

**EDGAR MANUEL DA ENCARNAÇÃO DE AMORIM**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO  
DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA  
COLORRECTAL: UMA PROPOSTA**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
FACULDADE DE ECONOMIA**

**2020**

**EDGAR MANUEL DA ENCARNAÇÃO DE AMORIM**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO  
DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA  
COLORRECTAL: UMA PROPOSTA**

**Trabalho de Projeto  
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde**

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

Professor Doutor Luís Miguel Serra Coelho  
Dr. José Carlos Queimado



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
FACULDADE DE ECONOMIA**

**2020**

# MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA COLORRETAL: UMA PROPOSTA

## Declaração de Autoria do Trabalho

“Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída”.

Edgar Manuel da Encarnação de Amorim

## **Direitos de cópia ou copyright**

© Copyright: Edgar Manuel da Encarnação de Amorim

“A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação”

## **AGRADECIMENTOS**

A frequência do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, constituiu uma etapa de suma importância no meu percurso académico e profissional. E, se é verdade que nesta fase se adquirem conhecimentos e experiências que se irão repercutir ao longo de toda a carreira profissional, também é verdade que, para além da vertente teórica e prática, existe um terceiro elemento que não poderá ser esquecido neste processo: o elemento humano. Efetivamente, seria uma omissão grave da minha parte não mencionar:

A minha família (Sílvia, Tiago e o Rodrigo) pelo sacrifício familiar, que a dedicação e o empenho o longo desta etapa necessariamente acarretou.

Os meus amigos e companheiros de “luta” (Dr. Mahomede Americano, Dr. Carlos Carranca, Dr. Juan Rachadell, Dr. Miguel Cunha e Dra. Inês Miguel) que me têm acompanhado e apoiado ao longo destes anos, no sonho que foi a criação do Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão e na sua transformação numa unidade de referência nacional no tratamento dos doentes com patologia colorrectal.

Aos meus orientadores neste trabalho (Professor Doutor Luís Coelho e Dr. José Carlos Queimado) pela disponibilidade e dedicação que demonstraram com este projeto e que através da sua experiência académica e sabedoria bastante contribuíram para o seu resultado final.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

## **RESUMO**

Este trabalho aborda o tema da avaliação de desempenho em organizações de saúde, focando-se no caso específico da cirurgia colorrectal.

Tendo por base a revisão da literatura existente, o trabalho propõe um modelo específico de avaliação de desempenho para esta área, no contexto do Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão.

A proposta apresentada possibilita uma abordagem multidimensional da equipa, partindo da interligação do modelo de Maxwell (1984) com o modelo de Donabedian (1980) e os objetivos internos e externos da unidade hospitalar onde a equipa está enquadrada.

O modelo considera 107 indicadores, estando organizado em torno de 6 áreas de atuação basilares (consulta; internamento; bloco operatório; serviços de suporte; auditoria e inquérito; formação e investigação) de modo a conseguir disponibilizar a informação relevante de forma intuitiva e dinâmica.

O trabalho discute as vantagens de construir um modelo específico de avaliação de desempenho para uma unidade colorrectal e aponta caminhos para a sua implementação efetiva. Uma vez validado, espera-se que este modelo possa ser aplicado, com as necessárias adaptações, a outras unidades semelhantes.

Palavras-chave: Avaliação de Desempenho; Indicadores de Desempenho; Cirurgia Colorretal; Grupo de Cirurgia Colorretal de Portimão.

## **ABSTRACT**

This paper addresses the theme of performance evaluation in health organizations, focusing on colorectal surgery.

Drawing on the existing literature, the work proposes a specific model of performance evaluation for this area, in the context of the Colorectal Surgery Group of Portimão.

The model allows a multidimensional approach of the team, starting from the interconnection between the Maxwell's (1984) Donabedian's (1980) models *and* the internal and external objectives of the hospital where the team is based at.

The model considers 107 indicators, which are organized around 6 basic areas of activity (consultation, hospitalization, operating room, support services, audit and survey, training and research) in order to provide the relevant information intuitively and dynamically.

The paper discusses the advantages of building a specific performance evaluation model for a colorectal unit and points out paths towards its effective implementation. Upon validation and after some customization, the model should be applicable to similar units.

**Key words:** Performance evaluation; Performance Indicators; Colorectal Surgery; Colorectal Surgery Group of Portimão.

# ÍNDICE GERAL

<i>1- INTRODUÇÃO</i> .....	1
<i>2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i> .....	4
2.1 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO -Perspetiva geral .....	4
2.2 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO- Aplicada à Saúde .....	5
2.2.1 – Modelo de Donabedian (1988).....	6
2.2.1 – Modelo de Maxwell (1984).....	8
2.3 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO - Nos sistemas de saúde .....	12
2.4 -AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO - Nas unidades hospitalares.....	14
2.5 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO- Aplicados ao sistema de Saúde- exemplo português .....	16
2.6 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO- Em Cirurgia colorrectal .....	19
2.6.1 -Ajustamento pelo risco em cirurgia colorrectal .....	21
<i>3- GRUPO DE CIRURGIA COLORRECTAL DE PORTIMÃO - CASO DE ILUSTRAÇÃO</i> .....	25
3.1 O Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão .....	25
3.2 A atividade do Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão .....	26
3.3 Considerações adicionais.....	28
<i>4- ELABORAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA O GRUPO DE CIRURGIA COLORRECTAL DE PORTIMÃO</i> .....	30
4.1 Fontes de informação .....	30
4.1.1 -Fontes de informação internas .....	30
4.1.2 Fontes de informação Externas.....	34
4.2 Apresentação do modelo de avaliação de desempenho para o Grupo de Cirurgia colorrectal de Portimão.....	34
Área de consulta.....	37
Área de internamento .....	38
Área do bloco operatório.....	40
Serviços de suporte .....	41
Auditoria e Inquérito.....	43
4.3. DISCUSÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA O GCCP .	45
4.3.1 Constrangimentos na fase de aplicação do modelo: breves notas .....	45
4.3.2 Interpretação dos indicadores: algumas reflexões.....	47
4.3.3 Perspetivas futuras .....	49
<i>5- CONCLUSÕES</i> .....	50
<i>6- REFERÊNCIAS</i> .....	52
6.1 Bibliográficas .....	52
<i>7 – APÊNDICE</i> .....	58
7.1 – Indicadores relacionados com a área da consulta externa.....	58
7.2 – Indicadores relacionados com a área de internamento.....	64
7.3 - Indicadores relacionados com a área do bloco operatório.....	70

7.4 – Indicadores relacionados com a área de serviços de suporte .....	80
7.5 – Indicadores relacionados com a área de auditório e inquérito .....	85
7.6 – Indicadores relacionados com a área de formação e investigação .....	90

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 2.1 Dimensões no modelo de Donabedian (1980) .....	6
Figura 2.2 Relação entre o modelo e Maxwell e Donabedian adaptado a uma unidade de cirurgia.....	9
Figura 2.3 Dimensões Maxwell (1984) para a qualidade dos cuidados de saúde .....	10
Figura 2.4 Relação entre os indicadores de acordo com a hierarquia do SNS.....	16
Figura 2.5 Lista de indicadores usados pela Sociedade Espanhola de Coloproctologia ...	20
Figura 2.6 Resumo dos indicadores a incluir nas publicações científicas.....	21
Figura 3.1 Constituição da equipa de Cirurgia colorrectal.....	26
Figura 3.2 Resumo da atividade desenvolvida pela equipa.....	26
Figura 3.3 Atividade desenvolvida pelo G.C.C.P. em 2018 – 2019.....	27
Figura 4.1 Resumo de indicadores definidos onde direta ou indiretamente o GCCP está envolvido.....	32
Figura 4.2 Distribuição da atividade do GCCP por áreas de atuação no modelo de avaliação de desempenho.....	36
Figura 4.3 Grafismo do modelo de apresentação e explicativo dos indicadores.....	45

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 2.1 Mortalidade operatória aos 30 dias na esofagectomia tendo em conta o volume do hospital e o volume do cirurgião.....	17

## ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 4.1 Resumo dos indicadores incluídos na área associada à Consulta Externa.....	37
Tabela 4.2 Resumo dos indicadores incluídos na área associada ao Internamento.....	38
Tabela 4.3 Resumo dos indicadores incluídos na área associada ao Bloco Operatório...	40
Tabela 4.4 Resumo dos indicadores incluídos na área associada aos Serviços de Suporte.....	41
Tabela 4.5 Resumo dos indicadores incluídos na área associada à Auditoria e Inquérito.....	43
Tabela 4.6 – Resumo dos indicadores incluídos na área associada à Formação e Investigação.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Antibiótico
ACSA	Agência de Calidad Sanitaria Andalucía
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AGPGBI	Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland
APACHE	Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation
ARSALG	Administração Regional de Saúde do Algarve
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologia
CDT	Consulta de Decisão Terapêutica
CE	Consulta Externa
CHUA	Centro Hospitalar Universitário do Algarve
CMR- SUL	Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul
CRE	Centro de Referência
CRI	Centro de Responsabilidade Integrado
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DGS	Direção-Geral da Saúde
e.g.	Por exemplo
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESCP	European Society of Coloproctology
GCCP	Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
ICCG	Internato Complementar de Cirurgia Geral
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
Nº	Número
NHS	
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
POSSUM	Physiological & Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity
QT	Quimioterapia
RM	Ressonância Magnética

RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RT	Radioterapia
SCIR2	Serviço de Cirurgia Geral 2
SCT	Scottish Cancer Taskforce
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SIMH	Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
TC	Tomografia Computadorizada
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TMC	Tempo Máximo Definido
TMRG	Tempo Máximo de Resposta Garantido

# 1– INTRODUÇÃO

Até ao início da revolução industrial, o registo contábil das transações financeiras era a única possibilidade de verificação da atividade de uma organização. Com o aparecimento de empresas de grandes dimensões, surgiram os primeiros esforços de criar métricas que avaliassem objetivos pontuais. A avaliação de desempenho encontra-se hoje enraizada na cultura dos modelos de gestão, permitindo às organizações a utilização de sistemas de controlo de gestão multidimensionais, preconizadas em metas e objetivos previamente definidos, como forma de terem maiores probabilidades de verem os seus objetivos alcançados (Kaplan e Norton, 1992).

A conjuntura atual obriga a que todas as decisões que envolvam dinheiros públicos sejam tomadas num quadro de excecional racionalidade económica. Este princípio estende-se a todas as áreas de atividade pública onde, naturalmente, se inclui o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Apesar da vertente financeira não constituir o seu principal foco de gestão e da sua tradicional resistência à implementação de medidas desta natureza, devem ser realizados esforços no sentido de introduzir modelos de avaliação de desempenho que abarquem uma perspetiva multidimensional e tenham em conta os vários *stakeholders*.

Nas unidades hospitalares, algumas patologias, tendo em conta a sua baixa prevalência ou complexidade associada, necessitam de equipas multidisciplinares com recursos técnicos diferenciados. Neste contexto, nos serviços que procuram uma maior diferenciação, têm sido criadas equipas específicas no tratamento destas patologias. Pela sua especificidade, a patologia colorrectal tem sido uma delas.

O Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão (GCCP) encontra-se englobado no Serviço de Cirurgia Geral 2 (SCIR2) da Unidade de Portimão do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA). Desde a sua origem em 2013, tem vindo a aumentar a sua competência técnica, assegurando neste momento resposta para todas as vertentes na área da cirurgia colorrectal.

À semelhança do que ocorre com outros profissionais de saúde, existe uma dificuldade na monitorização em tempo real da atividade desta equipa. Como principais motivos

destaca-se a impossibilidade da transposição automática da informação clínica para métricas definidas e a ausência de ferramentas informáticas específicas para o efeito. Assim, na ausência de ferramentas de avaliação de desempenho validadas, corre-se o risco bastante redutor, de considerar apenas o movimento assistencial como medida diferenciadora. De facto, para além de ser pouco atrativa para os profissionais, esta situação não se traduz numa melhoria na eficiência das unidades de saúde.

Tendo como base os pressupostos anteriores, foi assumida a tentativa de elaborar uma proposta de avaliação de desempenho para o Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão. O modelo multidimensional de Maxwell (1984), pela possibilidade de adaptação ao objeto em estudo e pela sua capacidade de interligação com o modelo preconizado por Donabedian (1980), constituiu o guia de referência na proposta apresentada neste trabalho. O conjunto de indicadores resultantes desta proposta de modelo de avaliação abrangem as várias áreas de atuação da equipa e têm em conta as especificidades do sector, designadamente, as várias perspetivas dos *stakeholders* envolvidos, a existência de múltiplas linhas de autoridades e a especificidade associada à qualidade dos serviços prestados. No final, os indicadores selecionados estão organizados por 6 áreas de atuação (consulta; internamento; bloco operatório; serviços de suporte; auditoria e inquérito; formação e investigação), permitindo obter um conjunto de informação muito significativo em face da possibilidade do seu desdobramento em função do tipo de patologia (maligna ou benigna) e/ou opção terapêutica considerada. É de enfatizar que no processo construtivo de um modelo desta natureza é importante ter presentes as múltiplas vertentes envolvidas. Assim, o presente trabalho pretende ser um modesto contributo neste campo, uma vez que reúne no seu corpo de conceção criativa a experiência associada à vertente clínica, de gestão e académica.

O presente trabalho está organizado em 5 capítulos. Após a introdução, sucede-se o capítulo de enquadramento teórico. Neste capítulo é abordada a importância da avaliação de desempenho como ferramenta de gestão, em especial no setor da saúde com particular foco na área da cirurgia colorrectal. No capítulo 3 é apresentado o Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão fazendo-se uma breve descrição da sua atividade e da importância que a existência de uma ferramenta de avaliação de desempenho pode ter para alavancar grupos semelhantes. O capítulo 4 apresenta e discute modelo de avaliação proposto. São elencados alguns potenciais constrangimentos, oferecendo-se ainda

algumas reflexões que podem ajudar a futura interpretação dos resultados obtidos a partir do modelo. O quinto e último capítulo resume as principais conclusões e contribuições do estudo, apontando possíveis caminhos de desenvolvimento futuro.

## **2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO -Perspetiva geral**

Qualquer organização, independentemente da sua origem ou missão, precisa de conseguir gerir da melhor forma possível os seus recursos se quiser ser sustentável. A avaliação de desempenho é uma ferramenta de gestão, que permite aos decisores planear, medir e controlar o cumprimento das metas propostas tendo em conta uma estratégia anteriormente definida (Johnson e Beiman, 2007) .

Para que sejam eficazes e aceites, estes sistemas de avaliação devem possuir algumas características. Segundo Neely, Gregory e Platts (2005) e Martins (1998) os sistemas de avaliação devem: (1) estar de acordo com uma estratégia competitiva previamente definida; (2) ser multidimensionais apresentando medidas financeiras e não financeiras; (3) ter como base um intuito de potenciar processos que originem a melhoria contínua; (4) ter capacidade de monitorização de modo a avaliar comportamentos desviantes; (5) permitir descortinar as potenciais relações de causa e efeito; (6) ser inteligível para os intervenientes e influenciar a sua atitude; (7) abranger transversalmente toda a organização; (8) ter as informações disponíveis em tempo real; (9) ser dinâmico; (10) ter como objetivo a avaliação da equipa e da organização e não do indivíduo.

Atualmente a avaliação de desempenho é uma área de investigação de grande interesse pela comunidade académica (Costa e Lopes, 2015). A nível empresarial, a sua aplicação encontra-se já incutida na cultura dos grupos empresariais de sucesso (Kaplan e Norton, 1992). A sua disseminação, bem como a publicação dos resultados, possibilita, para além da comparação entre diferentes organizações, a obtenção de informação de modo a reduzir as assimetrias entre elas (Griffith, Alexander e Jelinek, 2000).

O maior desafio consiste na sua implementação em determinados campos onde, culturalmente, tem tendência a encontrar mais resistência como é o caso do sector público, onde as unidades hospitalares do SNS se encontram (Costa e Reis, 1993).

## **2.2 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO- Aplicada à Saúde**

Apesar de não existir uma resposta unânime sobre qual a melhor estrutura de concepção de um sistema de saúde, numa sociedade moderna existe a preocupação generalizada por parte dos países em promovê-la. Tal facto, ficou reconhecido há mais de 40 anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem 3 grandes obstáculos à aproximação dos países à cobertura universal: (1) a falta de recursos humanos ou técnicos; (2) a existência de uma cultura excessivamente dependente de pagamentos diretos no momento dos serviços prestados; (3) o uso ineficiente e desequilibrado dos recursos (OMS, 2010).

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, encontra-se assim na agenda política dos diferentes países, que têm procurado desenvolver ferramentas, que tenham em conta os vários intervenientes do sistema e os pontos de interesse de cada estrutura. Contudo, apesar do interesse demonstrado quer a nível político quer a nível académico, existe uma enorme dificuldade, em conseguir que a informação adquirida se transforme em ações, que permitam a implementação generalizada e universal dos sistemas de avaliação (Eddy, 1998). Uma das dificuldades encontradas, prende-se com o facto de que, ao contrário da maioria das empresas do foro privado que são avaliadas principalmente pelos resultados obtidos, nas organizações sem fins lucrativos, onde se inserem os hospitais públicos do SNS português, os resultados financeiros não são o foco principal (Ladeira, 2009). Também com especial interesse é o facto do que no ponto de vista do cidadão a sua perspetiva varia de acordo com o ponto de observação em que se encontra, nomeadamente se está como utente dos serviços de saúde, ou como cidadão pagador de impostos (Coulter, 2005). Em saúde temos que estar conscientes de que a maioria das doenças não se distribuem de uma forma homogénea pela população, e de que existe um grupo de doentes com maior risco de virem a desenvolver resultados menos favoráveis em consequência da ocorrência de eventos não planeados (Iezzoni, 2003). De forma análoga, constatamos que nestes grupos existe um maior consumo de recursos (medicamentos, tempo de internamento, exames complementares de diagnóstico) que é proporcional ao grau de risco que apresentam (Iezzoni, 2003). Assim, existe a necessidade de se empregar

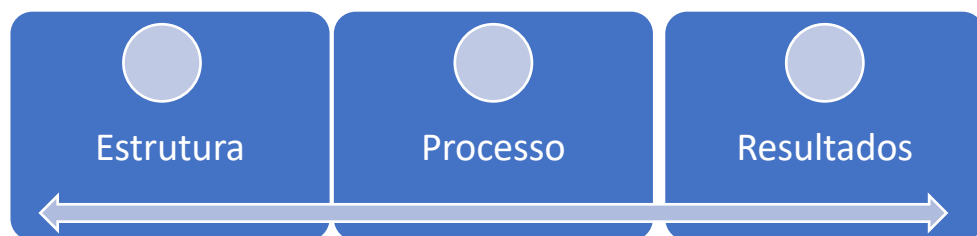
a metodologia de ajustamento pelo risco de modo a poder contabilizar os diferentes riscos intrínsecos do doente e aferir os resultados esperados versus observados, de acordo com essas características (Uva, Sousa, Pinto e Costa, 2003).

### 2.2.1 – Modelo de Donabedian (1988)

Quando se pretende avaliar o desempenho das organizações de saúde o conceito de qualidade aparece inevitavelmente associado (Donabedian, 1988). Pela sua subjetividade e pelas múltiplas dimensões de avaliação, o conceito de qualidade apresenta significados distintos de acordo com a perspetiva do avaliador, quer sejam pacientes, profissionais de saúde, gestores, financiadores ou autoridades governamentais (Donabedian, 1980)

O modelo conceptual de Donabedian (1988) é habitualmente utilizado como guia de referência (Costa, 2005). Este modelo, apresenta um agrupamento de indicadores em saúde que abrangem 3 dimensões (**estrutura, processo e resultados**) e devem estar adequados aos vários níveis de gestão da organização. A Figura 2.1 resume o essencial do modelo de Donabedian (1998).

