



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

**Unidade de Mama do SAMS:
Contributos para a sua Implementação**

Paulo Alexandre Henriques Cardoso da Costa

Projeto de Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professora Doutora Generosa Gonçalves do Nascimento,
Professora auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e
Comportamento Organizacional, ISCTE Business School

Co-orientador:

Professor Doutor Carlos Serra, Departamento de Cirurgia Geral
do SAMS, e Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da
Beira Interior

Julho, 2023

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Unidade de Mama do SAMS:
Contributos para a sua Implementação**

Paulo Alexandre Henriques Cardoso da Costa

Projeto de Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professora Doutora Generosa Gonçalves do Nascimento,
Professora auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e
Comportamento Organizacional, ISCTE Business School

Co-orientador:

Professor Doutor Carlos Serra, Departamento de Cirurgia Geral
do SAMS, e Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da
Beira Interior

Julho, 2023

Disse o sábio: “As pessoas mais importantes não são aquelas que têm a cabeça cheia de conhecimento... são aquelas que têm o coração cheio de amor, as orelhas prontas para escutar sem julgar e as mãos prontas para ajudar.”

Autor desconhecido

Agradecimentos

À Professora Doutora Generosa do Nascimento: pela motivação, pelo entusiasmo, pelo carinho e pela magnanimidade, pelo seu empenho constante no crescimento individual e na melhoria global;

Ao Professor Doutor Carlos Serra: pela amizade, pela boa disposição, pela opinião sempre presente, pelos comentários perspicazes e pertinentes, pelo rigor e pelo incentivo;

Ao Dr. Joaquim Quiroga: pela camaradagem, pela amizade, pelo incentivo, pelo apoio e por ter acreditado no meu valor;

A todos os que contribuíram para este trabalho, pela disponibilidade e partilha do seu tempo e das suas ideias em relação ao SAMS e às unidades de mama;

Aos meus Mestres, em especial àqueles que tiveram o dom de saber incutir em mim o gosto pela Cirurgia, que reconheceram em mim capacidades e me ajudaram a desenvolver competências;

Aos doentes, que me ensinaram quase tanto como os meus mestres, sem disso se aperceberem, eles que são a fonte primeira e a razão última do meu esforço;

Aos Almirantes Jesus Silva e Bronze Carvalho, aos Comandantes Paulo Reis e Vítor Pereira e às Dras. Sílvia Silva e Maria Kopke Túlio: pela amizade, pela confiança e por me terem demonstrado, sem o saber, que o caminho dos sucessos não se faz de forma isolada;

Ao Dr. Carlos Balhana: pela amizade, pela camaradagem, pelo apreço, pela lealdade, pela opinião ponderada e incondicional, por acreditar nas capacidades inerentes e por estar sempre presente;

Aos meus amigos: com os quais partilho os melhores momentos e os sucessos e que tão bem ajudam a amenizar os dias menos favoráveis;

Aos meus pais: por todos os valores que me transmitiram e pelo incentivo em ser cada vez melhor e subir mais alto; Ao meu pai, por ter permitido que eu possa fazer o que gosto, através do seu esforço, mesmo que à custa de muitas ausências; À minha mãe, por tantas vezes dar o que tinha e pela sua perseverança em incutir a correção e o primor;

À minha mulher e aos meus filhos: por permitirem que o nosso tempo seja dividido com a minha carreira, aquilo que tenho o privilégio de fazer; À Dulce por estar sempre presente, por confiar nas minhas capacidades, pela resiliência, pela ajuda constante e incondicional e por tudo o que nunca poderei agradecer adequadamente; À Íris e ao João, por darem cor à vida e lhe acrescentarem sentido;

A todos: o meu reconhecimento e apreço.

Resumo

O cancro da mama é uma doença de grande expressão estatística à escala mundial no que respeita à incidência, prevalência, morbilidade e mortalidade, embora com diferenças significativas entre os países em relação a estes parâmetros e aos resultados do tratamento desta neoplasia.

Tem havido uma preocupação crescente da ciência com estes aspetos e com a repercussão física e psíquica desta patologia, particularmente na mulher, mas de modo geral na sociedade e na economia. Têm-se desenvolvido assim métodos de diagnóstico: mais precisos e terapêuticas menos mutilantes, por um lado, e mais precisas e com menos efeitos colaterais, por outro.

No mesmo sentido, nas 2 últimas décadas difundiram-se os conceitos da abordagem centrada na pessoa e do trabalho inter e multidisciplinar, plenamente ilustrados no desenvolvimento das unidades multidisciplinares de que são exemplo paradigmático as unidades de mama.

Este projeto empresa é realizado no SAMS (do MAIS Sindicato), visando criar na estrutura existente uma unidade dedicada ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento dos doentes com patologia mamária, aproveitando os recursos existentes.

A investigação consistiu numa abordagem qualitativa, tendo por base o estudo de caso. A técnica de recolha de dados compreendeu a pesquisa documental e observacional bem como entrevistas. A técnica de tratamento de dados residiu na análise de conteúdo, recorrendo à metodologia Gioia.

Partindo do diagnóstico situacional, desenvolveu-se o projeto de intervenção e respetivo plano de implementação e avaliação de desempenho, com vista a melhorar os elevados padrões de qualidade existentes e a encetar a futura acreditação da unidade de mama.

Palavras-chave: cancro da mama, especialistas, grupo, indicadores de qualidade, multidisciplinar, unidade de mama

JEL Classification System:

M19 – Administração de Empresas

I19 – Saúde, educação e bem-estar

Abstract

Breast cancer is a disease of great statistical dimension worldwide, regarding incidence, prevalence, morbidity and mortality, although with significant variations between different countries in terms of these parameters and the results of the treatment of this neoplasm.

There has been a growing concern in science with these aspects and with the physical and psychological repercussions of this pathology, particularly in women, but in general in society and the economy. Thus, more accurate diagnostic methods and less mutilating therapies have been developed, on the one hand, and more precise and with fewer side effects, on the other.

This company-project is carried out at SAMS (from MAIS Sindicato) aiming to create in the existing structure a unit dedicated to the diagnosis, treatment and follow-up of patients with breast pathology, taking advantage of the existing resources.

The investigation consisted of a qualitative approach, based on the case study. The data collection technique resided in documentary and observational research, and in interviews. The data processing technique consisted in content analysis, using the Gioia methodology.

Starting from the current situational diagnosis, the intervention project and respective implementation plan and performance evaluation were developed, in order to improve the existing high-quality standards and start the breast units's future accreditation.

Key words: breast cancer, breast unit, multidisciplinary, quality indicators, specialists, team

JEL Classification System:

M19 – Business Administration

I19 – Health, Education and Welfare

Índice geral

Introdução	1
Capítulo 1. Revisão da Literatura	5
1.1. A senologia	5
1.2. O cancro da mama	5
1.3. A equipa multidisciplinar	8
1.4. As unidades de mama	9
1.5. Os requisitos de uma unidade de mama	10
1.5.1. Unidade de mama	10
1.5.2. Coordenação	11
1.5.3. Grupo nuclear	11
1.5.4. Grupo alargado	11
1.5.5. Outros profissionais	12
1.5.6. Reuniões multidisciplinares	12
1.5.7. Circuito do doente e protocolos	12
1.5.8. Informação ao doente	12
1.5.9. Associações de apoio	13
1.5.10. Investigação, treino e educação	13
1.5.11. Controlo de qualidade	13
1.6. A acreditação de uma unidade de mama	13
Capítulo 2. Metodologia	17
2.1. Método	17
2.2. Técnicas de recolha de dados	17
2.3. Técnicas de tratamento de dados	18
Capítulo 3. Diagnóstico	19
3.1. Diagnóstico interno	19
3.1.1. Caracterização da organização	19
3.1.2. Caracterização do Grupo de Trabalho Multidisciplinar de Mama e da estrutura física	19
3.1.3. Caracterização da senologia no SAMS	20
3.1.4. Resultados das entrevistas	23

3.1.5. Análise dos resultados	25
3.2. Diagnóstico da envolvente externa	28
3.2.1. CRI de patologia mamária do Centro Hospitalar Universitário S. João	29
3.2.2. Unidade de mama do Centro Clínico Champalimaud	29
3.2.3. Resultados das entrevistas	30
3.2.4. Análise dos resultados	33
3.4. Análise crítica	35
Capítulo 4. Projeto	37
4.1. Diretrizes estratégicas	37
4.2. Implementação	38
4.2.1. Primeira fase	38
4.2.2. Segunda fase	43
4.3. Avaliação	43
4.4. Perspetivas futuras	46
Conclusões	49
Referências Bibliográficas	51
Anexos	55

Índice de figuras

Figura 1.1. - Incidência de casos de cancro no sexo feminino em Portugal em 2020	6
Figura 1.2. - Incidência por cancro no sexo feminino em Portugal em 2020	7
Figura 3.1. - Estrutura dos dados: Entrevista aos responsáveis do SAMS	24
Figura 3.2. - Estrutura dos dados: Entrevista aos diretores de unidades de mama	31
Figura 3.3. - Análise SWOT	36
Figura 4 - Circuito do utente	39

Índice de tabelas

Tabela 1 - Causas de morte em Portugal em 2020 (%)	7
Tabela 3 - Cumprimento dos requisitos da unidade de mama, definidos pela EUSOMA	20
Tabela 4.1. - Orçamento para a 1ª fase da unidade de mama	42
Tabela 4.2. - Indicadores de qualidade de uma unidade de mama	44

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACSA	<i>Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia</i>
BGS	Biópsia do gânglio sentinela
CC	Cirurgia conservadora
CDIS	Carcinoma ductal in situ
CI	Carcinoma invasivo
CIS	Carcinoma <i>in situ</i>
CM	Cancro da mama
CMI	Cancro da mama invasivo
CMNI	Cancro da mama não invasivo
CRI	Centro de responsabilidade integrada
DNNO	Doenças de notificação não obrigatória
EORTC-BCG	<i>Breast Cancer Group of the European Organization for Research and Treatment in Cancer</i>
ESMO	<i>European Society for Medical Oncology</i>
EUROPA DONNA	Coligação europeia contra o cancro da mama
EUSOMA	<i>European Society of Breast Cancer Specialists</i>
HER-2	<i>Human Epidermal growth factor Receptor-type 2</i>
ISCTE	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KFHQS	<i>King's Fund Health Quality Service</i>
Ki67	Proteína do núcleo das células que é um marcador da sua proliferação
M0	Inexistência de metástases à distância
MAIS Sindicato	Sindicato da banca, seguros e tecnologias
MGF	Medicina Geral e Familiar
MMG	Mamografia
N+	Gânglios positivos (para células tumorais)
NA	Neoadjuvante
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Parlamento Europeu
PET	<i>Positron Emission Tomography</i>
QT	Quimioterapia

RE	Recetores estrogénicos
RGPD	Regulamento Geral de Proteção de Dados
RMM	Ressonância Magnética da Mama
RT	Radioterapia
SAMS	Serviço de Assistência Médico-Social
TH	Terapêutica hormonal
UM	Unidade de mama

Introdução

O cancro da mama é uma importante causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial, particularmente na mulher. Como resposta à sua relevância estatística e ao impacto físico, psíquico, social e económico, a ciência tem-se preocupado ao longo do tempo com a forma de mitigar a sua influência na vida da mulher, através de abordagens diagnósticas e terapêuticas mais adequadas e refinadas, com menor agressividade e menos efeitos colaterais.

Progrediu-se da teoria mecanicista de Halsted - que enunciou os princípios oncológicos da cirurgia da mama, mostrando resultados benéficos, mas incompletamente satisfatórios e à custa de uma radicalidade cirúrgica desmesurada e mutilante - para uma teoria sistémica que enquadra o cancro como uma doença global *ab initio*, para além do foco locorregional e, mais recentemente, para a intitulada “teoria do espectro”, mais eclética, que considera o cancro da mama com a sua pluralidade de apresentações clínicas e integra todas as armas terapêuticas disponíveis e de modo simultâneo ou sequencial (Murugappan *et al.*, 2018; Baum, 2013).

O cancro da mama não representa uma única doença, mas um grupo de doenças caracterizadas por uma heterogeneidade molecular, clínica e patológica (Cappelletti *et al.*, 2017). Tendo em conta: a expressão dos recetores de estrogénios e de progesterona e do recetor do fator de crescimento epidérmico humano 2 (HER-2) bem como o índice de proliferação celular Ki-67, entre outros, definem-se genericamente 4 tipos de tumores da mama: luminal A, luminal B, HER-2 positivo e basal ou triplo-negativo (Valla *et al.*, 2016), podendo estes ainda subdividir-se em subtipos. Com base nessa destrição, esta entidade nosológica é o exemplo por excelência de como a caracterização molecular da biologia tumoral orienta as decisões terapêuticas (Turner *et al.*, 2021).

Assim sendo, no tratamento médico - não cirúrgico - tem havido uma evolução favorável, associando-se, de acordo com protocolos terapêuticos, as vantagens da quimioterapia, da hormonoterapia e da radioterapia e procurando minimizar os danos colaterais. As drogas usadas são cada vez mais eficazes e os equipamentos de radioterapia (aceleradores lineares) cada vez mais precisos e mais rápidos.

Em termos cirúrgicos, evoluiu-se da excisão completa da mama, de ambos os músculos peitorais e do conteúdo axilar em bloco (Mora, 2014) para, por um lado, a extirpação do mínimo de tecido saudável como margem livre em torno do tumor e paralelamente para a atenção e o respeito pela estética, através dos conceitos da oncoplastia (Murugappan *et al.*, 2018); e, por outro lado, a nível axilar, o uso da biópsia do gânglio sentinela em muitos casos em substituição da linfadenectomia axilar, antes empregue sistematicamente.

No cômputo geral e na sequência do fenómeno evolutivo epistemológico, têm-se enfatizado nas 2 últimas décadas as vantagens e a imperiosidade da realização de uma abordagem *patient-centered* e de um trabalho inter e multidisciplinar (Bilodeau & Tremblay, 2019; Bilodeau *et al.*, 2015). Nesse sentido, parece lógico o desenvolvimento de unidades multidisciplinares como as unidades de patologia mamária ou unidades de mama.

Entre as circunstâncias que favorecem a implantação e o desenvolvimento progressivo das unidades elencam-se, para além duma gestão que considera o paciente como o centro do sistema: a exaustão do modelo hierárquico nas instituições de saúde e das expectativas profissionais dos médicos; a necessidade da participação dos profissionais para um melhor funcionamento do sistema de saúde; a promoção do sentimento de pertença à organização; as mudanças legais; e a tendência para novas formas de gestão dos hospitais (Villanueva *et al.*, 2017).

A atual estrutura das unidades de patologia da mama na Europa remonta à década de noventa do século passado, na sequência da elaboração de um plano diretor do tratamento oncológico na Inglaterra e País de Gales (“A policy framework for commissioning cancer services”) (Villanueva *et al.*, 2017; Haward, 2006). Este relatório - intitulado Calman-Hine - coloca o utente no centro do processo de cuidados, inferindo que devem ser prestados ao doente oncológico cuidados de alta qualidade através de uma abordagem multidisciplinar realizada em centros oncológicos de referência ou em unidades oncológicas inseridas em hospitais gerais. Estas unidades devem dispor de pessoal especializado, com especial dedicação, equipamento tecnológico adequado e programas de formação contínua (Villanueva *et al.*, 2017; Department of Health, UK, 1995).

A União Europeia tomando consciência que não era uniforme a qualidade da assistência ao cancro da mama nos diferentes Estados-Membros, traduzindo-se em diferenças significativas entre eles nas taxas de sobrevivência, aprovou em 2003 no Parlamento Europeu (PE) uma resolução, fazendo o apelo para que nos Estados-Membros o atendimento a toda a mulher com cancro da mama fosse efetuado em unidades multidisciplinares especializadas, estabelecendo-se uma rede de centros credenciados com essas características (Villanueva *et al.*, 2017; PE, 2003). Nesse sentido, dada a importância do tema para a saúde da mulher e da comunidade, e em parte patrocinado pela EUROPA DONNA, o Parlamento Europeu debruçou-se sobre ele novamente em 2006 e 2019, em novas resoluções, bem como em 2010 e 2015, sobre a forma de declarações escritas (PE, 2006; PE, 2010; PE, 2015; PE, 2019).

Dada a incidência e a prevalência da doença bem como as consequências quer da mesma quer do seu tratamento, com toda a logística inerente e investimento necessário – em consultas de múltiplas especialidades, em exames complementares de diagnóstico e em tratamentos diversos – torna-se óbvia a relevância desta problemática em termos de gestão.

Este projeto empresa é realizado no SAMS (Serviço de Assistência Médico-Social) do MAIS Sindicato, um subsistema de saúde privado que é simultaneamente prestador de serviços de saúde. Visa criar na estrutura existente uma unidade dedicada ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento dos doentes com patologia mamária, aproveitando os recursos existentes.

Existe atualmente no SAMS um Grupo de Trabalho Multidisciplinar de Mama nomeado pelo atual Conselho Executivo a 6 de abril de 2022 (SAMS - Conselho Executivo, 2022) e alterado a 2 de novembro de 2022 (SAMS - Conselho Executivo, 2022). Apesar da existência deste grupo de trabalho, de que o autor faz parte como elemento fixo do quadro dedicado à patologia mamária enquanto cirurgião, não existe uma unidade de mama propriamente dita quer estruturalmente quer em termos funcionais. O facto de pertencer à instituição poderia ser indutor de viés; quer encarar-se, todavia, como uma vantagem, pelo conhecimento intrínseco inerente do “objeto” a estudar.

O objetivo geral deste trabalho consiste em desenvolver uma estratégia para a implementação de uma unidade de mama num hospital, criando *a priori* as condições para a sua acreditação.

Quanto aos objetivos específicos, pretende-se:

- a) Efetuar uma análise interna ao atual contexto do SAMS - tanto no hospital como no Centro Clínico de Lisboa - e especificamente aos processos intervenientes na conduta diagnóstica e no tratamento da patologia da mama;
- b) Desenvolver uma análise externa a outras unidades nacionais, nomeadamente as que se destacam pelas boas práticas;
- c) Desenvolver um projeto de intervenção para a criação da unidade de mama no SAMS e respetivo modelo de controlo de avaliação.

O presente trabalho é constituído por 4 capítulos, onde: no capítulo 1 é feita uma revisão da literatura sobre o tema em análise; no capítulo 2 é apresentada a metodologia utilizada para a elaboração do mesmo; no capítulo 3, é feita uma análise crítica, após o diagnóstico interno e da envolvente externa; no capítulo 4 é desenhado o projeto de intervenção; e, por fim, são apresentadas as conclusões a que se chegaram.

Revisão da Literatura

1.1. A senologia

A origem da senologia enquanto ramo multidisciplinar da ciência médica dedicado aos cuidados de saúde da mama remonta ao início da década de 60 do século XX, pela chancela de Charles-Marie Gros, professor de Radiologia na Universidade de Estrasburgo. Usando um neologismo que conjuga o étimo latino “*sinus*” com o “*logos*” do grego, definiu senologia como o ramo do conhecimento científico dedicado à mama (Esteve, 2000).

A senologia tem como finalidade o estudo global da mama normal e patológica, integrando diferentes especialidades relacionadas com o intuito de solucionar os problemas existentes, fundamentalmente o cancro da mama (Martinez *et al.*, 2015).

1.2. O cancro da mama

O cancro caracteriza-se pelo crescimento incontrolado e a expansão de células anormais, dando frequentemente origem a um nódulo ou massa (Aljohar, 2018). É essa precisamente a principal forma de apresentação do cancro da mama, nas suas diversas formas e subtipos (Madrona, 2015): é detetado através de um nódulo palpável; embora sejam cada vez mais frequentes os chamados tumores não palpáveis ou infraclínicos. Estes, como o próprio nome indica, não são acessíveis ao tato do doente nem do clínico, sendo diagnosticados através de exames imagiológicos (mamografia, ecografia, ressonância magnética), realizados pelas mais variadas razões, tais como: rastreio, risco acrescido de desenvolvimento de cancro ou para esclarecimento de dúvidas levantadas noutro exame complementar de diagnóstico.

O cancro da mama afeta ambos os sexos, embora seja raro no homem (Biganzoli, 2020), representando este cerca de 1% dos doentes (Gucalp *et al.*, 2019). Isso deve-se à escassez de tecido glandular no sexo masculino e ao diferente ambiente hormonal.

A incidência do cancro da mama a nível europeu é variável segundo a região, embora se estime um risco ao longo da vida de 1 em cada 10 mulheres, representando uma importante carga global de doença. A incidência estimada na Europa em 2018 foi de 145/100.000, sendo genericamente mais baixa nos países do Sul e do leste da Europa (Biganzoli, 2020).

Em 2020 o cancro da mama ocupava o primeiro lugar (11,7%) na incidência global estimada de casos de cancro a nível mundial, logo seguido do cancro de pulmão (11,4%) e do cancro colorretal (10%). Na mulher, especificamente, mantinha-se como o tumor mais frequente (24,5%), havendo,

todavia, uma inversão na frequência dos tumores seguintes, passando o cancro colorretal a segundo mais frequente (9,4%) e o cancro do pulmão a terceiro (8,4%) (GLOBOCAN, 2022).

No caso específico de Portugal, o panorama em 2020 quanto à incidência global foi diferente, sendo, quanto à localização, cancro: colorretal (17,4%), da mama (11,6%), da próstata (11,2%) e do pulmão (9%). Todavia, no que diz respeito à mulher, a ordem foi similar à distribuição mundial, embora com valores mais marcados nos 2 primeiros (Figura 1.1.): mama (26,4%), colorretal (15,3%) e pulmão (5,6%) (GLOBOCAN, 2022).

