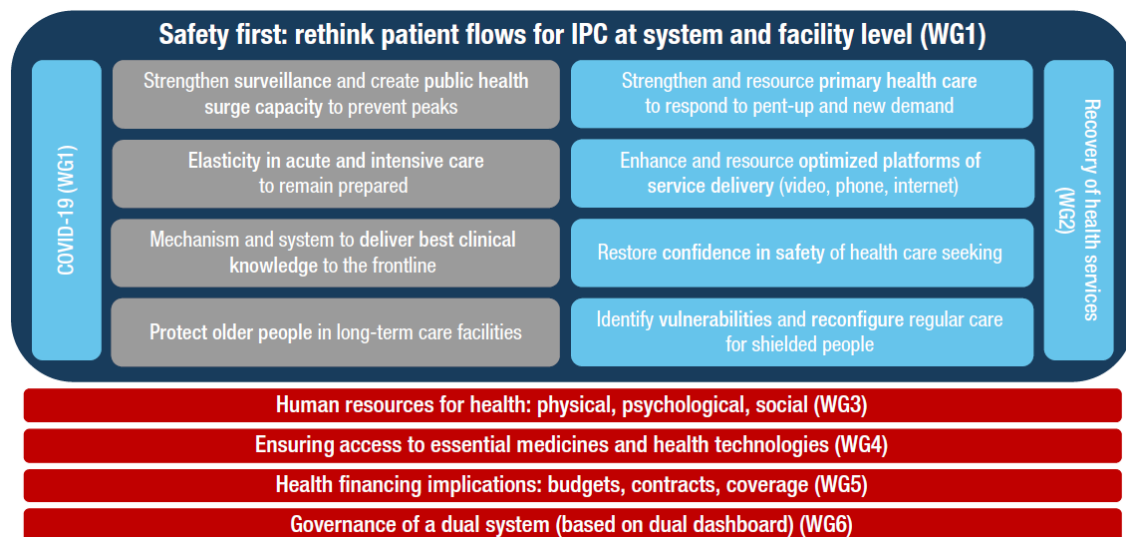
A COVID-19, para além de encontrar os sistemas mal preparados para as solicitações da pandemia, ainda exacerbou as desigualdades existentes com impactos diretos na saúde dos doentes que não contraíram o vírus. Os doentes agudos e crónicos, têm enfrentado perturbações no acesso aos cuidados essenciais, sendo os mais relevantes, diagnósticos tardios, cuidados não atendidos e impedimento de continuidade de cuidados, cooperando para piores resultados em saúde, agora e no futuro (OCDE, 2020). Nesta conjuntura, sabendo que a COVID-19 veio para ficar, é fundamental aprender a viver com ela, há que criar respostas baseadas no equilíbrio entre a prestação de cuidados essenciais e a resposta à COVID-19 simultaneamente.

Para o efeito, o Diretor regional da OMS para a Europa, escreveu a todos os Ministros da Saúde da Região Europeia, apresentando uma avaliação da situação atual e uma proposta de ações adicionais que os Estados-Membros devem considerar, nomeadamente traçar estratégias de Governança Clínica e fornecer serviços de saúde além da resposta COVID-19, a esta abordagem (Kluge, 2021) designou de abordagem dupla “*Dual Track*”, justificando a necessidade emergente de proteger os mais vulneráveis sobretudo os portadores de doenças crónicas não transmissíveis (DNTs), os idosos, e aqueles cujos determinantes sociais estão abaixo da média.

Isto requer um equilíbrio entre a via da prestação de serviços COVID-19 e não COVID-19, implementando mudanças dinâmicas entre as modalidades de prestação de cuidados de saúde, este “novo normal” assim designado por Jakab et al. (2020), acarreta grandes desafios ao domínio da saúde, tanto pela crescente procura de serviços, como pelas novas restrições introduzidas de prevenção e controlo de infeções. Os autores citam os cuidados que têm maior procura, a saber: casos de COVID-19; serviços de saúde regulares adiados; cuidados

relacionados com a saúde mental provocados pelas medidas de distanciamento físico e isolamento; necessidade de cuidados de reabilitação de longa duração para os doentes curados da COVID-19; resposta de longo prazo às desigualdades provocados pela desaceleração económica. O mesmo estudo expõe que os cuidados de saúde que apresentaram maiores perturbações são: serviços de reabilitação e de estomatologia (mencionados por 91% dos países inquiridos); serviços de diagnóstico e tratamento de doenças não transmissíveis (DNTs) em 76% dos países; planeamento familiar e contraceção em 74%, e serviços de proximidade como as imunizações de rotina foram mencionados por 63% dos países inquiridos.

**Figura 1 – Visão Geral do Sistema de Saúde Dual Track**



Fonte: Melitta Jakab, Naomi Limaro Nathan, Gabriele Pastorino, Tamás Evetovits, Sarah Garner, Margrieta Langins, Cris Scotter and Natasha Azzopardi-Muscat, in *Eurohealth* 2020; 26(2). Disponível em: <https://www.covid19healthsystem.org>

Para Jakab, et al. (2020), a governação através do sistema *Dual Track*, (Figura 1) requer utilização de acordos de governança clínica existentes em ambiente com complexidade acrescida. Para que sejam assegurados ambos os caminhos, é importante estabelecer mecanismos de fácil consulta de dados, e de diálogo entre os interessados, incluindo os doentes ou os seus representantes, a comunidade, os profissionais de saúde e os dirigentes políticos, importa ainda assegurar que as decisões tomadas são rapidamente implementadas e sejam tão participativas e transparentes quanto possível.

Os sistemas de monitorização devem ser robustos, incluir um painel duplo de indicadores de modo a confrontar paralelamente os indicadores das atividades assistenciais. A plataforma

funciona como ponte de governança, que permitirá gerir os serviços de emergência e a prestação de serviços de rotina.

O mesmo estudo aponta também a importância da força de trabalho, sendo esta a base de sustentação do sistema *Dual Track*, os recursos humanos têm de assegurar que as duas vias de cuidados estejam equilibradas e possam manter a prestação de serviços a funcionar no “novo normal”, para tal, é necessário assegurar as condições de trabalho, segurança e saúde mental dos trabalhadores. É fundamental a mobilização de mão de obra adicional, um ambiente de trabalho propício, com rotação adequada, períodos de descanso e apoio psicossocial.

Quanto à sustentabilidade do sistema *Dual Track*, os autores apontam, a necessidade de os países reverem os mecanismos de estabelecimento de prioridades, de forma a garantir que a Saúde Pública e os Cuidados de Saúde Primários; rever os saldos e os mecanismos de compra; rever os planos de investimento; rever as políticas de cobertura para garantir que todos tenham acesso aos cuidados essenciais sem enfrentar dificuldades financeiras para proporcionar o acesso.

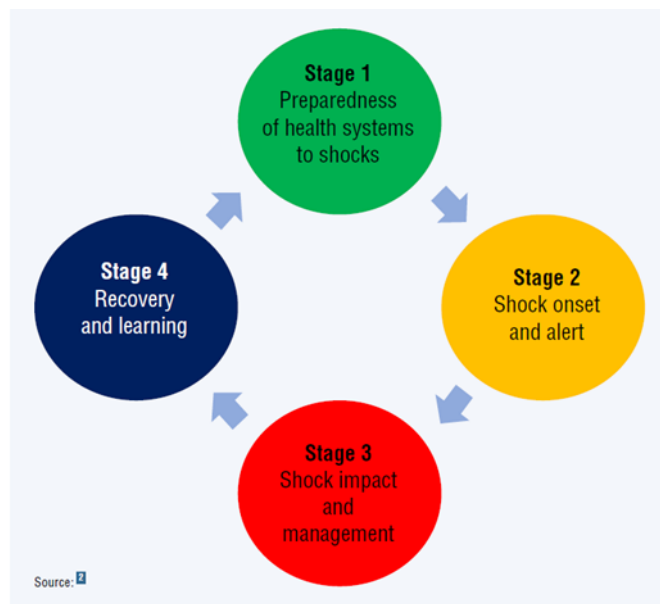
Para Sagan et al. (2020), a saúde global refere-se às questões de saúde que transcendem fronteiras nacionais, pelo que a Governança Clínica, no domínio da saúde, deve ser pensada a nível global, sendo as instituições de saúde, o contexto privilegiado para identificar desigualdades que surgem das condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham, envelhecem, ficam doentes e morrem. A compreensão ampla dos fatores intervenientes da saúde, como os determinantes e condicionantes de saúde provém de compromissos políticos e ações intergovernamentais voltadas para as características de cada Estado ou Região, sendo que, as desigualdades tanto entre países como dentro de cada país persistem, pelo que carecem de ser otimizadas.

## **2.5. Governança Clínica e Resiliência dos Sistemas de Saúde**

A capacidade de aceitar as novas condicionalidades, adaptar-se, e procurar soluções para fazer face às novas exigências, é o que Sagan et al. (2020), designaram de “*Resiliência dos Sistemas de Saúde*”, com isto, assegura que tem sido desta forma que se resolveram os grandes choques da sociedade, incluindo os que causaram emergências em saúde. Assim, à medida que a resiliência melhora, os sistemas de saúde minimizam a exposição a choques, isto é, gestão de riscos.

O modelo que se segue (Figura 2) foi proposto por Sagan et al., in *EuroHealth* (2020), e representa as quatro fases do ciclo do choque.

**Figura 2 – Fases do ciclo do choque**



Fonte: Anna Sagan, Steve Thomas, Martin McKee, Marina Karanikolos, Natasha Azzopardi-Muscat, Isabel de la Mata and Josep Figueras, in *Eurohealth* 2020; 26(2). Disponível em: <https://www.covid19healthsystem.org>

Fase 1 – Preparação, relacionada com a vulnerabilidade que um sistema de saúde apresenta para dar resposta às perturbações repentinas, como por exemplo, recursos humanos e materiais;

Fase 2 – Alerta e início do choque, consiste numa identificação atempada do choque;

Fase 3 – Impacto e Gestão, o sistema absorve o choque, adapta-se e transforma-se para garantir que as metas do sistema de saúde ainda são alcançadas;

Fase 4 – Recuperação e aprendizagem, nesta fase há um retorno gradual à normalidade, contudo existe um legado que permanece, importa abranger estes novos contributos, e agregá-los.

Os autores mencionados, reforçam, que a resiliência vai além do retorno à normalidade, um sistema resiliente incorpora a experiência adquirida, o conhecimento acumulado, e evolui para um sistema melhor, com preparação prévia, para que futuramente, apresente respostas consistentes e sustentadas em situações dramáticas.

A pandemia colocou muita tensão na capacidade de resposta das organizações de saúde, alega-se que todos estamos a ter a oportunidade de experienciar e de aprender, com os sucessos e erros cometidos, portanto, sairemos mais fortes e mais resilientes para enfrentar as adversidades da natureza.

## **2.6. Sustentabilidade das Organizações de Saúde**

A problemática do crescimento das despesas no setor da saúde não é recente. Há décadas que as despesas em saúde crescem de forma sustentada, muitos estudos indicam que as alterações demográficas e a inovação tecnológica têm sido as principais causas para que os países desenvolvidos dediquem uma maior percentagem da riqueza criada para financiar gastos com os cuidados de saúde (OCDE, 2019).

Atualmente, enfrentamos uma crise sanitária sem precedentes, em que os hospitais tiveram de investir na compra de novos ventiladores, bombas perfusoras, monitores de avaliação, assim como em maior quantidade de material de consumo clínico, nomeadamente equipamentos de proteção individual, por outro lado assiste-se à quebra da receita resultante da interrupção das atividades habituais, sendo urgente pensar um reajuste aos contratos programa por via da pandemia.

Na República Checa, um novo regulamento especificou que os hospitais irão manter o orçamento na íntegra desde que a sua atividade se situe entre os 79% e os 82% comparativamente ao ano 2018. Se os hospitais permanecerem abaixo deste nível as suas prestações mensais são ajustadas em conformidade, dependendo do número de doentes COVID-19 tratados (Quentin et al., 2020). O mesmo estudo revela que na Alemanha foi criada uma lei de auxílio hospitalar para dar apoio financeiro aos hospitais com o objetivo de compensar a perda de receitas devido a diminuição das admissões; aumento da capacidade de tratamento; cobrir despesas adicionais relacionadas com a COVID-19; dar margem de manobra financeira aos hospitais.

Na Inglaterra os hospitais são financiados com base num sistema semelhante aos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), com certos ajustes conforme a qualidade dos cuidados (Quentin et al., 2020). No início da pandemia foi tomada a decisão de que o sistema de pagamento normal seria descontinuado entre abril e junho de 2020, assim todos os hospitais receberam um orçamento global baseado na média das despesas mensais do ano anterior e ofereceu um aumento para compensar a inflação, além de que procedeu à anulação de dívidas no valor de 14,9 bilhões de euros. Outros governos como, França, Finlândia, e Suíça,

para a (Quentin et al., 2020) além do pagamento dos doentes COVID-19 ainda tiveram acréscimos para compensar a receita perdida.

No caso deste Hospital Escola, com base nas instruções específicas para contratação da atividade nos cuidados hospitalares, constantes dos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2020, (CHL, 2020a) a capacidade instalada nos serviços e as necessidades da população que serve, este hospital, elaborou uma proposta de produção que valorizou aos preços estabelecidos para o Contrato-Programa (CP) 2020, num valor total de €108.761.396. No entanto, o valor da dotação financeira, superiormente definida, a ser considerada no referido CP, foi de € 99.941.174, cerca de -€ 8,8M (ACSS, 2020) comparativamente à proposta inicialmente apresentada, apesar do aparecimento da pandemia neste âmbito, nada mudou Cylus e Ginneken (2020), observam que o confinamento e a subsequente crise económica terão efeitos marcantes nos fluxos de financiamento da saúde.

# CAPÍTULO 3 - INVESTIGAÇÃO

## 3. Desenvolvimento

Neste capítulo desenvolve-se a metodologia proposta.

### 3.1. Modelo Conceptual

Conhecer é elaborar um conceito novo, ou original, em relação a um acontecimento ou fenómeno, para tal importa apresentar uma visão do conjunto do processo mediante o qual se obtém o conhecimento científico (Freixo, 2018).

Com a criação deste modelo conceptual (Figura 3), pretendemos representar, como se analisou o objeto em estudo, para assim, confrontar a visão teórica com os dados da realidade.

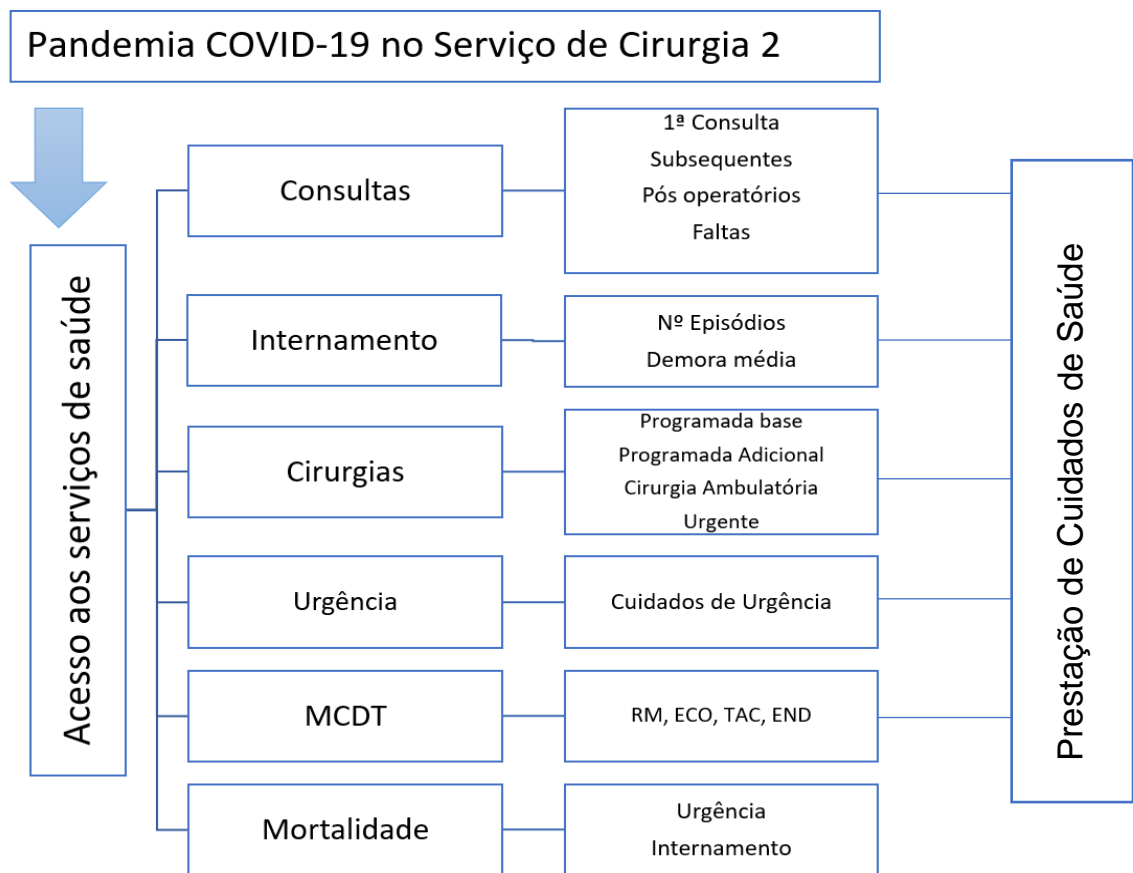
Sabe-se que a criação de áreas dedicadas a doentes respiratórios (ADR) por via da Pandemia, comprometeu o acesso aos serviços de saúde, com repercussões no estado de saúde individual e global dos utilizadores dos serviços, e particularmente no Serviço de Cirurgia 2, pelo que se pretende identificar o seu impacto.

A conceptualização, consiste na construção do desenho que irá nortear o desenrolar do estudo, pretende significar uma representação mental, genérica, onde os conceitos são elementos base da linguagem que transmitem os pensamentos, as ideias e as noções abstratas, na medida em que resumem e categorizam as observações, ligando o pensamento abstrato com a experiência sensorial (Freixo, 2018).

Através deste modelo pretende-se mostrar os contrastes entre os factos e as teorias,

*“... é, pois, uma estratégia geral do trabalho que o investigador determina, uma vez que já alcançou uma clara definição do problema, e que orienta e esclarece as etapas que irão desenvolver-se posteriormente” (Vilelas, 2020).*

Figura 3 – Modelo Conceptual



Fonte: Elaborado pelo próprio

Nesta conjuntura, a redução do acesso aos serviços de saúde não COVID-19, conduz inevitavelmente à diminuição da prestação dos referidos cuidados, com implicações no atraso dos diagnósticos e tratamentos, não tendo sido possível também, perceber em que medida a carga social e económica, originada pela COVID-19, ou pelas consequências das medidas tomadas pelos países para proteger os seus cidadãos interferem na decisão dos indivíduos para a procura de resolução dos seus problemas de saúde.

### 3.2. Enquadramento Metodológico

A opção metodológica que irá orientar este estudo, será uma abordagem retrospectiva, mista (qualiquantitativa), com carácter descritivo, pois esta, consiste em Identificar as

características de determinada população/fenómeno, e aumentar os conhecimentos acerca das particularidades e da dimensão do problema (Vilelas, 2020).

Pretendemos fazê-lo através da observação dos resultados apresentados nas principais linhas de produção da prestação de cuidados de saúde do serviço de Cirurgia 2, e para complementar estes dados, optou-se por fazer uma análise qualitativa, através da realização de entrevistas semiestruturadas, com foco na perceção individual, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, após a qual, surgirá a triangulação dos métodos.

Sendo a investigação qualitativa uma forma de estudo que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem (Vilelas, 2020), partimos do fundamento, que existe um vínculo dinâmico e indissociável entre os dados numéricos e a perceção individual dos atores que viveram esta pandemia na primeira pessoa.