Figura 2.1 - Dimensões no modelo de Donabedian (1980)

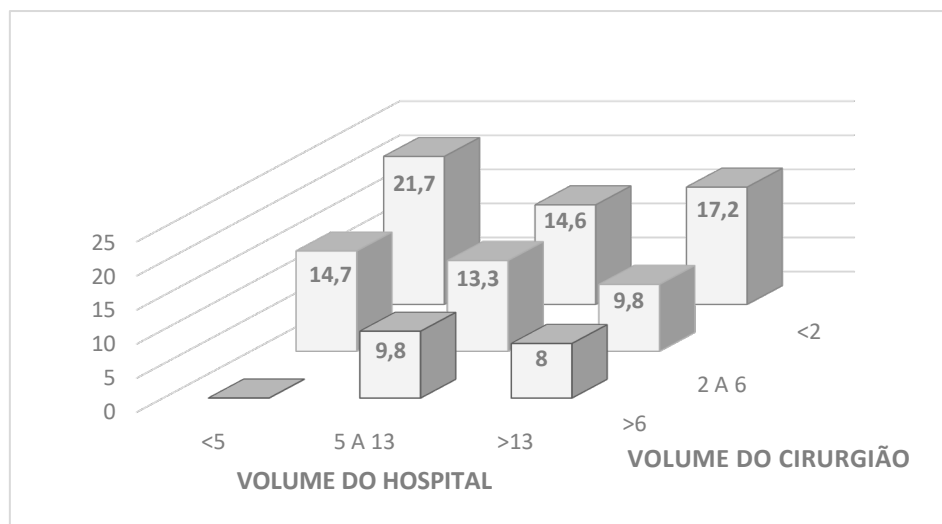


Fonte: Adaptado de Donabedian (1980)

Na dimensão **estrutural**, encontram-se os indicadores que caracterizam a oferta da organização de saúde. Nesta vertente estão incluídos: (1) os recursos financeiros envolvidos na assistência e no pagamento dos cuidados e dos profissionais; (2) os recursos humanos envolvidos quer em número, qualificação, atividades de ensino e investigação; (3) os recursos materiais, onde se incluem as instalações e equipamentos bem como o conjunto de tecnologias ao dispor; (4) existência de protocolos clínicos e ferramentas de avaliação de desempenho. Nos procedimentos cirúrgicos, o volume (frequência com que um procedimento é realizado) é habitualmente o indicador mais utilizado para aferição da qualidade dos cuidados prestados (Birkmeyer, Dimick e

Birkmeyer, 2004). De um modo semelhante a outros tipos de tumores (Gráfico 2.1), em cirurgia colorrectal, o volume do hospital e o volume do cirurgião, influenciam positivamente os *outcomes*, verificando-se uma redução das taxas de complicações por um lado e o aumento a sobrevivência dos pacientes por outro (Liu, Chou, Teng, Lin, Lee, Hu, Yeh, Chen, e Huang, 2015). De igual forma, a associação entre o volume e a redução dos custos, está comprovada em diferentes tipos de tumores, sugerindo uma maior eficiência no tratamento destas patologias ao reduzir a taxa de complicações e o tempo médio de internamento (Lin, Lee, Lin e Lin, 2008; Lee, Ho e Jack, 2010; Shi, Chang, Culbertson, Chen, Liao e Hou, 2013).

Gráfico 2.1 – Mortalidade operatória aos 30 dias na esofagectomia tendo em conta o volume do hospital e o volume do cirurgião



Fonte: Adaptado de Complications in Surgery, Doherty e Mulholland (2006)

Na dimensão de **processo**, estão incluídas as várias fases dos cuidados desenvolvidas pelos profissionais de saúde que vão desde o diagnóstico até ao tratamento. Assim as medidas de processo, refletem todos os cuidados que os doentes recebem ao longo do seu percurso na instituição. A existência de protocolos de atuação, são suportados por evidência científica e comparativamente com as medidas de estrutura apresentam um efeito mais direto no *outcome* do doente. Como exemplo, salienta-se a existência das *checklist* cirúrgicas adaptadas da aviação que permitiram ganhos em segurança para o doente.

Por fim, a dimensão de **resultados**, corresponde aos efeitos ou alterações independentemente de serem desejáveis ou não que são introduzidas na saúde das populações após a prestação dos cuidados.

No entanto, a aplicação do modelo de Donabedian (1980) para a avaliação da qualidade na prestação dos cuidados cirúrgicos, pode de acordo com Birkmeyer et al. 2004, apresentar algumas limitações. Segundo este autor, na dimensão de estrutura estão incluídas medidas relacionadas direta ou indiretamente com as competências das equipas, a sua coordenação e organização, sem que exista grande evidência científica da sua associação com os resultados (Birkmeyer et al. 2004). No que respeita às medidas de processo, estas são mais utilizadas pelas especialidades médicas e encontram-se fortemente associadas a resultados. Apesar de efetivas em todos os doentes, por vezes é difícil determinar quais os processos que podem ser determinantes nos resultados cirúrgicos. Relativamente aos indicadores de resultados, embora abranjam quer os indicadores de resultado clínico quer os de satisfação dos doentes, existe uma maior apetência pela utilização de resultados cirúrgicos em detrimento dos resultados médicos. Os indicadores, habitualmente mais utilizados na investigação são: a mortalidade, as complicações e a demora média, ou as readmissões e resultam na maioria dos casos, de amostras de pequenas dimensões que podem dificultar a extrapolação para comparação (Birkmeyer et al. 2004). De salientar ainda, que os indicadores de resultados são uma medida indireta da qualidade dos cuidados prestados e podem corresponder à variação nas particularidades intrínsecas do grupo ou no *case mix* e não referir diretamente a qualidade do processo (Arah, Klazinga, Delnoij, Asbroek e Custers, 2006).

#### 2.2.1 – Modelo de Maxwell (1984)

Defendendo que, numa sociedade moderna, a avaliação dos cuidados de saúde, não deve ser baseada apenas na autoavaliação realizada pelos profissionais da área da saúde, Maxwell (1984) reconhece a importância da associação de outros vetores à equação. Deste modo, possibilita que a avaliação da qualidade dos cuidados prestados, não seja realizada exclusivamente com base em termos técnicos, mas por um conjunto de fatores que incluem perspetivas individuais ou coletivas.

Tal como Donabedian (1980), Maxwell (1984) defende que em saúde, a avaliação dos cuidados prestados, não pode ser abordada numa única dimensão, defendendo a implementação de um processo multidimensional.

De acordo com este autor, mais importante do que definir um número de dimensões a avaliar é ter a capacidade de introduzir alterações, que leve aos benefícios pretendidos. O modelo proposto por Maxwell (1984), tem como base 6 dimensões (Figura 2.3) que estão interligadas com o modelo proposto por Donabedian (1980) (Figura 2.2).

Figura 2.2 – Relação entre o modelo de Maxwell e Donabedian adaptado a uma unidade de cirurgia - GCCP

	<b>Estrutura</b>	<b>Processo</b>	<b>Resultados</b>
<b>Eficácia</b>	-Diferenciação da equipa -Equipamento atualizado -Acesso ao bloco e aos meios complementares de diagnóstico	-Volume de doentes tratados -Adequação de protocolos -Avaliação de taxas de complicação	-Taxas de sobrevivência comparadas com unidades semelhantes para casos semelhantes
<b>Aceitabilidade</b>	- Existência de ambiente hostil ou acolhedor? -Condições existentes para os doentes e familiares (privacidade acomodação) - Termina da relação com a unidade	-Possibilidade de fornecer informação explicativa complementar ao doente e aos familiares	-Existem formas de obter por parte dos doentes e familiares opiniões de melhoria com vista à melhoria contínua?
<b>Eficiência</b>	-Evitar desperdício no exercício da atividade	- Transferência de pessoal -Protocolos na admissão e no momento da alta	-Avaliação custo/caso para unidades semelhantes
<b>Acessibilidade</b>	- Admissão em tempo oportuno	-Quantos doentes não foram admitidos por ausência de vaga?	-O que é que acontece aos doentes que não conseguem ter acesso ao GCCP
<b>Equidade</b>		-Existe alguma evidência de discriminação no acesso ou tratamento à unidade?	Existe alguma evidência na diferença nos <i>outcomes</i> ?
<b>Relevância</b>	-Possibilidade de oferecer opções terapêuticas alternativas -Adequação da utilização dos recursos ao grau de diferenciação da unidade		- Existe diferença, na sobrevivência / qualidade de vida, nos doentes ao serem tratados pela equipa

Fonte: Adaptado de Dimension of Quality Revisited: from thought to action (Maxwell, 1992)

A figura 2.2, auxilia a transferência do modelo proposto por Maxwell (1992), para uma unidade cirúrgica, durante o seu momento de conceção. Deste modo, são oferecidos alguns exemplos, alguns em forma de interrogação, possibilitando o seu enquadramento de acordo com o objetivo pretendido.

As dimensões de Maxwell (1984) para a qualidade dos cuidados de saúde (Figura 2.3), têm a vantagem de poderem ser aplicadas a qualquer estrutura de saúde, independentemente do seu nível de organização (Young, 1997).

As dimensões de equidade e de relevância, não abordadas por outros modelos, têm em conta a heterogeneidade dos cuidados e da população a quem se prestam os cuidados. A **equidade**, traduz a possibilidade de existirem para necessidades diferentes, soluções diferentes. Define-se como a ausência de diferenças evitáveis, injustas ou passíveis de modificação do estado de saúde, atendendo aos diferentes contextos sociais, geográficos ou culturais das populações (Furtado e Pereira 2010). A **relevância**, avalia em que medida, determinada opção realizada é a mais adequada atendendo à expectativa criada na população e à evidência científica conhecida. A dimensão **eficácia** avalia a relação entre o efeito desejado e alcançado para uma determinada intervenção. Na dimensão **eficiência**, avalia-se a capacidade de se obterem os resultados pretendidos atendendo aos recursos disponíveis, com o menor gasto possível, reduzindo desta forma o desperdício. A dimensão **acessibilidade** avalia a capacidade de se obterem os cuidados necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado. Por fim a **aceitabilidade**, representa a dimensão centrada na relação entre o profissional de saúde e o utente, abrangendo aspetos como a expectativa do doente, as relações de confidencialidade e privacidade.

<b>Dimensões Maxwell</b>	
Eficácia	Acesso
Aceitabilidade	Equidade
Eficiência	Relevância

Fonte: Elaboração com base no modelo de Maxwell (1984)

A eleição de um modelo conceptual não se esgota na seleção das dimensões adotadas, podendo ser necessário à sua priorização tendo em conta a **dimensão da sua aplicação** e a **perspetiva de avaliação** (Costa et al. 2015).

No que respeita à dimensão da aplicação, apesar de tanto a componente estrutura e de processo serem importantes, são os resultados que acabam compreensivelmente por ser os mais decisivos, uma vez que do ponto de vista conceptual os bons resultados são uma consequência de bons indicadores de estrutura e de processo (Costa et al. 2015). Do ponto de vista da perspectiva de avaliação consideramos 3 vertentes: eficácia dos cuidados prestados, eficiência das organizações e o seu desempenho financeiro. Pese embora a importância de todos, é a eficácia dos cuidados prestados que melhor pode contribuir para a avaliação pela perspectiva do consumidor/utente, uma vez que tanto a eficiência da organização como o seu desempenho podem estar relacionados com obstáculos a montante da própria organização e não serem imputáveis aos próprios.

## **2.3 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO - Nos sistemas de saúde**

A grande dificuldade na avaliação e comparação entre os diferentes sistemas de saúde, parte do princípio de não ser possível identificar, uma definição consensual pelos diversos autores ou organizações (Carnut e Navai, 2016). Na gênese de um sistema de saúde, estão princípios filosóficos que moldaram os seus criadores e que podem sofrer variações de acordo com a origem geográfica. Enquanto a concepção do sistema de saúde nos E.U.A. assenta numa filosofia baseada nos resultados, os países europeus e a Austrália apostam na melhoria da estrutura e do processo, como condutores de bons indicadores de resultados (Costa et al. 2005).

Independentemente da origem, os diferentes sistemas de saúde têm em comum o objetivo de pretenderem criar condições que permitam garantir às suas populações equidade, eficiência e a eficácia dos seus serviços, garantindo ao mesmo tempo o cumprimento das metas de saúde pública traçadas e com os melhores padrões de qualidade (Arah et al. 2003).

Do ponto de vista académico e governamental, tem havido a intenção de procurar modelos que consigam medir e avaliar estes sistemas, pese embora as suas divergências, optando por convergir nos pontos coincidentes (Cunha e Corrêa, 2013). Esta avaliação, tem em linha de conta entre outros, quer a avaliação de objetivos políticos quer a avaliação de objetivos específicos de cada sistema de saúde (Fleury e Ouverney, 2008). Como consequência, podemos ter então várias abordagens nos vários modelos de mensuração, fruto das especificidades de cada sistema de saúde, ou de cada modelo. De acordo com a avaliação efetuada por Reis, Santos, Arruda e Oliveira (2017) o modelo desenvolvido pela agência de saúde do Canadá e o da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apresenta uma abordagem focada na determinação social da doença, em que existe uma compreensão hierarquizada dos vários fatores que influenciam a saúde como um todo (Arah et al.2005). Por outro lado, o modelo Americano e da OMS, apresenta uma abordagem centrada nos objetivos e tem como característica a compreensão de que o êxito ou o fracasso de uma intervenção, pode ser julgado pelo grau de alcance dos objetivos (Reis et al. 2012).

Portugal, segue a estratégia Health 2020 promovida pela OMS (OMS, 2104), que constitui o quadro de referência para as políticas europeias de saúde. O plano nacional de saúde pressupõe que “*os ganhos em saúde resultarão da melhor adequação entre necessidades de saúde e serviços, e da melhor relação entre recursos e resultados, ou seja, do melhor desempenho, tendo em vista a melhoria da saúde da população, a sustentabilidade do sistema de saúde, e o envolvimento e participação das comunidades e das suas organizações*” (DGS, 2015:13).

Estas organizações apresentam, nas suas páginas da internet<sup>1</sup>, variadas *dashboards* que permitem a avaliação e comparação dos diferentes indicadores mundiais. Os resultados decorrentes destas análises e a comparação entre os vários sistemas de saúde resultam em exercícios de *Benchmarking*, contribuindo para recentrar as políticas de saúde na agenda do dia (Radnor e Lovell ,2003)

---

<sup>1</sup> <https://data.oecd.org/ults/>; <https://gco.iarc.fr/today/home>

## **2.4 -AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO - Nas unidades hospitalares**

Algumas organizações apresentam uma especial complexidade ao nível do seu processo produtivo e da sua gestão. As unidades hospitalares pelas suas particularidades e especificidades inerentes à sua atividade enquadram-se neste grupo.

Em oposição à avaliação de um sistema de saúde, a avaliação de uma unidade hospitalar apresenta mais semelhanças com o modelo “típico” das organizações empresariais, onde estas práticas já se encontram enraizadas (Figueiredo, 2010). As organizações hospitalares, necessitam que as suas unidades, tenham uma melhoria no seu desempenho, mantendo um elevado padrão de qualidade (Sousa et al. 2008). Ao recorrermos a técnicas de avaliação de desempenho devemos ter em conta as especificidades destes sistemas e o nível da organização em que se enquadram (Costa et al. 2005). Uma especificidade prende-se com o facto da estrutura típica da distribuição dos recursos humanos de uma indústria em pirâmide em que a base representa o pessoal operário e menos qualificado e no topo os dirigentes técnicos mais qualificados não se aplicar nestas instituições. Nestas organizações, encontramos uma elevada diferenciação técnica ao nível das bases, uma vez que possuem profissionais bastante qualificados, essencialmente ao nível do seu corpo clínico. Como resultado, as unidades de saúde acabam por apresentar uma “hierarquia invertida” em que os profissionais de saúde assumem a prestação dos cuidados diferenciados de saúde e os gestores o papel de facilitadores desses cuidados, atendendo às orientações emanadas pelo ministério da saúde (Senhoras, 2007). Outro aspeto importante, prende-se com o facto de que a grande maioria destas instituições não terem como objetivos financeiros o lucro e estarem dependentes de uma estratégia definida a montante que varia com os ciclos políticos (Cunha et al.2013). Os sistemas de classificação de doentes, bem como as fontes de informação hospitalares até ao momento, não são capazes de fazer transparecer com precisão devida, a real severidade dos doentes no momento da admissão hospitalar (Costa et al. 2005).

Os factos anteriormente descritos trazem naturalmente algumas particularidades aquando do momento da avaliação de desempenho nestas unidades. Utilizar modelos trazidos da indústria sem a sua devida adaptação pode constituir um erro, pelo que urge estabelecer

modelos e ferramentas adequadas às unidades hospitalares públicas e aos seus serviços clínicos (Costa, 2005).

Assim, é compreensível que ao desenhar uma ferramenta de avaliação de desempenho tenhamos que ter em conta os vários intervenientes do sistema e as diferentes especificidades da organização (Vetter et al. 2001). Uma das formas tradicionalmente utilizadas para avaliar e comparar a prestação dos diferentes serviços de saúde e da qualidade de atendimento consiste em recorrer a indicadores de desempenho específicos. No entanto importa realçar que os modelos de avaliação de desempenho que são baseados apenas em indicadores de desempenho não constituem uma boa base de avaliação se analisados isoladamente (Gouveia et al. 2017)

Neste contexto, o recurso a técnicas alternativas como o *Data Envelopment Analysis* permitem analisar a eficiência relativa de estruturas organizacionais semelhantes, gerando um indicador global de eficiência para cada unidade em avaliação, tendo como base os inputs que consome e os outputs que produz (Figueiredo, 2010). Finalmente, é de referir que organizações como a National Committee for Quality Assurance, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, e a Foundation for Accountability, têm tentado desenvolver para os diferentes modelos de unidades hospitalares, um sistema de que seja capaz de aferir a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao longo dos vários níveis organizacionais (Malin, Asch, Kerr e McGlynn, 2000).

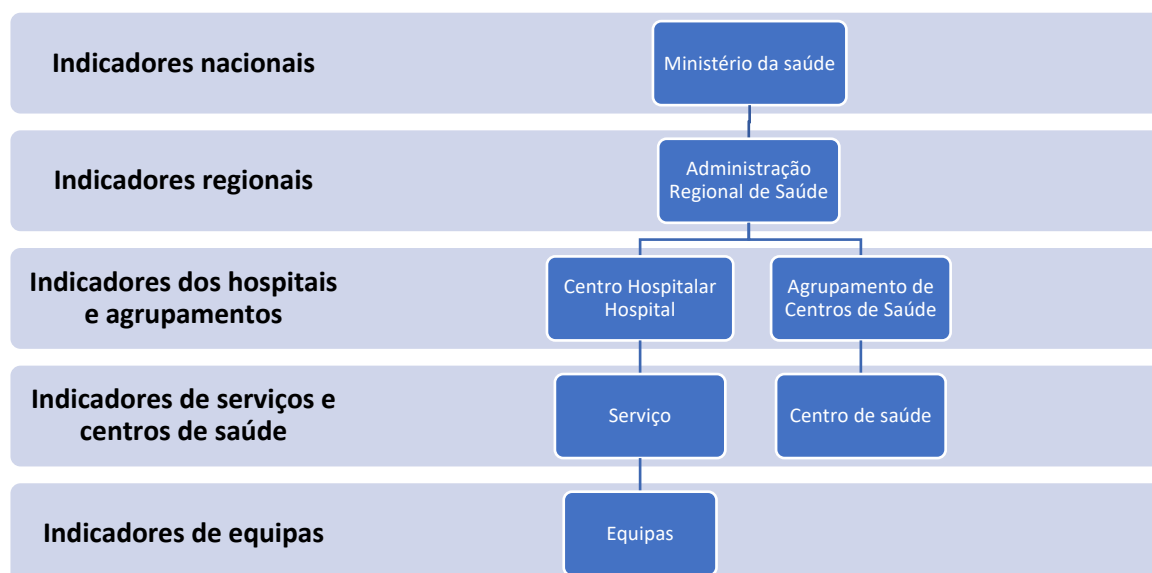
## 2.5 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO- Aplicados ao sistema de Saúde- exemplo português

Em Portugal, o sector da saúde foi um dos que mais transformações sofreu no último meio século. Trata-se de um sistema complexo, do ponto de vista político, social e económico que integra o SNS, o sector privado e o sector social.