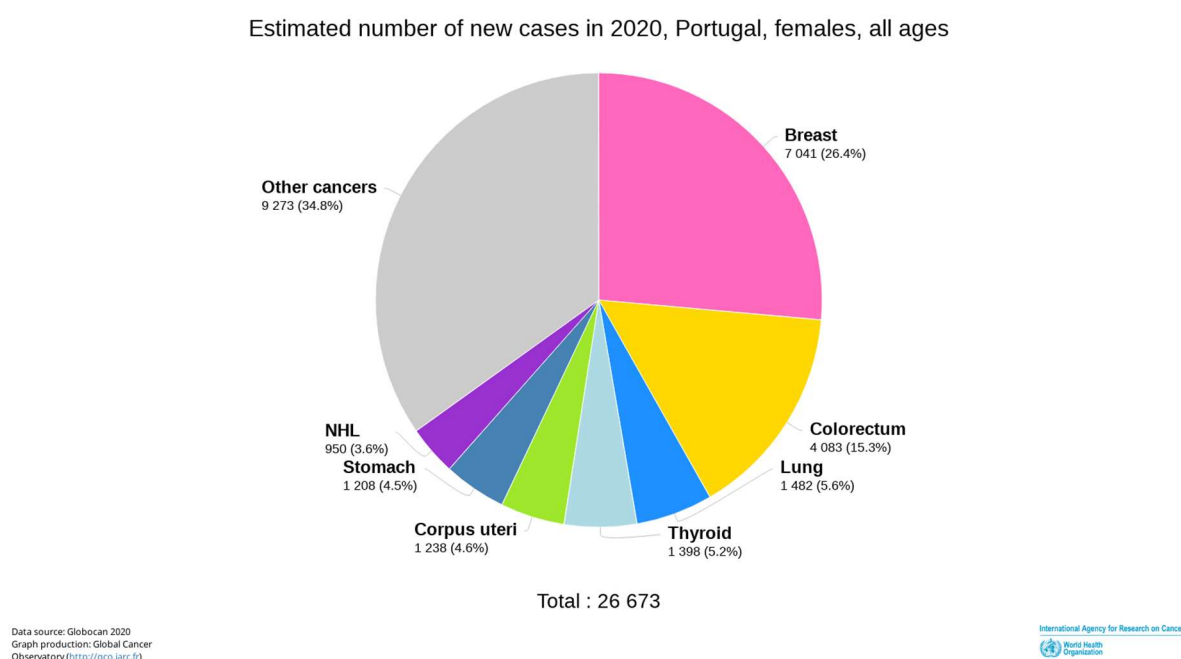


Figura 1.1. Incidência de casos de cancro no sexo feminino em Portugal em 2020

Durante o século XX, as doenças de notificação não obrigatória (DNNO) também conhecidas como "doenças da vida moderna" tornaram-se as principais causas de morbilidade e mortalidade nos países industrializados, bem como em muitos países de baixo rendimento per capita (Tulchinsky & Varavikova, 2010). A nível global, em 2019, 7 das 10 principais causas de morte foram DNNO. Essas 7 causas foram responsáveis por 44% de todas as mortes ou 80% das 10 principais. No entanto, conjuntamente todas as DNNO foram responsáveis por 74% das mortes em todo o mundo em 2019 (OMS, 2022).

Em Portugal, a principal causa de morte em 2020 foi representada pelas doenças do aparelho circulatório (Tabela 1), logo seguidas dos tumores malignos. As doenças respiratórias e o COVID-19 ocuparam o terceiro e o quarto lugar, respetivamente (Pordata, 2022).

No que diz respeito à mortalidade global por cancro, a nível mundial, em 2020, o pulmão foi a principal causa de morte, com 18%, seguido dos cancros colorretal (9,4%), do fígado (8,3%) e do estômago (7,7%); sendo o cancro da mama a 5ª causa de morte, com 6,9%. Estudando particularmente

o sexo feminino, nesse ano, o cancro da mama revelou ser a principal causa de morte por cancro (15,5%), com o cancro colorretal logo atrás (13,7%), seguidos dos cancros: do pulmão (9,5%), do colo do útero (7,7%) e do estômago (6%) (GLOBOCAN, 2022).

Tabela 1. Causas de morte em Portugal em 2020 (%)

Causas de morte	%
Doenças do aparelho circulatório	28,0
Tumores malignos	23,0
Doenças do aparelho respiratório	9,1
COVID-19	5,8
Doenças do aparelho digestivo	4,2
Acidentes, envenenamentos e violências	3,4
Diabetes	3,3
Doenças infecciosas e parasitárias excluindo SIDA e tuberculose	1,2
Suicídio	0,8
SIDA	0,2
Tuberculose	0,1

Adaptado de Pordata (2022)

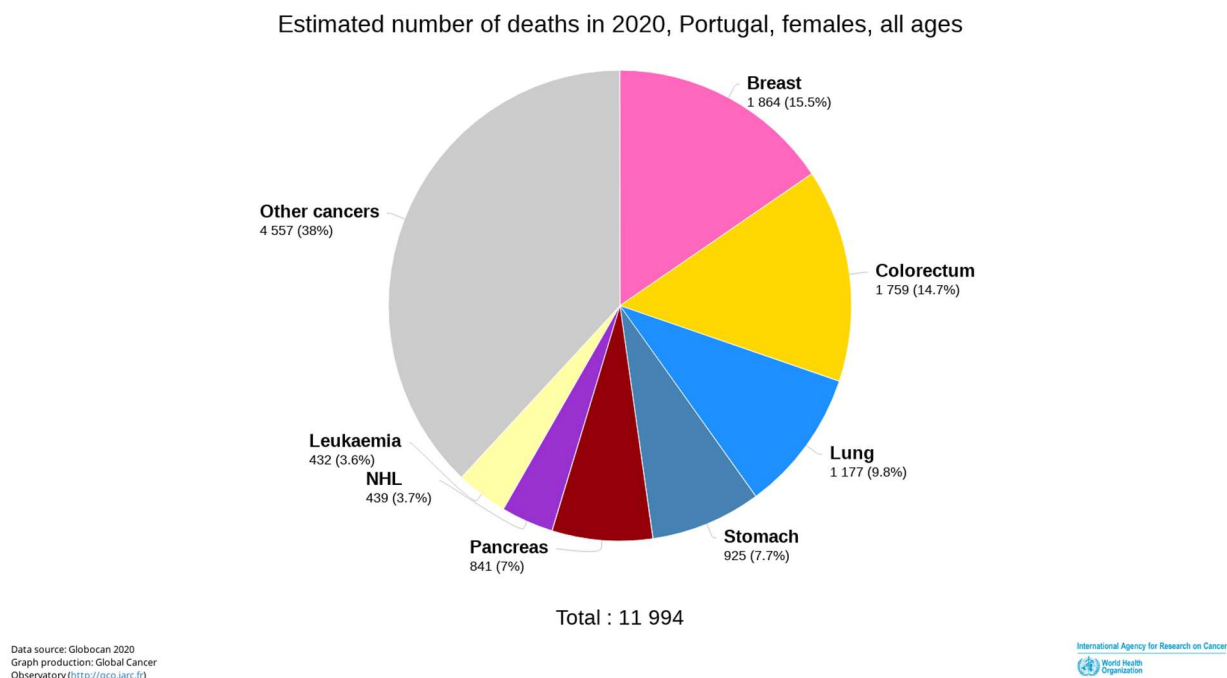


Figura 1.2. Mortalidade por cancro no sexo feminino em Portugal em 2020

Particularizando para o nosso país, em 2020, a mortalidade global por cancro foi a seguinte, quanto à localização: pulmão (15,9%), colorretal (14,3%), estômago (7,7%), próstata (6,4%) e mama (6,2%), sendo, portanto, mais animador no que se refere ao cancro da mama. No que concerne ao sexo feminino, a ordem foi sobreponível à mortalidade mundial entre os principais (Figura 1.2.): mama (15,5%), colorretal (14,7%) e pulmão (9,8%) (GLOBOCAN, 2022).

1.3. A equipa multidisciplinar

Desde há algumas décadas que se chegou à conclusão de que a subespecialização e o trabalho multidisciplinar são benéficos para os resultados obtidos na avaliação e tratamento dos doentes nas diversas patologias nomeadamente oncológicas (Calman & Hide, 1995).

Nesse sentido, a patologia mamária não é exceção, havendo um benefício inegável no trabalho multidisciplinar, demonstrado por diversos estudos que examinaram o assunto. Pretende-se melhorar a coordenação, a comunicação, a padronização e o processo de decisão entre os profissionais e os doentes, com o intuito de conduzir a resultados positivos (Fleissig *et al.*, 2006). A colaboração entre os diversos intervenientes permite, por exemplo, uma melhoria na taxa de sobrevida aos 5 e aos 10 anos (Gillis, 1996).

Nesse sentido, surgiu o comentário visionário de Forrest (1986): “é importante a compreensão de que uma só pessoa (o cirurgião) não pode continuar a tratar isoladamente a doença, mas sim integrado numa equipa multidisciplinar na qual as qualificações cirúrgicas dão um contributo único e significativo”. A cirurgia da mama, por seu turno, também sofreu enormes transformações (Blichert-Toft & Kroman, 2002), deixando de ser um conjunto de procedimentos envolvendo a pele e os tecidos moles da parede torácica e axila, de carácter mutilador e deformante, pouco aliciante em termos técnicos, para adquirir um pendor ultra-especializado, mais conservador e com maior preocupação com a estética e o impacto psicossocial. Mais ainda: atualmente o cirurgião embora com um papel fulcral na terapêutica desta entidade nosológica, através do controlo locorregional da doença, sem o qual não poderá haver cura (Blichert-Toft & Kroman, 2002), por vezes não chega a ser o primeiro a intervir no tratamento.

As equipas multidisciplinares consistem numa conjunção de todos os profissionais de saúde relacionados com um determinado tipo de cancro ou com um grupo de cancros e com conhecimento especializado no seu diagnóstico e tratamento, cuja abordagem ao tratamento do cancro é guiada pela sua vontade em concordar em decisões clínicas baseadas na evidência e em coordenar a prestação de cuidados a todo o momento do processo, estimulando o doente a ter um papel ativo no seu cuidado (Borras *et al.*, 2014; Fleissig *et al.*, 2006). Por outro lado, o Ministério da Saúde britânico (2004) na sua definição acrescenta tratar-se de um grupo de profissionais que se reúne periodicamente (quer

fisicamente no mesmo lugar, quer através de vídeo ou teleconferência) para a discussão de determinado doente e que individualmente são capazes de contribuir de modo independente para as decisões respeitantes ao diagnóstico e tratamento acerca do mesmo.

A composição da equipa varia de acordo com o tipo de cancro e pode incluir cirurgiões, oncologistas médicos e de radio-oncologia, radiologistas, anatomopatologistas, e enfermeiros especialistas (Fleissig *et al.*, 2006). A estrutura, planeamento e periodicidade das reuniões da equipa depende da sua organização interna e da sua liderança.

A equipa multidisciplinar detém uma visão centrada no doente e permite uma perspetiva global da doença a todos os profissionais implicados na patologia mamária (Benito *et al.*, 2012). Em todos os aspetos da rede de cuidados, a mulher deve ser o foco, devendo ser devidamente informada quanto ao processo decisório e convidada a nele participar (Verhoeven *et al.*, 2020). Tal constitui a base para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, fazendo uso de *guidelines* clínicos internacionalmente reconhecidos, circuitos de saúde organizacionais otimizados, implementação de registos adequados e pesquisa permanente na monitorização dos procedimentos no ciclo “*plan-do-ckeek-act*” (Verhoeven *et al.*, 2020).

1.4. As unidades de mama

No despertar da consciência para a necessidade de um novo *mindset* e um modelo organizativo mais holístico na abordagem do cancro da mama na Comunidade Europeia, cita-se historicamente a influência decisiva das primeiras Conferências Europeias de Cancro da Mama realizadas em Florença a primeira e em Bruxelas a segunda, respetivamente em 1998 e 2000 (Blichert-Toft & Kroman, 2002). A partir delas foram emanadas declarações que chamaram à atenção para a necessidade da existência de centros dedicados especificamente ao tratamento do cancro da mama (Piccart *et al.*, 2001) e para o requisito de toda a mulher ter acesso a clínicas completamente equipadas, com carácter multiprofissional e multidisciplinar e com uma área de influência de aproximadamente 250.000 habitantes (Cataliotti, 1999).

Estas declarações foram da responsabilidade tripartida da EORTC-BCG (*The Breast Cancer Group of the European Organization for Research and Treatment in Cancer*), da EUSOMA (*European Society of Breast Cancer Specialists*) e da EUROPA DONNA (A coligação europeia contra o cancro da mama) (Blichert-Toft & Kroman, 2002) que também estiveram na origem das *guidelines* europeias que definiram os requisitos de tais clínicas ou unidades (EUSOMA, 2000) bem como os critérios de qualidade em relação ao diagnóstico e tratamento desta patologia (Perry, 2001; Rutgers, 2001).

Um Centro ou Unidade de mama pode definir-se como o local onde são diagnosticados e tratados os doentes com cancro da mama, compreendendo um grupo de profissionais dedicados e

especializados nessa área, organizados de modo multidisciplinar, tendo à sua disposição todas as condições adequadas a uma abordagem de elevada qualidade (Biganzoli *et al.*, 2020).

Inicialmente eram designadas por unidades de patologia mamária ou senologia, atualmente advoga-se também um termo mais agregador – o de centro de mama. “Centro” porque centraliza uma diversidade de especialistas na matéria, não só médicos como também farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica; “Unidade” porque é uma instituição que une os diversos profissionais através de um mesmo interesse, a motivação e o propósito de proporcionar a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica e um seguimento personalizado e apropriado à doente com cancro da mama.

1.5. Os requisitos de uma unidade de mama

Tendo como ambição o controlo integrado do cancro, as organizações de saúde devem considerar os requisitos definidos pelas sociedades científicas - no caso do continente europeu: a EUSOMA em conjugação com a ESMO (*European Society for Medical Oncology*) - prestando especial atenção à multidisciplinaridade do funcionamento e à centralidade do doente, desde o diagnóstico até ao tratamento e no seguimento subsequente (Biganzoli *et al.*, 2020). Estes requisitos estão plasmados no artigo “*The requirements of a specialist breast centre*” inicialmente publicado em 2000 como “*The requirements of a specialist unit*” (EUSOMA, 2000) e com várias revisões até ao momento, a última das quais em 2020 (Biganzoli *et al.*, 2020).

Apresentam-se a seguir esses requisitos de forma sucinta (Biganzoli *et al.*, 2020; Biganzoli *et al.*, 2019), de modo a poder compará-los *a posteriori* com as condições atualmente existentes no SAMS:

1.5.1. Unidade de mama

A unidade deve ter uma dimensão suficiente para lidar com pelo menos 150 novos casos de cancro da mama precoce por ano e tratar anualmente 50 casos de cancro metastático.

Esta deve ter capacidade para prestar todos os serviços necessários, incluindo a genética, as medidas preventivas, o tratamento do tumor primário, os cuidados da doença avançada, os cuidados de suporte e paliativos e o apoio psicossocial. A inexistência de determinada capacidade – *e.g.* Medicina Nuclear – ou especialidade – *e.g.* Geneticista – deve ser colmatada através de um protocolo de colaboração com entidade externa.

Todos os serviços devem partilhar o mesmo edifício, preferencialmente, limitando ao mínimo a necessidade de deslocação do doente. No entanto, quando por razões organizacionais tal não seja exequível, alguns serviços podem sediar-se em locais diferentes, devendo, porém, estar na mesma

área geográfica, com acesso oportuno, e partilhar os protocolos e a base de dados de registo dos doentes observados, como garantia da multidisciplinaridade e da qualidade do trabalho.

1.5.2. Coordenação

Deve existir um coordenador nomeado oficialmente. Este pode ser um profissional de saúde de qualquer especialidade dentre os elementos do grupo nuclear. Será o responsável pela abordagem multidisciplinar e pelo empenhamento dos especialistas das disciplinas nucleares e sua participação regular nas reuniões de decisão terapêutica.

1.5.3. Grupo nuclear

Deve reunir as seguintes especialidades:

- a) Cirurgia: cada cirurgião ou ginecologista deverá ter experiência em cirurgia da mama, incluindo cirurgia oncoplástica, e efetuar 50 ou mais novas intervenções anuais por cancro da mama; no mínimo deverão ser 2, em dedicação à patologia mamária pelo menos metade do seu tempo;
- b) Oncologia médica: exigem-se pelo menos 2 oncologistas, cada um tratando anualmente pelo menos 50 doentes com cancro da mama precoce e 25 com cancro metastático;
- c) Radio-Oncologia: em número mínimo de 2 profissionais, deverão tratar anualmente 50 doentes com cancro da mama precoce;
- d) Imagiologia: devem existir pelo menos 2 imagiologistas dedicados; cada um deverá executar um mínimo de 1.000 mamografias (5.000 se existir participação em programas de rastreio), 200 ecografias mamárias e 50 ressonâncias magnéticas por ano; as intervenções mamárias guiadas por meios de imagem deverão ultrapassar os 50 casos; cada técnico de radiologia deverá realizar no mínimo 1.000 mamografias anuais;
- e) Anatomia patológica: são exigidas pelo menos 2 anatomopatologistas, participando cada um no mínimo em 50 biópsias pré-operatórias e 50 peças cirúrgicas por ano; incluindo ainda 25 biópsias de metástases;
- f) Enfermagem: os enfermeiros deverão dedicar-se a tempo inteiro a esta área, devendo prestar por ano cuidados de enfermagem a um mínimo de 50 doentes com cancro da mama precoce e 25 com cancro metastático;
- g) Gestor de dados: deverá fazer parte do grupo nuclear, sob supervisão de um médico designado pelo coordenador; sendo responsável pelo registo e análise dos dados dos doentes e pela organização das reuniões de auditoria. Deve fornecer à equipa informação respeitante à qualidade da sua performance, de acordo com os indicadores definidos.

1.5.4. Grupo alargado

Engloba os especialistas que poderão ser consultados no decurso da abordagem aos doentes, não estando, todavia, envolvidos na prestação de cuidados de saúde em todos eles. Estão englobados: cirurgiões plásticos, fisiatras, especialistas de medicina nuclear, radiologistas de intervenção, geneticistas, farmacêuticos, psicólogos, geriatras, especialistas em cuidados paliativos e profissionais de imagem.

1.5.5. Outros profissionais

Poderão ser necessários outros especialistas ao longo do circuito de cuidados do doente oncológico, tais como: ginecologistas, especialistas em fertilidade, cardiologistas, neurocirurgiões, ortopedistas e nutricionistas, entre outros.

1.5.6. Reuniões multidisciplinares

Devem existir reuniões de decisão terapêutica com uma periodicidade pelo menos semanal com o intuito de discutir o diagnóstico pré-operatório, a abordagem terapêutica e a conduta pós-operatória, caso exista, bem como quaisquer outros assuntos relacionados com os doentes com cancro da mama que se considere exigirem uma discussão multidisciplinar.

Em cada reunião deverá estar presente pelo menos um elemento de cada especialidade do grupo nuclear.

Os elementos do grupo alargado ou outros profissionais poderão ser convocados a estar presentes ou ser contactados em diferido, em caso de necessidade.

1.5.7. Circuito do doente e protocolos

A unidade deve desenvolver um circuito que assegure a continuidade dos cuidados e descreva os passos a seguir e o seu timing desde o diagnóstico (ou rastreio) até ao follow-up, incluindo a doença avançada, os cuidados paliativos e o “fim de vida”. Devem estar identificadas as diretrizes (nacionais e/ou internacionais) a partir das quais se desenvolverá o circuito do doente.

Os protocolos internos devem ser revistos periodicamente - idealmente com uma frequência anual - em reunião interna formal.

1.5.8. Informação ao doente

Os doentes devem receber informação clara de forma verbal e escrita sobre as opções de diagnóstico e de tratamento. Essa informação deve ser devidamente apresentada e discutida, elucidando-se as alternativas mais eficazes e mais adequadas a cada caso individual, tendo em atenção a apresentação da doença, a relação entre o volume mamário e as dimensões tumorais e o resultado estético esperado.

1.5.9. Associações de apoio

É recomendada a colaboração do centro com associações de voluntários relacionadas com o cancro da mama, que deverão participar em atividades e projetos dedicados aos doentes do centro de mama. Estas associações de apoio desenvolvem atividades nas mais diversas áreas do espectro da história natural da doença, desde a prevenção aos cuidados paliativos, passando pelas diversas formas de tratamento; procurando ajudar a minimizar o impacto do cancro da mama na vida da mulher, na sua família e na sociedade em geral.

1.5.10. Investigação, treino e educação

O centro de mama deve proporcionar formação a nível local, nacional e/ou internacional.

A investigação científica é uma parte integrante do treino de especialistas e sustenta todos os aspetos da prática clínica, devendo os centros de mama estar envolvidos em investigação clínica (ou seja, ensaios clínicos) e translacional. Um dos objetivos do centro neste âmbito deve ser a inclusão anual de pelo menos 5% dos seus doentes em ensaios clínicos.

1.5.11. Controlo de qualidade

A unidade de mama deve cumprir os padrões mínimos nos indicadores de qualidade considerados obrigatórios pelas sociedades científicas como a EUSOMA (Biganzoli, 2017).

A recolha e o registo dos dados são essenciais para monitorizar o cumprimento dos *standards*, dos *guidelines* e dos indicadores de qualidade (nacionais e/ou internacionais), sendo também uma base para a pesquisa científica.

Deve realizar-se uma monitorização anual dos resultados pelo menos no que respeita a: taxa de recorrência local, taxa de recorrência à distância, complicações (cirúrgicas, da radioterapia ou da terapêutica sistémica) e resultados estéticos e funcionais.

1.6. A acreditação de uma unidade de mama

Se a gestão envolve a melhoria do funcionamento das organizações, procurando encontrar a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os seus objetivos, a gestão de serviços de saúde visa otimizar o funcionamento das organizações de saúde, de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre outputs e recursos empregues), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados) (Tanaka & Tamaki, 2012).

A importância e a atualidade da gestão em saúde não se medem apenas pelas tendências atuais para a integração dos cuidados de saúde e pelas pressões com vista à crescente e contínua racionalização (económica, técnica e organizacional) dos serviços de saúde, mas pelos desafios emergentes, que implicam as mudanças que se estão a operar no campo da saúde: o alargamento e

enriquecimento do conceito de saúde, o envelhecimento da população, a mudança do perfil de morbimortalidade, a oferta excedentária de recursos, o aumento exponencial dos custos, o paradigma da sociedade da informação e do conhecimento, a espiral tecnológica, o papel do Estado e do consumidor, as questões da bioética, da qualidade e da equidade, entre outros (Graça, 2005).

Tendendo os serviços de saúde a tornar-se empresas, não só pelo crescente peso e sofisticação do seu sistema técnico e organizacional de trabalho, como também pela crescente complexidade e conflitualidade da sua envolvente sócio-económica e das necessidades, interesses e expectativas dos seus diferentes stakeholders (Graça, 2005), torna-se lógica a necessidade de avaliação e de acreditação.

Segundo o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, qualidade em saúde define-se como “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (Instituto de Medicina, 2001). A OMS definiu os conceitos básicos da qualidade como sendo: eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros (OMS, 2006).

