

Drs. Vicente
Vieira, Carlos
Magalhães e
Miguel Prats



Day surgery in Europe

Carlo Castoro, MD: «Day surgery performance in Europe shows a high variation between countries. If we analyze figures in more details, we realize that a similar high variation in day surgery performance exists between different regions in the same country and between hospital trusts in the same Region and even hospital's departments in the same hospital. This situation is typical all over the world.»

«Encontros com o perito»

De acordo com o Dr. Vicente Vieira, as sessões científicas «Encontros com o perito» «têm como objectivo principal reunir, num mesmo espaço de debate, alguns dos mais experientes especialistas em cirurgia ambulatória. Em vez das tradicionais apresentações formais de 15 a 20 minutos, a assistência tem assim oportunidade de questionar, comentar e partilhar experiências com os convidados e moderadores das sessões.

Qualidade em cirurgia de ambulatório

Na opinião da Dr.ª Ana Marcos, «assistimos, na última década, a um crescimento e diferenciação da cirurgia de ambulatório. A qualidade dos cuidados prestados em ambulatório foi sempre preocupação dos grandes impulsionadores deste modelo de cuidados centrados no doente. A avaliação da qualidade, a consequente melhoria contínua e o aumento da efectividade constituem um grande desafio para os profissionais de saúde.

Financiamento e gestão em cirurgia ambulatória

Segundo o Dr. Carlos Magalhães, «a cirurgia ambulatória ocupa, nos últimos anos, uma posição de destaque e de liderança nos programas de cirurgia electiva. Na última década, em Portugal, a CA está incluída nas áreas com maior crescimento e desenvolvimento. O seu principal factor de sucesso e de desenvolvimento é a sua característica multidisciplinar, assim como a garantia de segurança e de elevados índices de qualidade e segurança no tratamento dos pacientes».

Bem-vindos

A Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), em conjunto com a Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA), organiza o seu I Congresso Ibérico, que tem por principal objectivo a discussão e debate das principais questões relacionadas com o crescimento e desenvolvimento do acto cirúrgico realizado em regime de ambulatório.

A cirurgia ambulatória ocupa, nos últimos anos, uma posição de destaque e de liderança nos programas de cirurgia electiva. O seu principal factor de sucesso e de desenvolvimento é a sua característica multidisciplinar, assim como a garantia de segurança e de elevados índices de qualidade no tratamento dos pacientes.



Dr. Carlos Magalhães
Presidente da APCA.
Presidente do VII Congresso Nacional e I Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória

Devido aos avanços tecnológicos, a procedimentos menos invasivos, técnicas anestésicas mais eficientes, uniformização de protocolos, melhoria de cuidados pós-operatórios e de aspectos de organização das diferentes unidades de cirurgia ambulatória no nosso País, espera-se que este crescimento e desenvolvimento se mantenham no futuro.

Esta parceria entre as duas associações permitirá transmitir e apresentar o estado da arte da cirurgia ambulatória a nível da Península Ibérica, envolvendo nesta troca de experiência e de conhecimento todos os profissionais ligados a esta área.

A qualidade científica desta reunião está garantida pela presença de grandes referências mundiais na área da cirurgia ambulatória, pelo que se espera um elevado nível científico e uma elevada participação.

Aproveite para dar as boas-vindas a todos os participantes neste 1.º Congresso Ibérico e VII Congresso Nacional da APCA e agradecer à Comissão Organizadora Local todo o empenho colocado na organização deste evento, assim como a todos quantos apoiaram e tornaram possível esta iniciativa.

A cirurgia ambulatória ocupa, nos últimos anos, uma posição de destaque e de liderança nos programas de cirurgia electiva.

Temos a certeza de que esta colaboração será a garantia para um congresso de elevada qualidade a nível profissional e social.

Uma experiência enriquecedora do ponto de vista científico e sociocultural

Caros participantes:

Em nome da Comissão Organizadora, compete-me desejar-vos as boas-vindas. A Unidade de Cirurgia Ambulatória, o Hospital e a cidade de Braga esperam que a vossa participação neste evento seja uma experiência enriquecedora do ponto de vista científico e sociocultural.