Desde a sua criação em 1979, o SNS foi tendo capacidade de evoluir atravessando os diferentes ciclos políticos e sobrevivendo às diversas crises económicas que assolaram o país. Em mais nenhum período da sua história, o SNS foi tão importante como na época em que vivemos, tendo sido capaz de responder a uma das maiores crises sanitárias de que há memória.

No SNS, encontramos uma estrutura de comando, centralizada no ministério da saúde, que depois se desdobra nas várias administrações regionais de saúde antes de chegar aos hospitais ou agrupamentos de centros de saúde (Figura 2.4). O conteúdo da informação disponibilizada, ocorre de acordo com o posicionamento do observador, podendo transmitir uma visão mais abrangente (indicadores nacionais ou regionais) ou mais particularizada (indicadores hospitalares, dos serviços, ou das unidades).

Figura 2.4 – Relação entre os indicadores de acordo com a hierarquia do SNS



Fonte: Adaptado de Matos (2009)

Acompanhando a tendência mundial, em Portugal a avaliação de desempenho das unidades de saúde é um assunto que tem merecido crescente interesse como comprova a publicação em 2002 do “Novo Regime Jurídico de Gestão Hospitalar (Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro) que compromete o Ministério da saúde a divulgar anualmente os resultados de avaliação de eficiência e da efetividade dos hospitais que integram a rede de prestação de cuidados de saúde”. Mais recentemente em 2019 foi criada a Estrutura de Acompanhamento e Avaliação de Desempenho que tem por finalidade incentivar a autonomia e responsabilidade da gestão das unidades de saúde, através do acompanhamento, monitorização e avaliação do desempenho operacional das entidades públicas empresariais do SNS.

Mensalmente a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) publica no seu site<sup>2</sup>, os relatórios referentes aos diferentes grupos hospitalares. Esta publicação, tem como objetivos principais, melhorar o desempenho económico e financeiro bem como os índices de qualidade e de acesso aos cuidados de saúde. Os indicadores, têm em conta o Plano Nacional de Saúde 2020 e os dados são recolhidos de acordo com a calendarização estabelecida pelas diferentes fontes oficiais. As unidades hospitalares, são as entidades responsáveis pela introdução dos dados nas várias plataformas da ACSS. Os resultados são comparados em 4 dimensões: (1) acesso; (2) desempenho assistencial; (3) produtividade; (4) económica - financeira, sendo as unidades hospitalares agrupadas em 5 grupos hospitalares, um dos quais referente aos 3 institutos de oncologia (Porto, Coimbra e Lisboa). A aglomeração destes hospitais é determinada com recurso a *clustering* hierárquicos após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos e da análise de componentes principais. A eficiência de cada instituição é determinada pela relação de custos referente à métrica “Doente Padrão”.

O Projeto **SINAS** (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde) é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, desenvolvido pela entidade reguladora da saúde. Tem como objetivo principal, fornecer informação acerca da qualidade e estimular a melhoria contínua dos cuidados prestados, permitindo ao utente realizar uma escolha com base na análise disponibilizada. Assente numa abordagem multidimensional da avaliação da qualidade, foram identificadas 5 dimensões.

---

<sup>2</sup> <https://benchmarking-acss.min-saude.pt>

São elas: a excelência clínica; a segurança do doente; a adequação e o conforto das instalações; a focalização do doente; a satisfação do doente. Os dados recolhidos e fornecidos que servem de base ao cálculo de *rating*, são da inteira responsabilidade dos prestadores de saúde e dependem do carácter de adesão voluntário destes, podendo vir a ser auditados posteriormente pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Tomando como exemplo a especialidade de cirurgia geral, em que só é avaliada a cirurgia do cólon, verifica-se que não se pretende avaliar a prática clínica na sua vertente técnica ou dos seus resultados, mas sim aferir a existência e o cumprimento de procedimentos e requisitos (processos) conducentes a uma eventual melhoria da qualidade dos serviços prestados.

**Os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI)**, são estruturas orgânicas de gestão intermédia, que embora dependentes das entidades públicas empresariais do SNS, possuem autonomia funcional, sem interferência externa na gestão dos seus recursos. De acordo com o Decreto-Lei<sup>3</sup> que regulamenta a criação dos CRI, na génese deste modelo, esteve a intenção de rentabilizar a capacidade instalada no SNS, ao conseguir uma melhoria efetiva do desempenho assistencial e económico-financeiro.

**Os Centros de Referência (CRE)**, são unidades compostas por equipas multidisciplinares portadoras de conhecimento científico e técnico, capazes de assegurar a resposta a um grupo de doentes que exigem uma concentração de recursos ou de perícias atendendo à complexidade dos casos ou à sua baixa prevalência. Na génese da implementação dos centros de referência em Portugal foi aplicado o quadro conceptual de Donabedian, observando-se um predomínio dos fatores estruturais em relação aos de processo, e de resultado (Valentim, 2018). Para serem reconhecidos como tal, as unidades tiveram de ser submetidas a um processo de acreditação externo e devem assegurar a monitorização da sua atividade de acordo com indicadores previamente estabelecidos. Este centros são obrigados a publicar anualmente os seus resultados e estão sujeitos a auditorias externas para manterem a acreditação.

---

<sup>3</sup> Decreto-Lei nº 18/2107 de 10 de Fevereiro de 2017

## **2.6 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO- Em Cirurgia colorrectal**

A patologia colorrectal, engloba dois grandes grupos nosológicos: a patologia benigna e a patologia maligna. A patologia colorrectal benigna apesar de apresentar uma elevada incidência e prevalência na população mundial, não apresenta, salvo raras exceções impacto direto na sobrevivência dos doentes. As suas maiores repercussões, verificam-se na presença de quadros de incontinência anal e na doença inflamatória intestinal onde se constata uma diminuição na qualidade de vida e um aumento do absentismo laboral. Por outro lado, a patologia maligna, está diretamente relacionada ao nível na saúde da população (sobrevivência). Igualmente ao nível económico, verifica-se o seu impacto atendendo ao elevado custo que os seus tratamentos representam (Martínes-Pérez, Payá-Llorente e García-Lozano, 2019). Deste modo, o carcinoma colorrectal tornou-se num importante indicador de saúde pública internacional, sendo os seus resultados e políticas instituídas, alvo de acompanhamento por diferentes organizações nacionais e internacionais (OCDE, 2017).

A comunidade cirúrgica e académica, tem vindo a desenvolver esforços no sentido de eleger indicadores, que permitam a uniformização dos critérios de seleção adequados à avaliação de desempenho em cirurgia colorrectal. Ciente deste problema, a American Federation of Clinical Oncology Societies, publicou em abril de 1998 um guia de orientação “Access to Quality Cancer Care” que detalhava os recursos considerados essenciais para a abordagem da doença oncológica. De acordo com o documento, os doentes deviam de ser avaliados por equipas multidisciplinares capazes de abordarem as diferentes fases da doença (prevenção, estadiamento, terapêutica, palição e seguimento a longo prazo). As sociedades oncológicas agregadas nesta federação, encorajavam a avaliação, validação e publicação dos resultados das diferentes equipas de modo a que as entidades pagadoras de cuidados (seguros) pudessem escolher para onde encaminhar os seus doentes. Deste modo estavam reunidas as condições para fornecer cuidados de saúde de qualidade tendo em conta a relação de custo-efetividade.

Em Espanha, a Sociedade Espanhola de Coloproctologia iniciou em 2010 um programa de certificação com vista ao reconhecimento das unidades colorrectais. Os indicadores seleccionados (Tabela 2.5) com exceção da demora média, correspondiam apenas a indicadores de resultado, dirigidos essencialmente à avaliação de complicações (Portilla,

Builes, Garcia-Novae e Espin, 2018) A acreditação dos serviços era baseada no reporte resultante de auditorias internas. Tratando-se de um processo de adesão voluntária, o programa tinha como principal objetivo a promoção da melhoria contínua estando as auditorias externas delegadas para uma fase posterior.

Figura 2.5 -Lista de indicadores usados pela Sociedade Espanhola de Coloproctologia

Indicador	Definição	limite
Infeção local cirúrgico Neoplasia do recto	% de doentes incluídos na avaliação que apresentam infeção do local cirúrgico, depois de serem submetidos a cirurgia por neoplasia do recto	<25%
Infeção local cirúrgico Neoplasia do cólon	% de doentes incluídos na avaliação que apresentam infeção do local cirúrgico, depois de serem submetidos a cirurgia por neoplasia do cólon	<27%
Deiscência da anastomose	% de doentes incluídos na avaliação que apresentam deiscência da anastomose (clínica ou radiológica)	<10%
Mortalidade	% de doentes incluídos na avaliação que morreram durante o internamento por motivos relacionados com a cirurgia realizada	<10%
Readmissões	% de doentes reinternados após 30 dias da alta	<10%
Evisceração	% de doentes com evisceração durante o internamento	<5%
Reintervenções não programadas	(não referida)	<9%
Demora média pós-operatória	(não referida)	< 11 dias

Fonte: Adaptado de Analysis of Quality Indicators for Colorectal Cancer Surgery in Units Accredited by the Spanish Association of coloproctology (Portilla et al. 2018)

A nível académico tem existido igualmente preocupação com o tema. A mais-valia que supostamente os estudos randomizados deviam acrescentar não foi conseguida inicialmente (McNair, Whistance, Forsyth, Macefield, Rees e Pullybank, 2016), muito por causa da grande diversificação dos *outcomes* que eram reportados (Rodgers, Brealey, Jefferson, McDaid, Maund e Hanchard, 2014). Com o objetivo de ultrapassar este obstáculo, foi realizada em 2016 uma tentativa de uniformização dos principais *outcomes* em cirurgia colorrectal que os estudos deviam incluir, evitando deste modo os vieses associados (McNair et al. 2016). Do consenso elaborado surgiram 3 grupos de indicadores (Figura 2.6) distribuídos por: **oncológicos** (taxa de sobrevivência e de recorrência; referência à avaliação das margens de ressecção); **cirúrgicos** (deiscência da anastomose, mortalidade peri-operatória, infeção do local cirúrgico, complicações relacionadas com o estoma e taxa de conversão em cirurgia laparoscópica) e **qualidade**

**de vida** (caracterização do performance status, e reporte de alterações relacionadas com disfunção sexual ou incontinência fecal).

Figura 2.6 -Resumo dos indicadores a incluir nas publicações científicas

Oncológicos	Cirúrgicos	Qualidade de vida
Taxas de sobrevivência	Deiscência da anastomose	Performance status
Recorrência	Mortalidade peri-operatória	Disfunção sexual
Margens de ressecção	Infeção do local cirúrgico	Incontinência fecal
	Complicações relacionadas com o estoma	
	Taxa de conversão	

Fonte: Adaptado de *Core Outcomes for Colorectal Cancer Surgery: A Consensus Study* MacNair et al. (2016)

Em Portugal, com a criação dos centros de referência em 2015 e em especial do centro de referência de doença oncológica do adulto – cancro do recto, os serviços necessitaram de passar por um processo de candidatura e de acreditação. O modelo adotado foi o referencial da Agência de Calidad Sanitaria Andalucía (ACSA), que culmina com a atribuição de 3 níveis (bom, ótimo ou excelente). Ao contrário de outros referenciais (e.g., Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, Crasper Healthcare Knowledge System) que monitorizam também indicadores de estrutura ou resultado a ACSA, foca-se apenas nos indicadores de processo (Vaz, 2017).

### 2.6.1 -Ajustamento pelo risco em cirurgia colorrectal

De acordo com Birkmeyer (2006), nas especialidades cirúrgicas, o recurso isolado à mortalidade como medida de resultado para os doentes que vão ser submetidos a cirurgia pode ser enganadora. Cirurgiões com maior diferenciação técnica assumem por norma os casos mais complicados, ou são chamados a intervir no caso de maior dificuldade intraoperatória. Por outro lado, uma avaliação apenas pelos resultados obtidos, pode levar a uma seleção dos doentes, levando a que doentes com maior risco sejam preteridos, ou no caso da doença oncológica se optem por procedimentos mais conservadores e com pior impacto na sobrevivência a longo prazo (Snyder e Neubauer, 2007).

O ajustamento pelo risco, surge com o objetivo de contabilizar os diferentes riscos associados dos doentes no momento do contacto com a instituição e aferir os resultados esperados versus observados, de acordo com essas características. Assim, podem ser explicadas em certa medida, as diferenças encontradas entre os serviços que prestam semelhantes cuidados de saúde (Iezzoni, 2003).

Na literatura têm sido apresentados vários sistemas de classificação de doentes com o objetivo de medir a sua severidade sem que nenhum tenha sido consensual até ao momento (Goulart e Martins, 2013). Tal facto, pode justificar-se atendendo à falta de consenso na definição da severidade e na escolha da fonte a auditar, uma vez que esta pode variar de acordo com a perspetiva do avaliador (clínico ou gestor). Se o objetivo se prende com avaliação de aspetos financeiros, devemos recorrer a elementos provenientes do momento da alta, ao passo que quando se privilegia a validade da construção e conteúdo, o recurso aos elementos clínicos no momento da admissão torna-se a escolha natural (Costa, 2016).

A patologia oncológica colorrectal apresenta um conjunto de particularidades que está associada a uma maior incidência de complicações, justificando o enquadramento dos resultados de acordo com a metodologia do ajustamento pelo risco.

Durante algum tempo, a classificação da sociedade americana de anesthesiologia (ASA) foi considerada um auxiliar importante ao consentimento informado para monitorizar e prever o resultado final. A facilidade com que era realizado contribuiu para a sua disseminação desde que foi implementado em 1963. No entanto, o seu fator subjetivo torna-o facilmente manipulável e pouco rigoroso para medidas de comparação, abrindo espaço à criação de outros modelos.

Nas unidades de cuidados intensivos, surgem no início dos anos 80, os primeiros trabalhos com vista à criação do Score APACHE (Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation). A dificuldade existente na sua aplicação aos procedimentos cirúrgicos originou a necessidade de se criarem novos modelos.

O POSSUM (Physiological & Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity) foi um dos primeiros modelos especialmente desenhados para os doentes

cirúrgicos com a finalidade de determinar o risco de morbimortalidade. Apesar dos esforços, este modelo sofreu algumas críticas, nomeadamente pelo facto de sobreavaliar o risco de mortalidade aos 30 dias para os doentes de baixo risco e de subestimar o risco em idoso e em procedimentos urgentes.

Ao nível da cirurgia colorrectal, surge em 2004 o Colorrectal POSSUM, dirigido especificamente à patologia colorrectal e posteriormente a Association of coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI) cria uma ferramenta específica para os doentes com patologia colorrectal maligna.

Apesar dos esforços em construir ferramentas de ajustamento pelo risco para os doentes cirúrgicos, até ao momento, ainda não foi possível obter resultados reprodutíveis pelas diferentes unidades (Goulart et al. 2013). Tal facto sugere que diferentes populações ou instituições ou mesmo diferentes sistemas de saúde podem eles mesmo afetarem os *outcomes* cirúrgicos. Deste modo, a sua aplicabilidade clínica tem sido pouco utilizada pelas equipas de cirurgia colorrectal.

Até ao momento, foram revistos os conceitos associados à avaliação de desempenho e as suas particularidades aquando da sua implementação nas organizações de saúde, tendo como foco principal as especificidades da cirurgia colorrectal.

Pela análise do que atrás foi exposta, constatamos que a implementação de um modelo de avaliação de desempenho, que tenha em conta as especificidades inerentes da atividade desenvolvida, deve assumir-se como uma prioridade. Para além da fonte potencial de conhecimento que traz consigo, permite de uma forma atempada, introduzir medidas de melhoria de modo a corrigir eventuais objetivos não pretendidos. Como vantagem adicional pode numa fase posterior servir como fonte de comparação de modo a permitir reduzir assimetrias existentes entre as diferentes unidades hospitalares.

Até ao momento e apesar dos esforços desenvolvidos, ainda não foi possível incorporar as unidades de cirurgia colorrectal em modelos de avaliação de desempenho. Como principais causas, apontam-se a ausência de consenso na forma de interpretação e de comunicação dos resultados obtidos. Deste modo, apenas os indicadores nacionais são avaliados, dificultando o seu rastreio até às unidades de hospitalares.

Tendo como ponto de partida a especificidade da atividade desenvolvida pelo GCCP, pretende-se apresentar nos capítulos seguintes, uma proposta de modelo de avaliação de desempenho, que tendo como base os conceitos teóricos previamente introduzidos, vá ao encontro das suas necessidades.

## **3- GRUPO DE CIRURGIA COLORRECTAL DE PORTIMÃO - CASO DE ILUSTRAÇÃO**

### **3.1 O Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão**

Ao contrário de outros países, em Portugal não existe a especialidade de coloproctologia. Nas unidades hospitalares que procuram uma maior diferenciação técnica, têm sido criadas unidades específicas dedicadas ao tratamento desta patologia. Embora englobadas nos serviços de cirurgia geral, apresentam algum grau de autonomia clínica e organizativa delegada pelo diretor de serviço no coordenador do GCCP por si nomeado. As unidades de cirurgia colorrectal apresentam características e relações transversais aos serviços hospitalares, representando verdadeiramente o espírito multidisciplinar, uma vez que a sua atividade está interligada ao nível do processo de avaliação e tratamento com outras áreas clínicas.

O Serviço de Cirurgia Geral 2 da Unidade de Portimão do CHUA tem vindo a estabelecer várias áreas específicas de atuação, tendo criado GCCP com vista ao tratamento diferenciado da patologia colorrectal. O GCCP é formado à data, por uma equipa de cirurgiões pertencentes ao SCIR2 da Unidade de Portimão do CHUA. Até ao final do 1º trimestre de 2020 a equipa era composta por 2 cirurgiões apoiada por 2 internos do Internato complementar de Cirurgia Geral (ICCG), sendo de momento constituída por 4 cirurgiões e 1 interno do ICCG. A esta equipa associam-se em tempo parcial: 1 especialista em imunohemoterapia (3 horas semanais), 3 enfermeiros provenientes da consulta externa (4 horas semanais), 2 enfermeiros estomoterapeutas (4 horas semanais), 1 nutricionista (4 horas semanais) e 2 fisioterapeutas (2 horas semanais). A equipa conta ainda com o apoio no secretariado de uma assistente técnica (Figura 3.1).

Figura 3.1 – Constituição da equipa de Cirurgia colorrectal

Coordenação: Dr. Edgar Amorim	
Tempo completo	Tempo parcial
<b>Cirurgiões:</b> Dr. Mahomede Americano (A.H.G.S.) Dr. Edgar Amorim (A.H.G.) Dr. Juan Rachadell (A.H.G.) Dr. Miguel Cunha (A.H.) Dr. Inês Miguel (I.I.C.C.G.)	<b>Enfermagem:</b> Enf. Daniela Costa / Enf. Sónia / Enf. Inês Aljustrel <b>Estomoterapia:</b> Enf. Ivone Mimoso / Enf. Liliana Beato <b>Nutrição:</b> Dr. Luísa Geada <b>Imunohemoterapia:</b> Dra. Cármen Rey / Dr. Edgar Cardoso <b>Fisioterapia:</b> Fisioterapeuta Rita Sousa/ Inês Lopes

Fonte: Elaboração com base no relatório anual do GCCP

Na origem da sua criação em 2013, esteve a necessidade da centralização deste tipo de patologia, numa equipa capaz de responder de um modo eficaz e de acordo com as melhores práticas existentes a nível mundial. Para além de relação com os elementos anteriormente descritos, o GCCP mantém ainda uma relação estreita com outras especialidades (gastroenterologia, radiologia, oncologia, radioterapia oncológica) fruto das múltiplas reuniões multidisciplinares.

### 3.2 A atividade do Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão

Tal como apresentado na Figura 3.2, a atividade do GCCP desenvolve-se essencialmente a nível do bloco operatório, no internamento, ou na consulta externa.