A acreditação consiste no procedimento de avaliação dos recursos institucionais com o intuito de assegurar a qualidade da assistência através de padrões previamente aceites. Implica um processo contínuo, com reavaliação periódica a cada dois ou três anos por uma equipa multidisciplinar externa à organização em causa (Sousa, Machado-Taylor & Rocha, 2016; Machado, 2020). Frequentemente confundida com esta, a certificação, por seu turno, é o processo através do qual uma organização governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente que uma instituição ou indivíduo alcançou determinadas qualificações predeterminadas, em conformidade com as normas vigentes (Sousa, Machado-Taylor & Rocha, 2016; Machado, 2020).

A norma NP EN ISO 9001:2015 estabelece os requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização, tendo por base os princípios indicados na ISO 9000 (Negrão, 2014). No entanto, os modelos de acreditação das unidades de saúde são diversos. Entre os mais conhecidos figuram: a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA), o King’s Fund Health Quality Service (KFHQS) e a Joint Commission International (JCI) (Negrão, 2014).

No nosso país, a 17 de março de 1999, foi assinado um protocolo de parceria entre o Ministério da Saúde e o KFHQS, dando origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (Pisco, 2001; DGS, 2009; DGS, 2014). Em 2004, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. adotou o modelo da JCI para a acreditação destes hospitais (DGS, 2009; DGS, 2014).

Não desconsiderando as mais-valias reconhecidas aos modelos anteriormente implementados em Portugal, foi mais recentemente aprovado o Modelo ACSA, através do Despacho nº 69/2009, de 31 de agosto, da Ministra da Saúde, enquanto modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária (DGS, 2009). Foi escolhido por se tratar de um modelo: consolidado e reconhecido,

concebido para um sistema público de saúde de organização idêntico ao português e com destinatários semelhantes, quer demográfica, quer epidemiologicamente (Machado, 2020; DGS, 2009).

Enquanto os modelos citados são usados de modo genérico para a acreditação das unidades de saúde, o caso particular da patologia da mama, pela sua especificidade, pela dimensão e, como se referiu, pelas diferentes abordagens entre hospitais e centros, obrigou à criação de modelos diferenciados. Entre eles, destacam-se pela sua expansão, o modelo americano e o modelo europeu. Apesar do modelo americano ser menos exigente e permitir o escalonamento de acordo com as existências, pela proximidade espacial e pelo facto de a acreditação americana ser exclusiva desse continente, não havendo um modelo nacional, torna-se lógica a escolha da EUSOMA como referencial.

A EUSOMA é uma organização que representa e standardiza os especialistas em cancro da mama de todas as áreas, abrangendo todos os aspetos do cancro da mama, desde a análise do risco e a prevenção, passando pelo diagnóstico e tratamento do tumor primário, até ao tratamento da doença recorrente e avançada, anatomopatologia, reconstrução, psicologia e auditoria (Blamey & Cataliotti, 2006). Tem publicado diversos trabalhos sobre os vários aspetos do cancro da mama e da prestação dos cuidados de saúde respetivos; e estipulando as orientações clínicas e as bases para as auditorias (Blamey & Cataliotti, 2006).

Consideram-se sete critérios básicos como alicerces para a avaliação de uma unidade (Blamey & Cataliotti, 2006):

- a) Uma única unidade integrada;
- b) Casos em número suficiente para permitir um trabalho eficaz e uma perícia contínua;
- c) Cuidados prestados em todas as áreas por especialistas qualificados;
- d) Trabalho multidisciplinar em todas as áreas;
- e) Fornecimento de todos os serviços necessários - desde a genética e a prevenção, passando pelo tratamento do tumor primário, até aos cuidados da doença avançada e à palição;
- f) Apoio ao doente;
- g) Recolha de dados e auditoria.

A tabela 4.2., mais à frente apresentada no capítulo 4, enumera de modo exaustivo os indicadores - quer mandatórios (M) quer recomendados (R) - baseados nos trabalhos da EUSOMA, nomeadamente os que tiveram a assinatura da Dra. Laura Biganzoli (a atual presidente da EUSOMA) e seus colaboradores, particularmente em 2017 e 2020.

Metodologia

2.1. Método

A investigação consiste numa abordagem qualitativa, tendo por base o estudo de caso.

A abordagem do estudo de caso tem sido amplamente utilizada em estudos de administração e genericamente nas ciências sociais (Takahashi & Araujo, 2020), afigurando-se como o método mais apropriado quando as questões de investigação se podem configurar em “como” e “porquê” (Yin, 2009).

Segundo Yin (2009), um estudo de caso é um processo empírico que investiga um fenómeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes. Depende de múltiplas fontes de evidências.

Este estudo será efetuado no Hospital dos SAMS e no Centro Clínico de Lisboa que serão caracterizados no capítulo seguinte.

2.2. Técnicas de recolha de dados

O estudo de caso conta com muitas das técnicas usadas na pesquisa histórica, mas adiciona duas fontes de evidência geralmente não incluídas pelo pesquisador: a observação direta dos eventos em apreço e a realização de entrevistas a pessoas envolvidas nos mesmos (Yin, 2009). A técnica de recolha de dados residiu assim na pesquisa documental e observacional e em entrevistas; sendo efetuada exclusivamente pelo investigador.

No que concerne à pesquisa bibliográfica, foram alvo de seleção textos a partir do ano 2000, maioritariamente artigos científicos, mas também alguns capítulos de livros de texto e documentação legislativa referente à temática tratada. No entanto, existem alguns *papers* mais antigos que são incontornáveis pela sua pertinência e/ou componente histórica.

Para a pesquisa fez-se uso de ferramentas como o *B-on*, o *Pubmed* e o *Google académico*, procurando textos em língua inglesa, mas também nas línguas espanhola e portuguesa. As palavras-chave, associadas de diferentes formas foram: unidade de mama, centro de mama, senologia, mastologia, grupo multidisciplinar e cuidados centrados no doente.

Foram analisados igualmente documentos internos do SAMS, alguns deles de livre acesso ao público, mas não todos.

No âmbito da análise do ambiente interno, procedeu-se à avaliação da adequação das existências aos requisitos definidos pelas sociedades científicas, quer com o apoio das tecnologias de informação interna (Anexo A) quer inquirindo os elementos dos respetivos serviços.

Elaboraram-se igualmente entrevistas semiestruturadas aos elementos da Direção Clínica dos SAMS, ao Enfermeiro Coordenador e aos enfermeiros adjuntos e ao Gestor de Produção (Guião - Anexo B), de modo a auscultar o posicionamento institucional e clínico relativamente à matéria. As dimensões caracterizadas foram: a atratividade, as capacidades, os profissionais, o circuito do doente, a investigação e a formação, e a acreditação.

Foram ainda realizadas entrevistas aos diretores de 2 unidades de referência na matéria a nível nacional – uma pública e outra privada (Guião – Anexo C) – uma delas acompanhada de visita à respetiva unidade. As dimensões identificadas foram: o modelo de gestão, as capacidades, os profissionais, as reuniões multidisciplinares, o circuito do doente, a educação para a saúde, a investigação e a formação, a acreditação e a qualidade.

2.3. Técnicas de tratamento de dados

A técnica de tratamento de dados residiu na análise de conteúdo, recorrendo à metodologia Gioia, de modo a assegurar o “rigor qualitativo”, mas dando lugar também à criatividade (Gioia *et al.*, 2012).

O método de Gioia é interpretativista e muito utilizado em estudos qualitativos (Serra & Ferreira, 2016). A partir dos conceitos de 1ª ordem obtêm-se os de 2ª ordem. Enquanto os conceitos de primeira ordem correspondem à descrição da realidade por parte do informador, os de segunda ordem, correspondendo à compreensão do investigador, organizam e explicam as experiências e as declarações (Gioia *et al.*, 2012). Facilita, assim, a estruturação dos dados e a sua correlação, de modo a alcançar-se as interpretações adequadas aos objetivos traçados e a desenvolverem-se conclusões.

Diagnóstico

3.1. Diagnóstico interno

3.1.1. Caracterização da organização

“O SAMS é o maior subsistema privado de saúde do País. (...) A rede SAMS inclui o Hospital SAMS, o Centro Clínico de Lisboa, 17 clínicas pelo país, serviço de ótica, parafarmácia e um lar de idosos. O SAMS garante aos seus beneficiários a proteção na saúde, em complementaridade ao SNS, através da sua rede de clínicas. Nas suas unidades de saúde, o SAMS presta igualmente serviços clínicos a utentes particulares, de companhias de seguros de saúde ou através de acordos e parcerias com outras organizações. (...) O Hospital SAMS e o Centro Clínico de Lisboa estão apetrechados com equipamentos de elevado nível tecnológico, assegurando altos padrões de qualidade e segurança. O SAMS é uma entidade dotada de autonomia administrativa e financeira, gerida pelo Sindicato da Banca, Seguros e Tecnologias – MAIS Sindicato” (SAMS, 2022).

3.1.2. Caracterização do Grupo de Trabalho Multidisciplinar de Mama e da estrutura física

O SAMS é detentor de um Grupo de Trabalho Multidisciplinar de Mama nomeado pelo anterior Conselho Executivo a 6 de abril de 2022 (SAMS, 2022). Este grupo decorre do anteriormente existente, coordenado por um experiente ginecologista entretanto aposentado, com o acréscimo de alguns elementos inovadores tanto na Cirurgia Geral como na Oncologia. Aproveitou-se os elementos anteriores com experiência nesse âmbito, mantendo-os no novo grupo, adicionando novos profissionais com perspetivas renovadas.

O grupo é formado por especialistas das seguintes especialidades médicas: Cirurgia Geral, Ginecologia, Oncologia Médica, Radio-oncologia, Imagiologia, Anatomia Patológica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Medicina Física e Reabilitação, para além de Psicólogos Clínicos e de um Assistente Social. Elementos das primeiras 7 especialidades compõem as reuniões de decisão terapêutica da patologia mamária realizadas semanalmente às terças-feiras, a partir das 08:00, em regime misto, isto é, em modo presencial no Centro Clínico de Lisboa e por videoconferência no Hospital. Nela apresentam-se os casos clínicos de índole oncológica existentes para discussão e decisão da conduta a seguir e a propor ao doente. Os casos com indicação cirúrgica são discutidos tanto no período pré-operatório como pós-operatoriamente.

As estruturas relacionadas com a patologia mamária encontram-se maioritariamente divididas entre 2 edifícios que, embora ambos na área de Lisboa, se encontram fisicamente

afastados: o Hospital e o Centro Clínico de Lisboa. A atividade clínica de modo genérico processa-se, para além disso, noutras Clínicas do SAMS dispersas por todo o país, embora com forte implantação territorial na Área Metropolitana de Lisboa (Almada, Barreiro, Amadora, Cidade Universitária, Odivelas e Parede). Nestas clínicas realizam-se consultas de Medicina Geral e Familiar, mas também de Cirurgia Geral e Ginecologia, entre outras especialidades médicas e não médicas.

Em traços gerais, o Bloco Operatório, os Serviços de internamento e a Unidade de Anatomia Patológica localizam-se no hospital, ao passo que os Serviços de Oncologia e de Radioterapia, residem no Centro Clínico de Lisboa, sendo também aí realizadas a maioria das consultas das especialidades clínicas do Grupo de Trabalho. A imagiologia e o Atendimento Permanente distribuem-se por ambas as estruturas.

Apesar do desempenho dos constituintes do Grupo de Trabalho e do grupo em si cumprir as boas práticas quanto ao diagnóstico, tratamento (cirurgia oncológica, cirurgia oncoplástica e cirurgia plástica e reconstrutiva; e tratamento médico oncológico e radio-oncológico) e seguimento, a instituição sente a necessidade de seguir um novo rumo em prol daquele que é o nosso centro de atenções e centro de gravidade: o utente com cancro de mama, como será patente mais à frente, pela análise das entrevistas.

3.1.3. Caracterização da senologia no SAMS

Comparando os requisitos definidos pela EUSOMA com a realidade atual do SAMS (tabela 3), deduzida a partir dos dados apurados através do conhecimento pessoal e do dos elementos do Grupo de Trabalho Multidisciplinar de Mama do SAMS, bem como a partir de uma análise às estatísticas envolvidas (Anexo A), percebe-se que, apesar de haver modificações a efetuar, muitas das exigências já se encontram satisfeitas total ou parcialmente.

Tabela 3. Cumprimento dos requisitos da unidade de mama, definidos pela EUSOMA

Requisito	Sim	Não
Unidade de mama		
– > 150 novos casos de cancro da mama precoce e 50 casos de cancro metastático/ano		X
– Capacidade para prestar todos os serviços necessários: genética, prevenção, tratamento do tumor primário, cuidados da doença avançada, cuidados de suporte e paliativos e apoio psicossocial		X
– Protocolo de colaboração com entidade externa para determinada capacidade em falta – e.g. Medicina Nuclear – ou especialidade – e.g. Geneticista	X	

– Localização de todos os serviços no mesmo edifício		X
– Localização de alguns serviços em locais diferentes, porém, na mesma área geográfica, com acesso oportuno e partilhando os protocolos e a base de dados	X	
Coordenação		
– Coordenador nomeado oficialmente		X
Grupo nuclear		
Cirurgia:		
– número mínimo: 2 cirurgiões / ginecologistas em dedicação à patologia mamária pelo menos metade do seu tempo. Cada um deverá:	X	
– ter experiência em cirurgia da mama, incluindo cirurgia oncoplástica	X	
– efetuar 50 ou mais novas intervenções anuais por cancro da mama		X
Oncologia médica:		
– número mínimo: 2 oncologistas, cada um:	X	
– tratamento > 50 doentes com cancro da mama precoce e 25 com cancro metastático anualmente		X
Radio-Oncologia:		
– número mínimo: 2	X	
– tratamento > 50 doentes com cancro da mama precoce anualmente	X	
Imagiologia:		
– imagiologistas dedicados: número mínimo de 2, devendo cada executar: – > 1.000 mamografias (5.000 se programas de rastreio), > 200 ecografias mamárias e > 50 ressonâncias magnéticas por ano – > 50 intervenções mamárias guiadas por meios de imagem	X	
	X	
	X	
– técnicos: cada deverá realizar no mínimo 1.000 mamografias anuais	X	
Anatomia patológica:		
– número mínimo: 2 anatomopatologistas; participando cada em:	X	
– > 50 biópsias pré-operatórias e 50 peças cirúrgicas por ano		X
– > 25 biópsias de metástases		X
Enfermagem:		
– Dedicação a tempo inteiro a esta área		X
– Prestação de cuidados de enfermagem a um mínimo de 50 doentes com cancro da mama precoce e 25 com cancro metastático por ano		X

Gestor de dados:		
– Integra o grupo nuclear, sob supervisão de um médico – Responsável pelo registo e análise dos dados dos doentes – Fornece à equipa informação respeitante à qualidade da sua performance, de acordo com os indicadores definidos.		X
Grupo alargado		
– Especialistas que poderão ser consultados, mas não estão envolvidos na prestação de cuidados de saúde em todos eles – Engloba: cirurgiões plásticos, fisiatras, especialistas de medicina nuclear, radiologistas de intervenção, geneticistas, farmacêuticos, psicólogos, geriatras, especialistas em cuidados paliativos e profissionais de imagem	X	
Outros profissionais		
– Poderão ser necessários no decurso do circuito de cuidados do doente oncológico: nutricionistas, ginecologistas, especialistas em fertilidade, cardiologistas, neurocirurgiões e ortopedistas, entre outros	X	
Reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica		
– Periodicidade: pelo menos semanal	X	
– Intuito: discutir o diagnóstico pré-operatório, a abordagem terapêutica e a conduta pós-operatória, caso exista, bem como quaisquer outros assuntos relacionados com os doentes que exijam uma discussão multidisciplinar	X	
– Presente em cada reunião pelo menos um elemento de cada especialidade do grupo nuclear	X	
– Poderão ser convidados elementos do grupo alargado ou outros profissionais a estar presentes	X	
Circuito do doente e protocolos		
– Existência de um circuito que assegure a continuidade dos cuidados e descreva os passos a seguir e o seu timing		X
– Identificação das diretrizes a partir das quais se desenvolve o circuito do doente		X
– Revisão anual dos protocolos internos		X
Informação ao doente		
– Fornecimento de informação clara (verbal e escrita) sobre as opções de diagnóstico e tratamento mais adequadas a cada caso individual	X	
Associações de apoio		
– Colaboração com associações de voluntários relacionadas com o cancro da mama em atividades e projetos dedicados aos doentes do centro		X
Investigação, Treino e educação		
– Prestação de formação a nível local, nacional ou internacional		X
– Envolvimento em investigação clínica e translacional		X

Controlo de qualidade		
– Monitorização do cumprimento dos standards, guidelines e indicadores de qualidade nacionais e/ou internacionais		X
– Monitorização anual dos resultados (recorrência local e à distância, complicações e resultados estéticos e funcionais)		X
– Cumprimento dos padrões mínimos nos indicadores de qualidade considerados obrigatórios pela EUSOMA (Biganzoli, 2017)	X	

Adaptado de Biganzoli *et al.* (2020) e Biganzoli *et al* (2019)

De modo a consubstanciar com mais precisão a casuística de doentes com cancro da mama diagnosticados e tratados no SAMS, fez-se uma análise individual aos processos dos utentes registados com o diagnóstico de cancro da mama (bem como a restante patologia mamária não tumoral), confirmando ou infirmando o diagnóstico e o seu tratamento na instituição, e investigando o tipo de tratamento efetuado e, quando fosse o caso, o tipo de cirurgia realizada. Representa o anexo A (de conteúdo reservado). Destaca-se que o grupo está abaixo do limiar considerado mínimo quer quanto ao número global de utentes com cancro da mama quer no que respeita aos valores individuais respeitantes às intervenções cirúrgicas.

A maioria dos aspetos restantes é sobremaneira animadora, servindo de estímulo ao projeto. No cômputo geral, entende-se ser desenvolvido pelo grupo um trabalho de qualidade acrescida.

3.1.4. Resultados das entrevistas

A partir das entrevistas (Anexo D), identificaram-se 48 temas de 1ª ordem. Estes foram agrupados em 14 categorias de 2ª ordem, por seu turno organizadas em 6 dimensões agregadas. A estruturação dos dados obtidos (figura 3.1.) permite a sua organização e uma visão global, com utilidade no propósito da análise. Apresentam-se a seguir as diversas dimensões que organizam as categorias e os respetivos temas. Na anexo F são elencados alguns dados semânticos retirados destas entrevistas.

a) Atratividade

A primeira dimensão agregada identificada foi a atratividade, a qual é constituída por 3 categorias de 2ª ordem: (1) divulgação, (2) confiança nas capacidades e (3) coordenação e investimento.

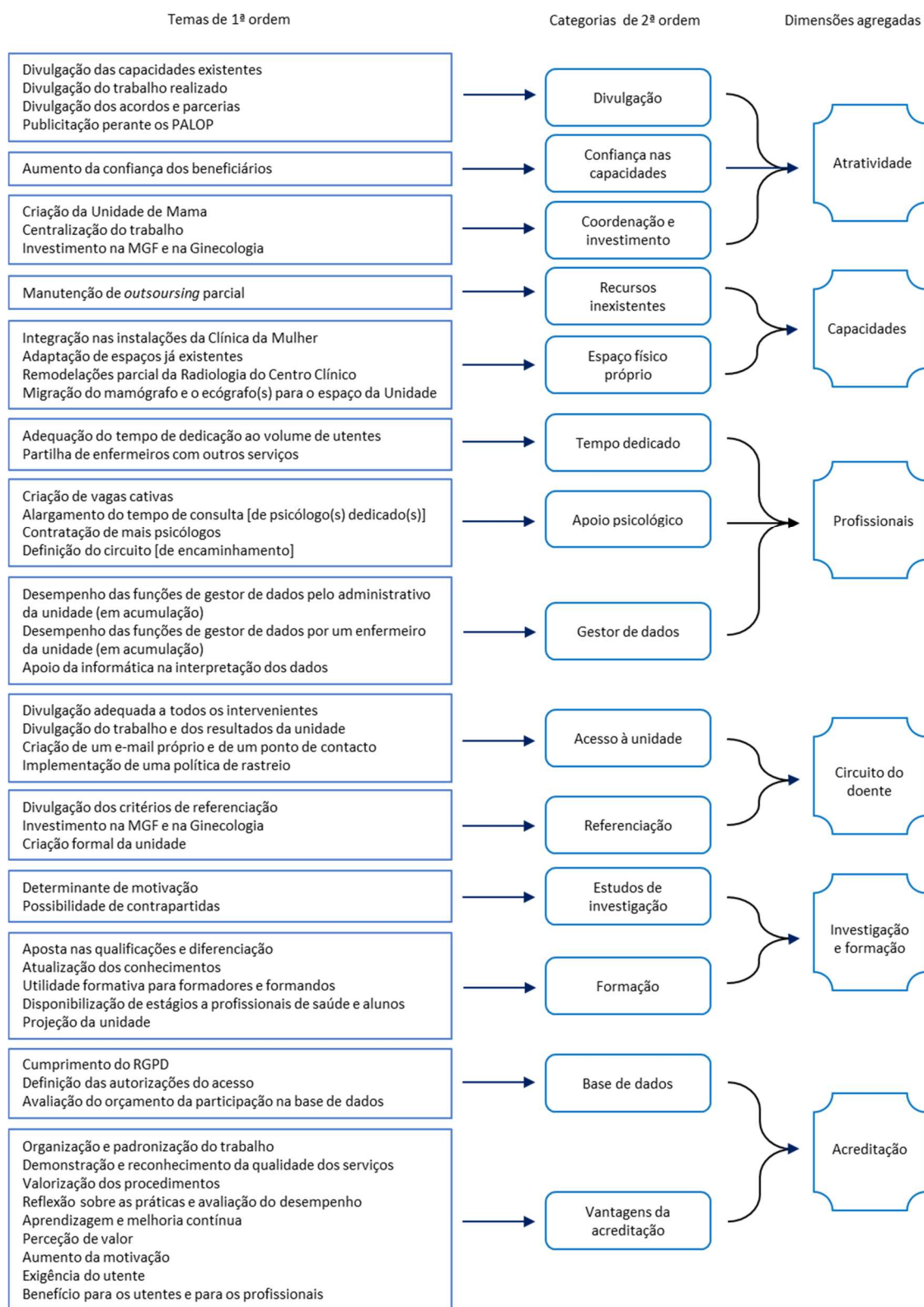


Figura 3.1. Estrutura dos dados: Entrevista aos responsáveis do SAMS

b) Capacidades

A segunda dimensão agregada identificada diz respeito às capacidades, integrando-a 2 categorias de 2ª ordem: (1) recursos inexistentes e (2) espaço físico.

c) Profissionais

A terceira dimensão agregada identificada compreende os profissionais, englobando 3 categorias de 2ª ordem: (1) tempo dedicado, (2) apoio psicológico, e (3) gestor de dados.

d) Circuito do doente

O circuito do doente constituiu a quarta dimensão agregada identificada, sendo composto por 2 categorias de 2ª ordem: (1) acesso à unidade e (2) referenciação.

e) Investigação e formação

Englobando a quinta dimensão agregada – a investigação e a formação - incluíram-se 2 categorias de 2ª ordem: (1) estudos de investigação e (2) formação.

f) Acreditação

A sexta dimensão agregada constitui a acreditação que englobou 2 categorias de 2ª ordem: (1) base de dados e (2) vantagens da acreditação.