Dr. Vicente Vieira
Presidente da Comissão Organizadora

Quando, em Março de 2006, inaugurámos a nossa UCA, já sabíamos que em breve teríamos um Hospital novo, moderno, bem equipado e que o projecto, elaborado para «caber» num edifício com mais de 500 anos, teria que ser substituído por outro... Também sabíamos que este projecto não tinha que ser um pro-

jecto «condenado» à nascença, uma vez que o mais importante, as pessoas, faria também parte do novo projecto. Foi aliado na motivação destes «pioneiros de 2006», e sob a orientação de um Director muitíssimo competente (Dr. Braga dos Anjos), que construímos uma unidade que já foi, por várias vezes, reconhecida

Gostaria de enaltecer o trabalho conjunto de todos os que integraram esta Comissão Organizadora e que, de forma dedicada e incansável, tornaram possível o SONHO de realizar em Braga o I Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória.

publicamente pelos elevados níveis de qualidade, segurança e eficiência.

É de inteira justiça, neste momento, destacar o papel decisivo desempenhado pelos Conselhos de Administração e Comissões Executivas que, desde o seu início, acreditaram que o desenvolvimento da Unidade de Cirurgia Ambulatória traria a todo o Hospital uma mais-valia na acessibilidade dos doentes do distrito de Braga aos cuidados de saúde.

À actual Comissão Executiva agradeço o envolvimento e o apoio dado à organização deste evento, nomeadamente, pela forma como permitiu que TODOS os seus colaboradores com responsabilidades na UCA participassem neste evento tão importante para a Cirurgia de Ambulatório em Portugal.

Destaco também o envolvimento da Universidade do Minho, em concreto da Escola das Ciências da Saúde, que nos ofereceu também um apoio logístico e institucional importantíssimo e que vem, mais uma vez, demonstrar que as universidades não são meras escolas, são pilares do desenvolvimento, não só intelectual, mas também do crescimento económico colectivo de toda uma região.

Finalmente, gostaria de enaltecer o trabalho conjunto de todos os que integraram esta Comissão Organizadora e que, de forma dedicada e incansável, tornaram possível o SONHO de realizar em Braga o I Congresso Ibérico de Ci-

À Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, muito obrigado pela confiança e espero que este evento tenha o sucesso científico e organizativo desejado.

urgia Ambulatória. À Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, muito obrigado pela confiança e espero que este evento tenha o sucesso científico e organizativo desejado.

Bom Congresso para todos.



Um marco importante para o desenvolvimento desta modalidade cirúrgica em Portugal e Espanha

Em nome da ASECEMA, e em meu nome pessoal, gostaria de vos dar uma saudação fraterna.



Dr. Miquel Prats
Presidente da
ASECEMA

Este VII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória e I Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória repre-

sentará, sem dúvida, um marco importante para o desenvolvimento desta modalidade cirúrgica em Portugal e Espanha.

É minha convicção que atingirá um êxito assinalável.

Fruto da situação económica que os nossos dois países atravessam, a realização deste Congresso só é possível graças ao esforço do seu Presidente, Carlos Magalhães, e da sua Comissão Organizadora.

Não temos dúvida que a modalidade de CMA tem uma grande eficácia e pode ajudar de forma importante, economizando nos recursos, permitindo a sustentabilidade dos nossos sistemas de saúde, contribuindo desta

forma para a manutenção do bem-estar social.

É por isso que chamamos a atenção dos responsáveis da gestão na área

É meu desejo que este tipo de congressos conjuntos tenha continuidade no futuro, tendo em conta o benefício para os nossos dois países.

da saúde, uma vez que temos a certeza de que a CMA aumenta a qualidade dos cuidados prestados nas diferentes especialidades cirúrgicas que nela participam.

Tenho a certeza de que o Congresso contribuirá para a troca de experiências e difusão das actividades científicas que contribuirão para o desenvolvimento das duas sociedades.

É meu desejo que este tipo de congressos conjuntos tenha continuidade no futuro, tendo em conta o benefício para os nossos dois países.

Muito obrigado.