O cumprimento das diretrizes das organizações mundiais (WHO, 2020b) e nacionais (DGS, 2020c), constitui uma viragem inesperada no acesso aos serviços de saúde, causando inquietação e angústia aos líderes, não só porque, se tem de conviver com a doença COVID-19, mas também porque, urge a necessidade de criar estratégias de Governança Clínica para manter o acesso aos serviços de saúde dos doentes cirúrgicos.

Entende-se que as adversidades, e a incerteza não se visualizam em dados numéricos, por esta razão, pretende-se explorar o fenómeno quantitativamente e qualitativamente no âmbito da prestação de cuidados de saúde nas já mencionadas linhas de produção do Serviço de Cirurgia 2, nomeadamente, Consulta, Internamento, Cirurgias, Urgência e MCDT.

Os dados que pretendemos utilizar, serão obtidos através do Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão (SPIG), sendo os qualitativos provenientes de entrevistas a profissionais do serviço, para o qual obtivemos autorização do Conselho de Administração deste Hospital Escola (Anexo 1).

No que diz respeito à análise qualitativa, pretende-se investigar a perceção individual dos intervenientes, para o que se elege a realização de entrevistas a um dos profissionais de saúde de cada uma das subespecialidades do Serviço de Cirurgia 2, que são: Hepatobiliopancreática, Colorretal, Mama, Gastroduodenal, Endócrina e Cirurgia geral benigna. Desta forma pretende-se a dar uma relevância individual e personalizada ao que nos dizem os dados, nas diferentes áreas de prestação de cuidados de saúde do Serviço de Cirurgia 2, que como já se referiu anteriormente, se trata da consulta externa, Internamento, Urgência e Bloco operatório.

### 3.3. Contextualização

Este estudo realiza-se num Hospital Escola na região centro de Portugal, no Serviço de Cirurgia 2, este, comporta várias subespecialidades (Hepatobiliopancreática, Colorretal, Mama, Gastroduodenal, Endócrina e Cirurgia geral benigna) com diferentes subequipas clínicas responsáveis por cada área, que pertencem ao referido serviço com um único Diretor Clínico. A equipa de clínicos exerce funções nas diversas linhas de prestação de cuidados de saúde (consultas externas, internamento, urgência e bloco operatório).

Este Hospital tem no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a área de influência correspondente a 16 concelhos e parte dos concelhos de Alcobaça e Soure, servindo uma população de cerca de 400.000 habitantes. O Hospital Escola, é composto por três unidades de saúde, Leiria, Pombal e Alcobaça, e tem uma oferta assistencial de Internamento de 516 camas, consulta externa conta com 146 gabinetes, Hospital Dia é dotado de 12 camas e 27 cadeirões, Cirurgia de ambulatório com capacidade de 4 salas, para cuidados de urgência dispõe de 3 unidades a funcionar 24/24 horas, uma, com oferta médico cirúrgica e as restantes apenas como urgência básica, o bloco central é constituído por 10 salas de operações. Quanto aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) dispõe de Anatomia Patológica, Imagiologia, Patologia Clínica, Medicina Física e Reabilitação, Imuno-Hemoterapia e setor de Exames Especiais abrangendo técnicas específicas de diversas especialidades médicas, e conta atualmente com mais de 2000 trabalhadores.

A Pandemia neste Hospital Escola, originou grandes constrangimentos, para dar resposta a cenários de casos suspeitos de infeção por COVID-19, e dando rigoroso cumprimento às orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS), foi criada uma Task-Force afeta a esta problemática que iniciou a sua atividade em 2020-01-29.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (MS) e da DGS e com a coordenação da Task-Force deste Hospital, foram elaborados planos, regulamentos e instruções de trabalho, bem como implementadas diversas medidas, que colocaram em causa o cumprimento de plano de atividades existente (DGS, 2020), (CHL, 2020c).

Por fim, importa referir o despacho da Senhora Ministra da Saúde, que consta no relatório dos termos de referência para contratualização (ACSS, 2020), onde determinou que a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) juntamente com as Administrações Regionais da Saúde (ARS) e os Centros Hospitalares devam proceder à renegociação dos seus contratos Programa, CP 2020 (CHL, 2020a), sendo possível aos hospitais reverem a sua proposta de produção, de forma a ser assegurada a recuperação do impacto dos constrangimentos que a prestação de cuidados de saúde programados sofreu com a

pandemia COVID-19. Como não foi revista a dotação atribuída inicialmente ao hospital de € 99.941.174, não foi possível acomodar na proposta de produção ajustada à totalidade das necessidades assistenciais deste Centro Hospitalar.

O Serviço de Cirurgia 2, integra este Hospital Escola e incumbe-lhe prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente do foro da cirurgia geral com mais de 18 anos de idade, com ou sem necessidade de intervenção cirúrgica. A sua atividade assistencial foca-se nos doentes com patologia endócrina/tiroideia, mama, colorretal, gastroduodenal, hepatobiliopancreática (Conselho de Administração, 2021), inclui também serviços como, reparação de hérnias, varizes, infeção de tecidos moles, pé diabético e politraumatizados, designadamente traumatismo abdominal, torácico e craniano.

O serviço de internamento é composto por 30 camas, das quais fazem parte, 3 quartos de isolamento. A equipa multidisciplinar é constituída pelo Diretor do Serviço, 11 Cirurgiões, 5 internos de cirurgia, 20 Enfermeiros incluindo o Enfermeiro Chefe, 10 Assistentes Operacionais, 1 Assistente Técnica (CHL, 2021). Pode ainda contar com o apoio de Nutricionista, Assistente Social, Consulta de enfermagem de Estomaterapia e Fisioterapia.

Tanto em Portugal, como em todos os países do mundo, toda a atividade de saúde não urgente foi adiada para dar resposta às solicitações impostas pela nova doença, neste contexto, todas as linhas de produção do Serviço de Cirurgia 2 sofreram alterações estruturais, de processos e eventualmente de resultados.

Para recuperação da atividade assistencial não realizada por força da situação epidemiológica provocada pela doença COVID-19, o Conselho de Administração aprovou a 12/08/2020 o regulamento “regime excecional de incentivos recuperação atividade assistencial” (CHL, 2020b) baseado na portaria 171/2020 de 14 de julho (República, 2020), nos termos previstos no Programa de Estabilização Económica e Social. Para o Serviço de Cirurgia 2, a realização de primeiras consultas CTH (Consulta a Tempo e Horas) passíveis de realizar em produção adicional, regime excecional é de 130 consultas tendo em conta o maior grau de incumprimento dos TMRG (Tempo médio de Resposta Garantido), e o número de cirurgias SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) passíveis de realizar em produção adicional seria de 160 cirurgias em regime excecional. Neste regime realizaram-se 8 primeiras consultas e 54 cirurgias.

### 3.4. Modelo proposto e proposições do estudo

O modelo que se apresenta (Figura 3), demonstra a forma como pretendemos abordar as proposições do estudo, de maneira a atingir os objetivos do mesmo.

Para estimar em que medida a Pandemia por COVID-19 e/ou as medidas tomadas para criação de ADR condicionaram o acesso aos serviços de saúde dos doentes do Serviço de Cirurgia 2, formularam-se as seguintes proposições:

P1 – A pandemia influenciou a quantidade de consultas realizadas;

P2 – A pandemia influenciou o perfil habitual do internamento, nomeadamente, na duração do internamento e no número de doentes saídos;

P3 – A pandemia influenciou a quantidade de cirurgias realizadas;

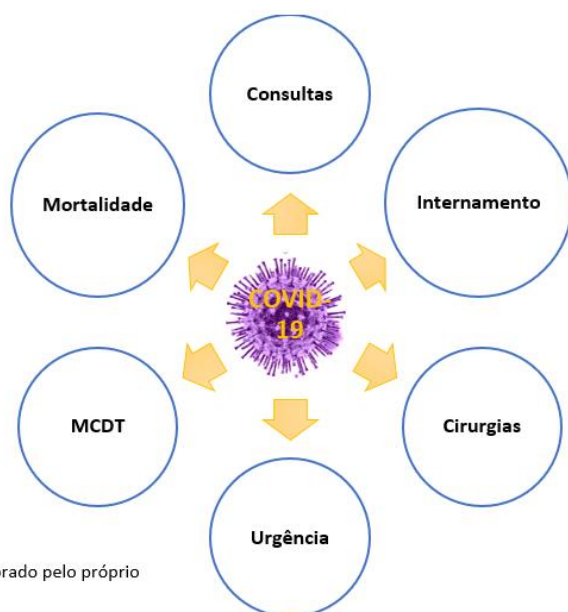
P4 – A pandemia influenciou a ida dos utentes ao Serviço de urgência;

P5 – A pandemia influenciou o número de exames complementares de diagnóstico, particularmente, Ecografias, Tomografias Axiais Computorizadas, Ressonância magnética e Endoscopias;

P6 – A pandemia influenciou a mortalidade no Serviço de Cirurgia 2.

Será com base na resposta a estas proposições que pretendemos concretizar a resposta aos objetivos que pretendemos atingir.

Figura 4 – Modelo das Proposições do Estudo



Fonte: Elaborado pelo próprio

### **3.5. Questão de Investigação**

A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui normalmente uma ou duas variáveis e a população a estudar (Fortin, 2009).

Dada a atualidade do tema em estudo, e a falta de documentação de suporte para a investigação, desde o início da realização desta pesquisa que nos questionamos acerca da percepção dos profissionais sobre o impacto da pandemia por COVID-19 nos cuidados de saúde.

Assim surge a nossa questão de investigação: Qual a percepção e o impacto da COVID-19 no acesso aos serviços de saúde dos doentes, nas diferentes linhas de prestação de cuidados de saúde do Serviço de Cirurgia 2 do Hospital Escola?

### **3.6. População e Amostra**

Esta investigação tem como foco de atenção, um fenómeno que definimos por atividade não realizada (ANR) no Serviço de Cirurgia 2. Esta atividade centra-se na análise da produção de serviços de saúde, designadamente, Consultas, Internamento, Urgência e atividade cirúrgica, sendo que se pretende estimar o número de pessoas que não tiveram acesso a consultas, diagnóstico e a tratamento. Para medir o impacto da pandemia no acesso aos serviços de saúde cirúrgicos e na prestação de cuidados de saúde, incluem-se todos os beneficiários, e potenciais utilizadores do Serviço de Cirurgia 2, numa visão conjunta, abrangidos na área de influência deste Hospital Escola.

### **3.7. Colheita de Dados**

Sendo uma investigação qualiquantitativa, iremos ter dados que são colhidos através de diferentes métodos, na opinião de Vilelas (2020), cada um dos elementos de informação a que se recorre durante uma investigação, e na base dos quais se podem extrair conclusões de relevância em relação ao problema inicial.

A colheita de dados foi iniciada após a autorização do Conselho de Administração para a realização do presente estudo.

Os dados secundários em investigação são registos escritos e processados por outros (Vilelas, 2020), pelo que não será utilizado instrumento de colheita de dados.

Assim, os dados para a análise quantitativa são fornecidos pelo Hospital Escola, Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão (SPIG).

Os dados para a investigação qualitativa foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde que integram as subespecialidades do Serviço de Cirurgia 2.

### 3.7.1. Dados quantitativos

Os dados usados nesta investigação são secundários, isto é, provenientes do Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão (SPIG) do Hospital Escola em estudo. O período temporal selecionado para esta investigação está compreendido entre março de 2017 e fevereiro de 2021, sendo os anos de 2017, 2018 e 2019 o período que serve de comparação para o estudo. O estudo incide no período da Pandemia por COVID-19, que ocorreu entre março de 2020 e final de fevereiro de 2021 no Serviço de Cirurgia 2, nomeadamente, Consultas, internamento, urgência, cirurgias e também na mortalidade do serviço. Deste modo, consideraram-se os seguintes períodos compostos por um ano, não coincidindo com o ano civil:

Período 1 - Compreendido entre 1 de março de 2017 e 28 de fevereiro de 2018

Período 2 – Compreendido entre 1 de março de 2018 e 28 de fevereiro de 2019

Período 3 – Compreendido entre 1 de março de 2019 e 29 de fevereiro de 2020

Período 4 – Compreendido entre 1 de março de 2020 e 28 fevereiro de 2021

A razão que se prende com a escolha destes períodos temporais, é o facto de se conseguir, desta forma, reunir o período mais crítico da Pandemia no período 4, servindo os precedentes para estimar a produção esperada neste período, logo, o nosso foco de atenção é o período 4, uma vez que a atividade assistencial não realizada que pretendemos quantificar, recai neste período de pandemia por COVID-19.

Não obstante, e para estimar a atividade não realizada do serviço, em tempo de pandemia por COVID-19, criamos um indicador designado por “Atividade não realizada” (ANR) que nos mostra quantos procedimentos de saúde não ocorreram. Este valor numérico, calculou-se através da diferença entre a atividade realizada (AR) e a atividade estimada (AE) no período da pandemia, ou seja, no período 4.

Logo:  $ANR = AE - AR$ .

À ANR iremos chamar impacto, que tal como já foi definido anteriormente, trata-se do choque provocado por uma ocorrência grave ou inesperada, que neste caso é a Pandemia por COVID-19.

Os dados provenientes do Hospital de Alcobaça, embora respeitantes ao serviço de cirurgia 2, não estão incluídos por se tratar de uma atividade que não é constante ao longo do tempo.

Aponto ainda, o facto de que os dados originários do atendimento no serviço de urgência, no âmbito da cirurgia geral, estarem agregados, não sendo possível distinguir os que correspondem ao serviço de cirurgia 1 e 2, por este motivo as conclusões serão apresentadas conjuntamente, porém, é de salientar que as características dos serviços são idênticas.

No que toca aos dados obtidos para quantificar o número de MCDT executados, recorreu-se a ficheiros de dados que abrangem todos os pedidos do Hospital Escola, não sendo possível extrair os MCDT apenas do serviço de cirurgia 2, para o nosso estudo foram escolhidos apenas alguns dos exames complementares mais nomeados no serviço de cirurgia 2, designadamente, Ecografias abdómen, Endoscopias alta e baixa, Ressonância magnética, e Tomografias axiais computadorizadas, que apesar desta seleção, são apresentados no global.

No domínio científico, mede-se praticamente tudo, desde os hábitos de vida até às opiniões. A estatística, é a ciência que permite estruturar a informação numérica, de forma a descrever a informação de modo estruturado, com o desígnio de justificar a importância das questões de investigação, e responder às proposições em estudo.

Assim, pretende-se, com este método de investigação, observar e analisar, factos objetivos e fenómenos que existem independentemente do investigador, e, que conduzem a resultados que devem conter o menor enviesamento possível, e tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos (Fortin, 2009).

Esta investigação recorre a uma estatística descritiva comparativa, com propósito de Identificar o impacto da pandemia no acesso ao Serviço da Cirurgia 2, para tal, caracterizar-se-á o antes e o durante a doença COVID-19, de modo a alcançar resposta para os objetivos do estudo.

Para finalizar o desenho desta investigação utilizamos a triangulação metodológica, que para (Vilelas, 2020) consiste na utilização de diferentes métodos combinados, em relação ao mesmo objeto de estudo, ainda nesta linha de pensamento, Fortin (2009), robustece este parecer, afirmando que se trata de uma estratégia essencial, para colocar em comparação

dados obtidos por processos distintos, em que cada componente fornece novos conhecimentos acerca do fenómeno.

### 3.7.2 Dados qualitativos

Para a colheita de dados qualitativa optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, com foco na percepção individual, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, após a qual, surgirá a triangulação dos métodos.

Segundo Vilelas (2020), a entrevista é uma forma específica de interação social, na qual se estabelece um diálogo peculiar, assimétrico entre o investigador e os próprios atores sociais que proporcionam os dados relativos às suas condutas, opiniões, desejos, atitudes e expectativas, os quais pela sua natureza são impossíveis de observar de fora.

Fortin (2009), acrescenta que a entrevista tem o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas. Trata-se de um processo planificado, que serve de complemento ao método quantitativo, tanto para explorar resultados não esperados, como para validar resultados obtidos com outros métodos.

Com o intuito de dar resposta à questão de investigação, a entrevista é composta por uma contextualização do entrevistado acerca do tema, após a qual surgem as questões também precedidas de uma breve introdução, com foco na prestação de cuidados de saúde do serviço, assim, surgem subquestões, com o objetivo de direcionar o entrevistado para o detalhe pretendido. A opção por este tipo de entrevista deve-se ao facto de, desta forma se poder ter acesso a factos e vivências contadas na primeira pessoa.

Para tal, recorre-se a entrevistas semiestruturadas (Vilelas, 2020) que combinam perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a oportunidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema exposto. Para tal, construiu-se um guião conforme Anexo 2, com perguntas direcionadas para a experiência individual dos líderes das subequipas que constituem o Serviço de Cirurgia 2, tendo em conta as linhas de prestação de cuidados de saúde do serviço, designadamente, consultas, internamento, cirurgias, urgência.

As entrevistas semiestruturadas (Apêndice 1) foram aplicadas a um elemento pertencente a cada uma das seis subespecialidades do Serviço de Cirurgia 2. Assim, participaram neste estudo 6 intervenientes (P, n=6) de ambos os sexos, 4 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, médicos do Serviço de Cirurgia 2.

A seleção dos participantes foi feita com base na subespecialidade em que desempenham funções de forma a abranger todas as áreas de prestação de cuidados de saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, onde se procurou conhecer a perceção individual acerca do acesso aos serviços de saúde na cirurgia 2 durante a pandemia.

As entrevistas foram realizadas num período de duas semanas, de acordo com a disponibilidade dos profissionais envolvidos. Realizaram-se no período da manhã, gravadas por áudio, após a obtenção de consentimento informado de cada participante. Tiveram uma duração de aproximadamente 30 minutos e foram realizadas na sala de reuniões do Serviço de Cirurgia 2.

A entrevista realizada para este estudo, integrou questões resultantes da revisão da literatura e pretendeu conhecer, de acordo com a experiência de cada profissional, qual a perceção individual do impacto da pandemia na prestação de cuidados de saúde, quais as mudanças, face aos setores de prestação de cuidados de saúde no Serviço de Cirurgia 2.

Assim, questionou-se relativamente à consulta externa, durante a pandemia, qual a perceção geral acerca do que mudou na procura de consultas relativamente à quantidade de consultas, gravidade das situações, situações de doença avançada e triagem de doentes.

Seguidamente interrogou-se quanto ao internamento, qual a perceção das características dos doentes, quanto à demora média, estado emocional, idade, danos colaterais e estádios da doença.

No que diz respeito às cirurgias, perguntou-se qual a perceção acerca da lista de inscritos para cirurgia, e se foram cumpridos os tempos médios de resposta garantido (TMRG). Questionou-se ainda, se no período pandémico teve necessidade de desmarcar cirurgias e se houve uma revisão da lista de espera/prioridade e atrasos na marcação.

Relativamente ao motivo da procura de cuidados no serviço de urgência, perguntou-se, qual a perceção acerca do padrão e características habituais dos doentes, relativamente a agudo/crónicos, severidade da doença e idade.

Questionou-se ainda, se durante a pandemia houve alteração no acesso aos cuidados de saúde dos doentes a consultas, diagnósticos e tratamentos, e por fim, pediu-se para resumidamente, descrever a perceção sobre o impacto da doença COVID-19 na prestação de cuidados do Serviço de Cirurgia 2.

### **3.8. Procedimentos Formais e Éticos**

A realização desta investigação só foi possível depois da autorização da comissão de ética (Anexo 2), à qual se dirigiu um pedido e posteriormente autorizado também pelo Conselho de Administração (Anexo 1).

### **3.9. Análise e Tratamento de Dados**

Neste ponto analisam-se os dados obtidos através de ambas as metodologias, sendo o primeiro subponto destinado aos dados quantitativos provenientes do SPIG, e o segundo subponto reservado aos dados qualitativos oriundos das entrevistas.

Dados quantitativos – A análise dos dados numéricos foi tratada informaticamente com recurso à ferramenta Excel/Análise de dados/Regressão. Com este método pretende-se estimar a atividade do serviço não realizada, utilizando os três primeiros períodos de tempo para estimar a atividade que seria esperada no quarto período, que é o período pandémico. Posteriormente através da subtração do valor da atividade estimada e a que foi efetivamente realizada será a produção não realizada.