3.1.5. Análise dos resultados

a) Casuística

É consensual entre os entrevistados que a confiança dos utentes e, por conseguinte, a casuística de consultas, exames e intervenções realizados serão seguramente aumentados através da própria criação da unidade de mama. Esta permitirá concentrar atividades que atualmente se encontram segmentadas e esparsas, constituindo como o próprio nome indica uma unidade e criando um ponto charneira para os diversos profissionais e principalmente para os utentes. A aposta nos Médicos Assistentes e na revitalização do serviço de Ginecologia afiguram-se de igual modo muito relevantes. Se é unânime a opinião de que a publicitação do trabalho que é realizado e da sua qualidade é um fator determinante, tanto a nível interno como a nível externo, deverá também haver empenho em divulgar no exterior que os serviços prestados não são exclusivos dos beneficiários do sistema de saúde do SAMS, existindo acordos e convenções com diversos sistemas de saúde e seguradoras. Uma outra ideia consiste na divulgação dos serviços da unidade nas delegações sindicais dos países PALOP com os quais temos relações de

cooperação, fonte de potenciais utentes que com frequência procuram cuidados de saúde diferenciados e de qualidade no nosso país.

b) Prestação de serviços e espaço físico

Capacidade instalada: O SAMS é dotado dos profissionais e das tecnologias essenciais ao diagnóstico e tratamento da patologia mamária e, em particular, do cancro da mama, e seu follow-up. Existem, todavia, alguns serviços a que pontualmente recorre ao exterior da instituição, tais como o estudo e aconselhamento genético e a Medicina Nuclear. Entende-se por bem manter a situação atual, na medida em que o volume dos mesmos não parece justificar o investimento - avultado - necessário para desempenhar essas atividades, incluindo: profissionais diferenciados, recursos tecnológicos e alterações estruturais nas instalações, para além do respetivo licenciamento. Trata-se de uma questão de economia de escala e de rentabilização dos recursos.

O espaço físico é algo que é escasso, havendo, no entanto, alguns recintos que são por alguns considerados subaproveitados ou que poderão ser otimizados. Por um lado, há no hospital dos SAMS 2 espaços que poderão servir as necessidades da unidade: um deles no piso 4 – onde existem gabinetes / quartos atualmente desocupados e que poderão, caso não estejam destinados a outro projeto, ser adaptados para gabinetes de consulta e salas de enfermagem; o outro localizado no piso 2, naquele que é o espaço físico do hospital de dia, onde há vários gabinetes e sala de tratamentos. Este último com a vantagem de ser dotado de uma sala de espera individualizada e na proximidade do atendimento administrativo e do serviço de Imagiologia; para além do hospital ser o local onde os cirurgiões mais tempo passam. Por outro lado, no Centro Clínico existem no piso 3, junto aos elevadores, algumas instalações que poderão ser submetidas a remodelações e geminar o que atualmente existe no piso abaixo deste, onde funciona a Dermatologia: julga-se ter capacidade para 4 gabinetes, uma sala de espera para os utentes e um guiché administrativo. Esta última é a versão que implicará mais alterações. Uma outra alternativa consiste na partilha de consultórios e de salas de tratamento com as outras especialidades cirúrgicas, no Centro Clínico (piso 2) – o que atualmente existe – ou, em particular, com a ginecologia (piso 3). Esta última opção permitiria à mulher estar num ambiente mais feminino, otimizando simultaneamente os gabinetes (e seus equipamentos) e os profissionais de enfermagem.

c) Profissionais

Em relação à dedicação à patologia da mama, afigura-se difícil no momento atual existir uma exclusividade em relação à patologia da mama, estando tal facto dependente dos números

globais de utentes em causa. Presentemente, parece lógica uma dedicação a tempo parcial por parte de todos os profissionais ou o desempenho não exclusivo das tarefas associadas à senologia, atentos os requisitos da EUSOMA. Considera-se basilar a existência de enfermeiros qualificados na área para consulta e aconselhamento dos doentes, para além da experiência e dos conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente pós-operatórios.

Quanto ao apoio psicológico, os entrevistados concordam na necessidade de assegurar uma resposta adequada às necessidades dos utentes nesta vertente. No entanto, tem-se verificado escassez de vagas para o apoio da psicologia. Aventam-se como possíveis soluções: o contrato de mais profissionais ou a cativação de vagas. Seria útil a existência de um canal direto de acesso a psicólogos dedicados. Tal já existe no caso da patologia da obesidade, modelo que poderá ser replicado.

A sociedade europeia de especialistas de cancro da mama estipula que deverá existir um profissional responsável pelo registo e gestão dos dados. O gestor de dados não terá de ser necessariamente um profissional de saúde, a não ser que se pretenda otimizar algum dos profissionais dedicados à área ou haja da parte deste(s) um pendor particular, por exemplo, a/o *breast nurse* ou o administrativo da unidade de mama. Em relação a este último, poderão levantar-se questões relacionadas com a proteção dos dados pessoais.

d) Doente: Aspetos particulares

Quanto ao circuito do doente, a referenciação à unidade pode ser otimizada de diversas formas. Antes de mais, a própria criação da unidade constituiria uma porta aberta à mesma; investindo numa maior divulgação interna e externa da unidade, recursos existentes e seus resultados; conhecendo bem a população de beneficiários e implementando uma política de rastreio; criando um ponto de contacto direto e um e-mail dedicado. A aposta interna deverá residir nos Médicos Assistentes, nos Ginecologistas e nos Imagiologistas.

A base de dados constitui um requisito da unidade de mama. Deverá ter em atenção o regulamento geral de proteção de dados, apenas tendo acesso à mesma as pessoas devidamente autorizadas.

e) Investigação e ensino

O SAMS participou em alguns estudos de investigação clínica, embora não na área em apreço. Considera-se ser benéfica a participação nos mesmos, pela motivação ao participar em algo que poderá trazer resultados e pelas contrapartidas que pode acarretar para a instituição, tais como: o patrocínio da participação ou realização de eventos científicos ou o acesso a revistas da área. Para além da difusão do nome do SAMS.

No âmbito da formação: Entende-se que o ativo de uma instituição é o quadro dos seus profissionais. A aposta nas suas qualificações e na sua diferenciação é lógica e um investimento que em si tem retorno. Em última análise, o maior beneficiário é o utente. O SAMS proporciona estágios a alunos de Medicina, de Ciências Farmacêuticas, de Enfermagem, de Nutrição e de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. A formação pré- e pós-graduada permite projetar a imagem da instituição e implica uma atualização e melhoria dos conhecimentos; beneficiando em aprendizagem tanto quem por esse motivo recorre à instituição como quem lá está. Potencia a motivação e obriga a estar atento aos pormenores, tal como a acreditação. O SAMS tem realizado eventos científicos de diversa ordem e participado em programas de formação pós-graduada tanto na qualidade de formadores como na de formandos.

f) Acreditação

O SAMS tem diversos serviços e unidades acreditados pelo modelo da ACSA e pela norma ISO 9000, o que facilita o processo subsequente da acreditação da unidade de mama. O processo da acreditação implica uma melhoria contínua, correspondendo a uma aprendizagem na padronização dos procedimentos, com o intuito de validar a qualidade existente, tentando melhorar o que já de si se faz bem. Tal é benéfico tanto para os utentes, como para os próprios profissionais. Atualmente “não basta parecer” e a acreditação é um reconhecimento da prestação de um serviço de qualidade – algo que os utentes procuram e de que pretendem usufruir, transmitindo-lhes confiança.

3.2. Diagnóstico da envolvente externa

Há no país, e, em particular nas grandes cidades, diversas unidades de mama, convergindo na imperiosidade da sua existência para a prestação de cuidados de saúde não só adequados, mas de excelência. Todavia, devido à exigência dos critérios, poucas são devidamente acreditadas. O panorama não será muito diferente do descrito em 2009 acerca da realidade europeia: heterogeneidade regional e especificidades nacionais (Taran & Heggemann, 2009; Costa, 2009). Isso dever-se-á a questões de: limitações financeiras, indisponibilidade de recursos, ausência de profissionais qualificados em quantidade suficiente e infraestruturas desadequadas (Mutebi *et al.*, 2020).

No rol das unidades existentes e do conhecimento do autor, foram selecionadas duas unidades como exemplo de boas práticas, uma de cariz privado e outra integrada no S.N.S., respetivamente: a Unidade de mama do Centro Clínico Champalimaud e o Centro de mama do Hospital S. João. Ambas se salientam no panorama português pelo seu modelo organizativo,

pela sua prática clínica, pelo trabalho científico desenvolvido e pela preocupação com a formação.

3.2.1. CRI de patologia mamária do Centro Hospitalar Universitário S. João

Consistindo no primeiro centro público certificado pela EUSOMA no país, recentemente recertificado, torna-se um modelo indiscutível de *best practices*.

Criado em abril de 2008, o centro de mama é dirigido pelo Prof. Dr. José Luis Fougo desde há 13 anos. Segue um modelo organizacional centrado no doente, que assenta no conceito “one day clinic”, em que o objetivo é estabelecer o diagnóstico num curto espaço de tempo e numa única visita (justNews, 2018).

A Clínica da Mulher, estrutura intermédia de gestão, integrava inicialmente o centro de mama, para além do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, que abarca a Unidade de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal e a Unidade de Ginecologia e Medicina da Reprodução. Com a criação do Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), deixou de fazer parte da Clínica da Mulher.

No centro trabalha diariamente uma equipa variada, que inclui cirurgiões gerais, ginecologistas, imagiologistas e técnicos de radiologia, psiquiatra, psicóloga, enfermeiros, geneticista, assistentes técnicos e operacionais; dando também apoio: cirurgiões plásticos, anatomopatologistas, oncologistas médicos, radio-oncologistas, especialistas de Medicina Nuclear e nutricionista.

Dispõe de um espaço físico próprio e de uma estrutura preparada para as atividades de ambulatório – consultas, cuidados de enfermagem, procedimentos para diagnóstico e exames de imagem. No entanto, por não se tratar de um serviço hospitalar tradicional, mas de uma organização que reúne diferentes serviços, o internamento é efetuado no Serviço de Cirurgia Geral (justNews, 2018).

O circuito do doente assenta numa primeira consulta de avaliação clínica e imagiológica, a que se segue a reunião multidisciplinar e, a partir daí, os procedimentos terapêuticos definidos (cirurgia, quimioterapia, hormonoterapia e/ou radioterapia).

Com a certificação, o centro está integrado na base de dados europeia de doentes com cancro de mama da EUSOMA, uma das maiores do mundo, com mais de 100 mil doentes registados, podendo, além disso, participar em ensaios clínicos conjuntos (justNews, 2018).

3.2.2. Unidade de mama do Centro Clínico Champalimaud

Criada em 2011 com a direção da Dra. Fátima Cardoso, foi a primeira unidade de cancro da mama certificada em Portugal, em conformidade com as diretrizes da EUSOMA, em maio de 2016 (Fundação Champalimaud, 2023), tornando-se um modelo organizativo exemplar.

Todos os membros da unidade são especialistas no diagnóstico e tratamento das doenças da mama, nomeadamente o cancro da mama precoce em situação pré-operatória e pós-operatória e o cancro da mama avançado ou metastático (Fundação Champalimaud, 2023).

Na unidade de mama são realizadas semanalmente reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica na qual todos os doentes são discutidos, fundamentando-se nas orientações internacionais, nomeadamente das organizações científicas europeias e por vezes americanas. Nestas participam os elementos residentes da unidade - oncologistas médicos, cirurgiões, cirurgiões plásticos, radio-oncologistas, imagiologistas, anatomopatologistas, enfermeiros especializados - bem como especialistas em: medicina nuclear, psico-oncologia e cuidados paliativos.

A unidade tem uma equipa de enfermeiros dedicados que acompanham os doentes nas diferentes etapas da sua doença. Todos os doentes têm uma consulta de enfermagem que os acompanha sempre do pré ao pós-operatório. (Fundação Champalimaud, 2023). Existe ainda um “*data-manager*”, responsável pela base de dados “*Breast Care*” e dois coordenadores de ensaios clínicos, em estreita colaboração com a Unidade de Investigação Clínica do Centro (Fundação Champalimaud, 2023).

A estratégia cirúrgica da unidade privilegia a preservação anatómica, nomeadamente através dos princípios da cirurgia oncoplástica, diminuindo o impacto físico e psicológico da doença na mulher (Fundação Champalimaud, 2023).

A unidade desenvolve ampla atividade de investigação clínica, através de ensaios clínicos de natureza académica, estudos de carácter epidemiológico e investigação aplicada, tirando partido de robustas colaborações internacionais (Fundação Champalimaud, 2023).

3.2.3. Resultados das entrevistas

A partir das entrevistas (Anexo E), identificaram-se 32 temas de 1ª ordem. Estes foram agrupados em 19 categorias de 2ª ordem, por seu turno organizadas em 9 dimensões agregadas (Figura 3.2). Apresentam-se seguidamente as dimensões que estruturam as categorias e os respetivos temas. O anexo G explana os dados semânticos respetivos, obtidos a partir destas entrevistas.

a) Modelo de gestão

A primeira dimensão agregada identificada foi o modelo de gestão, o qual é constituída apenas por 1 categoria de 2ª ordem: autonomia administrativa e financeira.

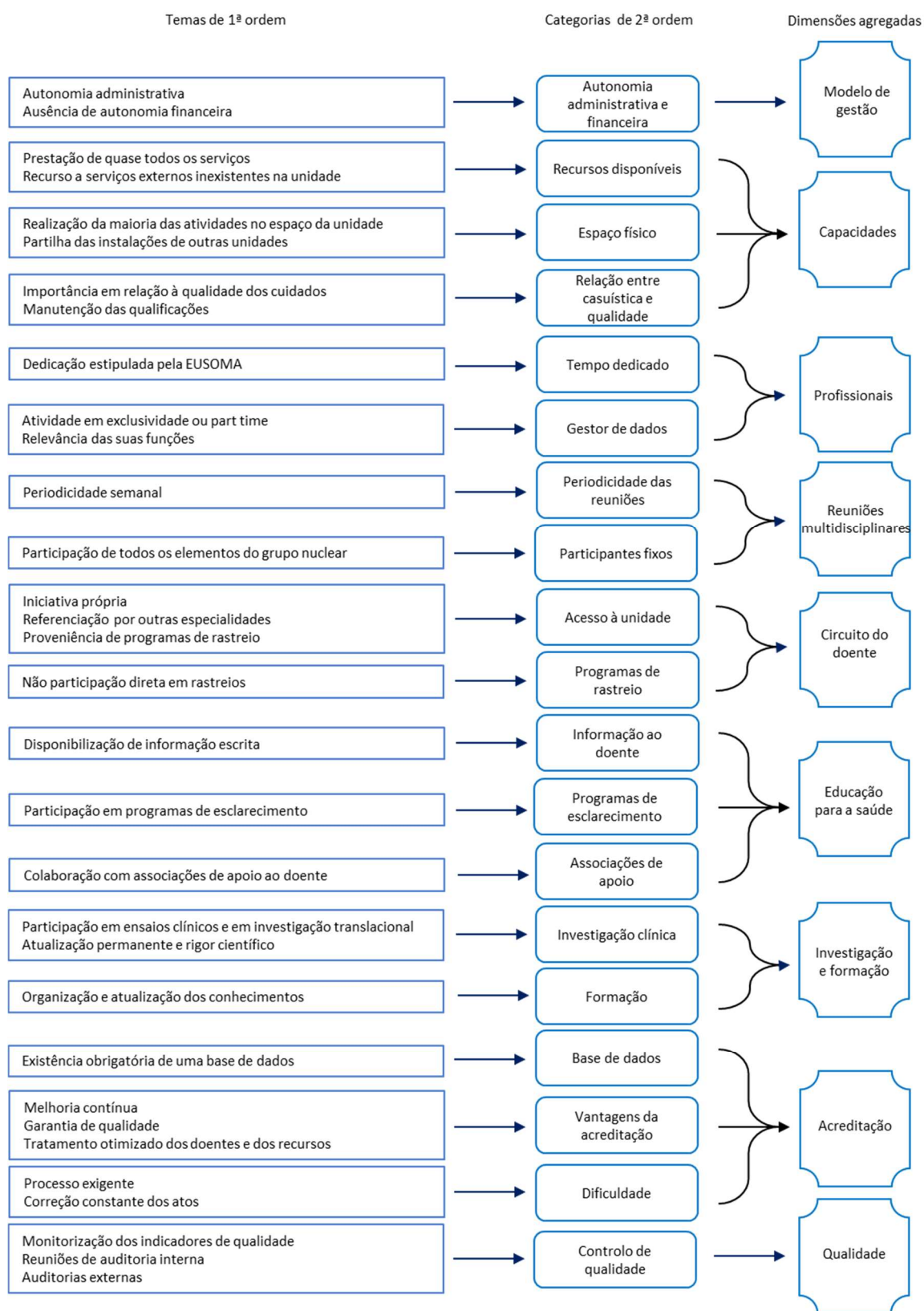


Figura 3.2. Estrutura dos dados: Entrevista aos diretores de unidades de mama

b) Capacidades

A segunda dimensão agregada reconhecida refere-se às capacidades, integrando-a 3 categorias de 2ª ordem: (1) recursos disponíveis, (2) espaço físico e (3) relação entre casuística e qualidade.

c) Profissionais

A terceira dimensão agregada identificada diz respeito aos profissionais e engloba 2 categorias de 2ª ordem: (1) tempo dedicado e (2) gestor de dados.

d) Reuniões multidisciplinares

A quarta dimensão agregada envolve as reuniões multidisciplinares e integra 2 categorias de 2ª ordem: (1) periodicidade das reuniões e (2) participantes fixos.

e) Circuito do doente

A quinta dimensão agregada é representada pelo circuito do doente, sendo composta por 2 categorias de 2ª ordem: (1) acesso à unidade e (2) programas de rastreio.

f) Educação para a saúde

A educação para a saúde representa a sexta dimensão agregada, sendo constituída por 3 categorias de 2ª ordem: (1) informação do doente, (2) programas de esclarecimento e (3) associações de apoio.

g) Investigação e formação

Englobando a sétima dimensão agregada - a investigação e a formação - incluíram-se 2 categorias de 2ª ordem: (1) investigação clínica e (2) formação.

h) Acreditação

A oitava dimensão agregada constitui a acreditação que englobou 3 categorias de 2ª ordem: (1) base de dados, (2) vantagens da acreditação e (3) dificuldade.

h) Qualidade

A nona dimensão agregada é a qualidade que envolveu uma categoria de 2ª ordem isolada: o controlo de qualidade.

3.2.4. Análise dos resultados

a) Modelo de gestão

Qualquer um dos centros tem autonomia administrativa. A vertente financeira é da responsabilidade do respetivo Conselho Executivo.

b) Capacidades

No âmbito das capacidades, constata-se que ambos os centros têm capacidade de prestação de grande parte dos serviços necessários, embora não a totalidade.

As estruturas localizam-se no mesmo local ou na proximidade do espaço físico da unidade. Tal facto agiliza os procedimentos, minimizando perdas de tempo quer para o doente quer para os profissionais. O bloco operatório e o internamento são partilhados com outros serviços cirúrgicos, por uma questão de economia de escala.

Foi frisado que estudos vários demonstram a importância da casuística de doentes submetidos a exames de diagnóstico e a tratamento em relação à qualidade dos cuidados de saúde prestados e à manutenção da expertise. Mais ainda: números abaixo dos mínimos estipulados têm impacto na sobrevida (em até 10%).

c) Profissionais

No que respeita à dedicação exclusiva à patologia da mama, nos 2 centros os cirurgiões estão em dedicação exclusiva. Porém, em relação aos restantes profissionais, existe uma diversidade de regimes, cumprindo, todavia, com o estipulado pela EUSOMA.

Em relação aos programas de rastreio, o programa nacional de rastreio é operacionalizado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro em quase todo o território nacional; não existindo uma participação direta das unidades em apreço.

Quanto ao gestor de dados, é imprescindível a sua existência. O *data manager* não necessita de ser necessariamente um profissional de saúde, embora sejam úteis conhecimentos em saúde e em epidemiologia para o desempenho destas funções. Este profissional poderá estar ou não em exclusividade em relação a estas atribuições.

d) Reuniões multidisciplinares

As reuniões de decisão terapêutica têm uma periodicidade semanal nas 2 unidades. Uma frequência superior a esta é difícil de obter, dada a dificuldade em conciliar os horários das diversas especialidades envolvidas. Na reunião oncológica participam pelo menos: senologistas, oncologistas, imagiologistas, anatomopatologistas, radio-oncologistas, *breast nurse* e gestor de dados.

e) Circuito do doente

Os doentes são referenciados: a partir da consulta da Medicina Geral e Familiar ou de Ginecologia, a partir de consultas de outras Especialidades, a partir dos programas de rastreio ou, a título excecional, são encaminhados da urgência, quando existente. Poderão também recorrer à consulta por iniciativa própria - caso maioritário na Fundação Champalimaud - para uma primeira consulta ou uma segunda opinião. Pode ser feita uma triagem inicial, para saber qual o primeiro passo a dar no circuito por parte do doente (e.g., biópsia ou consulta), no sentido de este não ir a uma consulta sem estar reunida toda a informação necessária. De modo geral, o doente participa em 2 consultas com o senologista, uma primeira de apresentação em que se assegura a colheita da história clínica e a realização dos exames complementares de diagnóstico necessários e uma segunda, após discussão em reunião de decisão terapêutica, para apresentação da proposta terapêutica e encaminhamento para a cirurgia ou para a consulta de oncologia.

f) Educação para a saúde

São entregues ao utente folhetos informativos para esclarecimento acerca dos diversos temas: biópsia mamária, mamografia, cirurgia conservadora, biópsia do gânglio sentinela, terapêutica sistémica, radioterapia, entre outros.