Figura 3.2 - Resumo da atividade desenvolvida pela equipa

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas de:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta do tubo digestivo colon e recto (orientada para a patologia maligna)</li> <li>○ Consulta do tubo digestivo colon e recto (telemedicina)</li> <li>○ Consulta de patologia colorrectal maligna</li> <li>○ Consulta multidisciplinar de doença oncológica do tubo digestivo</li> <li>○ Consulta multidisciplinar de doença oncológica do recto</li> <li>○ Consulta multidisciplinar de doença inflamatória intestinal</li> <li>○ Consulta multidisciplinar de doença oncológica do tubo digestivo</li> <li>○ Consulta multidisciplinar de doença anorrectais funcionais</li> </ul> </li> <li>• No bloco operatório                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procedimentos oncológicos</li> <li>○ Procedimentos benignos</li> </ul> </li> <li>• Reuniões de preparação e discussão dos casos clínicos</li> <li>• Na formação                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ interna e externa de profissionais de saúde com interesse na área</li> </ul> </li> <li>• Na investigação</li> <li>• Assegurando o Serviço de urgência</li> <li>• Equipa nuclear do centro de referência de doença oncológica do recto - CHUA</li> </ul>
--

Fonte: Elaboração com base no relatório anual do GCCP

Os seus elementos do GCCP integram desde a criação do centro de referência do cancro do recto a sua equipa nuclear, sendo responsáveis por toda a sua atividade cirúrgica na Unidade de Portimão do CHUA. De facto, o GCCP é responsável desde 2017, por toda a cirurgia oncológica colorrectal eletiva, desempenhando um papel de consultadoria na restante quando necessária. Em 2018 o GCCP passou a assumir também na íntegra a patologia benigna diferenciada nomeadamente no caso da doença inflamatória intestinal, e na incontinência anal. Desde 2019 que assegura um tempo mensal de bloco operatório para a patologia benigna perianal complexa. Em 2018 e 2019 foram realizados 280 procedimentos cirúrgicos dos quais 188 por quadros oncológicos (Figura 3.3).

Figura 3.3 - Atividade desenvolvida pelo G.C.C.P. em 2018 – 2019

			2018	2019
<b>Casuística cirúrgica</b>		Patologia maligna	88	100
		Patologia benigna	43	49
<b>Consulta realizadas</b>	Patologia oncológica	Total de consultas realizadas	1059	1238
		Primeiras consultas realizadas	157	151
		Nº total de doentes avaliados	783	863
	Patologia benigna	Total de consultas realizadas	171	323
		Primeiras consultas realizadas	94	120
		Nº total de doentes avaliados	152	289
	Multidisciplinares	Total de consultas realizadas	378	387
<b>Trabalhos apresentados</b>		Nacionais	11	12
		Internacionais	4	7
<b>Participação em eventos formativos</b>		Nacionais	10	11
		Internacionais	3	6
<b>Projetos de investigação</b>			2	3

Fonte: Elaboração com base no relatório anual do GCCP

A nível da consulta externa, realiza semanalmente um período de consulta em articulação com a restante equipa, permitindo que no mesmo tempo e no mesmo local o doente seja avaliado pela equipa de enfermagem, nutrição, fisioterapia e imunohemoterapia. Ainda ao nível da consulta externa iniciou em 2020, a realização de teleconsultas, diminuindo desta forma as deslocações ao hospital dos doentes e dos seus familiares. Para além da

mais-valia em termos de comodidade para o utente, esta medida contribui para a redução do absentismo laboral associada ao acompanhamento dos doentes por motivos de saúde. Desta forma a equipa alterou o paradigma existente, colocando o doente no centro da decisão e adaptando a equipa ao percurso do doente. Tal como referido na Figura 3.3, em 2018 e 2019 o GCCP foi responsável por um total de 2791 consultas, das quais 522 corresponderam a primeiras consultas. O GCCP participa ainda ativamente em várias consultas multidisciplinares, algumas das quais com carácter semanal: consulta multidisciplinar de doença oncológica digestiva; consulta multidisciplinar oncológica do cancro do recto; consulta multidisciplinar de doenças anorrectais funcionais; consulta multidisciplinar de doença inflamatória intestinal. De facto, tal como referido na Figura 3.3, nos anos de 2018 e 2019 o GCCP participou em 765 consultas multidisciplinares.

Para além da observação diária dos doentes, ocorrem semanalmente 2 reuniões de equipa, uma só com a presença dos cirurgiões para discussão dos casos mais complexos e avaliação dos resultados semanais e outra com a restante equipa com o objetivo de monitorizar os tempos de espera dos exames e de preparar as reuniões multidisciplinares. A Figura 3.3 realça, também a componente formativa importante que realizam, ao serem responsáveis pela formação específica em coloproctologia aos internos do internato complementar de cirurgia geral do serviço, assegurando ainda a organização e presença em eventos nacionais e internacionais.

Paralelamente a esta atividade, o GCCP assegura semanalmente o apoio presencial ao serviço de urgência com turnos mínimos de 12 horas semanais, podendo em várias semanas do ano esta atividade ocupar entre 24 a 48 horas semanais.

### **3.3 Considerações adicionais**

Estando inserido no Serviço de Cirurgia Geral, o GCCP não dispõe de um centro de custos próprio, inviabilizando deste modo a realização de uma análise económica ou financeira fiel à atividade desenvolvida. Por outro lado, a vertente de multidisciplinaridade deste Grupo acarreta consequências indiretas negativas face ao deficit de recursos humanos e técnicos associados a algumas especialidades. Desta forma, a sua atividade nomeadamente ao nível do diagnóstico e estadiamento das doenças oncológicas, bem como ao nível das opções terapêuticas nomeadamente aquando da utilização do bloco

operatório, podem ficar comprometidas. Outro ponto importante a ter em conta, prende-se com a obrigatoriedade legal de assegurar o serviço de urgência o que retira, assim horas de trabalho na área de maior diferenciação do Grupo.

À semelhança do que ocorre com a generalidade dos profissionais de saúde, existe uma dificuldade na monitorização em tempo real da atividade do GCCP, uma vez que os registos clínicos não estão preparados para serem transcritos ou referenciados automaticamente para métricas. Por outro lado, atendendo à especificidade do trabalho desenvolvido, os registos clínicos, podem por vezes, não transparecer na realidade do que é desenvolvido pelos profissionais, facto que dificulta a tarefa da codificação dos registos (Lopes, 2015).

Deste modo torna-se importante para a atividade do GCCP, a utilização de ferramentas que permitam a monitorização e correção de eventuais desvios de acordo com os objetivos previamente definidos.

## **4- ELABORAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA O GRUPO DE CIRURGIA COLORRECTAL DE PORTIMÃO**

### **4.1 Fontes de informação**

A técnica de análise documental enquadra-se nos vários paradigmas da investigação, qualitativa, quantitativa e mista. No caso em concreto, atendendo a que não foi objetivo deste estudo testar uma hipótese nem exercer controlo sobre as variáveis ou generalizar os resultados obtidos, não se achou adequada a adoção de métodos quantitativos. A opção pelo método qualitativo, encontra-se fundamentada na importância atribuída ao contexto da unidade específica em estudo e ao nível de dependência que esta apresenta para o autor do estudo. A recolha da fonte de informação teve como base, a análise de documentos oficiais acessíveis ao público e de publicações científicas, algumas das quais envolvendo a participação direta do GCCP. As fontes utilizadas são sucintamente apresentadas em seguida.

#### **4.1.1 -Fontes de informação internas**

Os objetivos do GCCP devem estar alinhados com os valores estratégicos do CHUA já que o Grupo está integrado num Serviço de Cirurgia Geral, não dispondo de uma autonomia efetiva em termos orgânicos. A nível interno, compete respetivamente com o SCIR2 (onde está inserido) e com o CRE (onde tem elementos pertencente à sua equipa nuclear). Desta forma, os objetivos do GCCP dependem do modelo de contratualização que o SCIR2 e o CRE realizam. Neste particular, será de enfatizar que o SCIR2 tem a sua atividade contratualizada com o departamento de cirurgia, o qual está sob a tutela direta do conselho de administração (SCIR2, 2020). Já o CRE não assina formalmente nenhum contrato programa, tendo-se comprometido a avaliar e tratar no ano de 2020, 120 novos caso de cancro do recto e 60 casos de seguimento (CHUA, 2018a). Este processo de contratualização interna, tem como base, a transposição de objetivos previamente acordados entre o conselho de administração do CHUA, a ACSS e a Administração Regional de Saúde do Algarve (ARSALG), sendo estes os seus principais clientes (CHUA, 2018b). De referir ainda que a nível externo e até ao final de 2019, o conselho de administração do CHUA contratualizava o seu contrato programa com a ARSALG de

acordo com os objetivos regionais e com ACSS segundo objetivos e políticas nacionais definidas pelo ministério da saúde. Desde 2020 os objetivos das unidades hospitalares passaram a ser apenas nacionais.

A figura 4.1 resume o conjunto de indicadores de contratualização interna e externa identificados onde, direta ou indiretamente, o Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão está envolvido. Igualmente identifica os principais indicadores de objetivos assumidos pelo SCIR2 e pelo CRE, com relevância para o GCCP. Estes constituem uma das fontes primárias de informação utilizadas na construção do modelo de avaliação proposto neste trabalho.

Figura 4.1 Resumo de indicadores definidos onde direta ou indiretamente o GCCP está envolvido

Elaborado com base nos documentos: Processo Assistencial Integrado - Cancro do Recto (CHUA, 2018a); Acordo Modificativo 2018 ao Contrato Programa 2017-2019 (CHUA, 2018b)

NACIONAIS	REGIONAIS	SERVIÇO CIRURGIA 2	CRE	
<b>CONSULTA EXTERNA</b>				
% utentes com CE realizada dentro do tempo máximo de resposta garantido (TMRG)	% de 1ª Consultas Externas (CE) realizadas originadas nos cuidados de saúde primários	Nº total de consultas	Taxa de avaliação em CDT antes do tratamento	% de tratamento adjuvante até 8 semanas apos cirurgia
		1ª CE com origem via Cuidados de saúde primários	Média de dias entre referenciação e primeira consulta	média de dias entre cirurgia e tratamento adjuvante
1ª e 2ª consultas (s/majoração de preço)		Taxa de realização de 1ª consulta até 15 dias	média de dias entre CDT e tratamento adjuvante	
% CE realizadas dentro do tempo máximo de resposta garantido (TMRG)		% altas registadas	Taxa de realização de CDT até 21 dias	% disponibilidade histologia até 15 dias
		Tempo médio e máximo de espera -consulta tempo e horas	Média de dias entre 1ª consulta e CDT	Taxa de início de tratamento até 21 dias apos CDT
<b>INTERNAMENTO</b>				
% de doentes referenciados para a RNCCI, até 2 dias uteis após a referenciação		Nº de doentes saídos	Taxa de registos clínicos adequados	Taxa de infeção intra-hospitalar
% de reinternamento em 30 dias		Nº de doentes entrados		
Índice de mortalidade ajustadas		Dias de internamento	Taxa de nota de alta adequada	Taxa de mortalidade intra-hospitalar
índice de demora média ajustada		Nº de internamentos < de 24 horas	Taxa de cumprimento de lista cirurgia segura	
Demora média antes da cirurgia		Taxa de ocupação		
Profilaxia antibiótica / Tromboembolia pulmonar (SINAS)		Demora média		
		Nº de internamentos de urgência		
<b>BLOCO OPERATÓRIO</b>				
% de doente operados em ambulatório para procedimentos ambulatorizáveis	% de episódios inscritos na Lista de inscritos para cirurgia (LIC) anterior a 31/12/2017	Atividade urgente	Taxa de cumprimento de lista cirurgia segura	Taxa de realização de profilaxia antibiótica pré-cirurgia protocolada
% de utentes em LIC dentro do tempo máximo de resposta garantido (TMRG)		Atividade programada (Central)	% ressecção cirúrgica entre 10-12 semanas apos QT/RT	Taxa de obtenção de consentimento informado
% de doentes operados dentro do tempo máximo de resposta garantido (TMRG)		Atividade programada (ambulatório)	Taxa de cancelamentos de cirurgias	Taxa de registos clínicos adequados
		Nº doentes em LIC	Taxa de excisão completa do mesorrecto	taxa de mortalidade a 30 dias
		Nº doentes em LIC > 9 meses	Taxa de colostomias definitivas	Taxa de deiscência de anastomose
		Nº doente em LIC > 12 meses	Taxa de Radicalidade cirúrgica	Taxa de reintervenções não programadas
		Taxa de Recidiva local	Taxa de complicações pós-operatórias	
<b>OUTRAS</b>				
% de cirurgias da anca efetuadas nas 1ª 48/h	Constituição de pelo menos 2 CRI até 31 de Dezembro de 2019, um deles o CMR SUL		% de doentes em <i>watch and wait</i>	Taxa de satisfação com a acessibilidade
% de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem			Taxa de sobrevida média ao ano	Taxa de satisfação com a intimidade
Gastos operacionais por doente padrão	Taxa de satisfação dos profissionais		Taxa de reclamações / elogios	
Doente padrão por médico	Taxa de sobrevida média aos 5 anos		taxa de satisfação com conforto	
Doente padrão por enfermeiro	Taxa de mortalidade em Quimioterapia		Taxa de satisfação com informação recebida	
	Taxa de complicações major em QT/RT		Taxa de satisfação com confidencialidade	

Da análise da Figura 4.1, constatamos que existem indicadores, em particular, quando relacionados com o acesso ou com os resultados (complicações) que são transversais aos vários níveis de contratualização (internos e externos) e como tal devem ser incorporados no modelo de avaliação de desempenho (e.g. doentes em lista de espera para cirurgia, número de consultas externas realizadas, taxa de mortalidade). Por outro lado, alguns dos indicadores da contratualização externa são automaticamente excluídos do modelo proposto em face da sua especificidade (gastos operacionais por doente padrão) ou da ausência de enquadramento (% de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas).

É igualmente relevante referir que o CHUA se posiciona estrategicamente como uma unidade de referência nacional e internacional que garante a equidade e universalidade do acesso e de assistência, bem como a excelência nos cuidados prestados (CHUA, 2019). Tal implica, que os seus serviços e unidades devem recorrer às melhores práticas existentes na prestação dos cuidados em prol dos doentes. Neste sentido, qualquer modelo de avaliação de desempenho que se queira considerar para a unidade em análise terá de incluir indicadores que reflitam a utilização das boas práticas na avaliação e tratamento dos doentes de acordo com a evidência científica (e.g. cumprimento dos protocolos de estadiamento, sobrevida por estadios, avaliação de existência de recidiva local, complicações, profilaxia antibiótica e tromboembólica etc.), e de indicadores que monitorizem o cumprimento dos contratos programas estabelecidos (e.g. número de doentes avaliado, internado e tratados). Em paralelo, foram incluídos no modelo de avaliação indicadores relacionados com o Plano de Ação para 2020 do SCIR2 (SCIR2, 2020) e com o Plano Assistencial Integrado do Cancro do Recto (CHUA, 2018a), por serem unidades onde o GCCP está diretamente integrado.

Estes dizem então respeito à área do internamento (e.g. taxa de ocupação, número de internamentos, demora média) e ao Bloco Operatório (e.g. nº total de doentes operados em cirurgia eletiva, nº total de doentes operados em cirurgia do ambulatório) e de serviços de suporte (e.g. taxa de resposta completa à QT/RT neoadjuvante e taxa de mortalidade em quimioterapia).

Por fim, e atendendo a que o CHUA se assume como uma unidade que aposta na formação e diferenciação dos seus profissionais e na certificação do seu serviço (CHUA, 2019a; CHUA, 2019b) foram igualmente incluídos no modelo de avaliação indicadores que versam sobre a vertente formativa (e.g. número de eventos formativos participados

e/ou realizados) e a qualidade na prestação dos cuidados de saúde (profilaxia antibiótica e tromboembolismo pulmonar).

#### **4.1.2 Fontes de informação Externas**

A literatura é também uma fonte de informação relevante para a construção do modelo de avaliação proposto neste trabalho. De facto, são vários os artigos que discutem os resultados obtidos no âmbito da patologia colorrectal maligna e benigna (e.g., Portilla et al., 2018; Martinez-Perez, Paya-Llorente e Garcia-Lozano, 2019). O tema da qualidade em cirurgia colorrectal tem também sido abordado na literatura (e.g., Leite, 2007; Chowdhury, Dagash e Pierro, 2007), debatendo-se as soluções para a diferenciação das unidades de cirurgia colorrectal, algo que demonstra a importância deste tema. Por outro lado, a referenciação de complicações encontra-se uniformizada na atividade cirúrgica de acordo com a escala de Clavien-Dindo (Dindo, Demartines e Clavien, 2004). Na pesquisa realizada foi igualmente possível identificar um grupo de indicadores que são transversais ao nível do reporte das complicações ocorridas, da qualidade de vida e de sobrevivência quando referentes à doença oncológica (McNair et al., 2016) os quais também são incluídos no modelo de avaliação proposto.

## **4.2 Apresentação do modelo de avaliação de desempenho para o Grupo de Cirurgia colorrectal de Portimão**

A conceção do modelo de avaliação para o GCCP tem como base o conjunto de indicadores que podem influenciar diretamente ou indiretamente a atividade do GCCP e ainda um conjunto de indicadores específicos que refletem a atividade e os *outcomes* cirúrgicos desta patologia. Atendendo a que a componente de formação e a investigação são áreas que o grupo privilegia, foram igualmente incluídos indicadores que permitam assegurar o cumprimento dos standards recomendados pelas publicações científicas. O modelo parte então de um total de 107 indicadores, desagregáveis com base no tipo de patologia (maligna ou benigna) e/ou de acordo com a opção terapêutica assumida.

Cumulativamente, o modelo leva em consideração os vários níveis de observação dos intervenientes, quer seja de um ponto de vista mais geral (i.e., nacional ou regional), ou

mais específico (i.e., hospitalar ou de equipa). Esta característica é importante já que permite interligar os resultados alcançados com outras unidades numa segunda fase. De referir que a organização e distribuição dos indicadores tem em conta a necessidade de se obterem dados acessíveis e fidedignos que possam ser facilmente processados de modo a não enviesar conclusões futuras.

Do ponto de vista conceptual da avaliação de desempenho o paradigma escolhido para o GCCP apresenta uma abordagem multidimensional, tendo-se adotado como referência o modelo preconizado por Maxwell (1984). A sua escolha recai no facto deste modelo permitir a interligação com o preconizado por Donabedian (1980), referência na área da qualidade em saúde, e pela liberdade oferecida pelo autor à sua adaptação tendo em conta o objetivo pretendido. Deste modo, os indicadores encontram-se agrupados de acordo com as dimensões propostas por Maxwell (i.e., **aceitabilidade, eficácia, eficiência, acesso, equidade e relevância**) e de acordo com a classificação proposta por Donabedian (i.e., **estrutura, processo e resultados**). As dimensões foram então alinhadas com os contratos programas realizados e com os valores estratégicos da instituição, em particular com os critérios de qualidade associados à especificidade da equipa. Por outro lado, tratando-se de um grupo com forte vocação multidisciplinar, a sua interligação com outras especialidades - em especial no que toca aos tempos de espera – foi explicitamente considerada.

Os indicadores foram em seguida selecionados para as diferentes dimensões com base na sua validade, sensibilidade e especificidade e, sempre que possível, tendo por base evidência científica de suporte. Foi então atribuído um código alfanumérico a cada indicador de acordo com a área de atuação selecionada e com a ordem alfabética da dimensão atribuída. Importa referir que a fórmula de cálculo dos indicadores, as suas observações e exceções, bem como os objetivos a atingir foram definidos com base na

pesquisa bibliográfica realizada. O Apêndice 1 procede à apresentação sistematizado dos indicadores considerados no modelo de avaliação proposto.<sup>456</sup>

Os indicadores selecionados são então organizados em 6 áreas de atuação: consulta; internamento; bloco operatório; serviços de suporte; auditoria e inquérito; formação e investigação (Figura 4.2). Tal permite apresentar a informação relevante de forma intuitiva e dinâmica.

Figura 4.2 – Distribuição da atividade do GCCP por áreas de atuação no modelo de avaliação de desempenho



Fonte: Elaboração própria

<sup>4</sup> Esta opção justifica-se em face do volume de informação que carece de apresentação neste ponto do presente trabalho.

<sup>5</sup> Dada a especificidade de determinados indicadores (e.g., I1- nº de internamentos de urgência, BO2- nº de doentes em LIC), não foi possível atribuir um valor de referência. Nestes casos utiliza-se a expressão “não definido”.