A estimativa dos valores para o período de 1 de março de 2020 a 28 de fevereiro de 2021 foi obtida pelo Modelo de Regressão Linear Simples (MRLS) a partir dos valores verificados nos períodos temporais anteriormente descritos.

#### **3.9.1. Dados quantitativos**

Após a análise dos dados que nos facultaram para a realização desta investigação, iremos caracterizar o fenómeno em estudo, de forma a posteriormente dar resposta às proposições delineadas.

Os dados são apresentados em quadros, nos quais se omite a fonte por se tratar de dados fornecidos pelo SPIG do Hospital Escola em análise, e são respeitantes à prestação de cuidados de saúde realizados no Serviço de Cirurgia 2, excecionalmente os episódios de urgência são quantificados no globo total das Cirurgias 1 e 2, bem como, os MCDT que envolvem todo o hospital. Na última linha dos quadros apresentam-se os dados ajustados pela regressão linear simples (Estimativa MRLS), pois, é esta estimativa que vamos comparar com o observado em cada período temporal.

Esta atividade centra-se nas linhas de prestação de cuidados de saúde, designadamente, Consulta Externa, internamento, Cirurgias, Urgência, diagnósticos e tratamentos, faremos também alusão à mortalidade do serviço.

#### Quadro 1 - Primeiras consultas

<b>CIRURGIA 2</b>	<b>1 de mar 2017 – 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>1ª consulta</b>	3894	4184	4137	3386
<b>Estimativa MRLS</b>	3950	4072	4193	4315

Conforme se pode observar no Quadro 1, no que respeita à primeira consulta, observa-se que no primeiro período foram realizadas 3894 consultas esperando-se 3950. Quanto ao segundo período constata-se que foram efetuadas 4184, enquanto se esperavam 4072 consultas, já no período 3 observa-se que se realizaram 4137 consultas enquanto se esperavam 4193. No período 4 a atividade realizada foi de 3386 consultas quando se esperavam 4315. Assim, no que diz respeito às primeiras consultas o Serviço de Cirurgia 2 apresentou uma ANR = - 929 consultas.

#### Quadro 2 - Segundas consultas

<b>CIRURGIA 2</b>	<b>1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>2ª consulta e subsequentes</b>	4943	5173	5486	5585
<b>Estimativa MRLS</b>	4929	5201	5472	5744

Quanto às segundas consultas e subsequentes, exceto as de pós-operatório através da análise do Quadro 2, constata-se que no período 1 se realizaram 4943, quando se estimaram 4929 consultas, já no segundo período realizaram se 5173 quando se esperava a realização de 5201, quanto ao terceiro período efetuaram-se 5486 consultas, sendo a expectativa de

5472. No quarto período, constata-se que a atividade realizada foi de 5585, quando se estimava que tivessem acontecido 5744 consultas. Deste modo, constatamos que a ANR = - 159 segundas consultas executadas por médicos do Serviço de Cirurgia 2.

### Quadro 3 - Consulta de pós-operatório

<b>CIRURGIA 2</b>	<b>1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>Consulta de pós-operatório</b>	651	886	886	460
<b>Estimativa MRLS</b>	690	808	925	1043

Observando o Quadro 3, apura-se que no primeiro período se realizaram 651 deste tipo de consultas quando se esperava que acontecessem 690. Já no segundo período, realizaram-se 886 consultas enquanto se esperavam 808, quanto ao terceiro período verifica-se que se efetuaram 886, porém esperavam-se 925. Neste contexto, observando o período pandêmico, designado por quarto período, observa-se que a atividade realizada foi de 460 consultas, contudo a estimativa indica que se esperava a concretização de 1043. Averiguamos que a ANR = - 583 consultas de utentes em situação de pós-operatório.

### Quadro 4 – Resultados da totalidade de consultas realizadas

<b>CIRURGIA 2</b>	<b>1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>1ª consulta</b>	3894	4184	4137	3386
<b>2ª consulta</b>	4943	5173	5486	5585
<b>consulta de pós-operatório</b>	651	886	886	460
<b>TOTAL</b>	9488	10243	10509	9431
<b>Estimativas MRLS</b>	9570	10080	10591	11101

De acordo com os valores apresentados no Quadro 4, conclui-se que há um crescendo no total das consultas ao longo dos três períodos que servem de comparação, notando-se uma quebra na época da pandemia. A estimativa assinala que era expectável terem sido realizadas 11101 no quarto período, no entanto, efetivaram-se apenas 9431, o que constitui uma ANR = - 1670 consultas somente do Serviço de Cirurgia 2.

#### Quadro 5 - Faltas à consulta

<b>CIRURGIA 2</b>	<b>1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>Faltas à 1.º Consulta</b>	329	427	304	388
<b>Faltas às seguintes</b>	427	616	636	672
<b>Total</b>	756	1043	940	1060
<b>Estimativa MRLS</b>	821	913	1005	1097

Observando o Quadro 5 verifica-se que as faltas às consultas no primeiro período foram 756, quando se esperava que tivessem faltado 821, no segundo período faltaram 1043 utentes à consulta, estimando-se que tivessem faltado 913 pessoas. No terceiro período observa-se que faltaram 940 pessoas às consultas quando se esperavam 1005, e no quarto período aconteceram 1060 quando se esperava que faltassem 1097. Assim a ANR por motivo de faltas foi de 37 consultas.

#### Quadro 6 - Número de episódios de internamento

<b>CIRURGIA 2</b>	<b>1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>Nº episódios de Internamento</b>	1554	1534	1505	1158
<b>Estimativa MRLS</b>	1555	1585	1552	1580

Observando o Quadro 6, verifica-se que houve 1554 episódios de internamento no primeiro período, quando se esperava que tivesse havido 1555 pessoas internadas. No período 2 constata-se que foram internadas 1534 pessoas, sendo esperados 1585 internamentos. Quanto ao terceiro período, efetuaram-se 1505 internamentos, no entanto esperavam-se 1552. No quarto período, ou seja, durante a pandemia, aconteceram 1158 episódios de internamento, esperando-se que tivessem sido realizados 1580 de episódios de internamento, assim a ANR = - 422 pessoas internadas.

#### Quadro 7- Demora média de internamento em dias

<b>CIRURGIA 2</b>	<b>1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>Demora média internamento (dias)</b>	7,75	7,61	7,79	8,22
<b>Estimativa MRLS</b>	7,70	7,72	7,74	7,76

Observando Quadro 7 no que toca à demora média de internamento em dias verifica-se que no primeiro período os doentes permaneciam internados em média 7,75 dias, esperando-se uma duração de internamento de 7,7 dias. No segundo período apura-se que duração dos internamentos foi de 7,61 dias, porém esperava-se 7,72 dias. Quanto ao terceiro período a duração foi de 7,79 dias de internamento, no entanto esperavam-se 7,74 dias. Já no que alude ao quarto período, a duração de internamento foi de 8,22 dias, contudo esperava-se que a duração média dos internamentos no período pandémico fosse de 7,76, tendo-se verificado um aumento do tempo de permanência em enfermaria de + 0,46 dias por cada utente.

### Quadro 8 - Quantidade de cirurgias

<b>CIRURGIA 2</b>	<b>1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>Nº Cirurgias programadas base</b>	873	853	942	683
<b>Nº Cirurgias programada adicional</b>	68	68	136	141
<b>Cirurgias Urgentes</b>	480	472	501	404
<b>Outras</b>	220	309	46	0
<b>TOTAL</b>	1641	1702	1625	1228
<b>Estimativa MRLS</b>	1085	1381	1677	1973

Após observação do Quadro 8, pode-se verificar que no primeiro período se realizaram 1641 cirurgias, quando se esperavam 1085. Quanto ao segundo período efetuaram-se 1702 cirurgias, estimando-se que fossem realizadas 1381, quanto ao período 3 concretizaram-se 1625 cirurgias, porém esperava-se a realização de 1677. No quarto período executaram-se 1228 cirurgias, no entanto, estimava-se a realização de 1973. Neste campo de ação, a ANR = - 745 cirurgias no geral, tendo em conta as programadas, urgentes e adicionais.

### Quadro 9 - Episódios de urgência

<b>CIRURGIA 1 e 2</b>	<b>1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>Atendimento Serviço Urgência Cirurgia 1 e 2</b>	40947	38263	39046	29817
<b>Estimativa MRLS</b>	40369	39419	38468	37518

Observando o quadro 9 verifica-se que o número de atendimentos efetuados no serviço de urgência, no primeiro período foram 40947, quando se estimava que recorressem a este serviço 40369 utentes. No período seguinte, ou seja, no segundo período, constata-se uma redução para 38263, sendo que se esperavam 39419 atendimentos. O terceiro período mostra que procuraram o serviço de urgência 39046 utentes, todavia, esperavam-se 38468. Já no período da pandemia, no quarto período, verifica-se uma diminuição de doentes que

recorrem ao serviço de urgência 29817, no entanto eram esperados 37518 atendimentos. Observa-se que a ANR = - 7701 episódios de urgência cirúrgica de ambos os serviços de cirurgia geral existentes no hospital.

**Quadro 10 - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica**

Hospital Escola		1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)	1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)	1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)	1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)
Ecografias	Ecografia abdómen superior	7661	7244	7053	6060
	Ecografia pélvica via supra púbica	2984	2953	3138	2359
Endoscopias gastro	Endoscopia alta	3 007	3 103	2 632	2 245
	Colonoscopia total	2 735	2 560	2 378	1 554
Ressonância Magnética	RM do abdómen superior	629	640	813	508
	RM pélvica	378	518	644	393
TAC	TAC abdómen superior	4 895	5 544	6 207	6 179
	TAC pélvica	3983	4586	5164	5419
<b>TOTAL Observado</b>		26272	27148	28029	24717
<b>TOTAL estimado pelo MRLS</b>		26271	27150	28028	28907

No Quadro 10 verifica-se que a quantidade de exames concretizados no primeiro período, foi de 26272, esperando-se a realização de 26271 MCDT, já no segundo período observa-se que se realizaram 27148, quando se esperavam 27150. No que concerne ao terceiro período constatamos que se efetuaram 28029 MCDT, no entanto, foi estimada a realização 28028. Quanto ao quarto período constata-se que foram realizados 24717 exames, porém foi estimada a realização 28907 Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Então constatamos que em todo o Hospital Escola, em termos de MCDT, a ANR = - 4190 exames.

### Quadro 11 - Mortalidade

<b>CIRURGIA 2</b>	<b>1 de mar 2017 - 28 de fev 2018 (Período 1)</b>	<b>1 de mar 2018 - 28 de fev 2019 (Período 2)</b>	<b>1 de mar 2019 - 29 de fev 2020 (Período 3)</b>	<b>1 de mar 2020 - 28 de fev 2021 (Período 4)</b>
<b>Óbitos da Cirurgia 2 no Serviço Urgência</b>	77	97	76	45
<b>Óbitos da Cirurgia 2 no internamento</b>	85	64	58	50
<b>Total</b>	162	161	134	95
<b>Estimativa MRLS</b>	166	152	138	124

Observando o Quadro 11 e no que respeita à mortalidade do serviço de cirurgia 2, pode-se observar que no primeiro período morreram 162 pessoas, no entanto esperava-se que tivessem morrido 166. No segundo período faleceram 161 indivíduos, quando se estimava que tivessem morrido 152. Já no terceiro período verificou-se que morreram 134 pessoas, porém esperava-se que morressem 138. No que diz respeito ao quarto período, observa-se que 95 indivíduos faleceram, quando se esperava que morressem 124 pessoas. Portanto faleceram menos 29 pessoas em ambiente hospitalar do que as esperadas.

#### 3.9.2. Dados qualitativos

A análise dos dados qualitativos desta investigação, assentou no modelo de análise apresentado por Bardin (2016), designadamente a análise de conteúdo, isto é, num conjunto de técnicas de análise de comunicações, é um protótipo marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável às comunicações, utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Esta observação é uma análise linguística de interpretação de significados, que permite uma investigação psicossocial de estereótipos, com inferência de conhecimentos. Analisa o conteúdo de uma investigação através de um conjunto de técnicas de análise de comunicações. Permite a realização do estudo dos significados e dos significantes. É resultante de testes de associações de palavras. Utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos que permitem analisar e descrever o conteúdo das mensagens (Pires, 2019).

Neste estudo foram realizadas entrevistas que posteriormente foram transcritas e examinadas. A análise foi realizada e organizada em conformidade com os três polos cronológicos defendidos por Bardin (2016), nomeadamente a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise consiste na organização propriamente dita, correspondente a um período de intuições, com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais que levam a cabo o plano de análise (Bardin, 2016). Aqui organizaram-se e sistematizaram-se as ideias, foram exploradas as entrevistas realizadas, foi executada uma leitura do documento e definidos os principais domínios.

A exploração do material é a fase de análise propriamente dita, que comporta a aplicação sistemática das decisões tomadas, consistindo essencialmente, em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente enunciadas, sendo a continuação da fase anterior, onde se realiza a codificação da informação.

O tratamento dos resultados consiste no tratamento dos resultados brutos de maneira a serem significativos e válidos, aqui foi realizado o tratamento dos mesmos, estes foram detalhadamente analisados após a realização de uma codificação, para obtenção de resultados para finalização do estudo.

### **3.10. Resultados e Discussão - Quantitativo**

Neste ponto apresentamos os resultados encontrados e sua discussão de forma a dar resposta a cada uma das proposições em estudo.

Relativamente à quantidade de **consultas** (quadros 1, 2, 3 e 4), conclui-se que a ANR = - 1670 do Serviço de Cirurgia 2.

Tendo em conta o programa de incentivos de recuperação da atividade assistencial (CHL, 2020b) foram realizadas 8 primeiras consultas, segundo informação do SPIG, valor que não altera significativamente a ANR do serviço. Este resultado permite-nos afirmar que se verifica a proposição 1, ou seja, a pandemia influenciou a quantidade de consultas realizadas.

Também em Espanha segundo Manso et al referenciados pela OCDE (2020), as consultas externas nos departamentos de oncologia diminuíram 23% entre 9 de março e 13 de abril de 2020 em comparação com o mesmo período em 2019.

Em Portugal, de acordo com o relatório nº5/2020 do Tribunal de Contas (2020), as consultas externas das unidades hospitalares do SNS entre março e maio de 2020 diminuíram cerca de 28% face ao período homólogo do ano anterior. Pelo que, os resultados do nosso estudo estão alinhados com os resultados encontrados na bibliografia consultada.

No respeitante a **faltas às consultas** (quadro 5), no nosso estudo verifica-se que estas apresentam um aumento progressivo, com exceção do 3º período, todavia, no período

pandémico estimaram-se apenas mais 37 faltas do que as ocorridas. Neste contexto devemos ter em conta outras variáveis, tais como, a desmarcação de consultas, e disponibilidade da população motivada pelo confinamento, podendo esta estimativa não representar a quantidade de faltas que haveria se eventualmente durante a pandemia não tivesse havido desmarcação das mesmas e se as pessoas mantivessem a sua atividade laboral.

Não obstante, com o aparecimento e a promoção do recurso às ferramentas digitais assegurou o acesso a e continuidade dos cuidados dos doentes não COVID-19, particularmente como meio de superar a escassez de mão de obra e minimizar as dificuldades dos utentes com mobilidade reduzida, bem como àqueles que receiam contrair o vírus, Richardson et al., (2020), declaram que, evidências demonstram, que as consultas remotas podem ser rentáveis particularmente para cuidados de rotina em pessoas com doenças crónicas e para aqueles que vivem em zonas distantes, sendo seguras, eficazes e alcançam resultados equivalentes para o utente melhorando a satisfação.

Quanto ao **número de episódios de internamento** (quadro 6) constata-se uma diminuição do número de internamentos ao longo de todos os períodos observados, sendo que, o período 4, é o que revela uma redução maior. Durante a pandemia foram internados 1158 doentes, esperando-se que necessitassem de internamento 1580, portanto, conclui-se que aconteceram menos 422 episódios de internamento no Serviço de Cirurgia 2. Perante este resultado, deve ser acutelado que no período pandémico a lotação do internamento do serviço de cirurgia reduziu para metade.

Quanto à **duração do internamento** (quadro 7), conclui-se que a demora média dos doentes em internamento é de 8,22 dias no quarto período em observação, sendo superior aos períodos que empregamos para comparação. Desta forma, conclui-se que, a demora média aumentou face ao estimado. Aumentou, no período da pandemia 0,46 dias.

Estes resultados relativos ao internamento, permitem-nos inferir que se verifica a proposição 2, isto é, a pandemia influenciou o perfil do internamento, designadamente, na duração do internamento e no número de episódios. Os resultados do Hospital Escola em estudo, estão em linha com o estudo de Rocha et al. (2021) realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública em Portugal, com utilização dos dados das admissões hospitalares em Portugal continental de 2008 a 2017, onde concluíram que houve uma redução de 57% de hospitalizações em março e maio de 2020.

O relatório nº5/2020 do (Tribunal de Contas, 2020), indica que relativamente ao número de doentes saídos em maio de 2020 foi inferior em 28% face a 2019 e o número de dias de internamento foi inferior a 23%, pelo que, podemos dizer que os resultados do nosso estudo estão alinhados com os resultados encontrados na bibliografia consultada.

No que se refere à **quantidade de cirurgias realizadas**, houve um declínio significativo no período da pandemia quando comparado com os períodos anteriores. Verifica-se que se realizaram 1228, quando eram esperadas 1973 cirurgias. Conclui-se que foram concretizadas menos 745 cirurgias. Assim, em resposta à proposição 3, a resposta é afirmativa, a pandemia influenciou a quantidade de cirurgias realizadas. Sendo a ANR = - 745 cirurgias. Há ainda a ter em conta, o programa de incentivos de recuperação da atividade assistencial (CHL, 2020b) neste âmbito foram realizadas 54 cirurgias, segundo informação do SPIG, valor que não altera significativamente a ANR no que concerne ao número de cirurgias, o que reforça o nosso resultado. Logo, conclui-se que a pandemia influenciou a quantidade de cirurgias realizadas. Wang et al. (2020) referem que em abril de 2020, houve 38% menos cirurgias de cancro e 96% menos de outras cirurgias de adultos quando comparadas com abril de 2019.

De acordo com o relatório nº5/2020 do tribunal de contas (2020), as intervenções cirúrgicas programadas realizadas entre março e maio de 2020 são inferiores em 58% face ao mesmo período de 2019. As intervenções cirúrgicas urgentes reduziram 17%.

Então podemos dizer que os resultados do nosso estudo no que respeita à quantidade de cirurgias realizadas se encontra na mesma linha da bibliografia consultada.

Quanto ao atendimento no **Serviço de urgência** (quadro 9) podemos concluir que no período da pandemia, acorreram a este serviço menos 7761 doentes, portanto, em resposta à Proposição 4, onde se questiona se a pandemia influenciou a ida dos utentes ao Serviço de urgência, conclui-se que houve influência da pandemia na procura dos cuidados de urgência, quantificando-se em menos 7761 utentes, assim a ANR = - 7761. Este resultado está alinhado com o de Pereira et al. (2020) onde refere que as cirurgias eletivas cessaram completamente no mês de março para os cirurgiões poderem atender as emergências cirúrgicas.

Este resultado vai ao encontro no mencionado pela OCDE (2020), que refere que os episódios de urgência no Reino Unido em março de 2020 foram 29% inferiores ao de março de 2019, na Alemanha a procura dos cuidados de urgência por todas as causas foi 30% menor que no mesmo período do ano anterior.

Apontamos novamente, o facto de que os dados provenientes atendimento no serviço de urgência, no âmbito da cirurgia geral, estão agregados, não sendo possível distinguir os que correspondem ao Serviço de Cirurgia 1 e 2, por este motivo as conclusões serão apresentadas conjuntamente.

Podemos então declarar, que os resultados do nosso estudo alusivo ao serviço de urgência, confirma a proposição 4, e que estes, se encontram alinhados com os resultados encontrados na bibliografia consultada.