A “*Mama help*” e a associação “Testemunhar é ajudar” são as instituições de apoio ao doente que colaboram respetivamente com a Unidade de mama do Centro Clínico Champalimaud e o CRI de patologia mamária do Centro Hospitalar Universitário S. João. Têm-se revelado úteis no apoio e no esclarecimento dos doentes.

g) Investigação e formação

A participação em ensaios clínicos nas diversas áreas científicas envolvidas é entendida como devendo fazer parte da prática clínica diária, na medida em que este tipo de investigação pode consistir numa opção terapêutica. A investigação translacional, por seu turno, está geralmente na dependência de projetos individuais.

A formação pós-graduada, por seu turno, é considerada importante e útil na medida em que estimula a organização, o rigor e atualização permanente dos conhecimentos, tão importante nas diversas áreas da saúde.

h) Acreditação

A acreditação constitui um processo difícil, na medida em que é exigente, mas que permite ver o que está bem e poderá ficar melhor, garantindo a qualidade dos cuidados e levando a uma correção constante e à melhoria contínua dos atos dos profissionais.

i) Qualidade

As reuniões de auditoria, tanto internas como externas, são importantes no controlo de qualidade e na aferição dos requisitos e indicadores das diversas atividades e respetiva acreditação. A auditoria externa (pela EUSOMA, por exemplo) permite uma avaliação por alguém independente em relação à instituição.

3.3. Análise crítica

Investigadores em gestão estratégica concordam que a análise *SWOT* ou *FOFA* - *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) - fornece a base para a perceção do alinhamento desejado de variáveis ou questões organizacionais. Ao listar fatores internos e externos favoráveis e desfavoráveis, os planificadores podem entender como os pontos fortes podem ser aproveitados para realizar novas oportunidades e entender como as fraquezas podem protelar o progresso ou ampliar as ameaças organizacionais. É igualmente possível postular estratégias futuras ou formas de superar ameaças e fraquezas, a partir da análise *SWOT* (Helms & Nixon, 2010).

Nos pontos 3.1.5. e 3.2.4. analisou-se separadamente o ambiente interno e a envolvente externa. Conjugando estas análises com o conhecimento particular das organizações em apreço, elaborou-se uma análise *SWOT* que se apresenta na figura 3.3.

Entre as forças encontram-se: a localização central do hospital e do centro clínico na capital do país; a reputação da instituição, tendo sido a primeira unidade hospitalar privada; os recursos materiais modernos, alavancados por recursos humanos qualificados na área da senologia; o elevado commitment dos mesmos; e o atendimento personalizado e humano.

Quanto às fraquezas, refere-se o volume de doentes envolvidos no processo diagnóstico e terapêutico que não alcança de momento o mínimo recomendado; a separação física entre centro clínico e hospital dos SAMS, apesar da distância reduzida; a eventual necessidade de adaptação dos espaços existentes; a divulgação e a atratividade que poderão melhorar consideravelmente.

Em relação às oportunidades menciona-se: o facto de possibilitar um serviço de qualidade acrescida aos beneficiários e aos restantes utentes; a cativação de clientes externos para além dos beneficiários; e a existência de um acervo casuístico para estudos de investigação.

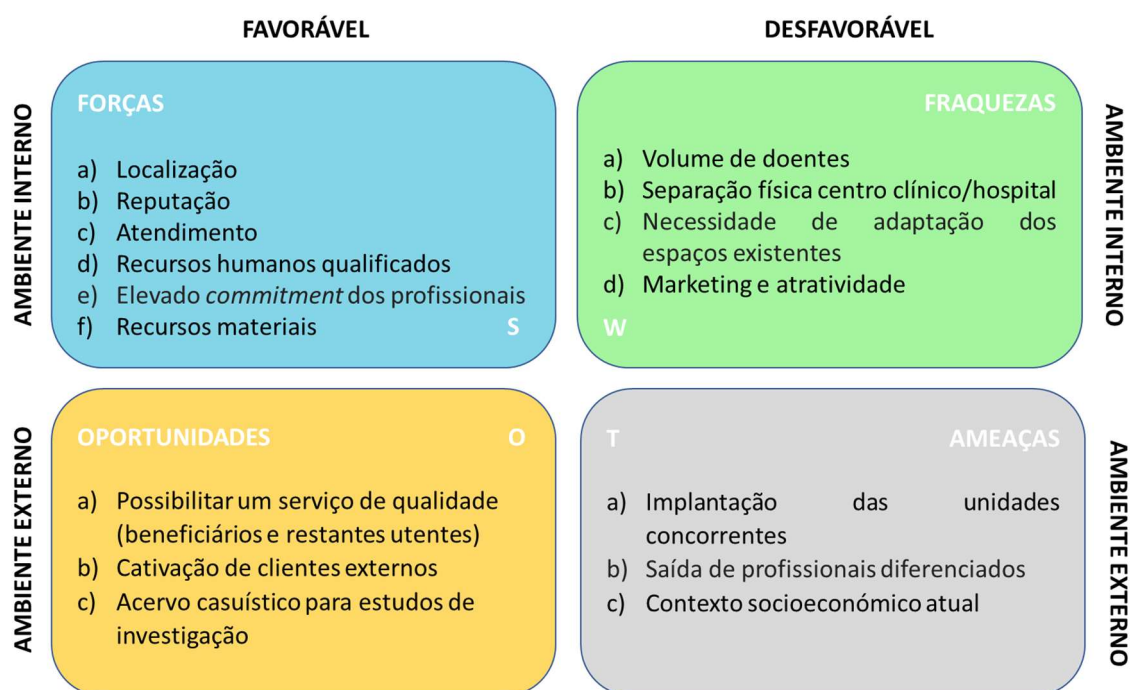


Figura 3.3. Análise SWOT

Entre as ameaças julga-se: a implantação e a notoriedade das unidades privadas concorrentes; a saída de profissionais diferenciados por aposentação ou para outras unidades; e o contexto socioeconómico atual desfavorável que limita a procura de cuidados privados.

Como limitações relativamente aos objetivos propostos enumeram-se os seguintes aspetos, não necessariamente restritivos: (1) a necessidade de aumento do volume de doentes observadas e tratadas; (2) a inevitabilidade de uma unidade bipartida entre o Centro Clínico e o hospital, exigindo uma liderança unificadora e eficaz; (3) a ausência de uma base de dados própria; (4) a ausência de Medicina Nuclear e ausência de Genética Médica – tendo de se manter um apoio da parte de entidades externas; (5) a ausência de enfermeiros dedicados a tempo inteiro, no momento atual; (6) a ausência de vagas suficientes em consulta de Psicologia Clínica; (7) a existência de uma vantagem competitiva inicial por parte das outras unidades privadas já instituídas no mercado; e (8) a exigência estrita dos requisitos para a acreditação.

Projeto

A pertinência deste projeto é entendida primeiramente pelo facto de não existir no sentido formal até à data uma unidade de mama no SAMS, havendo assim interesse individual e institucional; e, em segundo lugar, por pretender-se aproveitar o momento de renovação na instituição de parte dos elementos dedicados à senologia, de modo a dinamizar esta área e a instituir os critérios de qualidade genericamente definidos pelas sociedades científicas para a abordagem desta patologia.

Quanto ao interesse pessoal, este esforço visa tirar proveito do gosto e pendor particular e do know-how do autor, aproveitando o ensejo da referida remodelação das equipas, com um horizonte temporal a longo prazo.

Entende-se que a criação da unidade de mama permitirá em última análise fomentar um desempenho mais estruturado e cimentar a qualidade de cuidados existente, aumentando a confiança das utentes e, assim, permitindo alcançar os números exigidos para a acreditação. Para tal, propõe-se desde já a aplicação e monitorização anual dos indicadores de qualidade, já *per si* muito próximos dos requeridos.

4.1. Diretrizes estratégicas

Como diretrizes estratégicas propõe-se:

- a) Missão: Tratar todo o tipo de patologia mamária, de acordo com os padrões internacionais, particularmente a nível oncológico e estético, em alinhamento com a missão do SAMS (Oferecer cuidados de saúde abrangentes, de alto valor para a comunidade, com qualidade, competência e empatia).
- b) Visão: Afirmar a unidade de mama do SAMS perante os potenciais utentes.
- c) Valores: Um tratamento adequado, atempado, humano e atual, enquadrados nos valores da instituição (integridade, empatia, colaboração, inovação, segurança e sustentabilidade).
- d) Lema: consistirá em “As senhoras primeiro!” Entende-se oportuno e airoso este aforismo, tendo surgido naturalmente. Não esquecendo os homens, tem-se, todavia, plena noção do nosso foco residir na mulher.

Em relação aos objetivos da unidade de mama, são os decorrentes da sua missão: (1) Tratar todos os utentes com doenças da mama, particularmente as de causa tumoral; (2) Respeito pelos padrões de qualidade, com atenção à cirurgia oncoplástica e aos tratamentos oncológicos

mais avançados; e (3) Oferecer cuidados de saúde abrangentes, de alto valor para a comunidade, com qualidade, competência e empatia.

Como objetivos específicos decalcam-se alguns dos elencados na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 (Ministério da Saúde, 2015): (1) Melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional; (2) Monitorização permanente da qualidade e segurança; (3) Reforço da segurança dos doentes; (4) Assegurar a adesão a normas de orientação clínica; (5) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação; (6) Reconhecimento da qualidade da unidade: através da acreditação.

Enumeram-se de seguida as ações necessárias ao cumprimento destes objetivos.

4.2. Implementação

4.2.1. Primeira fase

Numa primeira fase pretende-se aproveitar a capacidade instalada, tirando partido das existências para o arranque do projeto.

Entre as ações propostas estão:

a) Generalidades e procedimentos

O presente projeto constituirá a base para a proposta a ser entregue ao Conselho Executivo da criação da unidade, juntamente com a constituição dos profissionais envolvidos;

As consultas de senologia poderão realizar-se quer como no momento atual – de modo separado na Cirurgia e na Ginecologia – ou passando a sê-lo lado a lado, ficando a Unidade de Mama irmanada com a “*Clínica da Mulher*”, havendo partilha das instalações e dos enfermeiros. Parece fazer sentido concentrar estas consultas na mesma localização, e não só no mesmo edifício, onde também estará alocado o assistente administrativo da unidade que poderá acumular as funções de gestor de dados;

A coexistência no mesmo edifício (Centro Clínico) de: sede da unidade de mama, consulta de Senologia, serviço de Oncologia, serviço de Radioterapia e serviço de Imagiologia (Polo do Centro Clínico) terá como vantagens facilitar o inter-relacionamento dos profissionais e agilizar os procedimentos;

O núcleo principal das consultas de psicologia de apoio às doentes com cancro da mama deverá residir no Centro Clínico, preferencialmente nas instalações da unidade, podendo, de modo a facilitar o acesso, algumas ocorrer noutras unidades de saúde dos SAMS;

No hospital efetuar-se-ão o internamento e as intervenções cirúrgicas – no bloco operatório central e na cirurgia de ambulatório - bem como os estudos anatomopatológicos, parte dos

exames imagiológicos, e as marcações pré-operatórias ou prévias à terapêutica neoadjuvante (com arpão, sementes radioativas e clips de titânio ou ecovisíveis).

Dever-se-á contemplar a participação na base de dados da EUSOMA *ab initio* ou a médio prazo, precedendo e acompanhando o processo de acreditação. Solicitar-se-á o respetivo orçamento antecipando a aprovação pelo Conselho Executivo da integração da unidade na base de dados.

A reunião semanal de decisão terapêutica realiza-se atualmente com uma periodicidade semanal, envolvendo pelo menos um elemento de cada especialidade do grupo nuclear. Deve manter-se como até agora. De igual modo, devem manter-se os padrões de qualidade atuais em relação ao diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento, englobando todas as especialidades do grupo nuclear envolvidas: senologia, oncologia médica, radio-oncologia, imagiologia e anatomia patológica;

O protocolo de atuação clínica perante os doentes com cancro da mama já iniciado deve ser ultimado, como requisito de constituição da unidade. A sua atualização anual deve integrar os indicadores de desempenho traçados.

Terão de ser definidos critérios de referenciação à consulta de senologia e divulgados perante os *Médicos Assistentes* e a *Clínica da Mulher*; terá também de ser aprovado o circuito do utente (Figura 4), propondo-se a sua anexação aos documentos de consentimento esclarecido para os atos cirúrgicos da mama.

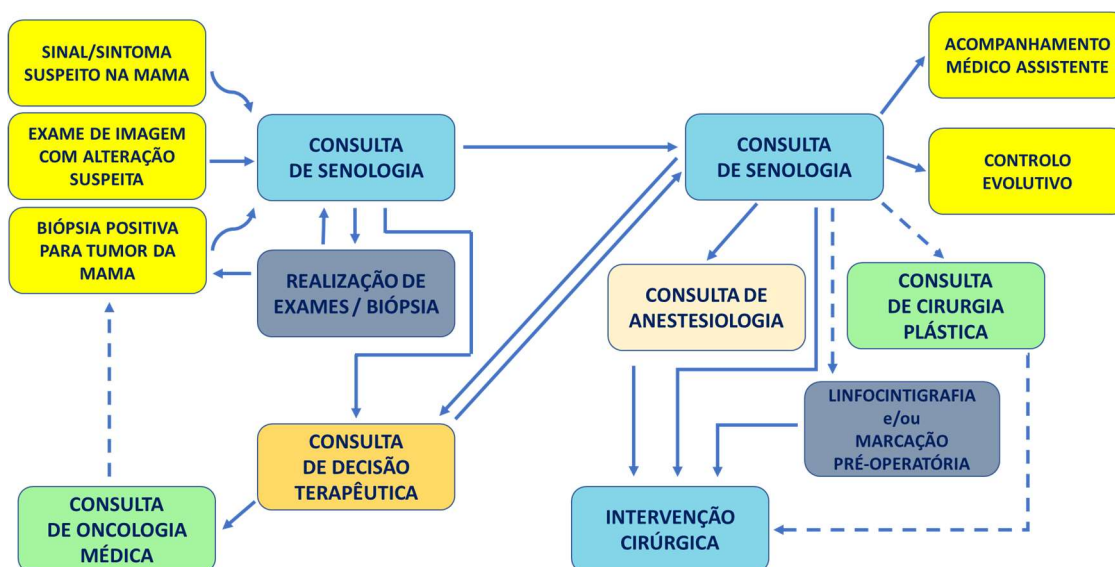


Figura 4. Circuito do utente

Os tempos operatórios dever-se-ão adequar às necessidades da unidade, permitindo uma resposta cirúrgica atempada.

É importante encetar um relacionamento com pelo menos uma associação de apoio ao doente com cancro da mama, pois estas associações são um auxílio manifestamente importante à doente, permitindo o aconselhamento e o esclarecimento da mesma em relação aos tratamentos a efetuar, e do modo de minimizar as complicações e os efeitos secundários.

Apesar de já existirem inquéritos de satisfação em relação aos cuidados prestados no bloco operatório e no internamento, será importante a implementação de um inquérito de satisfação dedicado às doentes tratadas na Unidade de Mama.

b) Pessoas

Na sua maioria os profissionais já existem. Afigura-se fulcral: a criação dos cargos de: secretário da unidade e gestor de dados; e assegurar: a existência de enfermeiros com formação e dedicação a esta patologia, e a capacidade de resposta periódica da Psicologia Clínica.

A constituição do grupo nuclear engloba: 2 a 3 senologistas (cirurgiões ou ginecologistas), com experiência em cirurgia da mama, incluindo cirurgia oncoplástica; 2 a 3 oncologistas médicos com experiência em oncologia da mama; radio-oncologistas: em número mínimo de 2 profissionais; um mínimo de 2 imagiologistas dedicados; e 2 a 3 técnicos de radiologia com experiência em radiologia mamária; pelo menos 2 anatomopatologistas; entre 2 e 3 enfermeiros, com interesse e formação na área; secretário da unidade: um administrativo, ponto central de contacto para utentes e profissionais (deverá salvaguardar-se um segundo elemento de reserva, eventualmente partilhado com a *Clínica da Mulher*, para colmatar as ausências do elemento principal); e um gestor de dados que poderá corresponder a um dos enfermeiros adstritos à unidade ou ao secretário da unidade. Existem atualmente todos, exceto: enfermeiros dedicados e com formação nesta área, secretário de unidade e gestor de dados, que deverão ser integrados na unidade.

O grupo alargado contempla: cirurgiões plásticos, fisiatras, imagiologistas de intervenção, farmacêuticos e psicólogos – já assegurados pela instituição; e especialistas em medicina nuclear, geneticistas, especialistas em fertilidade, geriatras, especialistas em cuidados paliativos e especialistas em imagem – a ser assegurados por intermédio de convenções externas.

Quanto a outros profissionais potencialmente necessários, existem na instituição, entre outros: ginecologistas, cardiologistas, neurocirurgiões, ortopedistas e nutricionistas, podendo ser solicitada a sua colaboração caso se torne necessário.

c) Infraestruturas

Havendo a partilha dos gabinetes com a *Clínica da Mulher*, no Centro Clínico de Lisboa, não haverá necessidade, nesta primeira fase, de efetuar remodelações nem adaptações de monta.

Serão necessários 1 (a 2) consultórios e um gabinete de enfermagem devidamente equipado, a ser disponibilizados em tempo parcial pela *Clínica da Mulher*.

d) Recursos materiais

É necessária a aquisição de um ecógrafo para o bloco operatório, destinado à realização de ecografia intraoperatória. Este pode ser partilhado com as outras especialidades cirúrgicas, tais como a cirurgia vascular, rentabilizando o investimento. Na consulta, far-se-á uso dos ecógrafos atualmente existentes nos gabinetes de ginecologia/obstetrícia do Centro Clínico; sendo necessário equipar um dos gabinetes de enfermagem com material para: anestesia local, biópsia e sutura, para além do material habitualmente usado.

e) Formação e ensino

Face à utilidade inquestionável da formação na área da patologia oncológica da mama e aos avanços frequentes dos conhecimentos científicos, deve incentivar-se a atualização dos conhecimentos por parte dos diferentes elementos da unidade.

A realização de ações de formação e de eventos científicos no âmbito das doenças da mama revela-se relevante, incentivando uma vez mais o update dos conhecimentos e a discussão e partilha de diferentes experiências.

Também importante é facilitar o acesso a estágios pré e pós-graduados nomeadamente a alunos de Medicina, de Enfermagem e de Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica, bem como aos mestres e licenciados dessas áreas. Permite a aprendizagem mútua e a divulgação do trabalho da unidade.

f) Investigação

Sugere-se fomentar a participação em estudos de investigação clínica no âmbito da patologia oncológica da mama, pelas mais-valias que poderá proporcionar à unidade e ao SAMS.

g) Comunicação

É indubitável a necessidade e a vantagem da divulgação da criação da unidade de mama no SAMS, composta por um grupo de trabalho constituído por especialistas com expertise em cancro da mama e empenhados na prestação de cuidados oncológicos de qualidade e com atenção à cirurgia oncoplástica.

h) Recursos financeiros e gestão

Tendo presente a conjuntura e a organização interna do SAMS, não se afigura uma gestão separada da unidade, sendo mais coerente uma colaboração apertada entre o gestor de produção e o coordenador da unidade;

O orçamento será o da instituição, não se contemplando de modo consentâneo um orçamento individualizado.

Numa fase inicial, os gastos serão mínimos, na medida em que se fará uso dos recursos existentes, partilhados com outras especialidades; no entanto, caso haja necessidade e devidamente autorizado, poderá contemplar-se a aquisição de um ecógrafo para o bloco operatório como anteriormente referido, e de 2 pistolas de biópsia (para o gabinete de enfermagem do Centro Clínico) (Tabela 4.1). Não estão englobadas despesas com o pessoal, com material de escritório nem com consumíveis. Acresce aos valores apresentados o da integração na plataforma da base de dados / *data center* que não foi possível apurar, porque apenas se encontra disponível após candidatura.

Por fim, deverão continuar as colaborações com as organizações externas atuais em regime de *outsourcing* em relação: à Genética Médica e aos exames de Medicina Nuclear – nomeadamente *PET*, cintigrafias ósseas e linfocintigrafias.

Tabela 4.1. Orçamento para a 1ª fase da unidade de mama

Descrição	Quantidade	Preço unitário	Total
Pistola de biópsia multiusos Bard Magnum	2	2.800,00 €	5.600,00 €
Ecógrafo Sonoscape P10 C-Field beam HD	1	11.799,99 €	11.799,99 €
		Subtotal	17.399,99 €
		Imposto (IVA 23%)	4.001,99 €
		Total	21.401,98 €

i) Acreditação

A acreditação da unidade de mama é um dos objetivos, a encetar a médio prazo, uma vez tendo início a próxima fase. Pelas razões previamente referidas - que englobam a padronização e coordenação do trabalho e a melhoria do desempenho e da qualidade - e que culminam com o aumento da satisfação dos profissionais e dos doentes e o aumento da confiança e da procura do utente.

4.2.2. Segunda fase

Numa fase subsequente, propõe-se a elaboração de um projeto de adaptação e/ou remodelação das instalações envolvendo a área do Centro Clínico anexa à da “Clínica da Mulher” e eventualmente na área da Imagiologia, caso colha concordância.

Esta fase terá início uma vez alcançados os números mínimos preconizados ou uma vez assim determinado pelo Conselho Executivo.

O piso 3 do Centro Clínico como referido poderá albergar a Unidade de Mama, agregada à “Clínica da Mulher”, onde estará sediado o Gestor de Dados. Serão necessários 1 a 2 consultórios e um gabinete de enfermagem, que poderão ser partilhados com outras especialidades médicas, caso o pretendam, como a Cirurgia Plástica e Reconstructiva, bem como com a Psicologia.

Para as obras de remodelação estima-se um valor rondando os 36.900 euros (correspondendo a 30.000 euros, a que se soma o IVA de 23%).

Numa eventual fase subsequente, embora remota, e perante o esgotamento da capacidade prévia, poderá fazer-se uso das instalações existentes no piso 4 do hospital, cujo espaço poderá, no momento, por alguns ser considerado subaproveitado. Estas poderão ter de sofrer pequenas adaptações, nomeadamente no que respeita aos recursos materiais, geminando a capacidade do Centro Clínico. Este espaço poderá ser partilhado com outras especialidades médicas, caso o pretendam, como a Cirurgia Plástica e Reconstructiva, a Anestesiologia e Reanimação e a Fisiatria, bem como a Psicologia. A Ginecologia já faz uso regular de parte deste piso (que correspondia anteriormente à maternidade).

Os gabinetes de consulta do hospital (piso 4) deverão ser equipados com material de “escritório” (secretária, cadeiras, computador, monitor, telefone fixo, armário e marquesa de observação) e ecógrafo, caso não existam no(s) gabinete(s).