<sup>6</sup> Cada Indicador é precedido da informação da fonte de referência bibliográfica de onde foi extraído a construção e o objetivo pretendido para o indicador

Os pontos seguintes detalham cada uma das áreas-base do modelo proposto.

### Área de consulta

O serviço de consulta externa, assume cada vez mais, um papel fulcral dentro de uma unidade hospitalar, uma vez que é uma das principais “portas de entrada” dos utentes na instituição. A avaliação dos processos existentes, torna-se um importante ponto de partida para a definição de estratégias que tenham em vista a promoção da sua melhoria.

A Tabela 4.1 apresenta de forma resumida os indicadores propostos para a área associada à consulta externa. Tem como base a relação associada entre o indicador escolhido e a dimensão proposta por Maxwell e por Donabedian. A informação completa dos indicadores encontra-se disponibilizada no apêndice 1.

Tabela 4.1 – Resumo dos indicadores incluídos na área associada à Consulta Externa.  
Nota: informação completa encontra-se disponibilizada no apêndice 1

REF.	DIMENSÃO	INDICADOR	CLASSIFICAÇÃO
C1	Aceitabilidade	% altas registadas	Resultado
C2	Acessibilidade	% utentes em lista de espera para consulta dentro do TMRG	Estrutura
C3	Acessibilidade	Taxa de avaliação em CDT antes da intervenção cirúrgica	Processo
C4	Acessibilidade	Taxa de realização de CDT pré-operatória até 21 dias	Processo
C5	Acessibilidade	Nº de 1ª Consultas com origem nos CSP	Processo
C6	Acessibilidade	Tempo médio de espera CTH	Processo
C7	Acessibilidade	Tempo máximo de espera CTH	Processo
C8	Eficácia	Nº de pedidos de consulta por satisfazer	Processo
C9	Eficiência	Nº de consultas (total) realizadas pelo GCCP	Resultado
C10	Eficiência	Nº de consultas realizadas (específicas) pelo GCCP	Resultado
C11	Eficiência	Nº de consultas telemedicina	Resultado
C12	Eficiência	Nº de consultas multidisciplinares	Resultado
C13	Eficiência	Nº de consultas 1ªas	Resultado
C14	Eficiência	Consultas subsequentes	Resultado
C15	Eficiência	Taxa de realização de 1ª consulta até 15 dias	Estrutura
C16	Eficiência	Média de dias entre referenciação e primeira consulta	Estrutura
C17	Eficiência	% CE realizadas dentro do TMRG	Estrutura

Como é possível verificar, neste agrupamento, foram incluídos os indicadores que permitem medir a possibilidade de acesso ao GCCP (acessibilidade) bem com a sua capacidade de resposta (eficiência). Ao especificar a fonte de acesso ao grupo em 3 variáveis (cuidados de saúde primários, pedidos internos e pedidos externos), permitirá o

desdobramento dos indicadores escolhidos de acordo com esta origem, abrindo um vasto campo de informação adicional.

A aferição dos resultados possibilita avaliar a capacidade que o GCCP apresenta num dado período de tempo de assegurar uma resposta atempada e diferenciada nas várias áreas da cirurgia colorrectal. Tendo em conta que a organização das consultas do GCCP segue o modelo de consulta de especialidade ao invés do modelo nominal (por cirurgião), este conhecimento possibilitará a gestão de agenda da equipa e alocação de recursos de acordo com as necessidades pontuais existentes.

Apesar dos tempos de espera para a realização dos meios complementares de diagnóstico, não serem da responsabilidade do GCCP, o seu atraso pode influenciar negativamente (ainda que de forma indireta) a prestação desta equipa. Assim e para os doentes oncológicos, foram introduzidos indicadores (e.g., C3-Taxa de avaliação em Consulta de Decisão Terapêutica (CDT) antes da intervenção cirúrgica; C4-Taxa de realização de CDT pré-operatória até 21 dias), que permitem a verificação da realização de consultas de decisão multidisciplinar de acordo com o tempo máximo previsto e previamente definido de 21 dias. A identificação de gargalos, poderá originar posteriormente um estudo mais aprofundado do motivo.

Tendo como base a definição prévia de objetivos para cada um destes indicadores, poderemos acompanhar trimestralmente a evolução da sua realização.

### **Área de internamento**

A tabela 4.2 apresenta de forma resumida os indicadores propostos para a área associada ao Internamento.

Tabela 4.2 – Resumo dos indicadores incluídos na área associada ao Internamento.  
Nota: informação completa encontra-se disponibilizada no apêndice 1

REF.	DIMENSÃO	INDICADOR	CLASSIFICAÇÃO
I1	Acessibilidade	Nº de internamentos de urgência	Estrutura
I2	Acessibilidade	Nº de doentes admitidos	Estrutura
I3	Eficácia	Taxa de infeção do local cirúrgico	Resultado
I4	Eficácia	Taxa de mortalidade intra-hospitalar	Resultado
I5	Eficácia	Taxa de complicações (total)	Resultado
I6	Eficácia	Taxa de complicações minor (Clavien Dindo I e II)	Resultado
I7	Eficácia	Taxa de complicações major (Clavien Dindo III, IV e V)	Resultado
I8	Eficiência	Dias de internamento	Estrutura
I9	Eficiência	Tempo desde internamento até bloco	Processo

REF.	DIMENSÃO	INDICADOR	CLASSIFICAÇÃO
I10	Eficiência	Demora média no internamento	Estrutura
I11	Eficiência	% de internamentos < de 24 horas	Estrutura
I12	Eficiência	% de reinternamento em 30 dias, na mesma categoria de diagnóstico	Estrutura
I13	Eficiência	Taxa de ocupação em internamento	Estrutura
I14	Relevância	Seleção do antibiótico profilático em doentes submetidos a cirurgia colorrectal	Processo
I15	Relevância	Taxa de administração de antibioterapia na hora anterior à cirurgia	Processo
I16	Relevância	Interrupção do antibiótico profilático nas primeiras 24 horas após a cirurgia	Processo
I17	Relevância	Taxa de doentes que receberam profilaxia adequada para tromboembolia pulmonar antes da cirurgia	Processo
I18	Relevância	Taxa de doentes que receberam profilaxia adequada para a tromboembolia pulmonar após a cirurgia	Processo

Como é possível verificar, existe uma preocupação com a dimensão acessibilidade (e.g. I1- Nº de doentes internados de urgência e I2-Nº de doentes admitidos), mas assumem maior relevo os temas da eficiência, da eficácia e da relevância.

Na avaliação da dimensão de eficiência foram incluídos os indicadores I8- Dias de internamento; I9- Tempo desde internamento até bloco I10- Demora média; I12- Taxa de reinternamento na mesma categoria de diagnóstico; I13- Taxa de ocupação em internamento, de modo a ser possível avaliar a capacidade de se obterem os resultados pretendidos com o menor gasto possível, reduzindo desta forma o desperdício.

Os indicadores relacionados com a presença de *outcomes* negativos - quer seja na prevenção (relevância) ou na identificação (eficácia) - são diretamente considerados no modelo de avaliação proposto. Por outro lado, os indicadores de relevância permitem estar em sintonia com a auditoria realizada pelo programa SINAS@hospitais para a área da cirurgia do cólon. Neste ponto ainda, o Grupo, almeja o objetivo de concretização dos indicadores de relevância em 100%. Tal facto justifica-se pela importância atribuída à prevenção de complicações, podendo ser necessária a revisão das medidas de processo introduzidas na equipa. Os indicadores de eficácia identificam a existência de complicações, avaliadas num sentido mais abstrato, reconhecidas durante o internamento, resultantes quer de atos médicos ou cirúrgicos. Seguem a classificação de Clavien-Dindo e foram subdivididos para melhor validação em 2 indicadores: I6- Taxa de complicações minor (Clavien Dindo I e II); e I7- Taxa de complicações major (Clavien Dindo III, IV e V).

Neste grupo, vai estar incluído o maior número de indicadores que têm uma perspetiva de avaliação com interesse regional e nacional e não existe nenhuma predominância entre as dimensões estrutura, processo ou resultados.

### Área do bloco operatório

O bloco operatório é uma área fulcral para uma equipa com forte vertente cirúrgica como é o caso em análise. O agrupamento referente ao bloco operatório, constitui, pela sua natureza, o grupo mais equilibrado de indicadores, quer para a população quer para o conhecimento que a própria equipa obterá da sua atividade. Tem como objetivo fornecer informação referente ao volume de doentes avaliados (aceitabilidade, acesso e equidade) para intervenção cirúrgica e da capacidade (eficiência e relevância) da equipa para realizar atempadamente e em segurança este procedimento. A Tabela 4.3 apresenta então de forma resumida os indicadores propostos para esta área.

Tabela 4.3 – Resumo dos indicadores incluídos na área associada ao Bloco Operatório.  
Nota: informação completa encontra-se disponibilizada no apêndice 1

REF.	DIMENSÃO	INDICADOR	CLASSIFICAÇÃO
BO1	Aceitabilidade	Taxa de recidiva local	Resultado
BO2	Acessibilidade	Nº de doente em LIC	Estrutura
BO3	Acessibilidade	Nº de doente em LIC com mais de 9 meses	Estrutura
BO4	Acessibilidade	Nº de doentes em LIC com mais de 12 meses	Estrutura
BO5	Acessibilidade	Nº total de doentes operados em Bloco Central	Estrutura
BO6	Acessibilidade	Nº total de doentes operados em cirurgia do ambulatório	Estrutura
BO7	Acessibilidade	Taxa de cancelamento cirúrgico	Processo
BO8	Eficácia	Taxa de doentes em LIC dentro do TMRG	Estrutura
BO9	Eficácia	Taxa de doentes operados dentro do TMRG	Estrutura
BO10	Eficácia	Taxa de deiscência anastomótica total	Resultado
BO11	Eficácia	Taxa de deiscência anastomótica cólon direito	Resultado
BO12	Eficácia	Taxa de deiscência anastomótica cólon esquerdo	Resultado
BO13	Eficácia	Taxa de deiscência anastomótica recto	Resultado
BO14	Eficácia	Taxa de deiscência da aponevrose	Resultado
BO15	Eficácia	Taxa de reintervenções não programadas	Resultado
BO16	Eficácia	Taxa de resgate após falência de anastomose	Resultado
BO17	Eficácia	Taxa de mortalidade aos 30 dias	Resultado
BO18	Eficácia	Taxa de mortalidade aos 90 dias	Resultado
BO19	Eficácia	Taxa de radicalidade cirúrgica local (R0)	Resultado
BO20	Eficiência	Nº total de cirurgia realizadas como cirurgião principal	Estrutura
BO21	Eficiência	Nº total de cirurgia realizadas como cirurgião mais diferenciado	Estrutura
BO22	Eficiência	Nº total de cirurgia realizadas como cirurgião menos diferenciado	Estrutura
BO23	Equidade	Taxa de doentes operados por patologia urgente/emergente	Estrutura
BO24	Equidade	Taxa de doente ambulatorizáveis operados em cirurgia do ambulatório	Estrutura

REF.	DIMENSÃO	INDICADOR	CLASSIFICAÇÃO
BO25	Equidade	Taxa de doentes inscritos em LIC com mais de 3 anos	Estrutura
BO26	Equidade	Taxa de ressecção cirúrgica entre as 10-12 semanas após QTRT NA	Resultado
BO27	Relevância	Taxa de excisão completa do mesorrecto	Resultado
BO28	Relevância	Taxa de ressecção abdominoperineal	Resultado
BO29	Relevância	Taxa de estoma de derivação após 1 ano da cirurgia	Resultado
BO30	Relevância	Taxa de doente com N° de gânglios adequados na peça operatória	Estrutura

A Tabela 4.3. mostra que obtenção de indicadores com vista à identificação de complicações intraoperatórias, nomeadamente através das taxas de complicação, assume destaque neste agrupamento de indicadores. Sendo a deiscência de anastomose a complicação mais expectável e com maiores repercussões nos restantes indicadores, optou-se por subdividir este indicador (BO10- Taxa de deiscência anastomótica total) de acordo com as áreas anatómicas em que é realizado (BO11- Taxa de deiscência anastomótica cólon direito; BO12- Taxa de deiscência anastomótica cólon esquerdo; BO13- Taxa de deiscência anastomótica do recto) uma vez que é de esperar resultados e consequências diferentes nos *outcomes* finais. Por outro lado, a Tabela 4.3. deixa transparecer que neste agrupamento os indicadores de processo assumem uma menor predominância em relação aos indicadores de resultado e de estrutura.

De salientar que todos estes dados podem ainda ser desdobrados de acordo com o tipo de patologia em causa (benigna ou maligna), com o tipo de procedimento realizado (laparoscópico, convencional) e com o grau de urgência (eletivo, urgente).

O Grupo almeja alcançar para os indicadores de acessibilidade BO3 (N° de doente em LIC com mais de 9 meses) um resultado inferior a 10% no final do 1º ano e de 0% para o BO4 (N° de doente em LIC com mais de 12 meses), levando a que este indicador possa ser eliminado no futuro.

### **Serviços de suporte**

O GCCP apresenta na sua atividade uma componente multidisciplinar relevante. Constrangimentos externos ao grupo podem influenciar negativamente os seus resultados, sem que para isso a equipa tenha tido uma contribuição direta. Desta forma, no agrupamento referente aos serviços de suporte, estão englobadas as atividades que

pese embora não sejam da responsabilidade direta da equipa, o não cumprimento das mesmas pode colocar em risco os restantes objetivos. A Tabela 4.4 apresenta então os indicadores propostos para esta área.

Tabela 4.4 – Resumo dos indicadores incluídos na área associada aos Serviços de Suporte.  
Nota: informação completa encontra-se disponibilizada no apêndice 1

REF.	DIMENSÃO	INDICADOR	CLASSIFICAÇÃO
S1	Acessibilidade	Taxa de início de tratamento adjuvante até 8 semanas após cirurgia	Processo
S2	Acessibilidade	Acesso a cuidados de estomaterapia	Processo
S3	Eficácia	Taxa de sobrevivência média ao ano por estadio / geral	Resultado
S4	Eficácia	Taxa de sobrevivência média aos 5 anos por estadio / geral	Resultado
S5	Eficácia	Taxa de mortalidade em quimioterapia	Resultado
S6	Eficácia	Taxa de resposta completa à QT/RT neoadjuvante	Resultado
S7	Eficiência	Taxa de disponibilidade do relatório AP até 15 dias	Processo
S8	Eficiência	Taxa de realização de Tomografia computadorizada (TC) dentro do tempo máximo definido (estadiamento)	Processo
S9	Eficiência	Taxa de realização de Ressonância Magnética dentro do tempo máximo definido (estadiamento)	Processo
S10	Eficiência	Taxa de realização de colonoscopia dentro do tempo máximo definido	Processo
S11	Eficiência	Taxa de doentes com estadiamento pré-operatório completo	Processo
S12	Eficiência	Média de dias entre cirurgia e tratamento adjuvante	Processo
S13	Equidade	Nº doentes em programa de <i>watch and wait</i>	Resultado

Numa fase inicial, mais importante do que saber exatamente o tempo que um meio complementar de diagnóstico demora a ser realizado, importa perceber se o mesmo, está a ser realizado dentro do tempo aceitável e estipulado previamente pelas equipas. Deste modo são incluídas dimensões que avaliam a acessibilidade a estas especialidades e aos seus tratamentos (S1- Taxa de início de tratamento adjuvante até 8 semanas após cirurgia e S2- Acesso a cuidados de estomaterapia) e o grau de eficácia (ou ausência) destes tratamentos (S3- Taxa de sobrevivência média ao ano por estadio / geral; S5-Taxa de mortalidade em quimioterapia; S6- Taxa de resposta completa à QT/RT neoadjuvante).

Na dimensão de eficiência, a equipa pretende alcançar o objetivo de 100 % para os indicadores propostos (S7 a S11) e de 42 dia para o indicador S12.

## Auditoria e Inquérito

A importância atribuída à segurança e à perceção que o utente tem sobre a sua experiência durante o contacto com o GCCP sugere a necessidade de criar um agrupamento específico de indicadores nesta área. Sendo esta uma área nova e portanto, não desenvolvida pela equipa, propõe-se que a informação de base seja recolhida através da realização de inquéritos e auditorias da responsabilidade de equipas externas ao GCCP. Em particular, no caso do CHUA, atendendo à delegação de competências do conselho de administração, tal tarefa deveria ficar atribuída à comissão de qualidade e segurança. Resulta daqui que apesar de figurar do modelo de avaliação proposto, a materialização prática desta dimensão não fica na esfera de responsabilidade do Grupo. A Tabela 4.5 apresenta de forma resumida os indicadores propostos para a área associada à Auditoria e Inquérito.

Tabela 4.5 – Resumo dos indicadores incluídos na área associada à Auditoria e Inquérito  
Nota: informação completa encontra-se disponibilizada no apêndice 1

REF.	DIMENSÃO	INDICADOR	CLASSIFICAÇÃO
AI1	Aceitabilidade	Taxa de satisfação com acessibilidade	Estrutura
AI2	Aceitabilidade	Taxa de satisfação com intimidade	Estrutura
AI3	Aceitabilidade	Taxa de satisfação com conforto	Estrutura
AI4	Aceitabilidade	Taxa de satisfação com informação recebida	Processo
AI5	Aceitabilidade	Taxa de satisfação com confidencialidade	Processo
AI6	Aceitabilidade	Taxa de satisfação dos profissionais	Estrutura
AI7	Eficácia	Taxa de obtenção de consentimento informado	Processo
AI8	Eficácia	Taxa de processo clínicos adequados	Processo
AI9	Eficácia	Taxa de nota de alta adequada	Processo
AI10	Eficácia	Taxa de cumprimento da lista de verificação do percurso cirúrgico	Processo
AI11	Eficácia	Taxa de cumprimento da lista cirurgia segura	Processo
AI12	Relevância	taxa de reclamações	Estrutura
AI13	Relevância	taxa de elogios	Estrutura

Neste conjunto de indicadores, assume especial relevo o indicador AI10 (Taxa de cumprimento da lista de verificação do percurso cirúrgico) e o indicador AI11 (Taxa de cumprimento da lista cirurgia segura), pelo reconhecimento atribuído à segurança dos cuidados cirúrgicos e em especial quando relacionados com falhas humanas. Deste modo e pela sua importância foram propostos para estes indicadores objetivos de 100%.

Os indicadores de aceitabilidade apresentados (taxas de satisfação), possibilitam identificar a avaliação que os utentes fazem do GCCP, nomeadamente no que diz respeito ao seu acesso (taxa de satisfação com a acessibilidade) e ao respeito pela sua dignidade (taxa de satisfação com a intimidade, taxa de satisfação com o conforto e taxa de

confidencialidade). A análise destes indicadores, poderá levar por exemplo à reestruturação de medidas de Estrutura (reorganização dos gabinetes de consulta e das enfermarias) e de medidas de Processo (alteração dos protocolos existentes)

### **Formação e Investigação**

A componente de investigação e formação é uma vertente diferenciadora de qualquer unidade colorrectal. Desta forma, esta área explicitamente considerada pelo modelo de avaliação proposto. A mesma permite espelhar a importância atribuída por parte dos elementos do GCCP à formação contínua, realçando o esforço desenvolvido na transmissão de conhecimento pela realização de eventos formativos ou de realização e publicação de trabalhos de carácter científico. A Tabela 4.6 sumaria então os indicadores propostos para a área associada à Formação e Investigação.

Tabela 4.6 – Resumo dos indicadores incluídos na área associada à Formação e Investigação.  
Nota: informação completa encontra-se disponibilizada no apêndice 1

REF.	DIMENSÃO	INDICADOR	CLASSIFICAÇÃO
FI1	Acessibilidade	Nº de eventos formativos (realizados)	Estrutura
FI2	Acessibilidade	Nº de elementos que participaram nos eventos realizados	Estrutura
FI3	Eficácia	Nº trabalhos publicados em revistas científicas	Estrutura
FI4	Eficácia	Nº trabalhos apresentados em congressos	Estrutura
FI5	Eficácia	Nº de eventos formativos (participados)	Estrutura
FI6	Eficácia	Nº de trabalhos de investigação participados	Resultado

Neste conjunto de indicadores, encontramos os dados referentes à participação dos elementos do GCCP em atividades formativas, quer seja na qualidade de formandos (Nº de eventos formativos participados), quer seja na qualidade de formadores (Nº de trabalhos apresentados em congressos, Nº de eventos formativos realizados). A produção científica encontra-se espelhada nos indicadores (Nº de trabalhos apresentados em congresso e Nº de trabalhos de investigação participados).