Relativamente ao **número de MCDT** (Quadro 10) conclui-se que foram realizados neste Hospital Escola, menos 4190 exames do que os que se esperavam face à comparação com os períodos anteriores à pandemia. Logo, em resposta à proposição 5, conclui-se que a pandemia influenciou o número de MCDT realizados, particularmente, Ecografias, Tomografias Axiais Computorizadas, Ressonância magnética e Endoscopias, tendo-se realizado menos 4190 exames. Salieta-se no que toca aos dados obtidos para quantificar o número de MCDT executados, recorreu-se a ficheiros de dados que abrangem os pedidos de todo o Centro Hospitalar, não sendo possível extrair os MCDT apenas do Serviço de Cirurgia 2.

Dos estudos consultados, Pinto et al. (2020) na sua investigação, referem que foram realizados menos 102 testes moleculares para diagnóstico de cancro, apesar dos exames serem diferentes dos do nosso estudo, em ambos se verifica uma diminuição de MCDT durante a pandemia. Segundo a Associação Nacional Italiana de Oncologia referenciada pela OCDE (2020) estima que foram realizados menos 1,4 milhões de exames de rastreio nos primeiros 5 meses de 2020, em comparação com o mesmo período em 2019.

Chung et al. (2020), verificaram que num grupo de hospitais nos EUA, os números de pacientes submetidos a exames de imagem diminuíram em 39%, de 1,18 pacientes por dia por hospital, passou para 0,72 utentes, comparativamente ao período pré-pandêmico.

O acesso aos cuidados de saúde foi limitado e houve uma redução drástica da atividade endoscópica (Ferreira, 2021). Assim, esta diminuição de exames endoscópicos e imagiológicos, que possibilitam o rastreio e diagnóstico do cancro digestivo, quando não realizados sugerem uma acumulação de diagnósticos tardios com complicações acrescidas, tais como o aumento da morbimortalidade e dos gastos.

Podemos então dizer que os resultados do nosso estudo, referentes aos MCDT estão de acordo com os resultados encontrados na bibliografia consultada.

Relativamente à **mortalidade** (quadro 11) observa-se que existe uma tendência para a redução da mortalidade no serviço, contudo, desde o início da pandemia, esta diminuição é mais marcada. Concluímos que no Serviço de Cirurgia 2 se verificaram menos 29 óbitos, quando comparado com os períodos de referência. Em resposta à proposição 6, e de acordo com os dados, a pandemia não influenciou a mortalidade do Serviço de Cirurgia 2.

De referir que de acordo com os nossos dados a mortalidade diminuiu no Serviço de Cirurgia 2, no entanto, um estudo de Vieira et al. (2020) aponta para efeitos colaterais a esta pandemia, com registos de mortalidade, acima dos valores esperados, sem incluir as mortes causadas pelo COVID-19, estimaram que entre 16 de março e 16 de outubro de 2020, houve um excedente de 6330 mortes por causas naturais, cerca de 12% a mais do que o esperado.

Deste modo, os resultados do nosso estudo, no que diz respeito à mortalidade no serviço diverge dos resultados encontrados na bibliografia consultada, contudo, entenda-se que a mortalidade foi apenas quantificada no serviço de urgência e no internamento, não abrangendo os doentes cirúrgicos que eventualmente terão falecido noutras circunstâncias, tal como no seu domicílio devido ao confinamento.

### **3.11. Apresentação de Resultados Qualitativos**

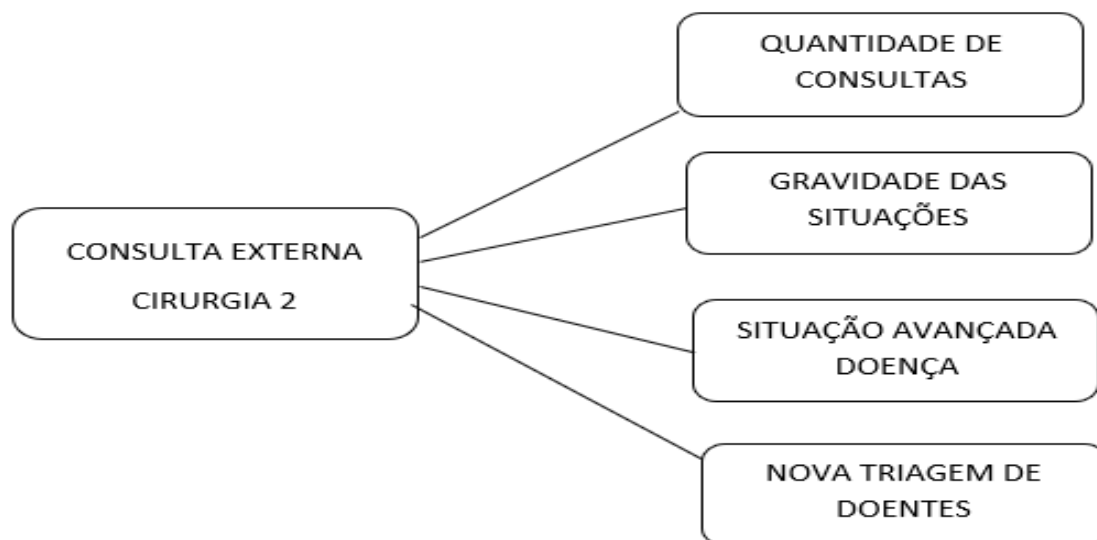
Através da análise das seis entrevistas realizadas, foram identificados 7 temas e 21 subtemas que serão de seguida apresentados e descritos de forma detalhada. Assim, apresenta-se a perceção dos entrevistados quanto à prestação de cuidados de saúde nas várias linhas de atividade assistencial do Serviço de Cirurgia 2.

Para uma melhor compreensão dos resultados estes serão apresentados esquematizados, oculta-se a fonte por se tratar de uma esquematização elaborada pelo próprio.

#### Consulta Externa

Inicialmente os participantes foram questionados acerca da perceção das alterações na Consulta Externa de Cirurgia 2 durante a pandemia.

**Figura 5 - Tema e subtemas relativos à percepção das alterações na consulta externa**



**Consulta externa**, este tema foi definido por ser uma das grandes áreas de prestação de cuidados de saúde do Serviço de Cirurgia 2, dentro deste, surge o subtema **Quantidade de consultas**, em relação à descrição da percepção de cada um dos participantes quanto à quantidade de consultas de Cirurgia 2 realizadas neste Hospital Escola durante a pandemia, os participantes responderam: “Nitidamente menos procura” (P1); “Diminuíram” (P2); “Menor” (P3); “As primeiras consultas pararam durante dois meses, só foram feitas segundas consultas por telefone” (P4); “A 1ª e as segundas consultas mantiveram-se, mas com mais doentes a faltar.” (P5); “As consultas são as mesmas, contudo encontram-se menos neoplasias e houve muitas faltas às consultas.” (P6).

O segundo subtema refere-se à **Gravidade das situações**, onde os participantes referem a sua percepção acerca da gravidade das situações que lhes apareceram durante a pandemia na consulta externa. Neste subtema responderam: “Situações mais graves na consulta” (P1); “Situações mais graves” (P2); “Idêntica” (P3); “Mais ou menos igual” (P4); “Manteve-se.” (P5); “Mais grave.” (P6).

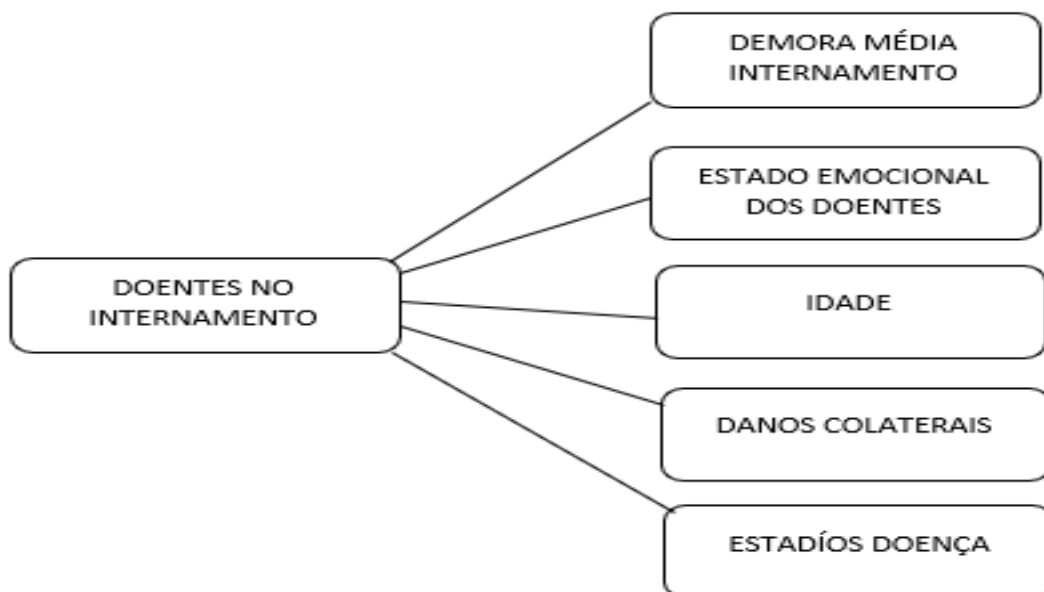
No subtema **Situações de doença avançada**, os participantes dão a opinião acerca da sua percepção quanto ao aparecimento em consulta externa de situações de doença avançada, face à realidade antes da pandemia. Aqui os participantes responderam: “Situações de doença mais avançada” (P1); “Mais adiantada” (P2); “Idêntica” (P3); “Mantem-se” (P4); “Sem alterações.” (P5); “Doentes em estados mais avançados.” (P6).

Quanto ao subtema **Triagem de doentes**, questionou-se se houve nova triagem de doentes, ou se cumpriu a ordem já estipulada pelo médico que referenciou o doente. Os participantes responderam: “Não houve nova triagem” (P1); “Houve uma segunda triagem” (P2); “Sim, foi reavaliada a prioridade de consulta” (P3); “Sim, e operaram-se todos os oncológicos” (P4); “Manteve-se a ordem estipulada pelo médico.” (P5); “Sim, os oncológicos são sempre vistos” (P6).

### Internamento

De seguida questionaram-se os participantes acerca da perceção do estado dos doentes internados durante a pandemia.

**Figura 6 - Tema e subtemas relativos à perceção dos doentes no internamento**



O tema dos **Doentes no internamento** surgiu como forma de retratar algumas características dos doentes internados no Serviço de Cirurgia 2. Assim, no subtema **Demora média de internamento**, os participantes relatam a sua perceção da demora média dos doentes internados durante a pandemia, ao que responderam: “Houve um aumento da demora média, houve aumento de casos sociais” (P1); “Doentes internados mais tempo” (P2); “Maior” (P3); “Igual” (P4); “Aumentou.” (P5); “Houve aumento.” (P6).

No subtema **Estado emocional dos doentes**, onde se pretendia perceber, na generalidade, a perceção que se tem do estado emocional dos doentes internados, ao que os participantes responderam: “Sem diferença” (P1); “Mais abalados” (P2); “Mais grave” (P3);

Igual” (P4); “Mais tristes pela falta de visitas.” (P5); “Mais debilitados emocionalmente, mais ansiosos, têm medo do contágio e não têm visitas.” (P6).

Relativamente ao subtema **Idade**, onde se pretendia conhecer a percepção acerca da idade dos doentes internados durante a pandemia, os participantes responderam: “Sem diferença” (P1); “Sem alterações” (P2); “Idêntica” (P3); “Igual” (P4); “Mantém.” (P5); “Igual.” (P6).

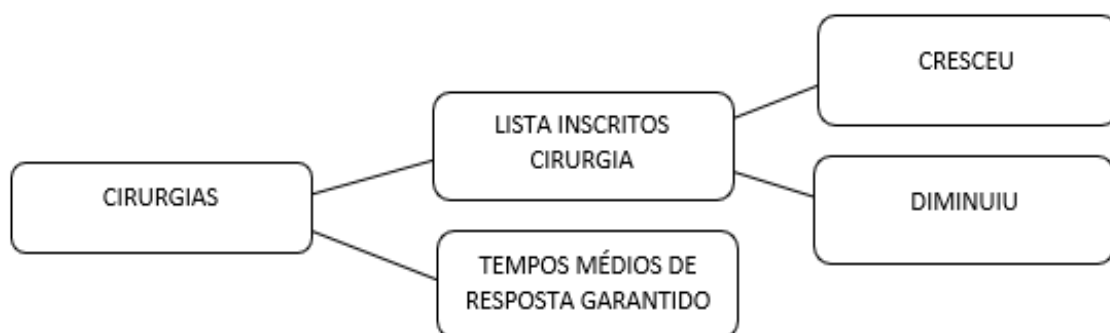
No subtema, **Danos colaterais**, a percepção dos intervenientes relativamente aos danos colaterais durante o período de pandemia, em que os participantes responderam: “Danos sim, importantes não tenho noção, mas deve haver, eles vão aparecer” (P1); “Sim por falta de diagnóstico” (P2); “Atrasos de diagnóstico” (P3); “Apenas atraso na patologia benigna” (P4); “Não.” (P5); “Operaram-se todos os referenciados, os benignos foram adiados.” (P6).

Relativamente ao subtema **Estádios de doença**, onde se pretendia conhecer a percepção acerca estádios de doença que os doentes apresentam na chegada ao internamento, os participantes responderam: “Estamos agora a encontrar situações muito avançadas” (P1); “Igual” (P2); “Mais grave” (P3); “Igual” (P4); “Não sofreu alterações.” (P5); “Estados mais avançados.” (P6).

## Cirurgias

Relativamente às cirurgias questionou-se os participantes quanto à percepção acerca das listas de espera e tempos médios de resposta garantidos.

**Figura 7 - Temas e subtemas referentes a situação das cirurgias**



Quanto ao tema **Cirurgias**, este surgiu como forma de conhecer a percepção acerca da lista de inscritos para cirurgia (LIC) e tempos médios de resposta garantida (TMRG). Portanto, no subtema LIC, os participantes referem a sua percepção acerca do comportamento da lista

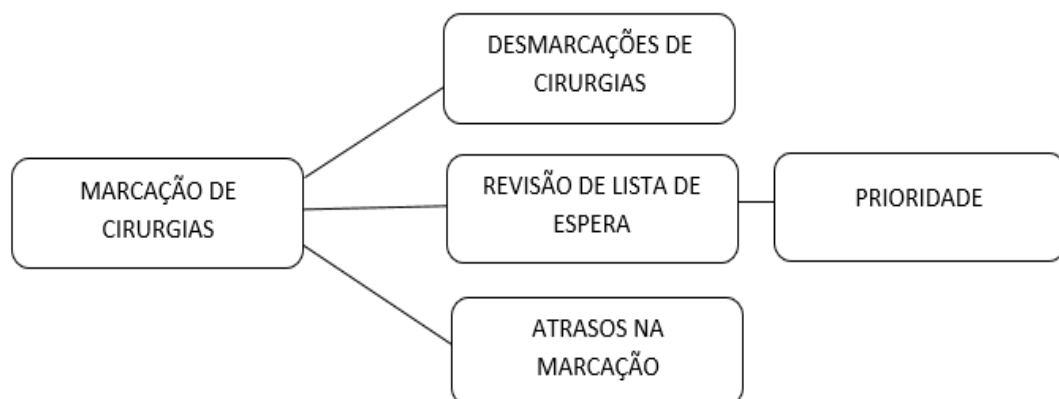
de espera após os períodos mais críticos da pandemia, respondendo os participantes: “Aumentou” (P1); “Aumentou porque houve recusas no período crítico” (P2); “A LIC cresceu” (P3); “Cresceu, porque houve 2 meses sem operar programados, no entanto os oncológicos diminuíram, foram todos operados” (P4); “Manteve-se.” (P5); “Cresceu, a benigna.” (P6).

No subtema **Tempo médio de resposta garantido**, os participantes transmitem a sua percepção relativamente ao cumprimento do TMRG após os períodos críticos da pandemia, ao que os participantes responderam: “Só nos muito prioritários” (P1); “Não se conseguiu” (P2); “Não, como usualmente” (P3); “Nos não prioritários, mas na cirurgia benigna aumentou a lista.” (P4); “Sim, através do SIGIC e ambulatório.” (P5); “Sim.” (P6).

### Marcação de cirurgias

Quanto à marcação de cirurgias questionou-se a percepção acerca do processo de marcação de cirurgias durante a pandemia.

**Figura 8 - Tema e subtemas relativos à marcação das cirurgias**



Relativamente ao tema **Marcação de cirurgias**, este surgiu para percebermos a percepção dos participantes quanto ao desenvolvimento da marcação das cirurgias durante a pandemia. Logo, no subtema **Desmarcação de cirurgias**, os participantes relatam a sua percepção acerca das desmarcações das cirurgias durante a pandemia, respondendo: “Sim, só as que estavam marcadas quando a pandemia surgiu” (P1); “Nem foram marcadas” (P2); “Não” (P3); “Só da patologia benigna” (P4); “*Sim.*” (P5); “Sim.” (P6).

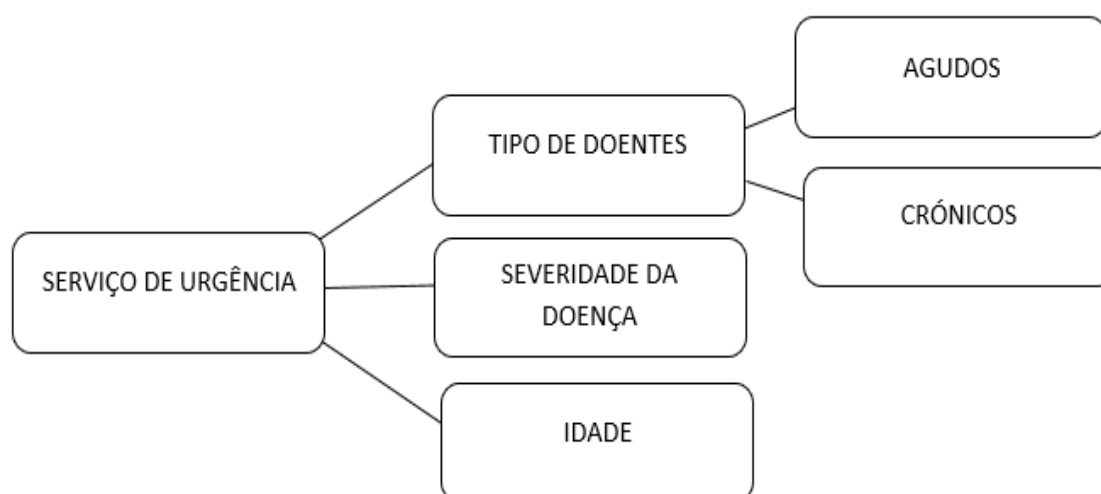
No subtema **Revisão de lista de espera**, os participantes revelam se foi efetuada uma revisão de lista de espera para marcações de acordo com a prioridade, respondendo: “Não, foi cumprida a ordem do Centro de Saúde.” (P1); “Sim” (P2); “Sim” (P3); “Só oncológicos” (P4); “P5: Sim.” (P5); “Sim, alterou-se a ordem de prioridade” (P6).

Analogamente no subtema **Atrasos na marcação**, os participantes divulgam se houve atrasos na marcação de cirurgias, respondendo: “Estivemos parados demasiado tempo, houve atrasos” (P1); “Sim” (P2); “Sim” (P3); “Sim, na patologia benigna” (P4); “Sim.” (P5); “sim” (P6).

### Serviço de Urgência

Relativamente ao serviço de urgência questionou-se acerca do tipo de doentes que recorriam ao serviço durante a pandemia.

**Figura 9 - Tema e subtemas referentes ao serviço de urgência**



Relativamente ao tema **Serviço de urgência**, este surgiu pela necessidade de conhecer se houve alterações das características dos doentes que procuraram cuidados de saúde no serviço de urgência durante a pandemia. Pelo que, no subtema **Tipo de doentes**, pretende-se conhecer a perceção dos entrevistados acerca das características dos doentes mais frequentes durante a pandemia, se eram mais agudos ou crónicas, ao que responderam: “Talvez mais agudos” (P1); “Mais agudos, com abscessos, seromas infetados” (P2); “Mais

agudos” (P3); “Deixaram de vir à urgência, vinham só os que tinham sintomatologia associada a doença” (P4); “Mais crônicos agudizados.” (P5); “Mais agudos.” (P6).