4.3. Avaliação

Deverá haver uma monitorização anual da prestação atinente aos indicadores de qualidade preconizados pela EUSOMA (Biganzoli, 2017), a seguir apresentados (Tabela 4.2). Numa análise de relance, a abordagem atual nos diversos âmbitos versados afigura-se bastante favorável.

Os indicadores elencados são maioritariamente mandatórios ou imprescindíveis (M). Alguns deles, porém, embora importantes, são considerados apenas recomendáveis (R).

Dentre os indicadores para avaliação da atividade da unidade deverão constar seguramente os seguintes, pela sua importância: (1) Tempos de espera para a primeira consulta; (2) Tempos de espera para a cirurgia; (3) Taxa de conservação da mama em tumores invasivos com menos

de 3 cm; (4) Taxa de doentes com tumores invasivos operados apenas 1 vez (se excluirmos a reconstrução mamária); (5) Taxa de pessoas com tumores invasivos submetidos a biópsia de gânglio sentinela; (6) Taxa de doentes submetidas a reconstrução mamária imediata (no mesmo tempo cirúrgico); e (7) Respostas aos inquéritos de satisfação.

Tabela 4.2. Indicadores de qualidade de uma unidade de mama

Indicador	M / R ¹	Mínimo	Objetivo
Diagnóstico			
Proporção de mulheres com CM com avaliação pré-operatória: exame físico, mamografia e ecografia mamária e axilar	M	>90%	>95%
Ratio de diagnósticos benigno/maligno em exames histológicos (peças operatórias)	M	1:4	1:5
Proporção de doentes com CI com estadiamento imagiológico axilar (Ecografia ± Citologia/Biópsia)	R	85%	95%
Proporção de mulheres com CM (invasivo ou <i>in situ</i>) com diagnóstico confirmado pré-operatoriamente por histologia ou citologia	M	85%	90%
Proporção de CI em que foram estudados: tipo histológico ² , grau ³ , recetores hormonais ⁴ , HER-2 e Ki67	M	>95%	>98%
Proporção de CMNI em que foram determinados: tipo histológico predominante, grau ¹ , tamanho em mm ⁵ , distância à margem radial mais próxima e RE	M	>95%	>98%
Intervalo de tempo ≤ 6 semanas desde a data de diagnóstico na UM até à cirurgia ou início de outro tipo de tratamento	R	80%	90%
Proporção de doentes com CM com RMM pré-operatória ⁶	R	10%	NA ⁷
Proporção de doentes com tratamento sistémico primário com RMM ⁸	R	60%	90%
Proporção de doentes com CM encaminhadas para aconselhamento genético	R	10%	NA ⁶
Cirurgia e tratamento locorregional			
Proporção de doentes com CM discutidas em reunião multidisciplinar pré e pós-operatoriamente	M	90%	99%

1 Mandatórios (M) / Recomendáveis (R).

2 Segundo a classificação OMS

3 Segundo a OMS e a classificação Elston & Ellis modificada

4 Recetores de Estrogénio e Recetores de Progesterona

5 Melhor estimativa radiológica / patológica

6 Excluindo os que receberam tratamento sistémico primário

7 Não aplicável

8 Antes, durante e após

Proporção de doentes com CI submetidas a uma única cirurgia (mama) ao tumor primário ⁹	M	80%	90%
Proporção de doentes com CDIS submetidas apenas a uma cirurgia ⁵	M	70%	90%
Proporção de doentes com reconstrução imediata após mastectomia	R	40%	NA ⁶
Radioterapia e controlo local			
Proporção de doentes com CI (M0) que receberam RT adjuvante após CC	M	90%	95%
Proporção de doentes com envolvimento axilar (≥pN2a) com irradiação pós-mastectomia da parede torácica e de todas as áreas ganglionares (não ressecadas)	M	90%	95%
Proporção de doentes com envolvimento axilar até 3 gânglios (pN1) com irradiação pós-mastectomia da parede torácica e das áreas ganglionares axilares não ressecadas ¹⁰	M	70%	85%
Cirurgia e qualidade de vida			
Proporção de doentes com CI e axila clinicamente negativa a quem se realizou BGS ⁵	M	90%	95%
Proporção de doentes com CI com excisão de até 5 gânglios na BGS	R	90%	95%
Proporção de doentes ¹¹ com CI até 3 cm ¹² submetidas a CC como tratamento primário	M	70%	85%
Proporção de doentes com CMNI, inferior a 2 cm submetidos a CC	M	80%	90%
Proporção de doentes com CDIS ¹³ não sujeitas a esvaziamento axilar	M	97%	99%
Tratamento sistémico			
Proporção de doentes com CI endocrino-sensível que receberam TH	M	85%	90%
Proporção de doentes com CI RE negativo ¹⁴ que receberam QT adjuvante	M	85%	95%
Proporção de doentes com CI HER-2 positivo ¹⁰ tratados com QT que receberam <i>trastuzumab</i> adjuvante	M	85%	95%
Proporção de doentes com CI HER-2 positivo ¹⁰ tratados com QT NA que receberam <i>trastuzumab</i> neoadjuvante	M	90%	95%
Proporção de doentes com carcinoma inflamatório ou localmente avançado irressecável que receberam QT NA	M	90%	>95%

9 Excluindo reconstrução

10 Incluindo nível IV (supraclaviculares) e, nos tumores dos quadrantes internos, os gânglios da mama interna

11 Excluindo os BRCA1 e BRCA2

12 Incluindo o componente in situ

13 Isolado

14 T > 1 cm ou N+

Estadiamento, aconselhamento, seguimento e reabilitação			
Proporção de mulheres com CM em estadio I ou II operável que não realizaram exames de estadiamento básico ¹⁵	R	95%	99%
Proporção de doentes assintomáticas que realizaram MMG anual e avaliação clínica a cada 6/12 meses nos primeiros 5 anos após cirurgia	M	95%	99%
Proporção de doentes tratadas cujos dados são guardados pela UM (mínimo de 5 anos) (qualidade de vida e taxas de recorrência)	R	80%	90%
Proporção de doentes encaminhadas para aconselhamento de enfermagem aquando do tratamento primário	R	85%	95%
Proporção de mulheres com CM com acesso direto a enfermeiro especializado ¹⁶	R	95%	99%
Existência de um gestor de dados, responsável pelos dados da UM	M	NA ⁶	NA ⁶

Adaptado de Biganzoli (2017)

4.4. Perspetivas futuras

A médio prazo, encetar o processo de acreditação será um passo lógico.

A acreditação é um requisito necessário para uma unidade de mama conduzida profissionalmente e que é exigido pelos utentes, na medida em que permite reconhecer que unidades podem reivindicar poder ser genuinamente designadas como unidades especializadas (Blamey & Cataliotti, 2006) e que oferecem o melhor serviço aos doentes.

De acordo com a ITALSERT (2019), a acreditação proposta baseia-se na capacidade de a unidade de mama corresponder às recomendações da EUSOMA. Para se dar início ao processo, a unidade terá de cumprir 3 requisitos de acesso: (1) Ter uma massa crítica de 150 novos casos diagnosticados de cancro de mama primário (qualquer que seja a idade e o estadio) ao seu cuidado anualmente; (2) Ter um Diretor clínico; e (3) Ter uma base de dados validada pela EUSOMA (validação não superior a 2 anos).

Uma vez reunidos estes requisitos, a unidade de mama do SAMS preparará a candidatura a este processo.

O procedimento consiste em 3 passos: (1) Questionário a ser preenchido pela unidade proponente; (2) Visita de auditoria externa; e (3) Relatório dos resultados da unidade em relação aos indicadores de qualidade, contendo: não-conformidades, recomendações e observações.

15 Tais como: ecografia hepática, Rx do tórax e cintigrafia óssea

16 Para informação e suporte em relação aos sintomas e toxicidade relacionados com o tratamento, follow-up e reabilitação após o tratamento inicial

Perante não-conformidades major na auditoria inicial ou subsequente, o certificado não pode ser emitido, enquanto a unidade de mama não forneça evidência da sua resolução. O cumprimento de ações corretivas de recomendações e de não-conformidades é confirmado no decurso da auditoria seguinte.

Uma vez havendo concordância na Comissão de Acreditação em relação à acreditação da unidade de mama, é emitido o Certificado e o respetivo logotipo.

Conclusões

Demonstradas as vantagens e a imperiosidade da realização de uma abordagem centrada no doente e de um trabalho inter e multidisciplinar (Bilodeau & Tremblay, 2019; Bilodeau *et al.*, 2015), torna-se lógico o desenvolvimento de unidades multidisciplinares como as unidades de patologia mamária, cumprindo as recomendações da EUSOMA e do Parlamento Europeu. Igualmente óbvia e natural é esta problemática em termos de gestão: quando se tem em consideração a incidência e a prevalência da doença bem como as consequências quer da mesma quer do seu tratamento, com toda a logística inerente e o investimento necessário.

O presente projeto empresa realizou-se no SAMS do MAIS Sindicato, visando criar na estrutura atual uma unidade dedicada ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento dos doentes com patologia mamária, inexistente até à data, aproveitando para tal os recursos existentes, nomeadamente os decorrentes do Grupo de Trabalho Multidisciplinar de Mama da instituição.

Após a revisão bibliográfica acerca do tema em questão, realizou-se uma análise ao ambiente interno e à envolvente externa, com o intuito de, por um lado, avaliar o estado atual da senologia no SAMS e, por outro, perceber e analisar as boas práticas, de modo a assegurar a exequibilidade da criação da unidade e a estabelecer as necessidades para o projeto. Para tal, efetuaram-se entrevistas a 2 grupos de profissionais: aos diretores de unidades de mama nacionais acreditadas pela EUSOMA e com destaque a nível nacional e internacional; e aos profissionais do SAMS com responsabilidade nos âmbitos clínico e da gestão, com relevância para a futura unidade no SAMS (diretora clínica, adjuntos da direção clínica, enfermeiro diretor e respetivos adjuntos e gestor de produção).

Considera-se ter sido concretizado o objetivo geral inicialmente traçado: desenvolver uma estratégia para a implementação de uma unidade de mama num hospital, criando *a priori* as condições para a sua acreditação.

Consideram-se igualmente cumpridos os objetivos específicos: (1) efetuar uma análise interna ao atual contexto do SAMS e especificamente aos processos intervenientes na conduta diagnóstica e no tratamento da patologia da mama; (2) desenvolver uma análise externa a outras unidades, nomeadamente as que se destacam pelas boas práticas; e (3) desenvolver um projeto de intervenção para a criação da unidade de mama no SAMS e respetivo modelo de controlo de avaliação.

Constata-se existirem condições e uma base firme para a existência de uma unidade de mama no SAMS, estando cumpridos diversos requisitos padronizados pela EUSOMA e convergindo, numa primeira análise, na direção dos indicadores de qualidade dos cuidados ao cancro da mama.

Face ao previamente exposto, recomenda-se a instituição das seguintes medidas: elaboração de proposta ao Conselho Executivo da criação da unidade e respetiva constituição; execução das devidas adaptações às instalações; aquisição do material necessário, como ecógrafo para o gabinete de consulta, caso não exista nos gabinetes escolhidos; assegurar o apoio regular (permanente) e particular de enfermagem; assegurar a capacidade de resposta periódica da Psicologia Clínica; promoção de campanhas de marketing em relação à criação da unidade de mama no SAMS; divulgação interna e externa da existência de um grupo de trabalho no SAMS constituído por especialistas empenhados e com expertise em cancro da mama; divulgação da prestação de cuidados oncológicos de qualidade e com atenção à cirurgia oncoplástica; planeamento da futura acreditação da unidade de mama.

O plano delineado divide-se em 2 fases, pretendendo num primeiro momento aproveitar os recursos existentes à data, para numa segunda etapa criar um espaço físico próprio, onde possa decorrer a atividade clínica principal bem como o apoio administrativo à unidade.

A instituição destas medidas permitirá a divulgação da existência da unidade e do trabalho realizado pelo grupo de trabalho, a centralização da atenção, a melhoria da coordenação do trabalho e o estabelecimento dos procedimentos de monitorização dos indicadores de qualidade e, por conseguinte, de melhoria da qualidade. Por conseguinte, no cômputo geral, prevê-se um aumento gradual do número de utentes, permitindo, na sequência do cumprimento dos requisitos de constituição da unidade, o estabelecimento das bases para o caminho futuro: a sua acreditação.

Referências Bibliográficas

- Aljohar, B. A., & Kilani, M. A. (2018). Breast cancer in Europe: Epidemiology, risk factors, policies and strategies. A literature review. *Global Journal of Health Science*, 10(11), 1.
- Baum, M. (2013). Modern concepts of the natural history of breast cancer: a guide to the design and publication of trials of the treatment of breast cancer. *European journal of cancer*, 49(1), 60-64.
- Benito, M. Á., Romero, A. L. S., Torres, P. R., Oliveros, I. G., & Moruno, J. R. (2012). Unidades multidisciplinares de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 25(3), 116-124.
- Biganzoli, L., Cardoso, F., Beishon, M., Cameron, D., Cataliotti, L., Coles, C. E., ... & Poortmans, P. (2020). The requirements of a specialist breast centre. *The Breast*, 51, 65-84.
- Biganzoli, L., Marotti, L., Cardoso, M. J., Cataliotti, L., Curigliano, G., Cuzick, J., ... & Rubio, I. T. (2019). European guidelines on the organisation of breast centres and voluntary certification processes. *Breast Care*, 14(6), 359-365.
- Biganzoli, L., Marotti, L., Hart, C. D., Cataliotti, L., Cutuli, B., Kühn, T., ... & Del Turco, M. R. (2017). Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group. *European Journal of Cancer*, 86, 59-81.
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2015). Interprofessional patient-centred practice in oncology teams: utopia or reality?. *Journal of interprofessional care*, 29(2), 106-112.
- Bilodeau, K., & Tremblay, D. (2019). How oncology teams can be patient-centred? opportunities for theoretical improvement through an empirical examination. *Health Expectations*, 22(2), 235-244.
- Blichert-Toft, M., & Kroman, N. (2002). The specialist breast unit and breast surgery as a specialty. *Scandinavian Journal of Surgery*, 91(3), 227-231.
- Blamey, R. W., & Cataliotti, L. (2006). EUSOMA accreditation of breast units. *European Journal of Cancer*, 42(10), 1331-1337.
- Borras, J. M., Albrecht, T., Audisio, R., Briers, E., Casali, P., Esperou, H., ... & Wilson, R. (2014). Policy statement on multidisciplinary cancer care. *European Journal of Cancer*, 50(3), 475-480.
- Calman, K. H., & Hine, D. (1995). Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on Cancers: A policy framework for commissioning cancer services. London: Department of Health and Welsh Office.
- Cappelletti, V., Iorio, E., Miodini, P., Silvestri, M., Dugo, M., & Daidone, M. G. (2017). Metabolic footprints and molecular subtypes in breast cancer. *Disease markers*, 2017.
- Cataliotti, L., Costa, A., Daly, P. A., Fallowfield, L., Freilich, G., Holmberg, L., ... & Veronesi, U. (1999). Florence statement on breast cancer, 1998-Forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer. *European Journal of Cancer*, 1(35), 14-15.
- Costa, S. D. (2009). Certify it! Breast cancer units in Europe. *Breast Care*, 4(4), 213.
- Department of Health, UK (1995). A policy framework for commissioning cancer services: a report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. London: Department of Health.
- Department of Health, UK. (2004). Manual for cancer services 2004.
- Direção Geral de Saúde (2009). Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014). Programa Nacional de Acreditação em Saúde - Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde.
- Esteve, M. P. (2000). Senologia. *Ciencia Y Arte. Revista de Senología y Patología Mamaria*; 13(4):208-214.
- EUSOMA (2000). The requirements of a specialist breast unit. *The European Journal of Cancer*, 36(18), 2288-2292.

- Fleissig, A., Jenkins, V., Catt, S., & Fallowfield, L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The lancet oncology*, 7(11), 935-943.
- Forrest, A.P. (1986). Advances in the management of carcinoma of the breast. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 163(1), 89-100.
- Fundação Champalimaud (2023). Unidade de mama. https://fchampalimaud.org/pt-pt/clinical_areas/mama
- Gillis, C. R., & Hole, D. J. (1996). Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland. *Bmj*, 312(7024), 145-148.
- Gioia, D., Corley, K.G., & Hamilton, A.L. (2012). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31.
- Global Cancer Observatory (2022). Cancer today. <https://gco.iarc.fr/today>
- Graça, L. (2005). Importância da gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 3-4.
- Gucalp, A., Traina, T. A., Eisner, J. R., Parker, J. S., Selitsky, S. R., Park, B. H., ... & Cardoso, F. (2019). Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 173(1), 37-48.
- Haward, R. A. (2006). The Calman-Hine report: a personal retrospective on the UK's first comprehensive policy on cancer services. *The lancet oncology*, 7(4), 336-346.
- Helms, M. M., & Nixon, J. (2010). Exploring SWOT analysis - where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of strategy and management*.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press.
- ITALSERT (2019). Certification rules and regulations. Breast Centres Certification® – ITALCERT Scheme, in partnership with BCCERT in compliance with the standard Eusoma Guidelines “The requirements of a specialist Breast Centre”. Setembro de 2019
- justNews (2018). Centro de Mama do Hospital São João com modelo organizacional centrado no doente <http://justnews.pt/noticias/centro-de-mama-do-chsj-organizacao-centrada-no-doente-segue-o-conceito-one-day-clinic>
- Machado, A. P. P. (2020). A implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria - um estudo de caso (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa).
- Madrona, A. P. (2015). *Principios de senología*. Ediciones de la Universidad de Murcia (Editum).
- Martínez, E. I., Bonet, E.B. & Esteve, M.P., Unidades de patología mamaria. Comité multidisciplinario. (2015) In *Fundación Española de Senología y Patología Mamaria (Ed.) Manual de práctica clínica en Senología* (3ªEd, pp 24-30).
- Ministério da Saúde. Despacho nº 69/2009. *Diário da República* nº 136, Série I, de 31 de agosto de 2009.
- Ministério da Saúde. Despacho nº 5613/2015. *Diário da República* nº 102, Série II, de 27 de maio de 2015.
- Mora, L. D. (2014). História do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama - Empirismo e Ciência. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (27), 41-58.
- Murugappan, K., Saboo, A., Kuo, L., & Ung, O. (2018). Paradigm shift in the local treatment of breast cancer: mastectomy to breast conservation surgery. *Gland Surgery*, 7(6), 506.
- Mutebi, M., Anderson, B. O., Duggan, C., Adebamowo, C., Agarwal, G., Ali, Z., ... & Eniu, A. (2020). Breast cancer treatment: A phased approach to implementation. *Cancer*, 126, 2365-2378.
- Negrão, M. J. (2014). Modelos de Qualidade na Saúde: o processo de acreditação na USF CelaSaúde (Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra).
- OMS (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva.
- OMS (2020). The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Parlamento Europeu (2010). Declaration of the European Parliament of 5 May 2010 on the fight against breast cancer in the European Union (2011/C 81 E/14)

- Parlamento Europeu (2003). European Parliament resolution on breast cancer in the European Union (2002/2279(INI))
- Parlamento Europeu (2019). European Parliament resolution of 13 February 2019 on policy challenges and strategies against women's cancers and related comorbidities (2018/2782(RSP))
- Parlamento Europeu (2006). Resolution on breast cancer in the enlarged European Union (2006/2611(RSP))
- Parlamento Europeu (2015). Written Declaration under Rule 136 of Parliament's Rules of Procedure, on the Fight Against Breast Cancer in the European Union (0017/2015)
- Perry, N. M. (2001). Quality assurance in the diagnosis of breast disease. *European Journal of Cancer*, 37(2), 159-172.
- Piccart, M., Cataliotti, L., Buchanan, M., Freilich, G., & Jassem, J. (2001). Brussels statement document. *European Journal of Cancer*, 37(11), 1335-1337.
- Pisco, L. A. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 43-51.
- PORDATA. Estatísticas sobre Portugal e a Europa (2022). Óbitos por algumas causas de morte (%). [https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)
- Rutgers, E. T. (2001). Quality control in the locoregional treatment of breast cancer. *European journal of cancer*, 37(4), 447-453.
- SAMS (2022). Quem somos. <https://www.sams.pt/QuemSomos/Paginas/Apresentacao.aspx>
- SAMS, Conselho Executivo (2022). Nota de Serviço Interna n.º 2022/02 – Grupo de Trabalho Multidisciplinar de Mama (n.d.)
- Serra, F. A. R., & Ferreira, M. P. (2016). Cuidados a tomar nos artigos com pesquisa qualitativa. *Revista Ibero-Americana de Estratégia*, 15(4), 01-11.
- Sousa, D. P., Machado-Taylor, M. d., & Rocha, L. L. (2016). Impacto dos Programas de Acreditação e da Gestão de Qualidade em Hospitais Públicos e Privados no Brasil e no Mundo: Estudo de Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 13(4), pp. 122-152.
- Takahashi, A. R. W., & Araujo, L. (2020). Case study research: opening up research opportunities. *RAUSP Management Journal*, 55, 100-111.
- Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 821-828.
- Taran, F. A., & Eggemann, H. (2009). Breast units in Europe—certification in 9 European countries 9 years after the European society of mastology position paper. *Breast Care*, 4(4), 219-222.
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2010). What is the "new public health"? *Public Health Reviews*, 32(1), 25.
- Turner, K. M., Yeo, S. K., Holm, T. M., Shaughnessy, E., & Guan, J. L. (2021). Heterogeneity within molecular subtypes of breast cancer. *American Journal of Physiology-Cell Physiology*, 321(2), C343-C354.
- Valla, M., Vatten, L. J., Engstrøm, M. J., Haugen, O. A., Akslen, L. A., Bjørngaard, J. H., ... & Opdahl, S. (2016). Molecular Subtypes of Breast Cancer: Long-term Incidence Trends and Prognostic DifferencesTime Trends in Molecular Breast Cancer Subtypes. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 25(12), 1625-1634.
- Villanueva, A.G., Guirau, M.V., & Blanco, R.R. (2017). Las unidades de patología mamaria como unidades de gestión clínica. In F. Cunchillos, J. Sapiña, & G. Parga (Eds.) *Cirugía de la mama* (2ª ed, Vol. 10, pp 97-107). Arán Ediciones.
- Yin, R. (2009). Case study research: design and methods. 4th edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Anexos

Anexo A – Casuística referente ao período entre 2018 e 2022

Anexo B – Guião de entrevista aos responsáveis do SAMS

Anexo C – Guião de entrevista aos diretores dos Centros de Mama

Anexo D – Entrevista aos Responsáveis do SAMS

Anexo E – Entrevista aos Diretores dos Centros de Mama

Anexo F – Conteúdos semânticos das entrevistas aos Responsáveis do SAMS

Anexo G – Conteúdos semânticos das entrevistas aos Diretores dos Centros de Mama

ANEXO B

Guião de entrevista aos responsáveis do SAMS

Tema: Visão quanto à implementação de um Centro de Mama no SAMS

Objetivos gerais:

- Identificar o posicionamento conceptual da estrutura de gestão do SAMS referente à implementação de um Centro de Mama no SAMS;
- Identificar de que modo se poderá melhorar o atual modo de funcionamento.