Day surgery in Europe

Day surgery performance in Europe shows a high variation between countries. If we analyze figures in more details, we realize that a similar high variation in day surgery performance exists between different regions in the same country and between hospital trusts in the same Region and even hospital's departments in the same hospital. This situation is typical all over the world.

We are conducting several studies in Europe, some of them funded by the European Commission, in order to give real inputs and stimulate the development of high quality, safe and cost-effective day surgery in Europe.

In this difficult economic situation we have the moral obligation to use available resources for maximizing the health benefit of our patients.

The UK was the reference in day surgery in the past but now Denmark, Norway and Sweden are performing very well. Southern countries in Europe, such as Portugal and Spain, had a tremendous increase of ambulatory surgery. This is the result of the great work done by the National scientific associations.



Carlo Castoro,
MD
President of International Association for Ambulatory Surgery

Despite major improvements we have a lot of work to do. In this difficult economic situation we have the moral obligation to use available resources for maximizing the health benefit of our patients.

The International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) is develop-

ing a strategy and many initiatives to help emerging economies such as Eastern European countries where the day surgery model is still much underutilized.

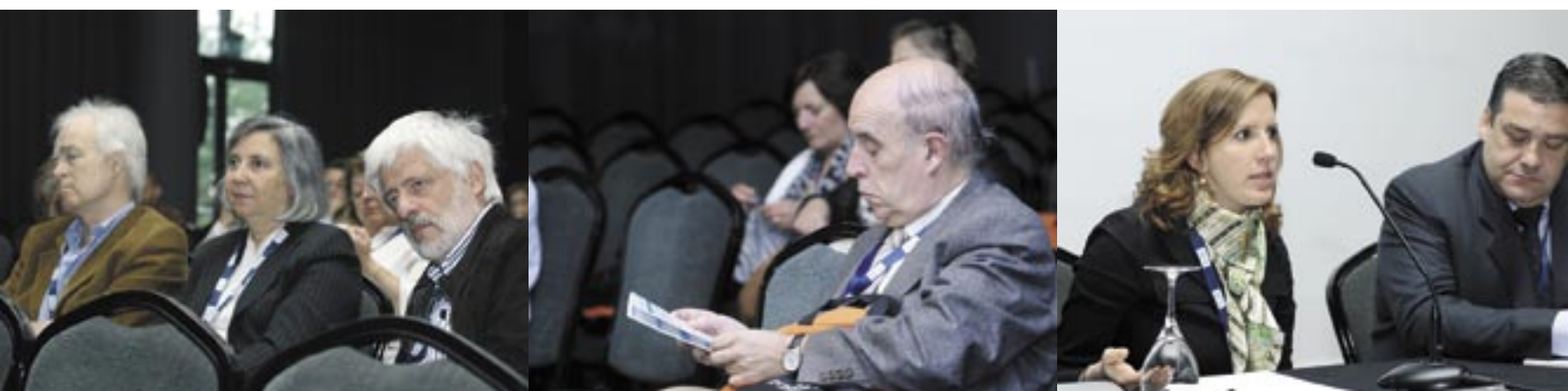
Our aim is to help countries growing rapidly and trying to avoid some mistakes that we did in the past. Now we need strong commitment of policy makers that must understand that day surgery is a real revolution of hospital care. It is safe and high quality care and at the same time if properly organized it is cost-effective. Separating day surgery patients from inpatients allows a significant reduction of inpatients beds, reduction of costs for the hospital and allocation of new resources to critically ill patients.

The future is a big challenge and probably the hospitals in the next years can be much different and maybe be organized on the basis of intensity of care need and not on different specialties. We will probably see a clear separation between critically ill patients, emergency departments and day care services. Outpatient services and day care will increase significantly.

Day surgery has many benefits for the patients. In a day surgery unit the patient is in the centre of the process and all the doctors and the nurses are taking care of him/her. A perfect organization allows the patient to know well in advance the date of surgery and this reduces a lot of problems related to family and work commitments.

Widespread adoption of the day surgery model is a major improvement for our health services.