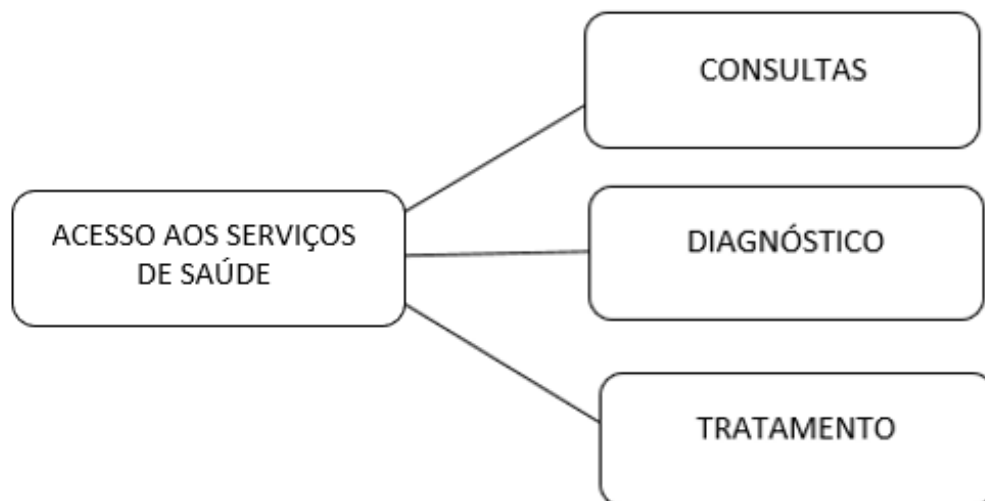
No subtema **Severidade da doença**, os participantes relatam a percepção acerca da severidade dos doentes que procuraram cuidados de saúde de urgência durante a pandemia, ao que os participantes responderam: “Não sei dizer” (P1); “Aumentou” (P2); “Maior” (P3); “Mantém-se.” (P4); “Mais graves, crônicos agudizados.” (P5); “Mais graves.” (P6).

Quanto ao subtema **Idade**, pretende-se conhecer se houve alterações na idade dos doentes que recorreram aos cuidados de saúde de urgência durante a pandemia, ao que os participantes responderam: “Sem alterações, aparecem muitos jovens.” (P1); “Sem alterações” (P2); “Aparentemente mais idosos” (P3); “Jovens ou de 60/70 anos” (P4); “Mais velhos, os mais novos não vinham tanto.” (P5); “Mais velhos e agudizados.” (P6).

#### Acesso aos serviços de saúde

Relativamente ao acesso aos serviços de saúde durante a pandemia questionou-se os participantes acerca da sua percepção.

**Figura 10 - Temas e subtemas referentes ao acesso aos serviços de saúde**



Quanto ao tema **Acesso aos serviços de saúde** pretende-se conhecer a percepção dos entrevistados relativamente às alterações mais frequentes que ocorreram durante a pandemia. Pelo que, no subtema **Consultas**, os participantes relatam se segundo a sua percepção houve alterações no acesso às consultas durante a pandemia, respondendo: “Sem dúvida, sim” (P1); “Sim” (P2); “Sim” (P3); “Sim” (P4); “Sim” (P5); “Sim” (P6).

No subtema **Diagnóstico**, os participantes relatam se segundo a sua percepção houve alterações no acesso às consultas durante a pandemia, respondendo: “Sem dúvida, sim” (P1); “Sim” (P2); “Sim” (P3); “sim” (P4); “Sim.” (P5); “Sim” (P6).

Relativamente ao subtema **Tratamento** os participantes mencionam que segundo a sua percepção houve alterações no acesso aos tratamentos durante a pandemia, respondendo: “Sem dúvida, sim” (P1); “Sim” (P2); “Sim” (P3); “Sim” (P4); “Sim” (P5); “Sim” (P6).

### Impacto do COVID-19

Para finalizar questionou-se os participantes acerca da percepção do impacto do COVID-19 no Serviço de Cirurgia 2.

**Figura 11 - Tema e subtema relativo ao impacto do COVID-19**



Relativamente ao tema **Impacto do COVID-19** pretende-se conhecer a percepção das suas implicações na prestação de cuidados de saúde. Assim no subtema Serviço de Cirurgia 2, os participantes referem se segundo a sua percepção houve ou não impacto da pandemia no Serviço de Cirurgia 2, respondendo:

“Sim, teve impacto, reduzimos o internamento para metade e houve menos procura de cuidados” (P1); “Atrasos nas consultas, agravamento da doença, recusa de tratamento por medo da infeção por COVID-19, situações muito mais avançadas por falta de rastreio de diagnóstico” (P2); “Menor número de tempos operatórios, necessidade de maior tempo de internamento e menos números de consultas” (P3); “Atrasou toda a atividade” (P4); “Evitavam-se os contactos pessoais, a dinâmica manteve-se, mas mais demorado e cansativo. A comunicação mais difícil.” (P5); “Redução do número de doentes com neoplasias, falta de diagnóstico e falta de acesso aos cuidados de saúde primários e consulta.” (P6).

### 3.12. Discussão de Dados Qualitativos

Com esta investigação pretendeu-se identificar o impacto da pandemia na produção e perceção dos cuidados de saúde no Serviço de Cirurgia 2 deste Hospital Escola. Para tal, apresenta-se a discussão dos resultados das entrevistas do estudo e para melhor compreensão, expor-se-á um quadro que espelha a subespecialidade a que pertence cada um dos participantes, pois o Serviço de Cirurgia 2 engloba seis subespecialidades e como dito anteriormente, para a realização deste estudo efetuaram-se seis entrevistas, a um elemento pertencente a cada uma das seis subespecialidades.

**Quadro 12- Apresentação dos participantes por subespecialidade**

Participantes	Subespecialidade
Participante 1	Hepatobiliopancreática
Participante 2	Cirurgia da mama
Participante 3	Gastroduodenal
Participante 4	Endócrina
Participante 5	Cirurgia geral benigna
Participante 6	Colorretal

Fonte: Elaborado pelo próprio

A opção qualitativa teve como objetivo conhecer a perceção dos participantes acerca do impacto da pandemia por COVID-19 nas diferentes áreas de prestação de cuidados de saúde do Serviço de Cirurgia 2 do Hospital Escola, explorando a vivência de cada um, relativamente à consulta externa, internamento, cirurgias, marcação de cirurgias, acesso aos serviços de saúde e urgência.

Pretendeu-se analisar a perceção que cada interveniente tem da consulta externa durante a pandemia, relativamente à quantidade de consultas, gravidade das situações, situação avançada de doença e nova triagem de doentes.

Através da análise das entrevistas foi possível verificar que, quanto à quantidade de consultas, a maioria dos participantes mencionam que houve menos consultas, no entanto, é

de salientar que relativamente à endócrina, as primeiras consultas foram canceladas, mas mantiveram-se as segundas por telefone. No que concerne à cirurgia geral benigna e colorretal mantiveram-se as consultas, mas com muitos doentes a faltar. Segundo informação do Serviço de Informação e Planeamento para a Gestão (SPIG) no ano de 2020, face ao ano de 2019, a consulta externa aumentou a sua produção em 3,8%.

Relativamente à gravidade das situações a perceção de metade dos participantes é que aumentou, a outra metade refere que se manteve. É de destacar, que aumentou a gravidade dos doentes da hepatobiliopancreática, cirurgia da mama e colorretal, nas outras subespecialidades, a perceção da gravidade das situações manteve-se (gastroduodenal, endócrina e cirurgia geral).

Também quanto à situação avançada de doença, metade dos participantes mencionam que apareceram situações mais avançadas de doença, isto é, na hepatobiliopancreática, cirurgia da mama e colorretal, já a outra metade refere que se manteve, que são os pertencentes às subespecialidades gastroduodenal, endócrina e cirurgia geral.

Pereira et al. (2020) no seu estudo realizado num hospital de Nova Iorque menciona que a população é marcada por um grande número de doenças cirúrgicas complicadas, decorrentes da falta de acesso a cuidados adequados e têm alto índice de comorbilidades.

Quanto a uma nova triagem de doentes, a maioria dos participantes refere que houve uma nova triagem dos doentes para a consulta (cirurgia da mama, gastroduodenal, endócrina e colorretal), e os participantes pertencentes à subespecialidade da hepatobiliopancreática e cirurgia geral referem que não houve necessidade de nova triagem. Lourenço (2020), refere que os rastreios do cancro colorretal feitos por endoscopia desapareceram.

No que se refere ao internamento, relativamente à demora média de internamento, a maioria dos entrevistados referiu que, aumentou durante a pandemia, apenas o participante da endócrina opina que se manteve. Quanto ao estado emocional dos doentes, a maioria expõe que houve alteração, os doentes estavam mais tristes, abalados, mais debilitados emocionalmente, apenas dois participantes mencionam que o estado emocional era o mesmo (hepatobiliopancreática e endócrina). No que concerne à idade dos doentes internados, todos os participantes das diferentes subespecialidades referiram que se manteve igual, também no que respeita aos danos colaterais, a generalidade dos intervenientes refere que existem danos, nomeadamente, provenientes da falta ou retardamento de diagnóstico, ou oriundos da falta de tratamento, apenas um participante alude que não houve danos colaterais, o pertencente à cirurgia geral benigna. Quanto aos estadios de doença, metade dos participantes expõe que é igual (cirurgia da mama, endócrina e cirurgia geral benigna), a outra

metade menciona que encontraram doentes em estadios muito avançados de doença (hepatobiliopancreática, gastroduodenal e colorretal).

Vieira et al. (2021), referem que os efeitos colaterais a esta pandemia, levam a registos de mortalidade, acima dos valores esperados, sem incluir as mortes causadas pela COVID-19.

No que diz respeito às cirurgias, e à LIC, a perceção da maioria dos entrevistados é que esta lista aumentou, porque houve recusas no período crítico, dois meses sem operar programados, no entanto, a lista dos oncológicos diminuiu porque foram todos operados (Endócrina). Apenas um dos participantes (subespecialidade cirurgia geral benigna) refere que a LIC se manteve. Já os TMRG, a maioria dos participantes responderam que foram cumpridos os tempos médios de resposta garantido, mas apenas e só, nos doentes muito prioritários (hepatobiliopancreática e endócrina), o entrevistado pertencente à cirurgia geral benigna menciona que se cumpriu, mas através do SIGIC e ambulatório, dois dos participantes responderam que não se conseguiu cumprir (mama e gastroduodenal. Segundo Melo (2020) em Portugal a capacidade cirúrgica do SNS ficou comprometida com as medidas adotadas.

Em Itália, Casella et al. (2020), no seu estudo mostraram que houve interrupção completa das cirurgias de lesões benignas e procedimentos reconstrutores secundários, atualmente os tempos de espera para estes procedimentos são maiores.

O relatório nº5/2020 do tribunal de contas expõe que, a atividade cirúrgica programada sofreu uma quebra significativa nos meses de março e maio de 2020 face aos períodos homólogos dos anos anteriores. O número de novas inscrições para cirurgia entre março e maio de 2020, representou apenas 42% das novas inscrições. Quanto aos TMRG o mesmo relatório, menciona que houve alguma deterioração do cumprimento do TMRG, no entanto manteve-se próximo dos valores registados nos anos anteriores, verificou-se ainda uma melhoria no cumprimento dos TRMG nas prioridades mais elevadas, repercussão do aumento do foco na prestação de cuidados de saúde nestes doentes, face aos menos urgentes.

Relativamente ao tema marcação de cirurgias, no referente à desmarcação das mesmas a maioria dos entrevistados responde que houve desmarcação de cirurgias (hepatobiliopancreática, endócrina, cirurgia geral benigna e colorretal), mencionando também que, só se desmarcaram as que estavam marcadas quando a pandemia surgiu. Um participante respondeu que nem foram marcadas (cirurgia mamária) e outro refere que não foram desmarcadas (gastroduodenal).

No que diz respeito à revisão da lista de espera (prioridade) a maioria respondeu que a lista foi inspecionada, na patologia endócrina só a lista de oncológicos foi revista, apenas um participante respondeu que não foi revista, pois a mesma já contemplava as grandes prioridades (hepatobiliopancreática). Quanto aos atrasos na marcação das cirurgias, todos os entrevistados responderam que houve atrasos de marcação. Melo et al. (2020) referem que durante a pandemia houve casos em que o adiamento das cirurgias não comprometeu a sobrevivência, mas noutros, a protelação tem um impacto significativo, principalmente no caso da patologia oncológica, todavia, é de salientar que no serviço de cirurgia 2, em todos os doentes oncológicos diagnosticados, não houve desmarcações de cirurgias.

Zaniboni et al. (2020), no seu estudo referem que só quando o tratamento tem um papel potencialmente curativo é que não deve ser adiado. Neste contexto muito se discute, todavia, a American Cancer Society (2018), defende que muitos tipos de cancro apresentam morbidade e mortalidade bastante elevados, e o adiamento dos diagnósticos e tratamentos tem implicações prognósticas importantes. Por outro lado, vários aspetos contribuem para o enquadramento dos doentes oncológicos num grupo de maior vulnerabilidade Kawahara et al. (2020), consideram que é importante que toda a estratégia seja debatida com o doente e família de forma a encontrar o equilíbrio entre o risco e benefício.

O relatório do Tribunal de Contas (2020), indica que o menor número de novas referências para cuidados cirúrgicos levou à diminuição do número de doentes inscritos a aguardar cirurgia (menos 4% de inscritos).

Quanto ao tema serviço de urgência, no que respeita ao tipo de doentes (agudos/crónicos) todos os entrevistados têm a perceção de que há mais doentes agudos, um participante especificou com abscessos e seromas infetados (cirurgia da mama), outro menciona que as pessoas deixaram de vir à urgência, vinham só aqueles que tinham sintomatologia associada à doença (endócrina) e outro interveniente alude que há mais crónicos agudizados (cirurgia geral benigna). No subtema severidade da doença, a maioria referiu que aumentou, aparecem casos mais graves, na endócrina mantém-se, e um dos participantes refere que não sabe dizer (hepatobiliopancreática). Observando o subtema idade, a maioria referenciou que vem mais à urgência os mais velhos, outro relatou que são os jovens ou utentes de 60/70 anos (endócrina) e os outros dois contam que, não houve alterações (hepatobiliopancreática e cirurgia da mama).

Ainda relativamente ao Serviço de Urgência, Santana et al. (2020), concluem no seu estudo, que após o primeiro mês de pandemia houve um decréscimo significativo na procura de cuidados de urgência, os autores mencionam ainda que a sua investigação se encontra alinhada com a literatura de outros estudos similares.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde nomeadamente, consultas, diagnóstico e tratamento todos indicaram que houve alterações na procura durante a pandemia, indo ao encontro da opinião da OCDE (2020), referenciando que os doentes agudos e crónicos, têm enfrentado perturbações no acesso aos serviços de saúde essenciais, sendo os mais relevantes, diagnósticos tardios, cuidados não atendidos e impedimento de continuidade de cuidados, cooperando para piores resultados em saúde, agora e no futuro. Ainda nesta linha a OCDE (2020), explica que nos Países Baixos os diagnósticos de cancro mostram uma diminuição notável, no Reino Unido os encaminhamentos urgentes dos cuidados de saúde primários para pessoas com suspeita de cancro diminuíram 76%, e em França o número de diagnósticos de cancro diminuiu de 35-50% em abril de 2020 em comparação com abril 2019.

Também num estudo realizado na Turquia, Koca et al. (2021) esclarece que o contexto da pandemia levou a atrasos no diagnóstico do cancro da mama e que os rastreios devem ser assegurados.

Relativamente ao impacto da doença COVID-19 no Serviço de Cirurgia 2, todos os participantes contaram que a COVID-19 teve impacto, contudo as opiniões são diversas. Assim, um dos participantes indicou que houve redução para metade do número de camas destinadas ao internamento e menos procura dos cuidados de saúde (hepatobiliopancreática); outro entrevistado indica que houve atrasos nas consultas, agravamento da doença, recusa de tratamento por medo da infeção por COVID-19, situações de doença muito mais avançadas por falta de rastreio de diagnóstico (cirurgia da mama); outro interveniente diz ter havido menor número de tempos operatórios, necessidade de maior tempo de internamento e menos consultas (gastroduodenal); um dos participantes explica que atrasou toda a prestação de cuidados de saúde (endócrina); outro respondeu que se evitavam os contactos pessoais, a dinâmica manteve-se, mas os procedimentos tornaram-se mais demorados e cansativos, comunicação mais difícil (cirurgia geral benigna); foi ainda apontada, a redução do número de doentes com neoplasias, por falta de diagnóstico e falta de acesso aos cuidados de saúde primários e consulta (colorretal).

Kaufman et al. (2020), no seu estudo realizado nos EUA constatam que o atraso no diagnóstico do cancro durante a COVID-19 levará ao aparecimento de estadios mais avançados e a resultados piores, consideram urgente criar um plano para lidar com as consequências do atraso do diagnóstico. Relativamente às neoplasias, Morais et al. (2021) citam no seu estudo, que nos primeiros meses da pandemia por COVID-19 houve mudanças no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de cancro, o que inevitavelmente terá impacto no prognóstico dos doentes com cancro.

No concernente ao cancro da mama Joshi et al. (2020), referem que o impacto da pandemia é desconhecido e só será evidente com o tempo.

O relatório nº5/2020 do tribunal de contas menciona que a redução da quantidade de consultas teve como consequência a não identificação das necessidades cirúrgicas.

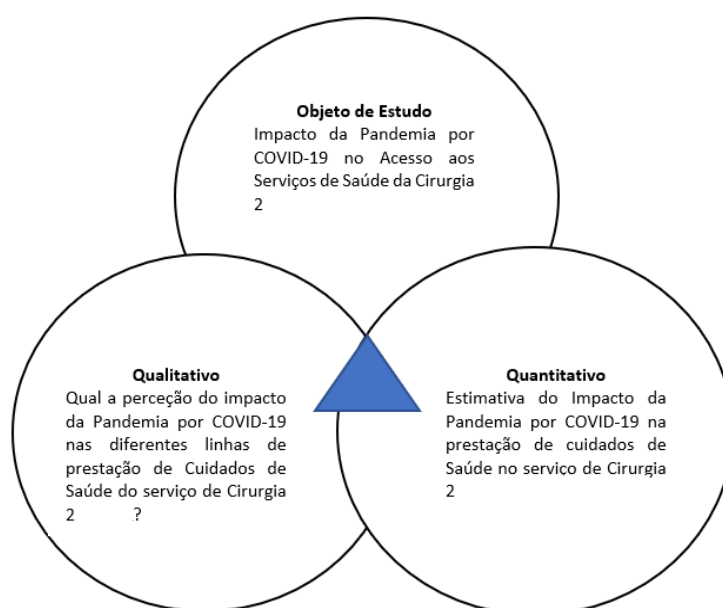
### 3.13. Triangulação

A triangulação é um método de verificação de dados, serve-se de várias fontes de informação, de vários métodos de recolha de dados ou de diversos investigadores no mesmo estudo. Pode ainda utilizar, múltiplos métodos para a recolha e análise dos dados de um fenómeno, de modo que haja convergência de uma representação precisa da realidade (Vilelas, 2020).

Entre os vários tipos de triangulação, neste estudo optou-se pela triangulação metodológica e intermétodos assim nomeados por Vilelas (2020), pois, foram usados dois métodos distintos para recolha de dados, criando um ponto de articulação entre os conhecimentos originários de cada uma das metodologias escolhidas, pretende-se com esta abordagem fornecer um índice de validade convergente – qualitoquantitativo

De seguida, apresenta-se a matriz da triangulação entre métodos.

**Figura 12- Matriz de triangulação de métodos entre métodos**



Fonte: Elaborado pelo próprio

De acordo com a matriz de triangulação e após análise dos resultados optou-se por apresentar os mesmos no seguinte quadro, para uma melhor visualização e percepção.