### 4.3. DISCUSÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA O GCCP

A recolha da informação, para a construção dos indicadores, deve ser organizada e sempre que possível de forma automática e regular, tendo como base o conjunto de definições previamente estabelecidos e com o recurso ao menor número de fontes possível. Propõe por isso uma recolha de dados prospetiva e de acordo com a calendarização acordada. A sua apresentação (Figura 4.3) deve de modo explícito informar: (1) qual o nome do indicador ou do problema a responder; (2) fórmula que deve ser realizada para se efetuar o cálculo; (3) forma de apresentação (taxa ou número absoluto); (4) classificação do indicador (estrutura, processo ou resultado); (5) dimensão do indicador ;(6) Nível de avaliação (equipa, serviço, regional ou nacional); (7) fonte onde a informação irá ser extraída; (8) método utilizado (prospetivo); (9) responsável pela elaboração; (10) frequência com que será medida; (11) objetivo e metas definidas a atingir num determinado espaço de tempo.

Figura 4.3 Grafismo do modelo de apresentação e explicativo dos indicadores

**INDICADOR:**  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:**

<b>Indicador:</b>				<b>Código</b>
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>				
<b>Observação e Exceções:</b> <b>Objetivo:</b>				
<b>Fonte de recolha</b>			<b>Método extração</b>	
<b>Responsável pela extração:</b>			<b>Frequência:</b>	

#### 4.3.1 Constrangimentos na fase de aplicação do modelo: breves notas

A proposta do modelo apresentado para a avaliação do GCCP, permitirá a avaliação da atividade do GCCP de acordo com as 6 áreas escolhidas. Sendo um processo dinâmico, deverá ser submetido a uma fase de validação antes da sua implementação efetiva. A possibilidade da sua aplicabilidade a outras unidades, não sendo uma prioridade neste momento não deve ser excluída.

Atendendo à organização intrínseca do próprio SNS, é expectável o surgimento de alguns constrangimentos, que pese embora não tenham relação direta com o GCCP possam ter influência nos seus objetivos.

Em Portugal, nos hospitais do SNS, não existe uma centralização da informação, sendo necessário recorrer a diferentes ferramentas informáticas dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (e.g., SClínico, SIMH, SONHO) para obtenção dos dados, muitas das quais com algum grau de complexidade e necessitando de formação específica. Por outro lado, os episódios de internamento e de ambulatório, são codificados utilizando a International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification (ICD-10CM). De acordo com a codificação clínica realizada e um conjunto de dados administrativos existe posteriormente o agrupamento dos doentes por grupos de diagnóstico homogéneos (GDH). Deste modo se o registo clínico for incompleto ou impreciso, ou se o médico codificador não identificar os diagnósticos de complicações ou o conjunto de comorbilidades, a unidade hospitalar pode ter um prejuízo real uma vez que o GDH gerado não refletirá corretamente a produção realizada e como consequência o financiamento será inferior. Neste contexto, não estranha que a falta de cultura de registos, o excesso de atividade administrativa habitualmente desempenhada pelos clínicos, bem como a ausência de ferramentas que permitam registos fechados no momento da alta, sejam apontados como possíveis causas destas discrepâncias.

Pelo atrás exposto uma das dificuldades esperadas, na avaliação da atividade do GCCP, prende-se com o facto dos registos clínicos não se encontrarem adequados para uma consulta fácil dos mesmos. A dificuldade da sua transcrição ou referenciação automática sem controlo prévio, para métricas pode levar a um desajustamento entre os dados fornecidos pelos gabinetes estatísticos das instituições e os registos do próprio clínicos. Independentemente da organização ou validação dos indicadores existentes, uma falha na introdução da informação levará a um enviesamento da informação a jusante.

O agrupamento de indicadores de cariz económico e financeira assume de momento um papel menos relevante nesta análise. Tal facto deve-se, em parte, à estrutura orgânica da equipa e por outro lado à impossibilidade existente ao nível do CHUA em se saber com exatidão os custos diretos reais. De facto, e como exemplo, é de referir que neste momento

não é possível identificar o custo/hora de utilização do bloco operatório. Seria, no entanto, bastante interessante estudar detalhadamente os custos (diretos e indiretos) associados à tipologia de doentes tratados pelo Grupo.

#### **4.3.2 Interpretação dos indicadores: algumas reflexões**

Um indicador, não deve ser visto como um reflexo direto de qualidade, mas sim como um modo de identificar ou chamar a atenção dentro da organização para um determinado tema (Nogueira et al. 2001). A monitorização contínua da atividade, permite identificar antecipadamente desvios na trajetória expectável para um indicador, funcionando como sinal de alerta de modo a permitir a sua correção e evitando deste modo resultados menos conseguidos (Robine et al. 2003). Por outro lado, o período de utilização de um indicador depende do objetivo específico do mesmo. De facto, um indicador particularmente importante numa determinada fase pode deixar de o ser caso exista uma alteração da situação de partida ainda que esta seja conjuntural. Acresce que, na seleção dos indicadores há que ter em conta que alguns podem ser uteis para melhorar alguns componentes do sistema de prestação de cuidados (e.g., processos) mas serem inadequados para avaliar a globalidade do desempenho dos profissionais de saúde.

Este aspeto é particularmente importante pois a utilização perversa de indicadores pode ser perniciosa e altamente lesiva aos interesses dos *stakeholders* do sistema de saúde. Por exemplo, a utilização de indicadores para aferir o desempenho de um profissional e/ou determinar níveis de remuneração sem ter em consideração as especificidades inerentes às realidades locais pode levar a situações de injustiça, prejudicando o espírito de entrega que se constitui como um verdadeiro pilar de qualquer sistema de saúde.

Outro aspeto a ter em conta prende-se com o facto de que determinadas *outliers* serem o reflexo de condicionalismos geográficos ou socioeconómicos típicos da região e não necessariamente o reflexo direto da ineficiência dos cuidados prestados, pelo que interpretações não enquadradas desta realidade podem agravar as desigualdades já existentes.

De igual modo, se colocarmos o foco da avaliação em determinados indicadores sem ter em conta a envolvência, pode levar a que esse indicador seja contraproducente. Exemplo disto, é o facto de consideramos numa atividade cirúrgica apenas o número absoluto de

cirurgias realizadas sem ter em conta outros fatores como a complexidade do caso, a abordagem multidisciplinar e a necessidade de manter uma equipa formada, rotinada e motivada. A avaliação de uma unidade colorrectal é particularmente sensível a este aspeto já que o número absoluto de cirurgias pode levar a que apenas sejam realizadas cirurgias menos complexas ou que sejam utilizadas vias de abordagens que permitam menor tempo intraoperatório, o que pode indiretamente levar ao agravamento de outros indicadores.

É importante ainda, não descurar a parte formativa e hierárquica da equipa cirúrgica. Interpretações, que não tenham em conta a formação dos internos de formação específica da especialidade e os elementos da equipa já especialistas, mas com menor grau de diferenciação, podem levar a que o cirurgião mais diferenciado de modo a não ficar prejudicado neste indicador, não permita que a cirurgia seja realizada pelos outros elementos. Neste ponto, é ainda importante realçar que muitas vezes e por consequência da experiência profissional, o elemento que se encontra a auxiliar a cirurgia (1º ajudante) por ser o elemento mais diferenciado, desenvolva um importante papel de orientação e funcionando como um garante da segurança para o doente já que pode ser o único elemento da equipa capaz de resolver uma complicação que advenha do procedimento.

Também é importante realçar que a população que suporta a evidência dos indicadores escolhidos possa não corresponder à população onde efetivamente os indicadores vão ser medidos. Isto deve-se à heterogeneidade das populações e em especial às comorbilidades que apresentam. Numa população oncológica, o que está a montante e a jusante da equipa tem um efeito importante. Regiões sem programas de rastreio, traduzem-se seguramente pela chegada às equipas de doente com estadios mais avançados da doença, muitas vezes com disseminação da doença para outros órgãos, o que compreensivelmente levará a uma menor sobrevida destes doentes e ao recurso de técnicas mais complexas e dispendiosas. Também devemos ter em conta, o facto de os indicadores partirem do pressuposto que todos os doentes querem uma maior esperança de vida. No entanto, após o momento do diagnóstico da doença, muitas vezes o que preocupa o doente é a qualidade de vida e não apenas a esperança de vida.

### 4.3.3 Perspetivas futuras

A otimização do modelo de avaliação de desempenho do GCCP poderá passar numa segunda fase pela criação de uma ferramenta informática sob a forma de uma base de dados. A recolha de informação deverá ser automatizada, sendo o processo monitorizado por um utilizador previamente definido e devidamente credenciado para o efeito. Neste contexto, caso exista a necessidade de inserção manual de alguma informação, tal deverá ocorrer apenas sob a forma de campos fechados e com recurso a caixas de verificação. Em todo o caso, a transmissão da informação a disponibilizar tem de ser feita de forma simples e com recursos a gráficos intuitivos. A criação de um *dashboard* será também um desenvolvimento interessante. De facto, tal permitirá ao observador ajustar os filtros pretendidos de acordo com os seus objetivos, estando aberta um vasto conjunto de opções ao seu dispor que auxiliam no processo de tomada de decisão.

O modelo apresentado está ainda numa fase embrionária requerendo uma validação prática. No entanto, não devemos excluir a possibilidade da sua aplicação a unidades com perfil semelhante. Por outro lado, como referido anteriormente, o GCCP está inserido num serviço de cirurgia geral, razão pela qual não possui um centro de custos próprio. Tal torna muito difícil a avaliação rigorosa dos indicadores económico – financeiros e das potenciais mais-valias associadas a estas unidades. Assim, poderá ter interesse a criação de unidades funcionais multidisciplinares ou de centros de responsabilidade integrados, munidos de autonomia na gestão dos seus recursos. Este modelo, centrado no doente e na sua patologia, com avaliação multidisciplinar, poderá substituir o atual modelo conceptual, fechado nos serviços, que obriga o doente a deslocar-se entre as várias especialidades muitas vezes sem capacidade de comunicação entre si.

## 5- CONCLUSÕES

A cirurgia colorrectal apresenta um conjunto de especificidades que tornam as cirurgias propensas a um elevado número de complicações. A ausência de mecanismos de ajustamento pelo risco que sejam específicos e consensuais para esta área obsta a que possamos mensurar de forma objetiva o cumprimento de objetivos e indicadores o que impossibilita a comparação entre centros diferentes.

O GCCP assume-se como uma unidade de referência a nível nacional no tratamento da patologia colorrectal. Ao longo dos anos tem vindo a reestruturar o seu modelo de funcionamento, conseguindo atualmente assegurar o tratamento diferenciado nas várias vertentes cirúrgicas necessárias ao tratamento destes doentes. O recurso a uma ferramenta de avaliação de desempenho para uma equipa como o GCCP é de importância estratégica para o seu crescimento sustentável, elevando o serviço a um patamar pioneiro nesta matéria.

O facto de não existir nenhum modelo de avaliação conhecido que se enquadre no espírito deste trabalho e a dificuldade em conseguir transmitir, com exatidão e em tempo real, a atividade desenvolvida pelo GCCP, motivou a elaboração de uma proposta de avaliação de desempenho focada especificamente neste Grupo. O presente trabalho constitui por isso um primeiro passo na concretização deste desiderato. O modelo proposto assenta em 6 áreas de atuação: Consulta Externa; Internamento; Bloco Operatório; Serviços de Suporte; Auditoria e Inquérito; Formação e Investigação. Esta estrutura permite uma sistematização da informação de modo a facilitar a sua consulta e a introdução de eventuais medidas corretivas.

Numa perspetiva mais alargada, esta abordagem multidimensional contribui para o cumprimento dos objetivos acordados nos contrato-programa (externos e internos) e nos indicadores definidos (SINAS, SCIR2 e pelo CRE). Numa perspetiva mais específica (de equipa), permite aos profissionais de saúde e aos restantes *stakeholders* e, em especial aos utentes, a identificação atempada relativamente a eventuais desvios negativos. Concomitantemente, esta ferramenta considera ainda aspetos atualmente negligenciados pelo sistema de avaliação em vigor como a formação ou a atividade científica, enfatizando os *outcomes* da atividade da unidade.

Para finalizar é importante referir que os processos desta natureza que envolvem a apreciação de resultados devem ter subjacente um espírito positivo e construtivo com vista à melhoria contínua e não um espírito coercivo e sancionatório. O foco deste processo é permitir que as unidades que se desviem dos objetivos traçados possam efetuar correções com base em critérios objetivos, por vezes até, com o recurso a medidas já comprovadas noutras unidades. Objetivos castradores e pouco transparentes contrariam o espírito da avaliação de desempenho e foram completamente afastados do espírito criativo desta proposta que se limitou a ter na sua linha de horizonte a melhoria do serviço que orgulhosamente integra e conseqüentemente poder contribuir para a melhoria da imagem do Serviço Nacional de Saúde e, acima de tudo, que esta ferramenta tenha um reflexo imediato na melhoria da qualidade de vida de quem precisa dos nossos cuidados e se assume como a razão da nossa existência: os doentes.

## 6- REFERÊNCIAS

### 6.1 Bibliográficas

- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M., ten Asbroek, A. H., & Custers, T. (2003) Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 15(5), 377–398.
- Birkmeyer, J. D., Dimick, J. B., & Birkmeyer, N. J. (2004) Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes? *Journal of the American College of Surgeons*, 198(4), 626–632.
- Birkmeyer, J. (2006) Assessing Surgical Quality with Structure and Process of Care Measures, Mulholland M. & Doherty Gerard (eds.) *Complications in Surgery*, Lippincott Williams & Wilkins, 31-44.
- Bittar, O. J. N. (2001) Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS*, 3(12), 21-28.
- Carnut, L., & Narvai, P. (2016) Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 290-305.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018a) *Relatório de Gestão do Cancro do recto*. Disponível em: [www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/05/Relatorio-Gestao-CR-Cancro-do-Reto2017-e-Plano-de-Acao-2018.pdf](http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/05/Relatorio-Gestao-CR-Cancro-do-Reto2017-e-Plano-de-Acao-2018.pdf) (acedido a 19 de Setembro de 2020).
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018b) *Acordo Modificativo 2018 ao Contrato Programa 2017-2019*. Disponível em: [www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/05/CHUA\\_e\\_ARSALG\\_CP-2017-2019\\_AM2018.pdf](http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/05/CHUA_e_ARSALG_CP-2017-2019_AM2018.pdf) (acedido a 20 de Setembro de 2020).
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019a) *Plano de actividade e orçamento 2019- Documento de síntese*. Disponível em [www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/CHUA-Plano-de-Atividades-e-Orcamento.pdf](http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/CHUA-Plano-de-Atividades-e-Orcamento.pdf) (acedido a 20 de Setembro de 2020).
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019b) *Relatório Individual SINAS@Hospitais – Unidade de Portimão*.
- Chowdhury M.M., Dagash H. & Pierro A. (2007) A systematic review of the impact of surgery and specialization on patient outcome, *Br J Surg*, 94, 145-61.
- Clavien, P. A., Barkun, J., De Oliveira, M. L., Vauthey, J. N., Dindo, D., Schulick, R. D., ... & Graf, R. (2009). The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Annals of surgery*, 250(2), 187-196.

Costa C. & Reis V. (1993) O Sucesso nas Organizações de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11 (3), 59-68.

COSTA, C. (2005) Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, 7-38.

Costa, C & Lopes, S. (2015) Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (Internamento) em Portugal Continental: 2013. Grupo de Disciplinas de Gestão em Organizações de Saúde. ENSP. Universidade Nova de Lisboa.

Coulter A. (2005) What do patients and the public want from primary care? *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7526), 1199–1201.

Cunha, J. A. C. & Corrêa, H. L. (2013) Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 53(5), 485-499.

Direção Geral de Saúde (2015) *Plano Nacional de saúde- revisão e extensão 2020*, Lisboa, Ministério da Saúde.

Donabedian, A (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Michigan, An Arbor: Health administration press.

Donabedian A. (1983) Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect. *Evaluation & the health professions*, 6(3), 363–375.

Donabedian A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.

Dindo D., Demartines N., Clavien P.A. (2004) Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*, 240(2),205-213.

Eddy D. M. (1998) Performance measurement: problems and solutions. *Health affairs (Project Hope)*, 17(4), 7–25.

Edwards, M.J. (1988) Access to quality cancer care: Consensus statement of the american federation of clinical oncologic societies. *Annals of Surgical Oncology* 5, 657–659.

European Society of Coloproctology (2018a) international snapshot audit of left colon, sigmoid and rectal resections. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 20 Suppl 6, 5–12

European Society of Coloproctology (2018b) collaborating group (2018). An international multicentre prospective audit of elective rectal cancer surgery; operative approach versus outcome, including transanal total mesorectal excision (TaTME). *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 20 Suppl 6, 33–46.

Figueiredo P.F (2010) *Avaliação de Desempenho dos Hospitais portugueses. Aplicação de Métodos não Paramétricos*. Tese de Mestrado, Instituto Superior Técnico, Universidade técnica de Lisboa.

Fleury S & Ouverney A.M (2008) Política de Saúde: uma política social. Giovanella L, Escorel S, Lobato L.V.C, Noronha J.C & Carvalho A.I. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 23-64.

Furtado, C. & Pereira, J. (2010) Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Documento de Trabalho, Escola Nacional de Saúde Pública, 1-52.

Goulart, André, & Martins, Sandra. (2013) Avaliação do risco cirúrgico nos doentes com cancro colo-rectal: POSSUM ou ACPGIBI? *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (24), 19-28.

Gouveia, M. C., Dias, L. C., Antunes, C. H., Mota, M. A., Duarte, E. M. & Tenreiro, E. M. (2014) Avaliação de desempenho das unidades de saúde para a melhoria dos cuidados de saúde primário. *Investigação Operacional em Ação- casos de aplicação*. Oliveira R.C & Ferreira J.S, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 637-672.

Griffith, J. R., Alexander, J. A. & Jelinek, R. C. (2000) Measuring Comparative Hospital Performance. *Journal of Healthcare Management*, 47 (1), 41-56.

Grupo Cirurgia Colorrectal de Portimão (2019) *Relatório de atividade de 2018*. Documento de trabalho, Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Grupo Cirurgia colorrectal de Portimão (2020) *Relatório de atividade de 2019*. Documento de trabalho, Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Direção-Geral da Saúde (2013) *Profilaxia antibiótica na criança e no adulto*, Norma, Ministério da Saúde.

Iezzoni, L. I. (2003) *Risk adjustment for measuring: health care outcomes*. Chicago, Health Administration press.

Johnson, C.C. & Beiman, I. (2007) *Balanced Scorecard for State-Owned Enterprises*, Philippines, Asian Development Bank.

Leite, J. (2007) Controlo de qualidade em cirurgia colo-rectal. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (2), 15-22.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992) The balanced scorecard--measures that drive performance. *Harvard business review*, 70(1), 71–79.

Ladeira, A. T. G. L. (2009) *Avaliação da Performance Numa Organização de Saúde – o Caso da Clínica de santo António*. Tese de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Lee, C. C., Ho, H. C., Jack, L. C., Su, Y. C., Lee, M. S., Hung, S. K., & Chou, P. (2010) Association between surgeon volume and hospitalisation costs for patients with oral cancer: a nationwide population base study in Taiwan. *Clinical otolaryngology: official*

*journal of ENT-UK; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*, 35(1), 46–52.

Lin C.S., Lee H.C., Lin C.T. & Lin H.C. (2008) The association between surgeon case volume and hospitalization costs in free flap oral cancer reconstruction operations. *Plast Reconstr Surg*, 122,133-139.