There are clinical benefits because day surgery is safe and high quality and reduces the risk of hospital acquired infections. Day surgery is also associated with early return to daily routine activities and work. Widespread adoption of the day surgery model is a major improvement for our health services.



Participacion en I Congreso Iberico

Es una gran satisfacción para mí haber podido contribuir a la creación y organización de este I Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Esta idea que surge de la Asociación Portuguesa de Cirugía Ambulatoria hace más de 2 años fue recogida por la Asociación Española de Cirugía Ambulatoria y podemos llegar a Braga con un programa con un contenido científico atractivo y de actualidad.

La idea que nos impulsó este tipo de congresos es que se continúen con periodicidad establecida alternando su celebración en Portugal y en España.

El programa contempla participación de médicos de diversas especialidades, administradores y gestores sanitarios y enfermeros. Es de destacar el enfoque práctico de todas las actividades.

En relación a mi propia participación, modero una interesante mesa sobre encuentros con el experto en las que se tratara de encontrar la mejor técnica en la hernia inguinal así como el enfoque y resolución de las complicaciones.

Participo en una mesa de casos clínicos donde planteo el enfoque y tratamiento del paciente intervenido por

colecistitis crónica litiásica en circuito sin ingreso ante complicaciones.

Modero también mesa de comunicaciones.



**Prof. Doctor
Fernando Docobo
Durantez**
Presidente Comité
Científico de ASECMA,
FACS-EQBS

Entre los trabajos que presenta nuestro grupo de trabajo de la UCMA del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla destacaría:

La práctica de colecistectomía laparoscópica sin pernocta en el centro en una serie de 686 pacientes, en la que la eficacia y seguridad del procedimiento es evidenciado.

Se presentan así mismo las características del circuito asistencial (free-standing) y los controles a realizar. El grado de satisfacción de los pacientes es elevado.

Otro tema a tratar es el tratamiento de las hernias de la pared ab-

dominal con anestesia local y sedación que venimos realizando en los últimos 15 años. Se analiza en este caso una serie de más de 4000 pacientes de las que 2685 eran inguinales.

Los resultados y la calidad percibida por el paciente nos permiten seguir en esta línea que a pesar del reforzamiento con evidencias científicas no tiene una difusión importante en nuestro país.

En los aspectos proctológicos, la hemorroidectomía es en nuestro medio un procedimiento realizable con seguridad y eficacia en circuito sin ingreso. Obliga a una adecuada selección de los pacientes, técnicas de anestesia que bloqueen el periano y controles oportunos. Presentamos una serie de más de 200 pacientes con controles a los 3 años de la intervención con resultados convincentes.

El último aspecto a tratar y no por ello es el menos importante es el de la formación quirúrgica en CMA. En nuestro medio ya se inicia en el pregrado. En el programa de postgrado se realiza en el segundo año principalmente durante un periodo de 6 meses, basado en criterio de adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades. Exigiéndose unos mínimos por cada residente que

deben cumplir al final de dicha rotación. En los últimos años estamos realizando examen de validación de los objetivos planteados.

En resumen creo que nuestra participación en este I Congreso Ibérico de CMA va a ser muy productiva no solo por las aportaciones sino por el intercambio con los demás especialistas de ambos países.

Quisiera felicitar a los organizadores y emplazarles a la próxima reunión en España.

Un cordial saludo.

La formación quirúrgica en los circuitos sin ingreso es esencial. En nuestro medio se inicia en el pregrado con información teórico-práctica.

En el periodo postgrado en nuestro servicio se realiza según el programa nacional de la especialidad se realiza una estancia de 90 días hábiles en la unidad. Se distribuye y se valoran los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas. La percepción entre los docentes y discentes a lo largo del periodo analizado es muy positiva. Otras especialidades quirúrgicas (urología) de nuestro centro afines rotan en nuestra unidad.

Obstructive sleep apnea & the ambulatory patient – should they stay or should they go?