**Quadro 13 - Triangulação entre métodos na atividade assistencial**

Metodologia quantitativa					
Consultas	Internamento	Cirurgias	Urgência	MCDT	Mortalidade
- 1ª diminuíram, menos 929 consultas; - 2ª diminuíam, menos 159; - Pós-operatório diminuíram, menos 583.	- Diminuiu o nº de doentes internados, menos 422 doentes; - Demora média aumentou 0,46 dias.	- Diminuíram; - Estima-se que se realizaram menos 745 cirurgias.	- Diminuíram idas urgência; - Menos 7701 utentes (cirurgia 1 e 2).	- Diminuíram - Menos 4190 no Hospital Escola.	- Diminuiu; - Menos 29 falecidos.
Metodologia qualitativa					
Subespecialidades- Hepatobiliopancreática, Cirurgia da mama, Gastroduodenal, Endócrina, Cirurgia geral benigna, Colorretal					
Consultas	Internamento	Cirurgias	Urgência	Acesso aos serviços Saúde	Impacto do Covid-19
<p><u>Quantidade de consultas:</u> - <b>Menos consultas;</b> - Endócrina, 2ª consultas por telefone; - Cirurgia geral benigna e colorretal mantiveram-se as consultas, mas com muitos <b>doentes a faltar.</b></p> <p><u>Gravidade das situações:</u> - Metade diz que <b>aumentou</b> (hepatobiliopancreática, cirurgia da mama e colorretal); - Metade refere que se <b>manteve</b> (gastroduodenal, endócrina e</p>	<p><u>Demora média internamento:</u> - Maioria referiu que <b>aumentou</b> - Manteve na Endócrina.</p> <p><u>Estado emocional dos doentes:</u> - Maioria refere que <b>houve alteração</b>, os doentes estavam mais tristes, abalados, mais debilitados emocionalmente; - Manteve-se (hepatobiliopancreática e endócrina).</p> <p><u>Idade:</u></p>	<p><u>LIC:</u> - Maioria refere que <b>aumentou</b>, porque houve recusas no período crítico, dois meses sem operar programados; - Diminuiu nos oncológicos porque foram todos operados (Endócrina). - Manteve-se na cirurgia geral benigna.</p> <p><u>TMRG:</u> - Maioria refere que foram <b>cumpridos os tempos médios de resposta garantido</b>, nos muito prioritários (hepatobiliopancreática e endócrina) e na</p>	<p><u>Tipo de doentes (agudos/crónicos):</u> - <b>Doentes mais agudos.</b></p> <p><u>Severidade da doença:</u> - Maioria referiu que <b>aumentou, casos mais graves</b>, - Endócrina mantém-se; - hepatobiliopancreática não sabe.</p> <p><u>Idade:</u> - Maioria referiu <b>mais velhos</b>; - Endócrina jovens ou de 60/70 anos; - hepatobiliopancreática e cirurgia da mama referem que não houve alterações.</p>	<p><u>Consultas, diagnóstico, tratamento:</u> - <b>Houve alterações</b> no acesso durante a pandemia.</p>	<p><u>hepatobiliopancreática:</u> - <b>Redução do internamento</b> para metade e <b>menos procura dos cuidados</b> de saúde.</p> <p><u>Cirurgia da mama</u> - <b>Atrasos nas consultas;</b> - <b>Agravamento da doença;</b> - Recusa de tratamento por medo da infeção por Covid-19; - Situações mais avançadas</p>

<p>cirurgia geral).</p> <p><u>Situação avançada de doença:</u> - Metade referem <b>situações mais avançadas de doença</b> (hepatobiliopancreática, cirurgia da mama e colorretal); - Metade refere que <b>manteve</b> (gastroduodenal, endócrina e cirurgia geral).</p> <p><u>Triagem de doentes:</u> - Maioria refere <b>nova triagem</b> (Cirurgia da mama, gastroduodenal, endócrina e colorretal); - Sem nova triagem (hepatobiliopancreática e cirurgia geral).</p>	<p>- Manteve igual</p> <p><u>Danos colaterais:</u> - Maioria refere <b>sim</b>, como, falta ou atraso de diagnóstico, atraso na patologia benigna; - Não houve danos colaterais na cirurgia geral benigna.</p> <p><u>Estádios de doença:</u> - Metade refere igual (cirurgia da mama, endócrina e cirurgia geral benigna); - Metade refere estádios muito avançados de doença (hepatobiliopancreática, gastroduodenal e colorretal).</p>	<p>cirurgia geral benigna com SIGIC e ambulatório; - Não, na cirurgia da mama e na gastroduodenal.</p> <p><u>Desmarcação de cirurgias:</u> - Maioria refere <b>desmarcação de cirurgias</b> (hepatobiliopancreática, endócrina, cirurgia geral benigna e colorretal). - Apenas que estavam marcadas quando surgiu a pandemia. - Endócrina foram desmarcadas as da patologia benigna - Nem foram marcadas na cirurgia mamária; - Gastroduodenal não foram desmarcadas.</p> <p><u>Revisão da lista de espera (prioridade):</u> - Maioria respondeu que <b>sim</b>, na endócrina só os oncológicos; - Não foi revista na hepatobiliopancreática.</p> <p><u>Atrasos na marcação:</u> - <b>Houve atrasos de marcação.</b></p>			<p>por falta de rastreio de diagnóstico.</p> <p><u>Gastroduodenal:</u> - Menor número de tempos operatórios; - - Necessidade de maior tempo de internamento e menos números de consultas.</p> <p><u>Endócrina:</u> - Atrasou toda a atividade.</p> <p><u>Cirurgia geral benigna:</u> - Evitavam-se os contactos pessoais, a dinâmica manteve-se; - - Comunicação mais difícil.</p> <p><u>Colorretal:</u> - Redução do número de doentes com neoplasias; - Falta de diagnóstico; - Falta de acesso aos cuidados de saúde primários e consulta.</p>
--	--	--	--	--	---

Segue-se uma síntese da triangulação de resultados por área de prestação de cuidados de saúde.

#### **Quadro 14 - Síntese da triangulação de resultados**

Conteúdo Síntese da Triangulação de Resultados	
Consultas	Diminuiu o número de consultas
Internamento	Aumentou a demora média
Cirurgias	Diminuíram as cirurgias
MCDT	Diminuíram, há menos diagnósticos
Impacto do Covid-19	Aumento de faltas às consultas

Fonte: Elaborado pelo próprio

Observando o quadro 13 e 14 verifica-se após a triangulação, no respeitante às consultas externas, estas diminuíram, no internamento aumentou a demora média, a quantidade de cirurgias reduziu, o número de MCDT diminuiu, e o impacto resultante da triangulação foi o aumento de falta às consultas.

## CAPÍTULO 4 – CONCLUSÃO

A COVID-19 veio alterar todas as nossas vidas com impactos ainda desconhecidos, nas organizações de saúde, obrigando a uma reorganização constante da governança clínica em função das necessidades, deste modo, aguarda-se que este trabalho possa contribuir para a tomada de decisão baseada em evidencia.

Dada a escassez de dados devido à atualidade do tema, optou-se por um estudo com duas metodologias diferentes, a quantitativa e qualitativa para uma resposta mais convergente aos objetivos do estudo. O recurso aos dois métodos permitiu, por um lado estimar o acesso aos serviços de saúde, e por outro, proporcionou uma maior e melhor percepção do impacto da COVID-19 nas diversas linhas de prestação de cuidados de saúde do serviço de cirurgia 2.

Quanto aos resultados provenientes do estudo quantitativo, observa-se um decréscimo considerável do número de consultas, menor procura do serviço de urgência, redução dos MCDT executados, e diminuição do número de internamentos, por outro lado verifica-se que aumentou a demora média dos doentes internados durante a pandemia. No que respeita à mortalidade, existe uma tendência para a redução da mortalidade no serviço, contudo desde o início da pandemia, esta diminuição é mais marcada, o que se afasta da conclusão encontrada por Nogueira (2020), em que os resultados apontam para um excesso de mortalidade, que pode ser 3,5 a 5 vezes superior à mortalidade oficial da COVID-19.

Dos resultados da metodologia qualitativa, evidencia-se o aparecimento de situações mais avançadas de doença em consulta, do estado emocional dos doentes, danos colaterais à COVID-19, foram cumpridos os TMRG nos doentes muito prioritários e houve desmarcação de poucas cirurgias. Relativamente ao serviço de urgência verificaram-se doentes mais agudizados na procura, casos mais graves e em pessoas de mais idade, pode-se concluir que houve alteração no acesso aos cuidados de saúde.

Quanto à percepção do impacto da COVID-19 no serviço de cirurgia 2, destaca-se a redução do internamento para metade, diminuição da procura de cuidados, agravamento da doença, redução do número de doentes com neoplasias, por falta de diagnóstico, falta de acesso aos cuidados de saúde primários e consultas. Ressalta-se que, as respostas dos participantes refletem particularidades inerentes à sua subespecialidade, neste âmbito conclui-se que os mesmos identificaram o impacto da pandemia nas várias linhas de prestação de cuidados de saúde.

Da triangulação de ambas as metodologias emergem as seguintes conclusões:

- ✓ Diminuição do número de consultas;
- ✓ Aumento de faltas às consultas;
- ✓ Aumento da demora média de internamento;
- ✓ Diminuição da realização de cirurgias;
- ✓ Diminuição dos MCDT do Hospital Escola.

Segundo o relatório nº5/2020 do tribunal de contas (Tribunal de Contas, 2020), a redução de consultas teve como consequência, a não identificação das necessidades cirúrgicas, o que terá repercussões no estado de saúde individual e global com uma carga social e económica originada pelas consequências das medidas adotadas para proteger as populações da COVID-19.

De acordo com os resultados encontrados e a bibliografia consultada podemos afirmar que muitos doentes ficaram por atender, por diagnosticar e por tratar.

Este estudo permitiu identificar o impacto da pandemia no acesso aos serviços de saúde e na prestação de cuidados de saúde do serviço de Cirurgia 2 do Hospital Escola. Este impacto foi observado, tanto através das conclusões originárias do método quantitativo, como do desfecho vindo da metodologia qualitativa. Possibilitou ainda, estimar o número de doentes que não tiveram acesso a consultas, diagnóstico, tratamentos e identificar a perceção dos profissionais.

Apesar da pandemia ter manifestado fraquezas do sistema de saúde, este Hospital não foi exceção, porém, este evidenciou uma excelente adaptação ao contexto do choque imposto pela pandemia, com uma governança clínica e resiliência capaz de manter o equilíbrio entre a via de prestação de cuidados de saúde aos doentes COVID-19 e não COVID-19. Para tal implementou uma abordagem dupla “Dual Track”, defendida por Kluge (2021), protegendo os mais vulneráveis. À medida que a resiliência melhora, assegura que futuramente haja uma melhor adaptação às novas exigências e à resolução dos grandes choques da sociedade.

No que diz respeito à sustentabilidade do Hospital Escola, a dotação financeira para este período foi inferior em cerca de € 8,8M comparativamente à proposta apresentada, pelo que, foi necessário ajustar a previsão de rendimentos, em conformidade. Este hospital, teve que gerir o orçamento que já não contemplava os gastos da pandemia, agravados pelas receitas não recebidas provenientes da ANR. Sem ajustamento orçamental, nomeadamente para situações excecionais, faz-nos acreditar num comprometimento da sustentabilidade do sistema de saúde português a médio e longo prazo, a saúde e as finanças estão intrinsecamente ligadas, como tal, é admissível que a crise económica tenha efeitos negativos sobre a saúde (Merku et al., 2020).

Para recuperação da atividade não realizada, por força da situação epidemiológica provocada pela doença COVID-19, o Conselho de Administração aprovou a 12/08/2020 o regulamento “regime excecional de incentivos recuperação atividade assistencial” (CHL, 2020b) baseado na portaria 171/2020 de 14 de julho (República, 2020), nos termos previstos no Programa de Estabilização Económica e Social. Para o serviço de cirurgia 2, a realização de primeiras consultas CTH (Consulta a Tempo e Horas) passíveis de realizar em produção adicional, regime excecional é de 130 consultas tendo em conta o maior grau de incumprimento dos TMRG (Tempo médio de Resposta Garantido), e o nº de cirurgias SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) passíveis de realizar em produção adicional seria de 160 cirurgias em regime excecional. O serviço de cirurgia não atingiu este objetivo.

Quanto às limitações do estudo estas recaem na novidade do tema, na escassez dos dados quantitativos, já na perspetiva qualitativa menciona-se a reduzida amostra de participantes.

Outra limitação, é o facto de os dados alusivos à procura do serviço de urgência compreenderem os dois serviços de cirurgia geral do Centro Hospitalar, embora ambos apresentem características idênticas, também os MCDT mostrados são relativos a todo o hospital escola.

Seria interessante em investigações futuras a realização de estudos neste âmbito, com um maior período temporal e uma amostra mais extensa e generalista de forma a englobar outros profissionais e eventualmente outros serviços deste hospital escola.

Assim, tendo em conta os resultados do estudo e fase pandémica atual, sugerimos um plano de recuperação da atividade assistencial não realizada (Apêndice 4).

A governança clínica deve apresentar-se numa conjuntura global e em rede, que vá para além das fronteiras nacionais, de modo a expandir o conhecimento acumulado evoluindo para melhores e mais resilientes sistemas de saúde, com preparação prévia para o choque, e com respostas consistentes e sustentadas.

A realização deste trabalho foi um enorme desafio, acreditando ter contribuído algo para o conhecimento científico na área da Gestão de Unidades de Cuidados de Saúde.

## Referências

- ACSS, I. (2020). Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2021. In Acss (pp. 1–63). <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/Termos-Referencia-Contratualizacao-2020.pdf>
- American Cancer Society. (2018). Global Cancer - Facts&Figures 4th Edition. *American Cancer Society*, 12–15.
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. *Diário Da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04*, 55–66. <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (Almedina B). <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
- Carvalho, G. B. de, Tavares, W., & Silva, A. L. (2021). Os impactos da covid-19 no setor de serviços no mundo: uma revisão sistemática / Impacts of covid-19 on the service sector around the world: a systematic review. *Brazilian Journal of Development*, 7(6), 60889–60911. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-456>
- Casella, D., Fusario, D., Casseti, D., Miccoli, S., Pesce, A. L., Bernini, A., Marcasciano, M., lo Torto, F., & Neri, A. (2020). The patient's pathway for breast cancer in the COVID-19 era: An Italian single-center experience. *Breast Journal*, 26(8), 1589–1592. <https://doi.org/10.1111/tbj.13958>
- CHL. (2020a). *Plano de Atividades e orçamento*. [http://www.chleiria.pt/galeria/files/PAO\\_2020\\_6aV@20\\_10\\_2020\\_VF.pdf](http://www.chleiria.pt/galeria/files/PAO_2020_6aV@20_10_2020_VF.pdf)
- CHL, C. de administração do. (2020b). *Regime excepcional de incentivos recuperação atividade assistencial* (RE.CHL.059.00).
- CHL. (2020c). *Pandemia por COVID-19. Reestruturação dos serviços de internamento – Circular Informativa* (No. 53).
- CHL. (2021). *Plano de Atividades e orçamento*. [http://www.chleiria.pt/galeria/files/PAO\\_2020\\_6aV@20\\_10\\_2020\\_VF.pdf](http://www.chleiria.pt/galeria/files/PAO_2020_6aV@20_10_2020_VF.pdf)
- Chung, S.-C., Providencia, R., & Sofat, R. (2020). Association between Angiotensin Blockade and Incidence of Influenza in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*, 383(4), 397–400. <https://doi.org/10.1056/nejmc2005396>
- Cylus, Jonathan; Ginneken, E. (2020). How to respond to the COVID-19 economic and health financing crisis? *Eurohealth*, 2(26), 25–28. Downloads/Eurohealth-26-2-2020-eng (1).pdf
- Conselho de Administração, C. (2021). Regulamento Interno. In *Documento interno* (7ª Revisão). [http://www.chleiria.pt/galeria/files/7ª\\_revisao\\_REGULAMENTO\\_INTERNO\\_CHL\\_2021\\_03\\_03\(1\).pdf](http://www.chleiria.pt/galeria/files/7a_revisao_REGULAMENTO_INTERNO_CHL_2021_03_03(1).pdf)
- DGS. (2020a). Diário da República, 2.ª série - Parte C. *Diário Da República*, 2(2), 47–55. [https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/140552017/details/2/maximized?serie=II&parte\\_filter=31&day=2020-08-19&date=2020-08-01&dreid=140551992](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/140552017/details/2/maximized?serie=II&parte_filter=31&day=2020-08-19&date=2020-08-01&dreid=140551992)
- DGS. (2020b). *Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento* (Orientação 010/2020). 1–13. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/i026011.pdf>
- DGS. (2020c). Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). In *Norma 007/2020: Vol. Norma 007/*

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

- DGS, V. de mortalidade. (2021). *SICO*. SICO-EVM. <https://evm.min-saude.pt/>
- EDEC. (2021). *European center for disease prevention and control*. EDEC. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19>
- Editora, P. (2021a). *Dicionário da língua portuguesa*. Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/produção>
- Editora, P. (2021b). *Dicionário de língua portuguesa*. Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/impacto>
- Embarek, P. ben. (2021). *ONU News*. WHO. <https://news.un.org/pt/story/2021/02/1740962>
- Emergency surgery during the COVID-19 pandemic: What you need to know for practice. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 102(5), 323–332. <https://doi.org/10.1308/RCSANN.2020.0097>
- Escola Nacional de Saúde Pública. (2020). Quando a pandemia não é igual para todos. *Barómetro Covid-19*, 1, 1–6.
- EuroHealth. (2020). Health system response to COVID-19. *Eurohealth*, 26(2), 108. <https://www.covid-19healthsystem.org>
- Ferreira, A. (2021). Dia mundial do cancro digestivo. *Healthnews*. [https://healthnews.pt/2021/09/30/dia-mundial-do-cancro-digestivo/?doing\\_wp\\_cron=1658563006.5881340503692626953125](https://healthnews.pt/2021/09/30/dia-mundial-do-cancro-digestivo/?doing_wp_cron=1658563006.5881340503692626953125)
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação* (Lusodidata, Ed.; 3ª edição).
- Freixo, M. (2018). *Metodologia Científica Fundamentos Métodos e Técnicas* (P. Instituto, Ed.; 5ª Edição).
- Ghbreyesus, T. (2020). *ONU News - Declaration the new Coronavirus is a pandemic*. *News.Un.Org*. <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>
- Guimarães, M. (2021). *Excesso de Mortalidade Colateral e devido à COVID-19: 10 meses de pandemia*. <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/excesso-de-mortalidade-colateral-e-devido-a-covid-19-10-meses-de-pandemia/>
- Jakab, Melitta; Naomi Limaro Nathan; Gabriele Pastorino; Tamás Evetovits; Sarah Garner, M. L., & Natasha, A.-M. C. S. and. (2020). Health system response to COVID-19. *Eurohealth*, 26(2), 108. <https://www.covid-19healthsystem.org>
- Joana Pires. (2019). *Trabalho Emocional em Profissionais de Oncologia: Um estudo qualitativo*. <http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/2643/1/TMPS136.pdf>
- Joshi, M., Karat, I., & Leff, D. R. (2020). COVID 19 and breast surgery – silver linings? *British Journal of Surgery*, 107(10), e359. <https://doi.org/10.1002/bjs.11784>
- Kaufman, H. W., Chen, Z., Niles, J., & Fesko, Y. (2020). Changes in the Number of US Patients with Newly Identified Cancer before and during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *JAMA Network Open*, 2019(8), 2020–2022. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17267>
- Kawahara, L. T., Costa, I. B. S. da S., Barros, C. C. S., Almeida, G. C. de, Bittar, C. S., Rizk, S. I., Testa, L., Moniz, C. M. V., Pereira, J., Oliveira, G. M. M. de, Diz, M. D. P. E., Guimarães, P. O., Pinto, I. M., Kalil, R., Hajjar, L. A., & Hoff, P. M. (2020). Câncer e Doenças Cardiovasculares na Pandemia de COVID-19. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 115(3), 547–557. <https://doi.org/10.36660/abc.20200405>