Amostra – intencional:

Coordenação funcional

- Área de produção: Dr. Ricardo Ferreira

Direção Clínica:

- Diretora Clínica: Dra. Anabela Barros
- Diretores Clínicos Adjuntos: Dra. Teresa McGuire e Dr. Joaquim Quiroga

Direção de Enfermagem:

- Diretor de Enfermagem: Enf. Alcides Peixeiro
- Adjuntos da Direção de Enfermagem: Enf. Luisa Ribeiro e Enf. Sérgio Pinto

Tabela B. Organização da entrevista e pressupostos

Dimensões	Categorias	Questões
Legitimação da entrevista	– Explicação dos objetivos da entrevista	– Explicação sumária dos objetivos da entrevista no contexto da investigação – Pedido de autorização para proceder à gravação da entrevista e sua publicação
	– Solicitação de gravação da entrevista	
Atratividade	Divulgação	– Como aumentar a confiança das utentes e o seu número global?
	Confiança nas capacidades	
	Coordenação e investimento	

Capacidades	Recursos inexistentes	Haverá vantagem em ter no SAMS todos os serviços, tais como Genética e Medicina Nuclear? Ou será preferível o estado atual?
	Espaço físico próprio	Poderá o centro ter um espaço físico próprio, mesmo que dividido entre o hospital e o Centro Clínico?
Profissionais	Tempo dedicado	Poderão parte dos profissionais - como os enfermeiros - estar em dedicação exclusiva em relação à área da mama?
	Apoio psicológico	- Como se poderá facilitar o acesso a estas consultas às doentes com cancro da mama? - Será lícito ou exequível cativar vagas para as doentes com cancro da mama?
	Gestor de dados	Havendo a necessidade de um gestor de dados em dedicação, parece viável a criação desse cargo?
Circuito do doente	Acesso à unidade	Como otimizar a referenciação dos doentes ao centro?
	Referenciação	
Investigação e formação	Estudos de investigação	Em que medida pode ser benéfica a colaboração em estudos de investigação?
	Formação	E quanto à contribuição na formação pós-graduada?
Acreditação	Base de dados	Poder-se-á fazer uso de uma base de dados partilhada como a da EUSOMA?
	Vantagens da acreditação	No seu entendimento, quais as reais vantagens da acreditação? Será possível no SAMS?
Questões finais	Questionar o entrevistado quanto à intenção de colocar questões ou acrescentar alguma particularidade	
Agradecimento e validação da entrevista	- Agradecer a colaboração - Informar da transcrição da entrevista e validação subsequente	

ANEXO C

Guião de entrevista aos diretores dos centros de mama

Tema: Organização e funcionamento de um Centro de Mama

Objetivos gerais:

- Analisar a organização dos centros de mama, tendo por base os requisitos da EUSOMA;
- Caracterizar de que modo a experiência pode influenciar o funcionamento de um centro de mama;
- Identificar as boas práticas dos centros de mama, com o intuito de as transpor para a realidade do SAMS.

Amostra – intencional:

- Diretor do Centro de Responsabilidade Integrada de Patologia Mamária do Centro Hospitalar Universitário São João
- Diretora da Unidade de Mama do Centro Clínico Champalimaud

Tabela C. Organização da entrevista e pressupostos

Dimensões	Categorias	Questões
Legitimação da entrevista	– Explicação dos objetivos da entrevista – Solicitação de registo da entrevista	– Explicação sumária dos objetivos da entrevista no contexto da investigação – Pedido de autorização para proceder à gravação da entrevista e sua publicação
Modelo de gestão	Autonomia administrativa e financeira	– Como se processa uma gestão independente da unidade de mama em relação ao resto da instituição?
Capacidades	Recursos disponíveis	– O centro tem capacidade para a prestação de todos os serviços, tais como genética, radioterapia, apoio psicológico?
	Espaço físico	– As estruturas do centro localizam-se todas no mesmo espaço físico? – Tal organização mostra-se vantajosa?
	Relação entre casuística e qualidade	– Qual a importância da casuística enquanto garante de expertise e da qualidade?

Profissionais	Tempo dedicado	– Os profissionais estão em dedicação exclusiva em relação à patologia da mama?
	Gestor de dados	– O gestor de dados tem essa atividade de modo exclusivo ou tem outras atribuições?
Reuniões multidisciplinares	Periodicidade das reuniões	– Qual a periodicidade das reuniões de decisão terapêutica?
	Participantes fixos	– Quais os elementos fixos na reunião?
Circuito do doente	Acesso à unidade	– Como são referenciados os doentes? – Como é feito o fluxo dos doentes entre consultas e procedimentos?
	Programas de rastreio	– O centro participa em programas de rastreio de cancro da mama?
Educação para a saúde	Informação ao doente	– É entregue informação escrita ao doente?
	Programas de esclarecimento	– São realizados programas de esclarecimento?
	Associações de apoio ao doente	– Há colaboração com associações de apoio ao doente?
Investigação e formação	Investigação clínica	– Em que medida pode ser benéfica a participação em estudos de investigação?
	Formação	– E quanto à contribuição na formação pós-graduada?
Acreditação	Base de dados	– A base de dados foi criada pelo centro ou é usada a da EUSOMA?
	Vantagens da acreditação	– No seu entendimento, quais as reais vantagens da acreditação?
	Dificuldade	– Foi difícil tal processo?
Qualidade	Controlo de qualidade	– Como é efetuado o controlo de qualidade da atividade do centro?
Questões finais	– Questionar o entrevistado quanto à intenção de colocar questões ou acrescentar alguma particularidade	
Agradecimento e validação da entrevista	– Agradecer a colaboração – Informar da transcrição da entrevista e validação subsequente	

ANEXO D

Entrevistas aos responsáveis do SAMS

Dr. Ricardo Ferreira

Coordenação funcional | Área de produção, licenciado em Gestão (ISEG), pós-graduado em Controlo de Gestão e Performance (ISCTE)

Questões	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3
Como aumentar a confiança das utentes e a casuística?	Mostrando que temos tudo o que é necessário para um tratamento adequado e de qualidade em todas as vertentes.	Não é necessário grande investimento. É preciso é divulgar este facto.	
Deverá o SAMS fornecer todos os serviços ou recorrer a outsourcing, como até agora?	Penso que deve continuar como está.	Um serviço de Medicina Nuclear ou de Genética representam um grande investimento, envolvendo não só profissionais como recursos materiais e alterações estruturais. Só se justificaria perante um grande volume; de outra forma, não seria rentável a sua criação.	A resposta passa pela execução de parcerias com centros de referência nesses e noutros domínios, realizando, por exemplo, protocolos de complementaridade.
Possibilidade de um espaço físico próprio?	Esse espaço já existe: no piso 2 do hospital. O hospital é o local onde estão os cirurgiões, a Imagiologia de intervenção, a Anatomia patológica, o bloco operatório e o internamento.	O espaço junto à urgência que foi chamado de zona cinzenta na altura da pandemia COVID-19 pode ser rentabilizado e ter cirurgiões a dar consulta, tal como já tem a Medicina do Trabalho.	O hospital é o local onde os cirurgiões passam mais tempo. Tem lógica.

Exequível a dedicação exclusiva à patologia da mama em parte dos profissionais?	Uma vez mais, é tudo uma questão de dimensão: quanto maior o volume de atos, maior a justificação para a exclusividade.	O SAMS tem capacidade de se modelar e adequar às necessidades.	
Como se facilitar o acesso às consultas de Psicologia?	Tem de se garantir que é dada resposta às necessidades dos utentes.	A solução deverá passar pelo coordenador da Psicologia.	Pode passar por alguém dedicado à psico-oncologia.
Será viável a criação do cargo de gestor de dados?	Sim. O administrativo da unidade poderá desempenhar essa função (em acumulação).		
Como otimizar a referenciação ao centro?	Antes de mais, conhecendo bem a nossa população de utentes e implementando uma política de rastreio.	Publicitando os resultados da unidade; Criando um e-mail próprio e um ponto de contacto;	Investindo numa maior abertura ao exterior: representa uma deficiência nossa que simultaneamente é uma grande oportunidade.
Aceitável uso de uma base de dados partilhada (EUSOMA)?	Sim. É factível.		
É benéfica colaboração em estudos de investigação? E quanto à contribuição na formação pós-graduada?	O ativo de uma instituição é o quadro dos seus profissionais.	É lógica a aposta nas suas qualificações e diferenciação.	
Que vantagens encontra na acreditação? Será possível no SAMS?	O processo de acreditação corresponde a aprendizagem e melhoria contínua.	É um compromisso da casa, pois não basta parecer.	Depois é importante em termos de marketing: a perceção de valor; e cada vez mais uma exigência do utente.

Dra. Anabela Barros

Diretora Clínica, Especialista em Medicina Interna, Pós-graduada em Diabetes (APDP) e Medicina Social.

Questões	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3
Como aumentar a confiança das utentes e a casuística?	Precisamente através da criação da Unidade de Mama.	Isso trará confiança às doentes que já de si são fidelizadas.	
Deverá o SAMS fornecer todos os serviços ou recorrer a outsourcing, como até agora?	Faz sentido manter a situação atual.	Manter o recurso a serviços externos cujo volume não seja justificado.	
Possibilidade de um espaço físico próprio?	Sim. É possível adequar-se um espaço tal como se fez para a Clínica SAMS da Diabetes		
Exequível em parte dos profissionais?	Em exclusividade ou dedicação em part-time, tal como é feito por algumas das enfermeiras que partilham atividade entre o Centro Clínico e o hospital		
Como se facilitar o acesso às consultas de Psicologia?			
Será viável a criação do cargo de gestor de dados?	Com certeza. A enfermeira da unidade poderá desempenhar essa função.	Terá de se adequar ao perfil profissional.	
Como otimizar a referenciação ao centro?	Divulgando os critérios de referenciação.		
Aceitável uso de uma base de dados partilhada (EUSOMA)?	Desde que esteja de acordo com a Proteção de Dados.		
É benéfica colaboração em estudos de investigação?	Sempre.	Permite-nos projeção e melhorar.	

E quanto à contribuição na formação pós-graduada?			
Que vantagens encontra na acreditação? Será possível no SAMS?	Possibilita organizar e padronizar e afirmar a qualidade dos serviços prestados.	É benéfico tanto para os utentes como para os profissionais.	No SAMS estão acreditados: muitos dos serviços como: o internamento da Medicina e das Cirurgias, o Bloco Operatório, o Laboratório de análises, a Anatomia Patológica e a Radiologia

Dr. Joaquim Quiroga

Diretor Clínico adjunto, Coordenador do Departamento de Cirurgia, Especialista em Cirurgia Geral

Questões	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3
Como aumentar a confiança das utentes e a casuística?	Mostrando o trabalho que realizamos	Publicitando mais que reunimos todas as condições para prestar os melhores cuidados	Difundindo que os nossos serviços não se destinam exclusivamente aos bancários
Deverá o SAMS fornecer todos os serviços ou recorrer a outsourcing, como até agora?	Tudo depende do volume dos serviços		
Possibilidade de um espaço físico próprio?	Claro que sim. Há diversas hipóteses, nomeadamente no piso 3 do Centro Clínico		
Exequível a dedicação exclusiva à patologia da mama em parte dos profissionais?	Em muitas situações seria o ideal. Caso a casuística o justificasse.	Embora sejamos tendencialmente generalistas, tentamos dedicar-nos mais a determinadas áreas	
Como se facilitar o acesso às consultas de Psicologia?	Contratando mais psicólogos?	Se não há vagas em número suficiente, é uma opção a ter em conta.	Também se poderá alargar os tempos de consulta existentes.
Será viável a criação do cargo de gestor de dados?	Sim. Poderá desempenhar essa função em tempo parcial, podendo apoiar administrativamente a unidade.	Poderá igualmente ser o ponto de contacto dos utentes.	Caso se criasse a Via Verde Cancro da Mama, seria o pivot que faria a triagem e encaminharia adequadamente os utentes.
Como otimizar a referenciação ao centro?	Antes de mais, e novamente, através duma maior divulgação daquilo que realizamos com qualidade.		
Aceitável uso de uma base de dados partilhada (EUSOMA)?	Tendo em atenção o RGPD, teria de ser uma base de dados própria.		

É benéfica colaboração em estudos de investigação? E quanto à contribuição na formação pós-graduada?	Sem dúvida. Obrigam a uma atualização dos conhecimentos e a estar alerta aos pormenores.		
Que vantagens encontra na acreditação? Será possível no SAMS?	Permite antes de mais demonstrar a qualidade do trabalho que se desenvolve.	Ajuda na organização e sistematização do trabalho.	No SAMS já se encontram acreditados diversos serviços e unidades, o que é representativo da sua importância.

Dra. Teresa Mcguire

Diretora Clínica adjunta, Coordenadora clínica da Medicina Geral e Familiar | Médicos Assistentes

Questões	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3
Como aumentar a confiança das utentes e a casuística?	Reforçando e revitalizando o serviço de Ginecologia	Mostrando que podemos tratar as mulheres como elas merecem, com qualidade e dignidade	
Gestão independente da unidade?	Não. No nosso sistema de saúde tal não é exequível	Quanto à organização, a unidade de mama poderá integrar a “Clínica da mulher”	
Deverá o SAMS fornecer todos os serviços ou recorrer a outsourcing, como até agora?	Não se justifica	O modelo atual (em outsourcing) está adequado à casuística	
Possibilidade de um espaço físico próprio?	Sim, com certeza	No Centro Clínico poderão realizar-se remodelações e adaptações dos espaços existentes	As alterações poderão efetuar-se na Ginecologia e na própria Radiologia
Exequível a dedicação exclusiva à patologia da mama em parte dos profissionais?	Com os números atuais não se justifica	A dedicação em tempo parcial ou a existência de enfermeiros – como alguns da Ginecologia – mais dedicados é o mais adequado	
Como se facilitar o acesso às consultas de Psicologia?	O circuito terá de ser definido em reunião de grupo		
Será viável a criação do cargo de gestor de dados?	Claro que sim	Os “Médicos Assistentes” e a Oncologia têm algo similar (Secretária de Unidade)	
Como otimizar a referenciação ao centro?	Antes de mais, criando formalmente a unidade	Uma vez reforço a necessidade de uma Ginecologia forte	

Aceitável uso de uma base de dados partilhada (EUSOMA)?			
É benéfica colaboração em estudos de investigação? E quanto à contribuição na formação pós-graduada?	Sim. Temos participado em alguns estudos e proporcionamos estágios a alunos		
Que vantagens encontra na acreditação? Será possível no SAMS?	É um garante e um reconhecimento de um serviço de qualidade	No hospital, estão acreditados diversos serviços, unidades e departamentos	

Enf. Alcides Peixeiro

Enfermeiro Diretor

Questões	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3
Como aumentar a confiança das utentes e a casuística?	A divulgação tanto a nível interno como a nível externo é primordial. Temos cá tudo o que é necessário, desenvolvendo um trabalho de qualidade; mas falta-nos demonstrá-lo.	Há por exemplo que informar os nossos beneficiários disso – de que estamos equiparados aos melhores no exterior.	Há também que publicitar as nossas condições perante os PALOP, com os quais temos uma relação privilegiada, nomeadamente a nível das suas delegações sindicais e bancárias.
Deverá o SAMS fornecer todos os serviços ou recorrer a outsourcing, como até agora?	A criação de serviços de raiz só é justificada se a casuística tornar a atividade rentável.	Caso contrário, é melhor aproveitar serviços que já estejam constituídos e com os quais podemos estabelecer uma parceria de colaboração.	Quantos serviços de Medicina Nuclear existem em Lisboa. Justificar-se-ia criar mais um?
Possibilidade de um espaço físico próprio?	O espaço escasseia e é algo muito procurado.	Julgo que a unidade ficaria melhor no Centro Clínico junto da consulta de Ginecologia.	A opção do piso 2 (no espaço do hospital de dia, junto ao Atendimento Permanente) não é descabida, permitindo rentabilizar a utilização dos gabinetes de consulta.
Exequível a dedicação exclusiva à patologia da mama em parte dos profissionais?	Pode ser exequível - uma vez mais - se o volume de doentes o justifique, se for suficiente para ocupar uma pessoa (ou mais) durante um horário de 35 horas.	O mais lógico será, de momento, o tempo parcial ou a partilha de enfermeiros (e de espaço físico) da Clínica da Mulher.	
Como se facilitar o acesso às consultas de Psicologia?	Deve existir um psicólogo dedicado, tendo que ter um canal direto de acesso à consulta.		
Será viável a criação do cargo de gestor de dados?	Sim. Claro. Poderá alguém dedicar-se a essa tarefa, em tempo parcial.	Os dados hoje em dia têm um valor inestimável e têm que ser aproveitados e analisados.	A informática poderá dar uma ajuda na sua interpretação.

Como otimizar a referenciação ao centro?	Através de uma divulgação adequada a todos os intervenientes.		
Aceitável uso de uma base de dados partilhada (EUSOMA)?	Sim.		
É benéfica colaboração em estudos de investigação? E quanto à contribuição na formação pós-graduada?	Qualquer uma delas pode ser de grande utilidade.	Aprende quem vem e aprende também quem está; sendo benéfico para todos, incluindo e principalmente o utente.	O SAMS proporciona estágios a Médicos, Farmacêuticos, Enfermeiros (tem protocolos com diversas Escolas de Enfermagem) e Técnicos de Radiologia.
Que vantagens encontra na acreditação? Será possível no SAMS?	A acreditação representa o estado da arte. Chama à atenção para normas e orientações, permitindo valorizar os procedimentos e validar a qualidade dos serviços prestados.	O SAMS tem vários serviços acreditados pelo modelo da ACSA / DGS e pela norma ISO 9000.	

Enf. Luísa Ribeiro

Enfermeira Supervisora, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Questões	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3
Como aumentar a confiança das utentes e a casuística?	Investindo mais nos Especialistas de Ginecologia e MGF		
Deverá o SAMS fornecer todos os serviços ou recorrer a outsourcing, como até agora?			
Possibilidade de um espaço físico próprio?	Sim, no Hospital e no Centro Clínico	Consulta integrada na Clínica da Mulher	
Exequível a dedicação exclusiva à patologia da mama em parte dos profissionais?	Não.	Poderá haver no internamento alguns enfermeiros com formação mais específica	
Como se facilitar o acesso às consultas de Psicologia?	Não existe no hospital este apoio. Só no CCL.	No entanto, está identificada esta carência de apoio aos utentes, particularmente oncológicos.	
Será viável a criação do cargo de gestor de dados?	Sim. Cabe, em princípio, ao Gestor de produção		
Como otimizar a referenciação ao centro?	Novamente investir na MGF e Ginecologia	Campanha de publicitação perante estes e os Imagiologistas	
Aceitável uso de uma base de dados partilhada (EUSOMA)?			
É benéfica colaboração em estudos de investigação?	Sim. Muito.	Potencia a motivação	

E quanto à contribuição na formação pós-graduada?			
Que vantagens encontra na acreditação? Será possível no SAMS?	Tomar consciência do que fazemos, refletindo sobre as práticas	Permite avaliar o trabalho e melhorar a sua qualidade	Igualmente é fundamental porque se associa a aumento da motivação

Enf. Sérgio Pinto

Enfermeiro Adjunto da Direção de Enfermagem para o ambulatório, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Questões	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3
Como aumentar a confiança das utentes e a casuística?	Terá de ser alterado o estado atual: um trabalho segmentado e com atividades dispersas.		
Deverá o SAMS fornecer todos os serviços ou recorrer a outsourcing, como até agora?	Deve ser feita uma avaliação do volume dos atos e até que ponto se justifica cada opção.		
Possibilidade de um espaço físico próprio?	Terá de se efetuar um investimento se quisermos o crescimento.	No piso 3 do Centro Clínico há um espaço que poder ser mais bem aproveitado e remodelado, à semelhança do que se passou com a Dermatologia. Há capacidade para 4 gabinetes, uma sala de espera e um guiché de atendimento administrativo.	O mamógrafo e o ecógrafo poderiam também migrar para esse espaço, permitindo um melhor acolhimento e salvaguardando mais a privacidade das utentes.
Exequível a dedicação exclusiva à patologia da mama em parte dos profissionais?	Sim. É possível.	Após uma avaliação das diversas sensibilidades quanto à questão.	
Como se facilitar o acesso às consultas de Psicologia?	Talvez criando vagas cativas.		
Será viável a criação do cargo de gestor de dados?	Sim. À semelhança do profissional que está com a responsabilidade do RON e que recebeu formação para tal.		

Como otimizar a referenciação ao centro?	Pode começar-se pela criação da unidade.	A sua existência e seu conhecimento é uma porta aberta a essa referenciação.	
Aceitável uso de uma base de dados partilhada (EUSOMA)?	Sim. Após avaliação do orçamento implicado.		
É benéfica colaboração em estudos de investigação? E quanto à contribuição na formação pós-graduada?	Sim é benéfica.	Não temos participado em muitos estudos, mas poderá ser motivo de motivação acrescida.	Podendo existir igualmente contrapartidas...
Que vantagens encontra na acreditação? Será possível no SAMS?	A acreditação é um caminho inevitável.	Possibilita uma auditoria externa e permite uma afirmação de qualidade de desempenho e de confiança para os nossos utentes.	

ANEXO E

Entrevista aos diretores dos centros de mama

Dra. Fátima Cardoso
Diretora da Unidade de Mama do Centro Clínico Champalimaud
Médica especialista em Oncologia Médica

Questões	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3
Como se processa uma gestão do centro em relação ao resto da instituição?	Existe autonomia administrativa	As competências financeiras são responsabilidade do Centro Clínico	
O centro tem capacidade para a prestação de todos os serviços ou usa outsourcing?	Prestamos todos os serviços, à exceção de fisioterapia, cabendo esta a uma entidade externa, com a qual temos uma relação apertada		
As estruturas do centro localizam-se todas no mesmo espaço físico? Tal organização mostra-se vantajosa?	Quase todas.	Algumas são partilhadas com as outras unidades, tais como o bloco operatório e o internamento, por uma questão de economia de escala.	
Qual a influência da casuística nos resultados?	É um garante de expertise e da qualidade.	Números abaixo dos mínimos estipulados têm impacto na sobrevida (em até 10%).	Em todo o caso, a nossa atividade não é só clínica. Também fazemos muita investigação.
Os profissionais estão dedicados exclusivamente ao centro?	Quase todos.	Cirurgiões e oncologistas a 100%.	Entre os outros, alguns dedicam à unidade mais de 70, alguns 95% da sua atividade.