Obstructive Sleep Apnea (OSA) is an extremely common and often undiagnosed disease process with significant pathophysiological consequences. The pathophysiology involves a cycle of airway collapse causing apnea/hypopnea leading to hypoxemia/hypercarbia/acidosis, which is followed by CNS arousal. This arousal causes sympathetic stimulation. Thus, these patients are prone to hypoxia, hypertension, right heart failure, pulmonary hypertension and arrhythmias. Patients with OSA are more likely to be difficult to ventilate and intubate, and are at greater risk of cardiorespiratory arrest in the perioperative period.



**Danielle Ludwin,
MD**
Assistant Professor
of Anesthesiology,
Columbia University
College of Physicians
& Surgeons, Columbia
University Medical
Center, New York, NY

In order to best take care of this patient population – the first objective is to identify patients with OSA. Several

screening tools have been developed that assist in recognizing patients with OSA. These include the ASA guidelines, and the STOP-BANG screening. Ideally if OSA patients can be recognized prior to the day of surgery – decisions can be made if patients need further interventions prior to their surgery.

Once patients with OSA are identified, they can be risk-stratified into mild, moderate, or severe OSA. Depending on the severity of the OSA, certain patients may or may not be candidates for ambulatory surgery. Patients with chronic pain also need special consideration. Ideally OSA patients should be scheduled as first cases of the day.

Anesthetic techniques should be carefully selected in these patients. Regional anesthetics, multimodal analgesia and minimizing opioids should be used whenever feasible. During extubation, patients should be fully awake and reversed if neuromuscular blockade has been used. Avoiding the supine position by placing patients semiupright or lateral can decrease obstruction. For monitored anesthetic care, etCO₂ should be monitored.

It is important to consider the anesthetic setting for these patients. For example, at a freestanding ambu-

latory center if the patient warrants admission postoperatively a transfer to an inpatient setting must be arranged. Thus risk-stratifying patients potentially minimizes unanticipated admissions and transfers.

The ASA guidelines comment that the literature is insufficient to offer guidelines regarding which patients with OSA can be safely managed on an outpatient as opposed to an inpatient basis, and the appropriate time for discharge of these patients from the surgical facility.

Developing a perioperative anes-

thesia protocol may be the best way to prevent patients with OSA from perioperative complications.

Selective References:

1. American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea. Practice guidelines for the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea. *Anesthesiology* 2006;104:1081-1093.
2. Chung F et al. Validation of the Berlin Questionnaire and American Society of Anesthesiologists Checklist as Screening Tools for Obstructive Sleep Apnea in Surgical Patients 2008;108:822-830.
3. Chung S et al. A Systemic Review of Obstructive Sleep Apnea and Its Implications for Anesthesiologists. *Anesth Analg* 2008;107:1543-63.
4. Bolden N. et al. Avoiding adverse outcomes in patient with obstructive sleep apnea (OSA): development and implementation of a perioperative OSA protocol. *J Clin Anesth* 2009;21:286-93.
5. Seet E. et al. Management of sleep apnea in adults – functional algorithms for the perioperative period: Continuing Professional Development. *Can J Anesth* 2010;57:849-864.

Cirurgia bariátrica em CA

Ambulatorização da cirurgia constitui um dos avanços mais importantes no tratamento dos doentes e na gestão dos serviços de saúde no século XXI. De um reduzido número de procedimentos cirúrgicos nos anos noventa, anos inaugurais da cirurgia de ambulatório, passámos actualmente a uma enorme carteira de operações disponíveis, englobando quase todas as especialidades cirúrgicas, e com os mesmos resultados em termos de morbilidade e de baixas taxas de internamento, e com as vantagens para o doente e para o hospital que a ambulatorização dos doentes acarreta.

A cirurgia bariátrica não podia excluir-se deste avanço. Embora efectuada em doentes de elevado risco cirúrgico, é possível, entre os diferentes tipos de procedimento aplicáveis nesta cirurgia, seleccionar alguns que, pelas suas características técnicas, pela destreza com que são efectuados pelas equipas

cirúrgicas, pela segurança conferida pelos procedimentos anestésicos e em doentes bem seleccionados, se podem aplicar no contexto de cirurgia de 23 h, com pernoita hospitalar.