- Kluge, H. H. P. (2021). Statement – Overcoming COVID-19 and its collateral effects. In Who (Ed.), *WHO*. <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2021/statement-overcoming-covid-19-and-its-collateral-effects>
- Koca, B., & Yildirim, M. (2021). Delay in breast cancer diagnosis and its clinical consequences during the coronavirus disease pandemic. *J Surg Oncol*, 124, 261–267. <https://doi.org/10.1002/jso.26581>
- Malina, D., & Rosenbaum, L. (2020). The Untold Toll-The Pandemic's Effects on Patients without Covid-19. *Journal of Surgical Oncology Wiley*, 124, 261–267. <https://doi.org/10.1002/jso.26581>
- Lourenço, V. (2020). *Covid-19: rastreios do cancro colorretal feitos por endoscopia desapareceram - Ordem*. Saudemais. <https://www.saudemais.tv/noticia/18921-covid-19-rastreios-do-cancro-colorretal>
- Melo, R. B. de, Tavares, N. T., & Duarte, R. (2020). COVID-19 e os Danos Invisíveis. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5), 293. <https://doi.org/10.20344/amp.13911>
- Merkur, Sherry; Anna Maresso, Jonathan Cylus, E. van G. and S. L. (2020). > Health system responses to COVID-19 •. *Eurohealth*, 26(2).
- Morais, S., Antunes, L., Rodrigues, J., Fontes, F., Bento, M. J., & Lunet, N. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on the short-term survival of patients with cancer in Northern Portugal. *International Journal of Cancer*, 149(2), 287–296. <https://doi.org/10.1002/ijc.33532>
- Nogueira, P.J.; et al. (2020, junho). *Revista Científica da Ordem dos Médicos 1* [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com). 33(6), 2020. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.13928>
- OCDE, E. U. (2020). Health at a Glance: Europ 2020 - health status in the cycle of the european union. In *Health at a Glance 2020*. <https://doi.org/10.1787/9789264105133-ko>
- OCDE, E. U. (2020). Health at a Glance: Europe 2020: State of in the EU Cycle. In *Health at a Glance 2007*. Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264055896-ko>
- OCDE, I. (2019). *Health at a Glance 2019 Panorama da Saúde 2019 Os ganhos em longevidade estão a estagnar; as doenças crónicas e mentais afetam cada vez mais pessoas O tabagismo, o consumo de álcool e a obesidade continuam a provocar a morte prematura das pessoas e a pi.* 220.
- Pardal, F. (2021, April). Pandemia paralela: a quebra no acesso à saúde. *Revista Da Ordem Dos Médicos Nº 214*, 8–11. <https://ordemdosmedicos.pt/revista-da-ordem-dos-medicos/2021-2/no-214-maio-2021/>
- Patriti, A., Eugeni, E., & Guerra, F. (2020). What happened to surgical emergencies in the era of COVID-19 outbreak? Considerations of surgeons working in an Italian COVID-19 red zone. *Updates in Surgery*, 72(2), 309–310. <https://doi.org/10.1007/s13304-020-00779-6>
- Pereira, X., Lima, D. L., Moran-Atkin, E., & Malcher, F. (2020). Where have the surgical patients gone during the COVID-19 pandemic? *Revista Do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 47, e20202733. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202733>
- Pinto, D., Cirnes, L., Regina Pinto, Pina, M. J., Troncone, G., & Schmitt, F. (2020). How the COVID-19 Pandemic Impacted Oncological Molecular Diagnosis: A Picture from a National Reference Center for Molecular Pathology. *BioMed Research International*, 2020, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2020/8397053>
- Porto Editora. (2021). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/receita>

- Presidência da República. (2020). Decreto do Presidente da República 14-A/2020, 2020-03-18 - DRE. *Diário Da República n.º 55/2020, 3º Suplemento, Série I, 2, 13-(2) -13-(4)*. <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/130399862/details/maximized>
- Quentin, W., Albrecht, T., Bezzina, A., Bryndova, L., Dimova, A., Gerken, S., Kowalska-Bobko, I., Mantwill, S., Or, Z., Rajan, S., Theodorou, M., Tynkkynen, L.-K., Waitzberg, R., & Winkelmann, J. (2020). Adjusting hospital inpatient payment systems for COVID-19. *Eurohealth, 26(2)*, 88–92.
- Rashdan, M., Al-Taher, R., Al-Qaisi, M., Khrais, I., Salameh, M., Obaidat, I., Abbad, M., Alsaadi, T., & Hani, A. B. (2021). The impact of the Covid-19 pandemic on emergency surgery in a tertiary hospital in Jordan. A cross sectional study. *Annals of Medicine and Surgery, 66(May)*, 102339. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102339>
- República, D. (2020). Diário da República, *Portaria Nº 171/2020 de 14 de julho*, 1–2.
- Richardson, B. E., Aissat, D., Williams, G. A., & Fahy, N. (2020). Keeping what works: remote consultations during the COVID-19 pandemic. *Eurohealth, 26(2)*, 73–76. [Eurohealth-26-2-73-76-eng \(1\).pdf](https://doi.org/10.2807/1565-0646.202026273)
- Rocha, J., Soares, P., Filipe, C., Lopes, S., Teixeira, M., Fonseca, I., Sousa, J., Marquês, D., Mestre, R., Duarte, A., & Santana, R. (2021). Inpatient Hospitalizations during the First Wave of COVID-19 in Portugal. *Portuguese Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1159/000514163>
- Sagan, Anna Steve Thomas, Martin McKee, Marina Karanikolos, Natasha Azzopardi-Muscat, I. de la M. and J. F. (2020). Health system responses to COVID-19. *Eurohealth, 26(2)*, 112.
- Santana, R., Sousa, J. S., Soares, P., Lopes, S., Boto, P., & Rocha, J. V. (2020). The Demand for Hospital Emergency Services: Trends during the First Month of COVID-19 Response. *Portuguese Journal of Public Health, 38(1)*, 30–36. <https://doi.org/10.1159/000507764>
- Saúde, M. da. (2018). Retrato da Saúde, Portugal. In M. da Saúde (Ed.), *Serviço Nacional de Saúde* (Vol. 25, Issue 8).
- Saúde, M. da. (2019). Relatório Anual, acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. In *Ministério da Saúde, Portugal*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio\\_Anual\\_Acesso\\_2019.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf)
- Sherry Merkur, Anna Maresso, Jonathan Cylus, E. van G. and S. L. (2020). *Eurohealth. 26(2)*, 5–9.
- Simone, B., Chouillard, E., di Saverio, S., Pagani, L., Sartelli, M., Biffi, W. L., Coccolini, F., Pieri, A., Khan, M., Borzellino, G., Campanile, F. C., Ansaloni, L., & Catena, F. (2020).
- Taguchi, E. M.; Filho, J.P.B.; Aguiar, A.M.C., Cortez, A. J. P. (2020). Impacto da Pandemia do covid-19 na rotina de distribuição de hemocomponentes. *Elsevier, 42*, 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.634>
- Tribunal de Contas. (2020). *COVID-19: impacto na atividade e no acesso ao SNS (RELATÓRIO Nº 5/2020 – OAC)*.
- Vieira, A., Peixoto, V. R., Aguiar, P., & Abrantes, A. (2020). Rapid estimation of excess mortality during the COVID-19 pandemic in Portugal -beyond reported deaths. *Journal of Epidemiology and Global Health, 10(3)*, 209–213. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.200721.001>
- Vieira, A., Peixoto, V. R., Aguiar, P., & Abrantes, A. (2020). Rapid estimation of excess mortality during the COVID-19 pandemic in Portugal -beyond reported deaths. *Journal of Epidemiology and Global Health, 10(3)*, 209–213. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.200721.001>

- Vieira, A., Ricoca Peixoto, V., Aguiar, P., Sousa, P., & Abrantes, A. (2021). Excess Non-COVID-19 Mortality in Portugal: Seven Months after the First Death. *Portuguese Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1159/000515656>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (E. Silabo, Ed.; 3<sup>a</sup> ed).
- Wang, J., Vahid, S., Eberg, M., Milroy, S., Milkovich, J., Wright, F. C., Hunter, A., Kalladeen, R., Zanchetta, C., Wijeyesundera, H. C., & Irish, J. (2020). Clearing the surgical backlog caused by COVID-19 in Ontario: A time series modelling study. *Cmaj*, *192*(44), E1347–E1356. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201521>
- WHO. (2020a). *Coronavirus Disease (COVID-19)* (Issue October). <https://doi.org/10.1891/9780826153425.0016b>
- WHO. (2020b). Operational Guidance For Maintaining Essential Health Services During An Outbreak. *World Health Organization, March*, 1–10. <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>
- Zaniboni, A., Ghidini, M., Grossi, F., Indini, A., Trevisan, F., Iaculli, A., Dottorini, L., Moleri, G., Russo, A., Vavassori, I., Brevi, A., Rausa, E., Boni, L., Dondossola, D., Valeri, N., Ghidini, A., Tomasello, G., & Petrelli, F. (2020). A review of clinical practice guidelines and treatment recommendations for cancer care in the COVID-19 pandemic. *Cancers*, *12*(9), 1–22. <https://doi.org/10.3390/cancers12092452>

## APÊNDICES

## Apêndice 1 – Guião da Entrevista

Bom dia, o meu nome é Luísa Ferreira, estudante do 2º Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a fazer uma tese subordinada ao tema “Cuidados de saúde em tempo de pandemia por Covid-19 num serviço de cirurgia de um Hospital Escola”. Tem o objetivo de identificar o impacto da pandemia na produção e perceção dos cuidados de saúde no Serviço de Cirurgia 2 do Hospital Escola. A importância da sua participação é essencial, na medida em que viveu este contexto de pandemia na primeira pessoa, e nas várias linhas de produção do serviço, nomeadamente, consultas, internamento, cirurgias e urgência.

Informo ainda, que é livre de desistir a qualquer momento, sem que daí resultem consequências, solicito autorização para a gravação da mesma, garantindo deste já a confidencialidade e o anonimato.

Parte 2:

Tendo em conta toda a experiência deste ano de pandemia por Covid-19, debruçar-nos-emos sobre a sua perceção acerca dos cuidados de saúde do serviço de cirurgia 2, nas suas linhas de produção (consultas, internamento, cirurgias, urgência e hospital de dia)

1 - No que diz respeito à Consulta Externa, durante a pandemia, qual a sua perceção geral, acerca do que mudou na procura de consultas relativamente a:

- Quantidade de consultas,
- Gravidade das situações
- Situações de doença avançada ou não,
- Houve triagem de doentes, ou cumpriu-se a ordem já estipulada pelo médico que referenciou o doente?

2 – Quanto ao internamento, no mesmo período, qual a sua perceção das características dos doentes quanto a:

- Demora média de internamento
- Estado emocional dos doentes
- Idade
- Danos colaterais importantes
- Estádios da doença

3 – Quanto às cirurgias, após os períodos mais críticos da pandemia, considera que:

- Lista de inscritos para cirurgia (LIC) cresceu/diminuiu

- Conseguiram-se cumprir os tempos médios de resposta garantido (TMRG)

4 – No período pandémico houve alterações nas marcações das cirurgias:

- Desmarcações de cirurgias
- Revisão da lista de espera/ prioridade
- Atrasos na marcação

5 – Quanto ao motivo da procura dos cuidados do serviço de urgência, durante a pandemia na sua perceção, houve alteração do padrão habitual das características, dos doentes:

- Mais agudos / crónicos
- Severidade da doença
- Idade

6 – Considera que durante a pandemia houve alteração no acesso dos doentes a consultas diagnósticos e tratamentos?

7 – Resumidamente, pode descrever a sua perceção sobre o impacto da doença covid-19 no serviço de cirurgia 2

Termino com grande agradecimento pela disponibilidade prestada para a participação neste trabalho.

## Apêndice 2- Entrevistas Transcritas

### Entrevista 1

Sexo masculino

Subespecialidade: Hepatobiliopancreática

1 - No que diz respeito à Consulta Externa, durante a pandemia, qual a sua percepção geral, acerca do que mudou na procura de consultas relativamente a:

- Quantidade de consultas

*P1: Nitidamente menos procura.*

- Gravidade das situações

*P1: Situações mais graves na consulta.*

- Situações de doença avançada ou não

*P1: Situações de doença mais avançada.*

- Houve triagem de doentes, ou cumpriu-se a ordem já estipulada pelo médico que referenciou o doente?

*P1: Cumpriu-se a ordem.*

2 – Quanto ao internamento, no mesmo período, qual a sua percepção das características dos doentes quanto a:

- Demora média de internamento

*P1: Houve um aumento da demora média, houve aumento de casos sociais.*

- Estado emocional dos doentes

*P1: Sem diferença.*

- Idade

*P1: Sem diferença.*

- Danos colaterais importantes

*P1: Danos sim, importantes não tenho noção, mas deve haver, eles vão aparecer.*

- Estádios da doença

*P1: Estamos agora a encontrar situações muito avançadas.*

3 – Quanto às cirurgias, após os períodos mais críticos da pandemia, considera que:

- Lista de inscritos para cirurgia (LIC) cresceu/diminuiu

*P1: Aumentou.*

- Conseguiram-se cumprir os tempos médios de resposta garantido (TMRG)

*P1: Só nos muito prioritários.*

4 – No período pandémico houve alterações nas marcações das cirurgias:

- Desmarcações de cirurgias

*P1: Sim, só as que estavam marcadas quando a pandemia surgiu.*

- Revisão da lista de espera/ prioridade

*P1: Não, foi cumprida a ordem do Centro de Saúde.*

- Atrasos na marcação

*P1: Estivemos parados demasiado tempo, houve atrasos*

5 – Quanto ao motivo da procura dos cuidados do serviço de urgência, durante a pandemia na sua perceção, houve alteração do padrão habitual das características, dos doentes:

- Mais agudos / crónicos

*P1: Talvez mais agudos.*

- Severidade da doença

*P1: Não sei dizer.*

- Idade

*P1: Sem alterações, aparecem muitos jovens.*

6 – Considera que durante a pandemia houve alteração no acesso dos doentes quanto a:

- Consultas

*P1: Sem dúvida, não houve procura durante 2 meses.*

- Diagnósticos

*P1: Sim.*

- Tratamentos

*em dúvida, não houve procura durante 2 meses.*

7 – Resumidamente, pode descrever a sua perceção sobre o impacto da doença covid-19 no serviço de cirurgia 2.

*P1: Sim, teve impacto, reduzimos o internamento para metade e houve menos procura de cuidados.*

## **Entrevista 2**

Sexo feminino

Subespecialidade: Cirurgia da mama

1 - No que diz respeito à Consulta Externa, durante a pandemia, qual a sua perceção geral, acerca do que mudou na procura de consultas relativamente a:

- Quantidade de consultas

*P2: Diminuíram*

- Gravidade das situações

*P2: Situações mais graves.*

- Situações de doença avançada ou não

*P2: Mais adiantada.*

- Houve triagem de doentes, ou cumpriu-se a ordem já estipulada pelo médico que referenciou o doente?

*P2: Houve uma segunda triagem.*

2 – Quanto ao internamento, no mesmo período, qual a sua perceção das características dos doentes quanto a:

- Demora média de internamento

*P2: Doentes internados mais tempo*

- Estado emocional dos doentes

*P2: Mais abalados*

- Idade

*P2: Sem diferença.*

- Danos colaterais importantes

*P2: Sim por falta de diagnóstico*

- Estádios da doença

*P3: Igual*

3 – Quanto às cirurgias, após os períodos mais críticos da pandemia, considera que:

- Lista de inscritos para cirurgia (LIC) cresceu/diminuiu

*P2: Aumentou porque houve recusas no período crítico.*

- Conseguiram-se cumprir os tempos médios de resposta garantido (TMRG)

*P2: Não se conseguiu.*

4 – No período pandémico houve alterações nas marcações das cirurgias:

- Desmarcações de cirurgias

*P2: Nem foram marcadas*

- Revisão da lista de espera/ prioridade

*P2: Sim*

- Atrasos na marcação

*P2: Sim*

5 – Quanto ao motivo da procura dos cuidados do serviço de urgência, durante a pandemia na sua perceção, houve alteração do padrão habitual das características, dos doentes:

- Mais agudos / crónicos

*P2: Mais agudos, com abscessos, seromas infetados.*

- Severidade da doença

*P2: Aumentou.*

- Idade

*P2: Sem alterações.*

6 – Considera que durante a pandemia houve alteração no acesso dos doentes quanto a:

- Consultas

*P2: Sim.*

- Diagnósticos

*P2: Sim.*

- Tratamentos

*P2: Sim.*

7 – Resumidamente, pode descrever a sua perceção sobre o impacto da doença covid-19 no serviço de cirurgia 2

*P2: Atrasos nas consultas, agravamento da doença, recusa de tratamento por medo da infeção por Covid-19, situações muito mais avançadas por falta de rastreio de diagnóstico.*

### **Entrevista 3**

Sexo masculino

Subespecialidade: Gastroduodenal

1 - No que diz respeito à Consulta Externa, durante a pandemia, qual a sua perceção geral, acerca do que mudou na procura de consultas relativamente a:

- Quantidade de consultas

*P3: Menor.*

- Gravidade das situações

*P3: Idêntica.*

- Situações de doença avançada ou não

*P3: Idêntica.*

- Houve triagem de doentes, ou cumpriu-se a ordem já estipulada pelo médico que referenciou o doente?

*P2: Sim, foi reavaliada a prioridade de consulta.*

2 – Quanto ao internamento, no mesmo período, qual a sua perceção das características dos doentes quanto a:

- Demora média de internamento

*P3: Maior.*

- Estado emocional dos doentes

*P3: Mais grave.*

- Idade

*P3: Idêntica.*

- Danos colaterais importantes

*P3: Atrasos de diagnóstico*

- Estádios da doença

*P3: Mais grave.*

3 – Quanto às cirurgias, após os períodos mais críticos da pandemia, considera que:

- Lista de inscritos para cirurgia (LIC) cresceu/diminuiu

*P3: A LIC cresceu.*

- Conseguiram-se cumprir os tempos médios de resposta garantido (TMRG)

*P3: Não, como usualmente.*

4 – No período pandémico houve alterações nas marcações das cirurgias:

- Desmarcações de cirurgias

*P3: Não.*

- Revisão da lista de espera/ prioridade

*P3: Sim.*

- Atrasos na marcação

*P3: Sim*

5 – Quanto ao motivo da procura dos cuidados do serviço de urgência, durante a pandemia na sua perceção, houve alteração do padrão habitual das características, dos doentes:

- Mais agudos / crónicos

*P3: Mais agudos.*

- Severidade da doença

*P3: Maior.*

- Idade

*P3: Aparentemente mais idosos.*

6 – Considera que durante a pandemia houve alteração no acesso dos doentes quanto a:

- Consultas

*P2: Sim.*

- Diagnósticos

*P2: Sim.*

- Tratamentos

*P2: Sim.*

7 – Resumidamente, pode descrever a sua perceção sobre o impacto da doença covid-19 no serviço de cirurgia 2

*P2: Menor número de tempos operatórios, necessidade de maior tempo de internamento e menos números de consultas.*

#### **Entrevista 4**

Sexo feminino

Subespecialidade: Endocrinologia

1 - No que diz respeito à Consulta Externa, durante a pandemia, qual a sua perceção geral, acerca do que mudou na procura de consultas relativamente a:

- Quantidade de consultas

*P4: As primeiras consultas pararam durante dois meses, só foram feitas segundas consultas por telefone.*

- Gravidade das situações

*P4: Mais ou menos igual.*

- Situações de doença avançada ou não.

*P4: Mantém-se.*

- Houve triagem de doentes, ou cumpriu-se a ordem já estipulada pelo médico que referenciou o doente?