Liu, C.-J., Chou, Y.-J., Teng, C.-J., Lin, C.-C., Lee, Y.-T., Hu, Y.-W., Yeh, C.-M., Chen, T.-J. & Huang, N. (2015) Association of surgeon volume and hospital volume with the outcome of patients receiving definitive surgery for colorectal cancer: A nationwide population-based study. *Cancer*, 121, 2782-2790.

Lopes F. (2015) A importância da codificação clínica como ferramenta de apoio à gestão hospitalar e os desafios que se colocam à sua evolução no contexto do SNS. *Gestão Hospitalar*, 8-13.

Malin, J. L., Asch, S. M., Kerr, E. A., & McGlynn, E. A. (2000) Evaluating the quality of cancer care: development of cancer quality indicators for a global quality assessment tool. *Cancer*, 88(3), 701–707.

Martinez-Perez A. Paya-Llorente C. & Garcia-Lozano C. (2019) Socioeconomic Impact of Emergency Therapies for colorectal cancer. Angelis N., Saverio S. & Brunetti F. *Emergency surgical management of colorectal cancer, Switzerland, Springer*, 31-42.

Martins, R. A. (1998) *Sistemas de medição de desempenho: Um modelo para estruturação de uso*. Tese de doutoramento, Escola Politécnica São Paulo.

Matos, M (2009) *Indicadores de desempenho em saúde – Reflexão teórica e prática*. Tese de mestrado, Universidade Nova de Lisboa.

Maxwell R. J. (1984) Quality assessment in health. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 288(6428), 1470–1472.

Maxwell R.J. (1992) Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in health care*, 1(3), 171–177.

McNair, A. G., Whistance, R. N., Forsythe, R. O., Macefield, R., Rees, J., Pullyblank, A. M., Avery, K. N., Brookes, S. T., Thomas, M. G., Sylvester, P. A., Russell, A., Oliver, A., Morton, D., Kennedy, R., Jayne, D. G., Huxtable, R., Hackett, R., Dutton, S. J., Coleman, M. G., Card, M., ... Blazeby, J. M. (2016). Core Outcomes for Colorectal Cancer Surgery: A Consensus Study. *PLoS medicine*, 13(8), e1002071.

Neely, A., Gregory, M. & Platts, K. (1995) Performance measurement system design: A literature review and research agenda, *International Journal of Operations & Production Management* 15 (4), 80-116.

Organização Mundial da Saúde (2009) *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. Cirurgia Segura Salva Vidas, Genebra, Organização Mundial da Saúde*.

Organização Mundial da Saúde (2010) *Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal, Relatório Mundial da saúde 2010*, Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde (2014) *Relatório Mundial de Saúde 2014*, Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing.

Portilla, F., Builes, S., García-Novoa, A., Espín, E., Kreisler, E., Enríquez-Navascues, J. M., Biondo, S., & Codina, A. (2018) Analysis of Quality Indicators for Colorectal Cancer Surgery in Units Accredited by the Spanish Association of Coloproctology. Análisis de los indicadores de calidad en la cirugía de cáncer colorrectal de unidades acreditadas por la Asociación Española de Coloproctología. *Cirurgia espanola*, 96(4), 226–233.

Radnor, Z. & Lovell, B. (2003) Success factors for implementation of the balanced scorecard in an NHS multi-agency setting. 2003. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16, 99-108.

Reis A.C, Santos E.M, Arruda M.R.& Oliveira P.T. (2017) estudo exploratório dpos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 41, 330-333.

Robine JM & Jagger C; Euro-REVES Group (2003) Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: The Euro-REVES 2 project. *Eur J Public Health*, 13(3 Suppl),6-14.

Rodgers, S. A., Brealey, S., Jefferson, L. A., McDaid, C. M., Maund, E., Hanchard, N., Goodchild, L., & Spencer, S. (2014) Exploring the outcomes in studies of primary frozen shoulder: is there a need for a core outcome set? *Quality of life research*, 23(9), 2495-2504.

Santos I & Ribeiro I. (2009) Indicadores de desempenho na consulta. *Rev Port Clin Geral*,25,228-236.

Scottish Cancer Taskforce (2017) *Colorectal Cancer Quality Performance Indicators*. Ediburg. Socottish Government.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011) *Diagnosis and management of colorectal cancer*. Edinburgh: SIGN publications.

Senhoras, E. M. (2007) A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 45-55.

Serviço de Cirurgia 2 (2020) *Plano de Acção 2020. Documento de trabalho, Centro Hospitalar Universitário do Algarve*.

Shi H.Y., Chang H.T., Culbertson R., Chen Y.J., Liao Y.C.& Hou M.F. (2013) Breast cancer surgery volume-cost associations: hierarchical linear regression and propensity score matching analysis in a nationwide Taiwan population. *Surg Oncol*, 22, 178-183.

Snyder, L., Neubauer, R. L., & American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee (2007) Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Annals of internal medicine*, 147(11), 792–794.

Sousa P., Pinto F., Costa C.& Uva A. (2008) Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Rev Port Saúde Pública* 7,57–65.

Valentim, A. (2018) *O tratamento cirúrgico do cancro-colo-rectal: comparação de resultados entre centros de referência e as restantes unidades hospitalares*, Escola Nacional de Saúde, Universidade Nova de Lisboa.

Vaz, S. (2017) *Impacto do referencial ACSA nas Unidades de Saúde*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra.

Vetter, N. (2001) Measuring health care outcomes. Vetter, N. & Matthews, I. *Epidemiology and public health medicine*, London, Churchill Livingstone, 179-190.

Young J. (1997) Maintaining and measuring quality care: a discussion of the Maxwell approach, *Journal of child Health Care*, 1(3),133-137.

## 7 – APÊNDICE

### 7.1 – Indicadores relacionados com a área da consulta externa

**INDICADOR:** % de altas registadas

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	% de altas registadas			<b>Código</b>	C1
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Aceitabilidade	Estrutura	Serviço	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doentes seguidos em consulta com alta				
<b>Denominador:</b>	Nº total de doentes em seguimento				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador /Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** % utentes em lista de espera para consulta dentro do tempo máximo de resposta garantido (TMRG)

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019a)

<b>Indicador:</b>	% utentes em lista de espera para consulta dentro do TMRG			<b>Código</b>	C2
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes avaliados em consulta dentro do TMRG				
<b>Denominador:</b>	Doente em espera para avaliação em consulta				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador /Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	80%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de avaliação em consulta de decisão terapêutica antes da intervenção cirúrgica

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de avaliação em CDT antes da intervenção cirúrgica			<b>Código</b>	C3
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes avaliados em CDT antes da intervenção cirúrgica				
<b>Denominador:</b>	Doentes submetidos a Intervenção cirúrgica por doença maligna				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador /Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica				
<b>Exceções:</b>	Doentes submetidos a cirurgia de urgência Doentes que faleceram antes do início da intervenção cirúrgica				
<b>Objetivo:</b>	100%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de realização de consulta de decisão terapêutica pré-operatória até 21 dias

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de realização de CDT pré-operatória até 21 dias			<b>Código</b>	C4
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes com CDT até 21 dias após 1ª consulta				
<b>Denominador:</b>	Doentes avaliados em CDT				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador /Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica Aplicada apenas à primeira consulta de CDT				
<b>Exceções:</b>	Doentes que não cumpram critérios definidos para avaliação em CDT				
<b>Objetivo:</b>	Doentes submetidos a cirurgia de urgência Doentes que faleceram antes do início da intervenção cirúrgica  >90 %				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Nº de 1ª consultas com origem nos cuidados de saúde primários

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	Nº de 1ª consultas com origem nos CSP			<b>Código</b>	C5
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Serviço	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>	Total de consultas realizadas pela GCCP com origem nos CSP				
<b>Denominador:</b>	Incluída patologia benigna e maligna				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	Incluída patologia benigna e maligna				
<b>Observação:</b>	Incluída patologia benigna e maligna				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Tempo médio de espera (consulta a tempo e horas)

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	Tempo médio de espera (CTH)			<b>Código</b>	C6
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Processo	Serviço	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>	Nº total de dias entre a referência e 1ª consulta				
<b>Denominador:</b>	Nº total de doentes avaliados em 1ª consulta				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador /Denominador)				
<b>Exceções:</b>	Doença benigna ou doentes sem evidência histológica de neoplasia				
<b>Objetivo:</b>	< 8 dias				
<b>Fonte de recolha</b>	ALERT P1		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Tempo máximo de espera (consulta a tempo e hora)

**FONTE DE REFERÊNCIA:** CHUA (2018a) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Tempo máximo de espera (CTH)			<b>Código</b>	C7
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Processo	Serviço	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>	Data do pedido CTH - Data da consulta				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	< 21 dias				
<b>Fonte de recolha</b>	ALERT P1		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Nº de pedidos de consulta por satisfazer

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Nº de pedidos de consulta por satisfazer			<b>Código</b>	C8
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Processo	Serviço	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de pedidos de consulta não realizadas				
<b>Exceções:</b>	Doentes sem critérios de referência para a consulta do GCCP				
<b>Objetivo:</b>	< 5%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Nº de consultas (total) realizadas pelo Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	Nº de consultas (total) realizadas pelo GCCP			<b>Código</b>	C9
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa /Serviço	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>	Total de consultas realizadas pela GCCP				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** N° de consultas realizadas (específicas) pelo Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	N° de consultas realizadas (específicas) pelo GCCP			<b>Código</b>	C10
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>	Total de consultas específicas realizadas pela GCCP				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** N° de consultas telemedicina

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	N° de consultas telemedicina			<b>Código</b>	C11
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>	Total de consultas (telemedicina) que o GCCP realizou				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	10% do total da consulta realizadas por patologia maligna				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** N° de consultas multidisciplinares

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	N° de consultas multidisciplinares			<b>Código</b>	C12
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>	Total de consultas (pareceres) multidisciplinares em que o GCCP participou				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Primeiras consultas realizadas

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	Primeiras consultas realizadas			<b>Código</b>	C13
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Serviço	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>	Total de 1ª consultas realizadas				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Consultas subsequentes realizadas

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	Consultas subsequentes realizadas			<b>Código</b>	C14
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Serviço	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>	Total de 2ª consultas realizadas				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de realização de 1ª consulta até 15 dias

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCIR2 (2020) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de realização de 1ª consulta até 15 dias			<b>Código</b>	C15
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes com 1º consulta até 15 dias				
<b>Denominador:</b>	Doentes avaliados em 1ª consulta				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador} / \text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	Inclui patologia maligna e benigna				
<b>Objetivo:</b>	75 %				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Média de dias entre referenciação e primeira consulta

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCIR2 (2020) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Média de dias entre referenciação e primeira consulta			<b>Código</b>	C16
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>	Nº total de dias entre a referenciação e 1ª consulta				
<b>Denominador:</b>	Nº total de doentes avaliados em 1ª consulta				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador)				
<b>Exceções:</b>	Doentes sem critérios para referenciação para o GCCP				
<b>Objetivo:</b>	< de 15 dias				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** % de consultas externas realizadas dentro do tempo máximo resposta garantido

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019a) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	% CE realizadas dentro do TMRG			<b>Código</b>	C17
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	CE realizadas dentro TMRG				
<b>Denominador:</b>	CE por realizadas				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador /Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Doentes sem critérios para referenciação para o GCCP				
<b>Objetivo:</b>	Doença benigna 80% doença maligna >95%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

## 7.2 – Indicadores relacionados com a área de internamento

**INDICADOR:** Nº de internamentos realizados de urgência

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	Nº de internamentos realizados de urgência			<b>Código</b>	I1
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Serviço	Nº absoluto	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doentes admitidos pelo GCCP pela urgência				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Nº de doentes admitidos no internamento

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	Nº de doentes admitidos no internamento			<b>Código</b>	I2
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Serviço	Nº absoluto	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doentes admitidos no internamento				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Considerar internamentos eletivos e urgentes				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de infeção do local cirúrgico

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCIR2 (2020) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de infeção intra-hospitalar			<b>Código</b>	I3
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com infeção do local cirúrgico				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Exceções:</b>	Cirurgia urgente				
<b>Objetivo:</b>	<20%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de mortalidade intra-hospitalar

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017) e Clavien et al. 2009

<b>Indicador:</b>	Taxa de mortalidade intra-hospitalar			<b>Código</b>	I4
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa/Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº doentes com óbito durante o internamento				
<b>Denominador:</b>	Nº doentes submetidos a cirurgia eletiva envolvendo ressecção				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação:</b>	Incluída patologia benigna e maligna				
<b>Objetivo:</b>	< 2%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Taxa de complicações (total)

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Clavien et al. 2009

<b>Indicador:</b>	Taxa de complicações (total)			<b>Código</b>	I5
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa/Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doente com complicações				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a intervenção cirúrgica				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador} / \text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação:</b>	De acordo com orientação definida por Clavien-Dindo				
<b>Objetivo:</b>	<30%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Taxa de complicações *minor* (Clavien Dindo I e II)

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Clavien et al. 2009

<b>Indicador:</b>	Taxa de complicações <i>minor</i> (Clavien Dindo I e II)			<b>Código</b>	I6
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa/Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doentes com complicações <i>minor</i>				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a intervenção cirúrgica				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador} / \text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	De acordo com orientação definida por Clavien-Dindo				
<b>Objetivo:</b>	<30%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Taxa de complicações major (Clavien Dindo III, IV e V)

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Clavien et al. 2009

<b>Indicador:</b>	Taxa de complicações <i>major</i> (Clavien Dindo III, IV e V)			<b>Código</b>	17
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa/Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doente com complicações <i>major</i>				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a intervenção cirúrgica				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador} / \text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	De acordo com orientação definida por Clavien-Dindo				
<b>Objetivo:</b>	<20%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Dias de internamento

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCIR2 (2020)

<b>Indicador:</b>	Dias de internamento			<b>Código</b>	18
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa - Serviço	Nº absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>	Data de alta- Data internamento				
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	7 dias				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Tempo desde o internamento até bloco

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCIR2 (2020)

<b>Indicador:</b>	Tempo desde o internamento até bloco			<b>Código</b>	19
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Processo	Equipa	Nº absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>	Data de internamento- Data da 1º intervenção cirúrgica				
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Excluídas as situações que obriguem ao internamento para otimização				
<b>Objetivo:</b>	<1 dia (<24 horas)				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Demora média no internamento

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCIR2 (2020)

<b>Indicador:</b>	Demora média no internamento			<b>Código</b>	I10
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Serviço - Nacional	Nº absoluto	
<b>Numerador:</b>	Total de dias de internamento dos doentes saídos no trimestre				
<b>Denominador:</b>	Total de doentes saídos no trimestre				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	Total de doentes saídos nesses dias (Numerador/Denominador)				
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	7				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** % de internamentos < de 24 horas

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019a) e SCIR2 (2020)

<b>Indicador:</b>	% de internamentos < de 24 horas			<b>Código</b>	I11
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Serviço	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doentes com alta antes das 24 horas				
<b>Denominador:</b>	Nº total de doentes internados pelo GCCP				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	<5%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** % de reinternamento em 30 dias, na mesma categoria de diagnóstico

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019a)

<b>Indicador:</b>	% de reinternamento em 30 dias, na mesma categoria de diagnóstico			<b>Código</b>	I12
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doente readmitidos até 30 dias				
<b>Denominador:</b>	nº total de altas				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	< 2,5%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de ocupação em internamento

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCIR2 (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de ocupação em internamento			<b>Código</b>	I13
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Serviço	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Dias de internamento (no trimestre)				
<b>Denominador:</b>	Número de camas (no trimestre)				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Serviço de Informática		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Seleção AB profilático em doentes submetidos a cirurgia colorrectal

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** DGS (2014) e CHUA (2019b)

<b>Indicador:</b>	Seleção AB profilático em doentes submetidos a cirurgia CCR			<b>Código</b>	I14
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Processo	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doentes com AB profilática adequada				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a intervenção cirúrgica				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	De acordo com protocolo GCCR/DGS				
<b>Objetivo:</b>	100 %				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de administração de antibiótico adequado na hora anterior à cirurgia

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** DGS (2014) e CHUA (2019b)

<b>Indicador:</b>	Taxa de administração de AB adequada na hora anterior à cirurgia			<b>Código</b>	I15
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Processo	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes que receberam AB adequado na hora anterior à I.C				
<b>Denominador:</b>	Doente submetidos a IC				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	De acordo com protocolo GCCR/DGS				
<b>Objetivo:</b>	100 %				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Interrupção do AB profilático nas primeiras 24 horas após a cirurgia  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** DGS (2014) e CHUA (2019b)

<b>Indicador:</b>	Interrupção do AB profilático nas primeiras 24 horas após a cirurgia			<b>Código</b>	I16
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Processo	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com interrupção do AB profilático até às 24 horas após a				
<b>Denominador:</b>	I.C/ Doentes submetidos a IC				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	De acordo com protocolo GCCR/DGS				
<b>Objetivo:</b>	100 %				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Taxa de doentes que receberam profilaxia adequada para TEP antes da cirurgia

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019b) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de doentes que receberam profilaxia adequada para TEP antes da cirurgia			<b>Código</b>	I17
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Processo	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes que receberam profilaxia adequada para TEP (antes da intervenção cirúrgica)				
<b>Denominador:</b>	Doente submetidos a intervenção cirúrgica				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Contraindicação para fazer profilaxia				
<b>Objetivo:</b>	100 %				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Taxa de doentes com profilaxia adequada do TEP após cirurgia

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019b) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de doentes com profilaxia adequada do TEP após cirurgia			<b>Código</b>	I18
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Processo	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes que receberam profilaxia adequada para TEP (após I.C)				
<b>Denominador:</b>	Doente submetidos a IC				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Contraindicação para fazer profilaxia				
<b>Objetivo:</b>	100 %				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

### 7.3 - Indicadores relacionados com a área do bloco operatório

**INDICADOR:** Taxa de recidiva local

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017) e CHUA (2018)

<b>Indicador:</b>	Taxa de recidiva local			<b>Código</b>	B01
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Aceitabilidade	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes com recidiva local confirmada				
<b>Denominador:</b>	Doentes submetidos a ressecção cirúrgica com intenção curativa				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica				
<b>Objetivo:</b>	<10%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Nº de doentes em lista de espera para intervenção cirúrgica

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	Nº de doentes em LIC			<b>Código</b>	BO2
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Serviço	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de doentes em LIC				
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Nº de doentes em lista de espera para intervenção cirúrgica com mais de 12 meses

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Nº de doentes em LIC com mais de 12 meses			<b>Código</b>	BO3
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Serviço	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de doente em LIC com mais de 12 meses				
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	<10%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** N° de doentes em lista de espera para intervenção cirúrgica com mais de 9 Meses

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	N° de doentes em LIC com mais de 9 meses			<b>Código</b>	BO4
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Serviço	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	0%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** N° total de doentes operados em Bloco Central

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	N° total de doentes operados em Bloco Central			<b>Código</b>	BO5
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Serviço	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** N° total de doentes operados no bloco ambulatório

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	N° total de doentes operados no bloco ambulatório			<b>Código</b>	BO6
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Serviço	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	100				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de cancelamento cirúrgico  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCIR2 (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de cancelamento cirúrgico			<b>Código</b>	BO7
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de cirurgias canceladas				
<b>Denominador:</b>	Número de cirurgias realizadas				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x100				
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	< 5%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de doentes em LIC dentro do tempo máximo de resposta garantido  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de doentes em LIC dentro do TMRG			<b>Código</b>	BO8
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Estrutura	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes em LIC com TMRG				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes em LIC				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	>75%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de doentes operados dentro do tempo máximo de resposta garantido  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de doentes operados dentro do TMRG			<b>Código</b>	BO9
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Estrutura	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes operados dentro do TMRG				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes operados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	>75%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de deiscência anastomótica total

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017) e ESCP (2018b)

<b>Indicador:</b>	Taxa de deiscência anastomótica total			<b>Código</b>	B010
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com deiscência anastomótica				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a ressecção cirúrgica com anastomoses				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação</b>	Inclui deiscência comprovada clinicamente ou por método de imagem Sem exceções				
<b>Objetivo:</b>	<10%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de deiscência anastomótica cólon direito