Participam em programas de rastreio de cancro da mama?			
O gestor de dados tem uma atividade exclusiva ou tem outras atribuições?	Desenvolve atividade em <i>part time</i> .		
A base de dados foi criada pelo centro ou é usada a da EUSOMA?	A nossa base de dados é privada (" <i>Breast care</i> ").	Não é exclusiva - é também usada noutras unidades, porque mais prática e atual em relação à da EUSOMA.	
Qual a periodicidade das reuniões?	Temos uma reunião semanal onde se discutem todos os casos, inclusivamente os tumores metastáticos.		
Quais os elementos fixos na reunião multidisciplinar?	Todos os estipulados, incluindo <i>breast nurse</i> e secretário.		
Como são referenciados à unidade os doentes?	Vêm todos do exterior, por auto-iniciativa.		
Como é feito o fluxo dos doentes entre consultas e procedimentos?	É feita uma triagem inicial, para saber por onde deve o doente começar (<i>e.g.</i> , biópsia ou consulta)		
É entregue informação escrita ao doente?	Sim.	Por exemplo, temos folhetos sobre terapêutica sistémica e radioterapia.	
São realizados programas de esclarecimento?	Sim.	Pela associação com a qual colaboramos:	
Há colaboração com associações de apoio?	A " <i>Mama help</i> "		

Em que medida pode ser benéfica a participação em estudos de investigação?	Participamos em ensaios clínicos e em investigação traslacional.	Os ensaios clínicos nas diversas áreas deveriam fazer parte da prática clínica diária, na medida em que são uma opção terapêutica.	A investigação translacional depende de projetos individuais.
E quanto à contribuição na formação pós-graduada?	É importante na organização e atualização dos conhecimentos.		
Quais as reais vantagens da acreditação?	Permite ver o que está bem e poderá ficar melhor, garantindo a qualidade dos cuidados e levando a uma melhoria contínua.		
Foi difícil o processo de acreditação?	É sempre.	Na medida em que é um processo exigente.	
Como é efetuado o controlo de qualidade da atividade do centro?	Temos uma reunião de auditoria interna – que obriga a uma auto-reflexão.	E a auditoria externa (pela EUSOMA) permite uma avaliação por alguém independente da instituição.	

Prof. Dr. José Luís Fougo
 Diretor do CRI de Patologia Mamária do Centro Hospitalar Universitário São João
 Médico especialista em cirurgia geral e oncologia cirúrgica

Questões	Fragmento 1	Fragmento 2
Como se processa uma gestão independente do centro em relação ao resto da instituição?	O Centro tem autonomia administrativa; não financeira.	Essa é da responsabilidade do Conselho de administração.
O centro tem capacidade para a prestação de todos os serviços ou usa outsourcing?	Todos, exceto radioterapia.	A Oncologia faz 30% das Consultas de mama no Centro
As estruturas do centro localizam-se todas no mesmo espaço físico? Tal organização mostra-se vantajosa?	Sim, claro. Exceto a radioterapia, como disse, que se localiza a 50 m do Centro.	A atividade realiza-se maioritariamente no nosso espaço físico.
Qual a influência da casuística nos resultados?	Estudos vários demonstram essa importância em relação à qualidade dos cuidados.	
Os profissionais estão dedicados ao centro?	Há um misto de regimes.	Os cirurgiões e os enfermeiros estão em exclusividade em relação à patologia mamária
Participam em programas de rastreio de cancro da mama?	Não diretamente.	Essa é da responsabilidade da Liga Portuguesa Contra o Cancro.
O gestor de dados tem uma atividade exclusiva ou tem outras atribuições?	A nossa <i>data manager</i> está em exclusividade.	A sua atividade é fulcral e os seus conhecimentos em epidemiologia são extremamente úteis.
A base de dados foi criada pelo centro ou é usada a da EUSOMA?	Usamos a base de dados da EUSOMA desde o início.	É muito vantajoso começar logo a usá-la, antes da certificação.

Qual a periodicidade das reuniões?	São semanais.	São de 3 tipos: de diagnóstico, oncológica e oncoplástica.
Quais os elementos fixos na reunião multidisciplinar?	Cirurgia geral, Oncologia, Anatomia Patológica, Radiologia, Radiooncologia e Enfermagem.	
Como são referenciados à unidade os doentes?	Pela Medicina Geral e Familiar na sua maioria (65%).	Também do rastreio (30%) e por referência interna das consultas de especialidade e da urgência (5%).
Como é feito o fluxo dos doentes entre consultas e procedimentos?	1ª consulta: com o cirurgião; Nesse dia faz ainda: mamografia, ecografia da mama e biópsia; Consulta de grupo de diagnóstico: 6 a 10 dias depois;	2ª consulta com o cirurgião: na semana seguinte, para comunicar o resultado; e fazer a proposta de tratamento: – Cirurgia primária: é inscrita na lista de espera (Tempo de espera: 3-4 semanas; – Quimioterapia primária: a 1ª consulta de oncologia médica é feita dentro de 2 semanas e o tratamento começa na semana seguinte.
É entregue informação escrita ao doente?	Sim.	Sobre: biópsia mamária, mamografia, cirurgia conservadora, gânglio sentinela, etc
São realizados programas de esclarecimento?	Não.	São realizados pela associação de doentes
Há colaboração com associações de apoio?	Sim.	Com a associação “ <i>Testemunhar é ajudar</i> ”
Em que medida pode ser benéfica a participação em estudos de investigação?	É muito útil, ajudando-nos a ter elevado rigor científico e atualização permanente.	Aproveitamos o grande manancial que são os estudantes do Mestrado Integrado, beneficiando ambas as partes.
E quanto à contribuição na formação pós-graduada?	O mesmo.	Implica de nós uma atualização dos conhecimentos.
Quais as reais vantagens da acreditação?	Todas as vantagens envolvem o tratamento adequado e otimizado dos doentes e dos recursos.	

Foi difícil o processo de acreditação?	Muito.	Mas vale a pena porque implica uma correção constante dos nossos atos.
Como é efetuado o controlo de qualidade da atividade do centro?	Com base nos indicadores.	Fazem-se 2 reuniões anuais de balanço da atividade; e que nos ajudam na preparação das auditorias.

ANEXO F

Conteúdos semânticos das entrevistas aos responsáveis do SAMS

Tabela F.1. Conteúdos semânticos: Atratividade

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Divulgação	Divulgação das capacidades existentes	“Publicitando mais que reunimos todas as condições para prestar os melhores cuidados” (JQ) “A divulgação tanto a nível interno como a nível externo é primordial” (AP)
	Divulgação do trabalho realizado	“Mostrando o trabalho que realizamos” (JQ) “Há (...) que informar os nossos beneficiários (...) de que estamos equiparados aos melhores” (AP)
	Divulgação dos acordos e parcerias	“Difundindo que os nossos serviços não se destinam exclusivamente aos bancários” (JQ)
	Publicitação perante os PALOP	“Há (...) que publicitar as nossas condições perante os PALOP” (AP)
Confiança nas capacidades	Aumento da confiança dos beneficiários	“Isso trará confiança às doentes que já de si são fidelizadas” (AB)
Coordenação e Investimento	Investimento na MGF e na Ginecologia	“Investindo mais nos Especialistas de Ginecologia e Medicina Geral e Familiar” (LR)
	Centralização do trabalho	“Terá de ser alterado o estado atual: um trabalho segmentado e com atividades dispersas” (SP) “Precisamente através da criação da Unidade de Mama” (AB)

Tabela F.2. Conteúdos semânticos: Capacidades

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Recursos inexistentes	Manutenção de <i>outsourcing</i> parcial	“Penso que deve continuar como está” (RF) “O modelo atual (em outsourcing) está adequado à casuística” (TM) “A resposta passa pela execução de parcerias com centros de referência” (RF) “A criação de serviços de raiz só é justificada se a casuística tornar a atividade rentável” (AP)
Espaço físico próprio	Integração nas instalações da Clínica da Mulher	“Consulta integrada na Clínica da Mulher” (LR)
	Adaptação de espaços já existentes	“É possível adequar-se um espaço tal como se fez para a Clínica SAMS da Diabetes” (AB) “Há diversas hipóteses, nomeadamente no piso 3 do Centro Clínico” (JQ) “No Centro Clínico poderão realizar-se remodelações e adaptações dos espaços existentes” (TM) “Julgo que a unidade ficaria melhor no Centro Clínico junto da consulta de Ginecologia” (AP) “A opção do piso 2 - no espaço do hospital de dia (...), permitindo rentabilizar a utilização dos gabinetes de consulta” (AP) “No piso 3 do Centro Clínico há um espaço que poder ser mais bem aproveitado e remodelado, à semelhança do que se passou com a Dermatologia” (SP)
	Remodelação parcial da Radiologia do Centro Clínico	“As alterações poderão efetuar-se na Ginecologia e na própria Radiologia” (TM)
	Migração do mamógrafo e do(s) ecógrafo(s) para o espaço da Unidade	“O mamógrafo e o ecógrafo poderiam também migrar para esse espaço, permitindo um melhor acolhimento e salvaguardando mais a privacidade das utentes” (SP)

Tabela F.3. Conteúdos semânticos: Profissionais

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Tempo dedicado	Adequação do tempo de dedicação ao volume de utentes	“É tudo uma questão de dimensão: quanto maior o volume de atos, maior a justificação para a exclusividade” (RF) “O SAMS tem capacidade de se modelar e adequar às necessidades” (RF) “Em muitas situações seria o ideal. Caso a casuística o justificasse” (JQ) “Com os números atuais não se justifica a exclusividade (TM) “Poderá haver no internamento alguns enfermeiros com formação mais específica” (LR)
	Partilha de enfermeiros com outros serviços	“A dedicação em tempo parcial ou a existência de enfermeiros – como alguns da Ginecologia – mais dedicados é o mais adequado” (TM) “O mais lógico será, de momento, o tempo parcial ou a partilha de enfermeiros (e de espaço físico) da Clínica da Mulher” (AP) “Em exclusividade ou dedicação em part-time, tal como é feito por algumas das enfermeiras que partilham atividade entre o Centro Clínico e o Hospital” (AB)
Apoio psicológico	Criação de vagas cativas	“Criando vagas cativas” (SP)
	Alargamento dos tempos de consulta [de psicólogo(s) dedicado(s)]	“Também se poderá alargar os tempos de consulta existentes” (JQ)
	Contratação de mais psicólogos	“Contratando mais psicólogos” (JQ)
	Definição do circuito [de encaminhamento]	“O circuito terá de ser definido” (TM) “Deve existir um psicólogo dedicado, tendo de ter um canal direto de acesso à consulta” (AP)
Gestor de dados	Desempenho das funções de gestor de dados pelo administrativo da unidade (em acumulação)	“O administrativo da unidade poderá desempenhar essa função (em acumulação)” (RF) “Poderá desempenhar essa função em tempo parcial, podendo apoiar administrativamente a unidade” (JQ; AP) “Poderá igualmente ser o ponto de contacto dos utentes” (JQ) “Seria o <i>pivot</i> que faria a triagem e encaminharia adequadamente os utentes” (JQ) “À semelhança do profissional que está com a responsabilidade do RON e que recebeu formação para tal” (SP)
	Desempenho das funções de gestor de dados por um enfermeiro da unidade (em acumulação)	“A enfermeira da unidade poderá desempenhar essa função” (AB) “Terá de se adequar ao perfil profissional” (AB)
	Apoio da informática na interpretação dos dados	“A informática poderá dar uma ajuda” (AP)

Tabela F.4. Conteúdos semânticos: Circuito do doente

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Acesso à unidade	Divulgação adequada a todos os intervenientes	“Através de uma divulgação adequada a todos os intervenientes” (AP)
	Divulgação do trabalho e dos resultados da unidade	“Publicitando os resultados da unidade” “Através duma maior divulgação daquilo que realizamos com qualidade” (JQ) “Investindo numa maior abertura ao exterior” (RF)
	Criação de um e-mail próprio e de um ponto de contacto	“Criando um e-mail próprio e um ponto de contacto” (RF)
	Implementação de uma política de rastreio	“Conhecendo bem a nossa população de utentes e implementando uma política de rastreio” (RF)
Referenciação	Divulgação dos critérios de referenciação	“Através de uma divulgação adequada a todos os intervenientes” (AP) “Divulgando os critérios de referenciação” (AB) “Campanha de publicitação perante estes (MGF e Ginecologia) e os Imagiologistas” (LR)
	Investimento na MGF e na Ginecologia	“Reforço a necessidade de uma Ginecologia forte” (TM) “Novamente investir na MGF e Ginecologia” (LR)
	Criação formal da unidade	“Pode começar-se pela criação da unidade. A sua existência e seu conhecimento é uma porta aberta a essa referenciação” (SP) “Antes de mais, criando formalmente a unidade” (TM)

Tabela F.5. Conteúdos semânticos: Investigação e formação

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Estudos de investigação	Determinante de motivação	“Não temos participado em muitos estudos, mas poderá ser motivo de motivação acrescida” (SP) “Potencia a motivação” (LR)
	Possibilidade de contrapartidas	“Sim é benéfica. Podendo existir igualmente contrapartidas...” (SP)
Formação	Aposta nas qualificações e diferenciação	“É lógica a aposta nas (...) qualificações e diferenciação” dos profissionais (RF)
	Atualização dos conhecimentos	“Obrigam a uma atualização dos conhecimentos e a estar alerta aos pormenores” (JQ)
	Projeção da unidade	“Permite-nos melhorar e projeção” (AB)
	Utilidade formativa (para formadores e formandos)	“Benéfico para todos, incluindo e principalmente o utente” (AP) “Qualquer uma delas pode ser de grande utilidade” (AP)
	Disponibilização de estágios (a profissionais de saúde e alunos)	“O SAMS proporciona estágios a Médicos, Farmacêuticos, Enfermeiros (tem protocolos com diversas Escolas de Enfermagem) e Técnicos de Radiologia” (AP) “Proporcionamos estágios a alunos (TM)

Tabela F.6. Conteúdos semânticos: Acreditação

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Base de dados	Cumprimento do RGPD	“Desde que esteja de acordo com a Proteção de Dados” (AB)
	Definição das autorizações de acesso	“Teria de ser uma base de dados própria (JQ)
	Custo da participação na base de dados	“Após avaliação do orçamento implicado” (SP)
Vantagens da acreditação	Demonstração e reconhecimento da qualidade dos serviços	“É um garante e um reconhecimento de um serviço de qualidade” (TM) “Permite avaliar o trabalho e melhorar a sua qualidade” (LR)
	Valorização dos procedimentos	“A acreditação representa o estado da arte. Chama à atenção para normas e orientações, permitindo valorizar os procedimentos e validar a qualidade dos serviços prestados” (AP)
	Organização e padronização do trabalho	“Possibilita organizar e padronizar e afirmar a qualidade dos serviços prestados” (AB)
	Reflexão sobre as práticas e avaliação do desempenho	“Tomar consciência do que fazemos, refletindo sobre as práticas” (LR) “Permite avaliar o trabalho e melhorar a sua qualidade” (LR) “Possibilita uma auditoria externa e permite uma afirmação de qualidade de desempenho e de confiança para os nossos utentes” (SP)
	Aprendizagem e melhoria contínua	“O processo de acreditação corresponde a aprendizagem e melhoria contínua” (RF)
	Perceção de valor	“É importante em termos de marketing: a perceção de valor” (RF)
	Exigência do utente	“É (...) cada vez mais uma exigência do utente” (RF)
	Aumento da motivação	“É fundamental porque se associa a aumento da motivação” (LR)
	Benefício para os utentes e para os profissionais	“É benéfico tanto para os utentes como para os profissionais” (AB)

ANEXO G

Conteúdos semânticos das entrevistas aos responsáveis do SAMS

Tabela G.1. Conteúdos semânticos: Modelo de gestão

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Modelo de gestão	Autonomia administrativa	“Existe autonomia administrativa” (FC) “O Centro tem autonomia administrativa” (JF)
	Ausência de autonomia financeira	“As competências financeiras são responsabilidade do Centro Clínico” (FC) “O Centro não (tem autonomia) financeira” (JF)

Tabela G.2. Conteúdos semânticos: Capacidades

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Recursos disponíveis	Prestação de quase todos os serviços	“Prestamos todos os serviços, à exceção de fisioterapia, cabendo esta a uma entidade externa, com a qual temos uma relação apertada” (FC)
	Recurso a serviços externos inexistentes na unidade	“Todos, exceto radioterapia” (JF)
Espaço físico próprio	Realização da maioria das atividades no espaço da unidade	“Quase todas” (FC) “Sim, claro. Excepto a radioterapia, como disse, que se localiza a 50 m do Centro” (JF) “A atividade realiza-se maioritariamente no nosso espaço físico” (JF)
	Partilha das instalações de outras unidades	“Algumas são partilhadas com as outras unidades, tais como o bloco operatório e o internamento, por uma questão de economia de escala” (FC)
Relação entre casuística e qualidade	Importância em relação à qualidade dos cuidados	“Estudos vários demonstram essa importância em relação à qualidade dos cuidados” (JF) “Números abaixo dos mínimos estipulados têm impacto na sobrevida (em até 10%)” (FC)
	Manutenção das qualificações	“É um garante de expertise e da qualidade” (FC)

Tabela G.3. Conteúdos semânticos: Profissionais

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Tempo dedicado	Dedicação estipulada pela EUSOMA	“Quase todos” (FC) “Cirurgiões e oncologistas a 100%” (FC) “Entre os outros, alguns dedicam à unidade mais de 70, alguns 95% da sua atividade” (FC) “Há um misto de regimes” (JF) “Os cirurgiões e os enfermeiros estão em exclusividade em relação à patologia mamária” (JF)
Gestor de dados	Atividade em exclusividade ou <i>part time</i>	“Desenvolve atividade em part time” (FC) “A nossa data manager está em exclusividade” (JF)
	Relevância das suas funções	“A sua atividade é fulcral e os seus conhecimentos em epidemiologia são extremamente úteis” (JF)

Tabela G.4. Conteúdos semânticos: Reuniões multidisciplinares

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Periodicidade das reuniões	Periodicidade semanal	“Temos uma reunião semanal onde se discutem todos os casos, inclusivamente os tumores metastáticos” (FC) “São semanais” (JF) “São de 3 tipos: de diagnóstico, oncológica e oncoplástica” (JF)
Participantes fixos	Participação de todos os elementos do grupo nuclear	“Todos os estipulados, incluindo <i>breast nurse</i> e secretário” (FC) “Cirurgia geral, Oncologia, Anatomia Patológica, Radiologia, Radiooncologia e Enfermagem” (JF)

Tabela G.5. Conteúdos semânticos: Circuito do doente

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Acesso à unidade	Iniciativa própria	“Vêm todos do exterior, por auto-iniciativa” (FC) “É feita uma triagem inicial, para saber por onde deve o doente começar (e.g., biópsia ou consulta)” (FC)
	Referenciação por outras especialidades	“Os doentes são referenciados pela Medicina Geral e Familiar na sua maioria (65%)” (JF) “Também (...) por referenciação interna das consultas de especialidade e da urgência (5%)” (JF)
	Proveniência de programas de rastreio	“Também do rastreio (30%)” (JF)
Programas de rastreio	Não participação direta em rastreios	“Não diretamente” (JF) “Essa é da responsabilidade da Liga Portuguesa Contra o Cancro” (JF)

Tabela G.6. Conteúdos semânticos: Educação para a saúde

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Informação para o doente	Disponibilização de informação escrita	“É entregue informação escrita ao doente sobre: biópsia mamária, mamografia, cirurgia conservadora, gânglio sentinela, etc” (JF) “Sim. Por exemplo, temos folhetos sobre terapêutica sistémica e radioterapia” (FC)
	Participação em programas de esclarecimento	“São realizados programas de esclarecimento pela associação com a qual colaboramos” (FC) “Os programas de esclarecimento são realizados pela associação de doentes” (FC)
Associações de apoio	Colaboração com associações de apoio ao doente	“A “Mama help”” (FC) “Com a associação “Testemunhar é ajudar”” (JF)

Tabela G.7. Conteúdos semânticos: Investigação e formação

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Investigação	Participação em ensaios clínicos e em investigação translacional	“Participamos em ensaios clínicos e em investigação translacional” (FC) “Os ensaios clínicos nas diversas áreas deveriam fazer parte da prática clínica diária, na medida em que são uma opção terapêutica” (FC) “A investigação translacional depende de projetos individuais” (FC)
	Atualização permanente e rigor científico	“É muito útil, ajudando-nos a ter elevado rigor científico e atualização permanente” (FC)
Formação	Organização e atualização dos conhecimentos	“É importante na organização e atualização dos conhecimentos” (FC) “Implica de nós uma atualização dos conhecimentos” (JF)

Tabela G.8. Conteúdos semânticos: Acreditação

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Base de dados	Existência obrigatória de base de dados	“A nossa base de dados é privada (“Breast care”)” (FC) “Usamos a base de dados da EUSOMA desde o início” (JF) “É muito vantajoso começar logo a usá-la, antes da certificação” (JF)
Vantagens da acreditação	Melhoria contínua	“Permite ver o que está bem e poderá ficar melhor (...) e levando a uma melhoria contínua” (FC)
	Garantia de qualidade	“Garante a qualidade dos cuidados” (FC)
	Tratamento otimizado dos doentes e dos recursos	“Todas as vantagens envolvem o tratamento adequado e otimizado dos doentes e dos recursos” (JF)
Dificuldade	Processo exigente	“É sempre um processo difícil, na medida em que é um processo exigente” (FC)
	Correção constante dos atos	“Muito difícil, mas vale a pena porque implica uma correção constante dos nossos atos” (JF)

Tabela G.9. Conteúdos semânticos: Qualidade

Categorias de 2ª ordem	Temas de 1ª ordem	Respostas
Controlo de qualidade	Monitorização dos indicadores de qualidade	“Com base nos indicadores” (JF)
	Reuniões de auditoria interna	“Temos uma reunião de auditoria interna - que obriga a uma auto-reflexão” (FC) “Fazem-se 2 reuniões anuais de balanço da atividade; e que nos ajudam na preparação das auditorias” (JF)
	Auditorias externas	“E a auditoria externa (pela EUSOMA) permite uma avaliação por alguém independente da instituição” (FC)