*P4: Sim, e operaram-se todos os oncológicos.*

2 – Quanto ao internamento, no mesmo período, qual a sua perceção das características dos doentes quanto a:

- Demora média de internamento

*P4: Igual.*

- Estado emocional dos doentes

*P4: Igual.*

- Idade

*P4: Igual.*

- Danos colaterais importantes

*P4: Apenas atraso na patologia benigna.*

- Estádios da doença

*P4: Igual.*

3 – Quanto às cirurgias, após os períodos mais críticos da pandemia, considera que:

- Lista de inscritos para cirurgia (LIC) cresceu/diminuiu

*P4: Cresceu, porque houve 2 meses sem operar programados, no entanto, os oncológicos diminuiu, foram todos operados.*

- Conseguiram-se cumprir os tempos médios de resposta garantido (TMRG)

*P4: Nos prioritários sim, mas na cirurgia benigna aumentou a lista.*

4 – No período pandémico houve alterações nas marcações das cirurgias:

- Desmarcações de cirurgias

*P4: Só da patologia benigna.*

- Revisão da lista de espera/ prioridade

*P4: Só oncológicos*

- Atrasos na marcação

*P4: Sim, na patologia benigna.*

5 – Quanto ao motivo da procura dos cuidados do serviço de urgência, durante a pandemia na sua perceção, houve alteração do padrão habitual das características, dos doentes:

- Mais agudos / crónicos

*P4: Deixaram de vir à urgência, vinham só os que tinham sintomatologia associada a doença.*

- Severidade da doença

*P4: Mantém-se*

- Idade

*P4: Jovens ou de 60/70 anos.*

6 – Considera que durante a pandemia houve alteração no acesso dos doentes quanto a:

- Consultas

*P4: Sim*

- Diagnósticos

*P4: Sim*

- Tratamentos

*P4: Sim*

7 – Resumidamente, pode descrever a sua perceção sobre o impacto da doença covid-19 no serviço de cirurgia 2

*P4: Atrasou toda a atividade.*

## **Entrevista 5**

Sexo masculino

Subespecialidade: Cirurgia geral benigna

1 - No que diz respeito à Consulta Externa, durante a pandemia, qual a sua perceção geral, acerca do que mudou na procura de consultas relativamente a:

- Quantidade de consultas

*P5: A 1ª e as segundas consultas mantiveram-se, mas com mais doentes a faltar.*

- Gravidade das situações

*P5: Manteve-se.*

- Situações de doença avançada ou não

*P5: Sem alterações.*

- Houve triagem de doentes, ou cumpriu-se a ordem já estipulada pelo médico que referenciou o doente?

*P5: Manteve-se a ordem estipulada pelo médico.*

2 – Quanto ao internamento, no mesmo período, qual a sua perceção das características dos doentes quanto a:

- Demora média de internamento

*P5: Aumentou.*

- Estado emocional dos doentes

*P5: Mais tristes pela falta de visitas.*

- Idade

*P5: Mantém.*

- Danos colaterais importantes

*P5: Não.*

- Estádios da doença

*P5: Não sofreu alterações.*

3 – Quanto às cirurgias, após os períodos mais críticos da pandemia, considera que:

- Lista de inscritos para cirurgia (LIC) cresceu/diminuiu

*P5: Manteve-se.*

- Conseguiram-se cumprir os tempos médios de resposta garantido (TMRG)

*P5: Sim, através do SIGIC e ambulatório.*

4 – No período pandémico houve alterações nas marcações das cirurgias:

- Desmarcações de cirurgias

*P5: Sim.*

- Revisão da lista de espera/ prioridade

*P5: Sim.*

- Atrasos na marcação

*P5: Sim.*

5 – Quanto ao motivo da procura dos cuidados do serviço de urgência, durante a pandemia na sua perceção, houve alteração do padrão habitual das características, dos doentes:

- Mais agudos / crónicos

*P5: Mais crónicos agudizados.*

- Severidade da doença

*P5: Mais graves, crónicos agudizados.*

- Idade

*P5: Mais velhos, os mais novos não vinham tanto.*

6 – Considera que durante a pandemia houve alteração no acesso dos doentes quanto a:

- Consultas

*P5: Sim*

- Diagnósticos

*P5: Sim*

- Tratamentos

*P5: Sim*

7 – Resumidamente, pode descrever a sua perceção sobre o impacto da doença covid-19 no serviço de cirurgia 2

*P5: Evitavam-se os contactos pessoais, a dinâmica manteve-se, mas mais demorado e cansativo. A comunicação mais difícil.*

## **Entrevista 6**

Sexo feminino

Subespecialidade: Colorretal

1 - No que diz respeito à Consulta Externa, durante a pandemia, qual a sua perceção geral, acerca do que mudou na procura de consultas relativamente a:

- Quantidade de consultas

*P6: As consultas são as mesmas, contudo encontram-se menos neoplasias e houve muitas faltas às consultas.*

- Gravidade das situações

*P6: Mais grave.*

- Situações de doença avançada ou não

*P6: Doentes em estados mais avançados.*

- Houve triagem de doentes, ou cumpriu-se a ordem já estipulada pelo médico que referenciou o doente?

*P6: Sim, os oncológicos são sempre vistos.*

2 – Quanto ao internamento, no mesmo período, qual a sua perceção das características dos doentes quanto a:

- Demora média de internamento

*P6: Houve aumento.*

- Estado emocional dos doentes

*P6: Mais debilitados emocionalmente, mais ansiosos, têm medo do contágio e não têm visitas.*

- Idade

*P6: Igual.*

- Danos colaterais importantes

*P6: Operaram-se todos os referenciados, os benignos foram adiados.*

- Estádios da doença

*P6: Estados mais avançados.*

3 – Quanto às cirurgias, após os períodos mais críticos da pandemia, considera que:

- Lista de inscritos para cirurgia (LIC) cresceu/diminuiu

*P6: Cresceu na benigna.*

- Conseguiram-se cumprir os tempos médios de resposta garantido (TMRG)

*P6: Sim.*

4 – No período pandémico houve alterações nas marcações das cirurgias:

- Desmarcações de cirurgias

*P6: Sim.*

- Revisão da lista de espera/ prioridade

*P6: Sim, alterou-se a ordem de prioridade.*

- Atrasos na marcação

*P6: Sim.*

5 – Quanto ao motivo da procura dos cuidados do serviço de urgência, durante a pandemia na sua perceção, houve alteração do padrão habitual das características, dos doentes:

- Mais agudos / crónicos

*P6: Mais agudos.*

- Severidade da doença

*P6: Mais graves.*

- Idade

*P6: Mais velhos e agudizados.*

6 – Considera que durante a pandemia houve alteração no acesso dos doentes quanto a:

- Consultas

*P6: Sim*

- Diagnósticos

*P6: Sim*

- Tratamentos

*P6: Sim*

7 – Resumidamente, pode descrever a sua perceção sobre o impacto da doença covid-19 no serviço de cirurgia 2

*P6: Redução do número de doentes com neoplasias, falta de diagnóstico e falta de acesso aos cuidados de saúde primários e consulta.*

## Apêndice 3 – Quadros de Análise de Dados

### Consulta Externa

TEMA	SUBTEMA	EXCERTO
Consulta externa de Cirurgia 2	Quantidade de Consultas	<p>“Nitidamente menos procura” (P1);</p> <p>“Diminuíram” (P2);</p> <p>“Menor” (P3);</p> <p>“As primeiras consultas pararam durante dois meses, só foram feitas segundas consultas por telefone” (P4);</p> <p>“A 1ª e as segundas consultas mantiveram-se, mas com mais doentes a faltar.” (P5);</p> <p>“As consultas são as mesmas, contudo encontram-se menos neoplasias e houve muitas faltas às consultas.” (P6).</p>
	Gravidade das situações	<p>“Situações mais graves na consulta” (P1);</p> <p>“Situações mais graves” (P2); “Idêntica” (P3);</p> <p>“Mais ou menos igual” (P4); “Manteve-se.” (P5);</p> <p>“Mais grave.” (P6).</p>
	Situações avançadas de doença	<p>“Situações de doença mais avançada” (P1);</p> <p>“Mais adiantada” (P2);</p> <p>“Idêntica” (P3);</p> <p>“Mantem-se” (P4);</p> <p>“Sem alterações.” (P5);</p> <p>“Doentes em estados mais avançados.” (P6).</p>
	Triagem de doentes	<p>“Não houve nova triagem” (P1); “Houve uma segunda triagem” (P2); “Sim, foi reavaliada a prioridade de consulta” (P3);</p> <p>“Sim, e operaram-se todos os oncológicos” (P4);</p> <p>“Manteve-se a ordem estipulada pelo médico.” (P5);</p> <p>“Sim, os oncológicos são sempre vistos” (P6).</p>

## Internamento

TEMA	SUBTEMA	EXCERTO
Doentes internamento no	Demora média internamento	<p>“Houve um aumento da demora média, houve aumento de casos sociais” (P1);            “Doentes internados mais tempo” (P2);            “Maior” (P3);            “Igual” (P4);            “Aumentou.” (P5);            “Houve aumento.” (P6).</p>
	Estado emocional dos doentes	<p>“Sem diferença” (P1);            “Mais abalados” (P2);            “Mais grave” (P3);            “Igual” (P4);            “Mais tristes pela falta de visitas.” (P5);            “Mais debilitados emocionalmente, mais ansiosos, têm medo do contágio e não têm visitas.” (P6).</p>
	Idade	<p>“Sem diferença” (P1);            “Sem alterações” (P2);            “Idêntica” (P3);            “Igual” (P4);            “Mantém.” (P5);            “Igual.” (P6).</p>
	Danos colaterais	<p>“Danos sim, importantes não tenho noção, mas deve haver, eles vão aparecer” (P1);            “Sim por falta de diagnóstico” (P2);            “Atrasos de diagnóstico” (P3); “Apenas atraso na patologia benigna” (P4);            “Não.” (P5);            “Operaram-se todos os referenciados, os benignos foram adiados.” (P6).</p>
	Estádios de doença	<p>“Estamos agora a encontrar situações muito avançadas” (P1); “Igual” (P2);            “Mais grave” (P3);            “Igual” (P4);            “Não sofreu alterações.” (P5); “Estados mais avançados.” (P6).</p>

## Cirurgias

TEMA	SUBTEMA	EXCERTO
Cirurgias	Lista inscritos cirurgia (LIC)	<p>“Aumentou” (P1); “Aumentou porque houve recusas no período crítico” (P2);</p> <p>“A LIC cresceu” (P3);</p> <p>“Cresceu, porque houve 2 meses sem operar programados, no entanto, os oncológicos diminuí, foram todos operados” (P4);</p> <p>“Manteve-se.” (P5);</p> <p>“Cresceu a benigna.” (P6).</p>
	Tempos médios resposta garantido (TMRG)	<p>“Só nos muito prioritários” (P1), “Não se conseguiu” (P2); “Não, como usualmente” (P3), “Nos prioritários sim, mas na cirurgia benigna aumentou a lista.” (P4); “Sim, através do SIGIC e ambulatório.” (P5); “Sim.” (P6).</p>

## Marcação de cirurgias

TEMA	SUBTEMA	EXCERTO
Marcação de Cirurgias	Desmarcação de cirurgias	<p>“Sim, só as que estavam marcadas quando a pandemia surgiu” (P1); “Nem foram marcadas” (P2);</p> <p>“Não” (P3);</p> <p>“Só da patologia benigna” (P4);</p> <p>“<i>Sim.</i>” (P5);</p> <p>“<i>Sim.</i>” (P6).</p>
	Revisão da lista de espera (prioridade)	<p>“Não, foi cumprida a ordem do Centro de Saúde.” (P1);</p> <p>“Sim” (P2);</p> <p>“Sim” (P3);</p> <p>“Só oncológicos” (P4);</p> <p>“<i>Sim.</i>” (P5);</p> <p>“Sim, alterou-se a ordem de prioridade” (P6).</p>
	Atrasos na marcação	<p>“Estivemos parados demasiado tempo, houve atrasos” (P1);</p> <p>“Sim” (P2);</p> <p>“Sim” (P3);</p> <p>“Sim, na patologia benigna” (P4);</p> <p>“<i>Sim.</i>” (P5);</p> <p>“sim” (P6).</p>

Serviço de urgência

TEMA	SUBTEMA		EXCERTO
Serviço de Urgência	Tipo de doentes	Agudos	<p>“Talvez mais agudos” (P1);                      “Mais agudos, com abscessos, seromas infectados” (P2);                      “Mais agudos” (P3);                      “Deixaram de vir à urgência, vinham só os que tinham sintomatologia associada a doença” (P4);                      “Mais crónicos agudizados.” (P5); “Mais agudos.” (P6).</p>
		Crónicos	
	Severidade da doença		<p>“Não sei dizer” (P1);                      “Aumentou” (P2);                      “Maior” (P3);                      “Mantém-se.” (P4);                      “Mais graves, crónicos agudizados.” (P5);                      “Mais graves.” (P6).</p>
	Idade		<p>“Sem alterações, aparecem muitos jovens.” (P1);                      “Sem alterações” (P2); “Aparentemente mais idosos” (P3); “Jovens ou de 60/70 anos” (P4); “Mais velhos, os mais novos não vinham tanto.” (P5);                      “Mais velhos e agudizados.” (P6).</p>

## Acesso a cuidados de saúde

TEMA	SUBTEMA	EXCERTO
Acesso a cuidados de saúde	Consultas	<p>“Sem dúvida, sim” (P1);</p> <p>“Sim” (P2);</p> <p>“Sim” (P3);</p> <p>“Sim” (P4);</p> <p>“Sim” (P5);</p> <p>“Sim” (P6).</p>
	Diagnóstico	<p>“Sem dúvida, sim” (P1);</p> <p>“Sim” (P2);</p> <p>“Sim” (P3);</p> <p>“sim” (P4);</p> <p>“Sim.” (P5);</p> <p>“Sim” (P6).</p>
	Tratamento	<p>“Sem dúvida, sim” (P1);</p> <p>“Sim” (P2);</p> <p>“Sim” (P3);</p> <p>“Sim” (P4);</p> <p>“Sim” (P5);</p> <p>“Sim” (P6).</p>

## Impacto do COVID-19

TEMA	SUBTEMA	EXCERTO
Impacto do Covid-19	Serviço de cirurgia 2	<p>“Sim, teve impacto, reduzimos o internamento para metade e houve menos procura de cuidados” (P1);</p> <p>“Atrasos nas consultas, agravamento da doença, recusa de tratamento por medo da infeção por Covid-19, situações muito mais avançadas por falta de rastreio de diagnóstico” (P2);</p> <p>“Menor número de tempos operatórios, necessidade de maior tempo de internamento e menos números de consultas” (P3);</p> <p>“Atrasou toda a atividade” (P4);</p> <p>“Evitavam-se os contactos pessoais, a dinâmica manteve-se, mas mais demorado e cansativo. A comunicação mais difícil.” (P5);</p> <p>“Redução do número de doentes com neoplasias, falta de diagnóstico e falta de acesso aos cuidados de saúde primários e consulta.” (P6).</p>

## Apêndice 4 - Plano de Recuperação da Prestação de Cuidados de Saúde não Realizados

Este plano tem como objetivo melhorar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde da cirurgia 2, contribuir para a redução do impacto das medidas implementadas no Hospital Escola durante a pandemia e identificar doentes de risco.

Assim sugere-se:

### **Criação de uma consulta de rastreio de patologia cirúrgica**

Como critérios de seleção para o acesso à consulta apontamos: antecedentes familiares oncológicos, idade, sintomatologia e acesso limitado a uma consulta por ano.

A consulta será realizada num gabinete da consulta externa, por um enfermeiro com experiência em doentes da especialidade, que reencaminhará após observação para a respetiva subespecialidade cirúrgica.

Será criada uma linha telefónica- SOS Rastreio Cirúrgico, em que o acesso se faz por agendamento telefónico ou presencial.

A divulgação será feita internamente aos profissionais do Hospital Escola por mail e intranet. À comunidade a divulgação será através do canal de televisão do Hospital Escola, rádios locais, Juntas de Freguesia, Câmaras Municipais e Centros de saúde através de cartazes e protocolos.

## ANEXOS

## Anexo 1 - Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

### Autorização do estudo "Cuidados de Saúde em Tempos de Pandemia num serviço de cirurgia geral de um hospital escola"



Sónia Guerra <sonia.guerra@chleiria.min-saude.pt>



ter, 23/03/2021 10:55

Para: Luisa Ferreira

Cc: Miguel Coelho; Emanuel Sismeiro

Bom dia Enf.ª Luísa Ferreira,

No seguimento do Vosso pedido, sobre o estudo em epígrafe, informamos V. Exa. que o **Conselho de Administração, na sua reunião de 2021.03.17, deliberou autorizar** o mesmo conforme solicitado.

Após conclusão do estudo, solicitamos o envio de um exemplar do trabalho final (preferencialmente em PDF, para o presente email).

Com os melhores cumprimentos,

---

Sónia Guerra  
Técnica Superior

## Anexo 2 - Autorização da Comissão de Ética para a Realização do Estudo



CENTRO  
HOSPITALAR  
LEIRIA

Comissão de Ética

Ref. CE - Nº 15/21

Exma. Senhora

Enf.ª Luisa Manuela Machado Ferreira

Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia II

Centro Hospitalar de Leiria

Leiria, 02 de março de 2021

**Assunto:** Trabalho Académico - Cuidados de Saúde em Tempos de Pandemia num Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Escola

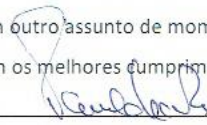
A Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2021.02.25 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Tomou-se conhecimento de um pedido de parecer enviado pela Enf.ª Luisa Manuela Machado Ferreira, a exercer funções de chefia no Serviço de Cirurgia II do CHL, para realização de um trabalho académico, no âmbito do seu Projeto de Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde, na Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém, intitulado "Cuidados de Saúde em Tempos de Pandemia num Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Escola". Este estudo terá como investigadora principal a proponente e será para realizar no Serviço de Cirurgia II e Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão. Após análise do estudo, esta Comissão nada tem a opor à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos,

  
Paulo Lopes  
Vice-Presidente

Rua das Órvilas  
Pórtico, 2410 - 107 Leiria  
Telefone: 244817089 - Ext. 4606  
Email: [com.comissao@cmh.leiria.mh.esaude.pt](mailto:com.comissao@cmh.leiria.mh.esaude.pt)  
[www.chl.leiria.pt](http://www.chl.leiria.pt)

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by  
Joint Commission International



## Anexo 3 – Consentimento Informado para a Realização de Entrevistas

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

#### Cuidados de saúde em tempo de Pandemia por Covid-19 num serviço cirúrgico de um hospital escola

Cuidados de saúde em tempo de Pandemia por Covid-19 num serviço cirúrgico de um hospital escola

- O objetivo desta investigação é identificar o impacto da Pandemia por Covid-19 no serviço de cirurgia 2;
- A sua participação no referido estudo consiste na resposta conjunto de questões aplicadas sob a forma de entrevista;
- O estudo não é financiado por entidades externas aos investigadores e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação;
- A participação neste estudo tem um caráter voluntário, pelo que pode negá-lo ou interromper a qualquer momento se assim entender;
- Será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, que serão utilizados exclusivamente para o presente estudo (dissertação e publicações científicas que dela decorram), sendo eliminados no final da investigação;
- Os resultados serão analisados individualmente, mas conjuntamente com as respostas de outros participantes, o tempo médio de resposta é de 30 minutos;
- A apresentação das entrevistas será efetuada por mim - Luísa Ferreira, bem como o tratamento dos resultados;
- Quaisquer dúvidas que eu tenha quanto aos procedimentos da investigação poderão ser esclarecidas em qualquer momento.

- Agradecemos a sua sincera colaboração, mais se informa que o conteúdo aqui presente é totalmente confidencial e impossível de ser identificado por outras pessoas.

#### Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível do investigador/profissional de saúde:		Serviço/Departamento:
Data:	Hora:	N.º Cédula Profissional:
Contacto Institucional do investigador/profissional de saúde:	Assinatura:	

#### Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assinie este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO  NÃO AUTORIZO, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s) _____
Se o menor tiver discernimento, deve também assinar	

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE** (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve também assinar)

Representante legal;  Pessoa de relação próxima com o (a) Participante

Pai/Mãe  Filho/Filha  Cônjuge  Tutor  Outro (especificar) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cartão Cidadão/BI  Passaporte  Carta de condução N.º \_\_\_\_\_ Data Emissão ou validade: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Orvieto e respeitando o estabelecido no Regulamento Geral de Proteção de Dados.*