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** ESCP (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de deiscência anastomótica cólon direito			<b>Código</b>	B011
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com deiscência anastomótica (cólon direito)				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a ressecção cirúrgica (cólon direito)				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação:</b>	Inclui deiscência comprovada clinicamente ou por método de imagem Sem exceções				
<b>Objetivo:</b>	<5%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de deiscência anastomótica total cólon esquerdo

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017) e ESCP (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de deiscência anastomótica total cólon esquerdo			<b>Código</b>	B012
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com deiscência anastomótica (cólon esquerdo)				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a ressecção cirúrgica (cólon esquerdo)				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação:</b>	Inclui deiscência comprovada clinicamente ou por método de imagem Sem exceções				
<b>Objetivo:</b>	< 8%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de deiscência anastomótica recto

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017) e ESCP (2018b)

<b>Indicador:</b>	Taxa de deiscência anastomótica recto			<b>Código</b>	B013
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com deiscência anastomótica (recto)				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a ressecção cirúrgica (recto) com anastomose do ileon/ cólon ao recto/canal anal				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Inclui deiscência comprovada clinicamente ou por método de imagem Sem exceções				
<b>Objetivo:</b>	< 10%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de deiscência aponevrose

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de deiscência aponevrose			<b>Código</b>	B014
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com deiscência aponevrose				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a intervenção cirúrgica				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Inclui deiscência comprovada clinicamente ou por método imagem Inclui doentes submetidos a cirurgia urgente ou eletiva Inclui apenas cirurgias realizadas pelos elementos da equipa				
<b>Objetivo:</b>	<2% na cirurgia eletiva                      <10% na cirurgia urgente				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de reintervenções não programadas

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a) GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de reintervenções não programadas			<b>Código</b>	BO15
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com reintervenções não programadas				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes submetidos a I.C.				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação</b>	Até aos 30 dias da primeira intervenção Sem exclusões				
<b>Objetivo:</b>	<10%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de resgate após falência de anastomose  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GSCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de resgate após falência de anastomose			<b>Código</b>	BO16
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de doentes com deiscência de anastomose falecidos em 90 dias/Nº total de deiscências (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	<15%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de mortalidade aos 30 dias  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017)

<b>Indicador:</b>	Taxa de mortalidade aos 30 dias			<b>Código</b>	BO17
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de doentes com óbito per e pós-operatório até aos 30 dias da IC Nº de doentes submetidos a cirurgia de ressecção do cólon ou recto por neoplasia (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Incluídos todos os doentes submetidos a cirurgia de ressecção Incluídas cirurgias urgentes ou eletivas Incluídos todos os doentes operados na unidade de Portimão independentemente do cirurgião				
<b>Objetivo:</b>	Cirurgia eletiva <4%    Cirurgia urgente <15%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de mortalidade aos 90 dias  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017)

<b>Indicador:</b>	Taxa de mortalidade aos 90 dias			<b>Código</b>	BO18
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de doentes com óbito per e pós-operatório até aos 90 dias da IC Nº de doente submetidos a cirurgia de ressecção do cólon ou recto por neoplasia (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Incluídos todos os doentes submetidos a cirurgia de ressecção Incluídas cirurgias urgentes ou eletivas Incluídos todos os doentes operados na unidade de Portimão independentemente do cirurgião				
<b>Objetivo:</b>	Cirurgia eletiva <5%    Cirurgia urgente <20%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de radicalidade cirúrgica local (R0)

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017) e CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de radicalidade cirúrgica local (R0)			<b>Código</b>	BO19
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Equipa	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes com ressecção local R0				
<b>Denominador:</b>	Doentes com ressecção cirúrgica de intuito curativo				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica				
<b>Exceções:</b>	Excluídas as cirurgias com intuito paliativo				
<b>Objetivo:</b>	>90%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** N° total de cirurgias realizadas como cirurgião principal

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	N° total de cirurgias realizadas como cirurgião principal			<b>Código</b>	BO20
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>	N° total de cirurgias realizadas como cirurgião principal				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** N° total de cirurgias realizadas como cirurgião mais diferenciado

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	N° total de cirurgias realizadas como cirurgião mais diferenciado			<b>Código</b>	BO21
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>	N° total de cirurgias realizadas como cirurgião mais diferenciado				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** N° total de cirurgias realizadas como cirurgião menos diferenciado  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Não aplicável

<b>Indicador:</b>	N° total de cirurgias realizadas como cirurgião menos diferenciado			<b>Código</b>	BO22
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>	N° total de cirurgias realizadas como cirurgião m diferenciado				
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>					
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de doentes operados por patologia urgente/ emergente  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de doentes operados por patologia urgente/ emergente			<b>Código</b>	BO23
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Equidade	Estrutura	Serviço	Taxa	
<b>Numerador:</b>	N° de doentes operados com indicação urgente ou emergente				
<b>Denominador:</b>	N° doentes submetidos a cirurgia				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação:</b>	Incluídos apenas doentes já avaliados pelo GCCP As situações de urgência diferida consideram-se cirurgia eletiva				
<b>Objetivo:</b>	<15 %				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de doente ambulatorizáveis operados em CIR ambulatório  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de doente ambulatorizáveis operados em CIR ambulatório			<b>Código</b>	BO24
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Equidade	Estrutura	Nacional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	N° total de doentes operados em ambulatório (ambulatorizáveis)				
<b>Denominador:</b>	N° total de doentes operados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação:</b>	Incluídos apenas doentes já avaliados pelo GCCP				
<b>Objetivo:</b>	>50 %				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de doentes inscritos em LIC com mais de 3 anos

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2019a) e GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de doentes inscritos em LIC com mais de 3 anos			<b>Código</b>	BO25
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Equidade	Estrutura	Regional	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes inscritos pela equipa com mais de 3 anos				
<b>Denominador:</b>	Nº total de doentes inscritos pela equipa				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	0%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de ressecção cirúrgica entre as 10-12 semanas após QT – RT NA

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de ressecção cirúrgica entre as 10-12 semanas após QT – RT NA			<b>Código</b>	BO26
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Equidade	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de cirurgias realizadas entre as 10 e 12 semanas após termino QT-RT Neoadjuvante				
<b>Denominador:</b>	Número de doentes com indicação cirúrgica				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica do recto submetida a QT/RT NA				
<b>Exceções:</b>	Doentes que não se enquadrem na indicação de QT/RT Neoadjuvante Doente com resposta completa após QT/RT Neoadjuvante Doente com dúvida de resposta completa após QT/RT Neoadjuvante				
<b>Objetivo:</b>	>95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de excisão total do mesorrecto

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017) e CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de excisão completa do mesorrecto			<b>Código</b>	BO27
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes com excisão completa do mesorrecto				
<b>Denominador:</b>	Doentes submetidos a I.C. com indicação para ETM				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica do recto				
<b>Exceções:</b>	Doentes submetido a cirurgia paliativa Doente submetido a cirurgia transanal				
<b>Objetivo:</b>	>90%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de Ressecção abdominoperineal  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>c</b>	Taxa de Ressecção abdominoperineal			<b>Código</b>	BO28
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Doentes submetidos a ressecção abdominoperineal Doentes submetidos a ressecção cirúrgica do recto (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>  <b>Objetivo:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica do recto  <20%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Taxa de estoma de derivação após 1 ano da cirurgia  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	Taxa de estoma de derivação após 1 ano da cirurgia			<b>Código</b>	BO29
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Doentes com estoma de derivação após 1 ano Doentes submetidos a IC com estoma provisório (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Exceções:</b>  <b>Objetivo:</b>	Doentes que recusam intervenção cirúrgica Doentes não aptos para intervenção cirúrgica Doentes sem indicação para restabelecimento cirúrgico  <20%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

**INDICADOR:** Taxa de doente com nº de gânglios adequados na peça operatória  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017) e CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de doente com nº de gânglios adequados na peça operatória			<b>Código</b>	BO30
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de doentes com mais de 12 gânglios na peça operatória Nº de doentes submetidos a IC curativa (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>  <b>Exceções:</b>  <b>Objetivo:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica Tolerância do objetivo dada (10%) atendendo aos doentes submetido a QT/RT esquema longo  Doentes submetidos a cirurgia transanal  90%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa	<b>Método extração</b>	Automática		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Trimestral		

## 7.4 – Indicadores relacionados com a área de serviços de suporte

**INDICADOR:** Taxa de início de tratamento adjuvante até 8 semanas após cirurgia

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** SCT (2017) e CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de início de tratamento adjuvante até 8 semanas após cirurgia			<b>Código</b>	S1
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes que iniciam tratamento adjuvante até 8 semanas após indicação em CDT				
<b>Denominador:</b>	Doente com indicação para tratamento adjuvante após avaliação em CDT				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica				
<b>Exceções:</b>	Doentes que recusam tratamento adjuvante				
<b>Objetivo:</b>	Doentes sem condições clínicas para tratamento adjuvante				
	>90%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Acesso a cuidados de estomaterapia

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Acesso a cuidados de estomaterapia			<b>Código</b>	S2
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doente que necessitem submetidos a IC c/ estoma avaliados por estomaterapia				
<b>Denominador:</b>	Doente submetidos a Intervenção cirúrgica que envolva estoma				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Exceções:</b>	Doentes que recusam avaliação por estomaterapia				
	Doentes com alteração da área de residência				
<b>Objetivo:</b>	95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de sobrevivência média ao ano por estadio / geral

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de sobrevivência média ao ano por estadio / geral			<b>Código</b>	S3
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doente vivos ao 1º ano após o diagnóstico				
<b>Denominador:</b>	Doentes submetidos a intervenção cirúrgica				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica				
<b>Objetivo:</b>	>90%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de sobrevivência média aos 5 anos por estadio / geral  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de sobrevivência média aos 5 anos por estadio / geral			<b>Código</b>	S4
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes vivos 5 anos após o diagnóstico				
<b>Denominador:</b>	Doentes avaliados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica				
<b>Objetivo:</b>	Geral > 60% Estadio I e Estadio II 90% Estadio III- 70% Estadio IV 14%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de mortalidade em quimioterapia  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de mortalidade em quimioterapia			<b>Código</b>	S5
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doente com óbito durante a quimioterapia				
<b>Denominador:</b>	Nº doentes submetidos a quimioterapia				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica Incluídos apenas a mortalidade até aos 30 dias				
<b>Objetivo:</b>	Quimioterapia adjuvante <3% Quimioterapia paliativa <10%				
<b>Fonte de recolha</b>	SONHO		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de resposta completa à QT/RT neoadjuvante  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de resposta completa à QT/RT neoadjuvante			<b>Código</b>	S6
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes com resposta total a QT-RT				
<b>Denominador:</b>	Doentes submetidos a QT - RT neoadjuvante				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica (Recto) Resposta total (clínica e patológica)				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de disponibilidade do relatório AP até 15 dias  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de disponibilidade do relatório AP até 15 dias			<b>Código</b>	S7
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	nº de doentes com relatório AP até 15 dias				
<b>Denominador:</b>	Nº de doentes operados com relatório AP				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica				
<b>Objetivo:</b>	100%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de realização de TC dentro do tempo máximo definido  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de realização de TC dentro do TMD (para estadiamento)			<b>Código</b>	S8
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com de realização de TC dentro do TMD (15 dias)				
<b>Denominador:</b>	Nº de doente com necessidade de TC				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica				
<b>Exceções:</b>	Exames não solicitados pela equipa Doentes submetidos a cirurgia de urgência Doentes que recusam estadiamento				
<b>Objetivo:</b>	95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de realização de RM dentro do TMD  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de realização de RM dentro do TMD (estadiamento)			<b>Código</b>	S9
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de doentes com de realização de RM dentro do TMD (15 dias)				
<b>Denominador:</b>	Nº de doente com necessidade de RM				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica				
<b>Exceções:</b>	Exames não solicitados pela equipa Doentes submetidos a cirurgia de urgência Doentes que recusam estadiamento Doentes com contraindicação para realização de RM				
<b>Objetivo:</b>	95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de realização de colonoscopia dentro do TMD

**FONTE DE REFERÊNCIA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de realização de colonoscopia dentro do TMD			<b>Código</b>	S10
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de doentes com de realização de colonoscopia dentro do TMD (15 dias) Nº de doentes com necessidade de colonoscopia (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>  <b>Exceções:</b>  <b>Objetivo:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica  Exames não solicitados pela equipa Doentes submetidos a cirurgia de urgência Doentes que recusam estadiamento  95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Taxa de doentes com estadiamento pré-operatório completo

**FONTE DE REFERÊNCIA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de doentes com estadiamento pré-operatório completo			<b>Código</b>	S11
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de doente com estadiamento completo Doentes submetidos a I.C eletiva (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação:</b>  <b>Objetivo:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica  Contabilizados apenas os ECD solicitados pela equipa  100%				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** Média de dias entre cirurgia e tratamento adjuvante

**FONTE DE REFERÊNCIA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Média de dias entre cirurgia e tratamento adjuvante			<b>Código</b>	S12
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficiência	Resultado	Equipa	Nº Absoluto	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº total de dias entre cirurgia e tratamento adjuvante Nº doentes avaliados em CDT com indicação para tratamento adjuvante (Numerador/Denominador)				
<b>Observação:</b>  <b>Objetivo:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica  42 Aplicado apenas para a doença oncológica dias				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

**INDICADOR:** N° doentes em programa de *watch and wait*

**FONTE DE REFERÊNCIA:** Não definido

<b>Indicador:</b>	N° doentes em programa de <i>watch and wait</i>			<b>Código</b>	S13
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Equidade	Resultado	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>	Doentes em programa <i>watch and wait</i>				
<b>Denominador:</b>	Doentes com neoplasia do 1/3 inferior do recto submetidos a QT/RT				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	NA (Numerador/Denominador)				
<b>Observação:</b>	Aplicado apenas para a doença oncológica (recto)				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	Base de dados da equipa		<b>Método extração</b>	Automática	
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa		<b>Frequência:</b>	Trimestral	

## 7.5 – Indicadores relacionados com a área de auditório e inquérito

**INDICADOR:** Taxa de satisfação com acessibilidade

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de satisfação com acessibilidade			<b>Código</b>	A1
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Aceitabilidade	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de inquéritos com resposta muito ou total				
<b>Denominador:</b>	Nº de inquéritos realizados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	>95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade		<b>Frequência:</b>	Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de satisfação com intimidade

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de satisfação com intimidade			<b>Código</b>	A2
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Aceitabilidade	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de inquéritos com resposta muito ou total				
<b>Denominador:</b>	Nº de inquéritos realizados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	>95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade		<b>Frequência:</b>	Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de satisfação com conforto

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de satisfação com conforto			<b>Código</b>	A3
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Aceitabilidade	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de inquéritos com resposta muito ou total				
<b>Denominador:</b>	Nº de inquéritos realizados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	(Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	>95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade		<b>Frequência:</b>	Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de satisfação com informação recebida

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de satisfação com informação recebida			<b>Código</b>	A4
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Aceitabilidade	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de inquéritos com resposta muito ou total				
<b>Denominador:</b>	Nº de inquéritos realizados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	>95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade		<b>Frequência:</b>	Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de satisfação com confidencialidade

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de satisfação com confidencialidade			<b>Código</b>	A5
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Aceitabilidade	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de inquéritos com resposta muito ou total				
<b>Denominador:</b>	Nº de inquéritos realizados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	>95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade		<b>Frequência:</b>	Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de satisfação dos profissionais

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de satisfação dos profissionais			<b>Código</b>	A6
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Aceitabilidade	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de inquéritos com resposta muito ou total				
<b>Denominador:</b>	Nº de inquéritos realizados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	>95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade		<b>Frequência:</b>	Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de obtenção de consentimento informado

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de obtenção de consentimento informado			<b>Código</b>	A7
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Doentes submetido a IC com Consentimento informado assinado				
<b>Denominador:</b>	Doentes submetido a IC				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	100%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos	<b>Método extração</b>		Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade	<b>Frequência:</b>		Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de processo clínicos adequados

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de processo clínicos adequados			<b>Código</b>	A8
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doentes com processo clínico adequado				
<b>Denominador:</b>	Nº total de doentes avaliados				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	>95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos	<b>Método extração</b>		Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade	<b>Frequência:</b>		Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de nota de alta adequada

**FONTE DE REFERÊNCIA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de nota de alta adequada			<b>Código</b>	A9
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº total de doentes com nota de alta adequada				
<b>Denominador:</b>	Nº total de doentes com alta				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	>95%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos	<b>Método extração</b>		Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade	<b>Frequência:</b>		Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de cumprimento de lista de verificação percurso cirúrgico  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de cumprimento de lista de verificação percurso cirúrgico			<b>Código</b>	A10
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº total de doentes com lista de verificação percurso cirurgico completa Nº de doentes operados (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	100 %				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade		<b>Frequência:</b>	Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de cumprimento de lista cirurgia segura  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de cumprimento de lista cirurgia segura			<b>Código</b>	A11
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Processo	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº total de doentes com lista cirurgia segura completa Nº de doentes operados (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	100 %				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade		<b>Frequência:</b>	Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de reclamações  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de reclamações			<b>Código</b>	A12
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b> <b>Denominador:</b> <b>Fórmula de cálculo:</b>	Nº de reclamações recebidas Nº de utentes atendidos (Numerador/Denominador) x 100				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	<1%				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos		<b>Método extração</b>	Manual	
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade		<b>Frequência:</b>	Semestral	

**INDICADOR:** Taxa de elogios

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** CHUA (2018a)

<b>Indicador:</b>	Taxa de elogios			<b>Código</b>	A13
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Relevância	Estrutura	Equipa	Taxa	
<b>Numerador:</b>	Nº de elogios recebidos				
<b>Denominador:</b>	Nº de utentes atendidos				
<b>Fórmula de cálculo:</b>	$(\text{Numerador}/\text{Denominador}) \times 100$				
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	Não definido				
<b>Fonte de recolha</b>	Inquéritos	<b>Método extração</b>	Manual		
<b>Responsável pela extração:</b>	Gabinete de Qualidade	<b>Frequência:</b>	Semestral		

## 7.6 – Indicadores relacionados com a área de formação e investigação

**INDICADOR:** N° de eventos formativos (realizados)

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	N° de eventos formativos (realizados)			<b>Código</b>	FI1
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	2				
<b>Fonte de recolha</b>	Relatório da atividade equipa	<b>Método extração</b>	Manual		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Anual		

**INDICADOR:** N° de elementos que participaram nos eventos realizados

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	N° de elementos que participaram nos eventos realizados			<b>Código</b>	FI2
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Acessibilidade	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	50				
<b>Fonte de recolha</b>	Relatório da atividade equipa	<b>Método extração</b>	Manual		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Anual		

**INDICADOR:** N° de trabalhos publicados em revistas científicas

**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	N° de trabalhos publicados em revistas científicas			<b>Código</b>	FI3
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	2				
<b>Fonte de recolha</b>	Relatório da atividade equipa	<b>Método extração</b>	Manual		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Anual		

**INDICADOR:** N° de trabalhos apresentados em congressos  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	N° de trabalhos apresentados em congressos			<b>Código</b>	FI4
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	10				
<b>Fonte de recolha</b>	Relatório da atividade equipa	<b>Método extração</b>	Manual		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Anual		

**INDICADOR:** N° de eventos formativos (participados)  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	N° de eventos formativos (participados)			<b>Código</b>	FI5
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Estrutura	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	10				
<b>Fonte de recolha</b>	Relatório da atividade equipa	<b>Método extração</b>	Manual		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Anual		

**INDICADOR:** N° de trabalhos de investigação participados  
**FONTE DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** GCCP (2020)

<b>Indicador:</b>	N° de trabalhos de investigação participados			<b>Código</b>	FI6
<b>Método</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nível de avaliação</b>	<b>Apresentação</b>	
Prospetivo	Eficácia	Resultado	Equipa	N° Absoluto	
<b>Numerador:</b>					
<b>Denominador:</b>					
<b>Fórmula de cálculo:</b>					
<b>Observação e Exceções:</b>	Não definido				
<b>Objetivo:</b>	2				
<b>Fonte de recolha</b>	Relatório da atividade equipa	<b>Método extração</b>	Manual		
<b>Responsável pela extração:</b>	Equipa	<b>Frequência:</b>	Anual		