Dr. Carlos
Nogueira
Serviço de cirurgia,
CHP

O primeiro tema a desenvolver, pelo Dr. John Preto, do Hospital de S. João, do Porto, incidiu sobre este problema: quais os doentes a incluir para cirurgia de ambulatório e qual o(s) procedimento(s) que se deve(m) utilizar no seu tratamento.

Seguidamente, o Dr. Maia da Costa, do Hospital de Braga, abordou a problemática das complicações e seu tratamento. Se bem que muitas complicações sejam de características «minor», há necessariamente algumas, quer intra-operatórias, quer pós-operatórias, que obrigam à permanência do doente em meio hospitalar ou ao seu reinternamento posterior.

A última conferência discutiu um problema importante na avaliação anestésico-cirúrgica do doente obeso, a apneia do sono. A Dr.ª Danille Ludwin, da Columbia University, NY, USA, veio expor-nos a sua opinião e discutir os critérios em que nos podemos basear para dizer se um doente necessita ou não de permanecer no hospital mais do que as 23 horas necessárias para a ambulatorização do procedimento.

Para a discussão dos temas envolvidos, que foi, sem dúvida, interessante e profícua para todos os participantes e

De um reduzido número de procedimentos cirúrgicos nos anos noventa, anos inaugurais da cirurgia de ambulatório, passámos actualmente a uma enorme carteira de operações disponíveis.

assistentes, contamos com a presença do Dr. Jorge Órfão, anestesiológista do HSA, Porto, que nos ajudou a moderar o simpósio.

Encontros com o perito

As sessões científicas «Encontros com o perito» têm como objectivo principal reunir num mesmo espaço de debate alguns dos mais experientes especialistas em cirurgia ambulatória. Em vez das tradicionais apresentações formais de 15 a 20 minutos, a assistência tem assim oportunidade de questionar, comentar e partilhar experiências com os convidados e moderadores das sessões.



Dr. Vicente Vieira
Presidente da
Comissão Organizadora do Congresso.
Vice-presidente da
APCA

Num ambiente descontraído e informal, discutem-se alguns temas controversos e outros que estão na actualidade científica da cirurgia ambulatória: considerações especiais para os doentes diabéticos, que fazem hemodiálise, recomendações para o jejum e alimentação no pós-operatório imediato, critérios de alta e para cirurgia com

recobro prolongados e o tipo de recursos humanos a afectar às unidades de cirurgia ambulatória.

Logo na introdução da sessão realizada ontem foi dito, pela moderadora Dr.ª Paula Sá Couto, que, mais do que uma revisão dos artigos científicos mais recentes ou de medicina baseada na evidência, o objectivo é conhecer as estratégias e o modo de actuação dos convidados no dia-a-dia das suas unidades de cirurgia ambulatória.

Estas considerações iniciais foram reforçadas mais tarde, durante o debate, pela constatação de que muitas das recomendações do passado têm sido progressivamente flexibilizadas e os limites da actuação clínica em cirurgia ambulatória cada vez mais alargados.

Tal facto fica a dever-se, na opinião dos especialistas convidados, aos desenvolvimentos científicos e tecnológicos que, entretanto, contribuíram para o progresso e aperfeiçoamento das diferentes especialidades cirúrgicas e da Anestesiologia.

Segundo referiram, o desenvolvimento da cirurgia laparoscópica minimamente invasiva permitiu a realização de procedimentos cirúrgicos mais complexos, com menor incidência de complicações. O aparecimento de no-

Na minha opinião, a adopção e monitorização periódica de indicadores de qualidade, bem como a realização regular de auditorias internas aos serviços, permite identificar os principais problemas de cada unidade e ajudar na definição da melhor estratégia para os resolver.

vos fármacos anestésicos, com melhor perfil de segurança, e de dispositivos de via aérea menos invasivos e pouco traumáticos permitiu também intervir sobre doentes nos extremos etários e em pior estado geral com os mesmos padrões de segurança.

Para estes «peritos», também contribuem positivamente para o desenvolvimento da cirurgia ambulatória o treino, a experiência e a diferenciação de pessoal médico e de enfermagem nesta área, pelo que recomendam esta estratégia para aqueles que desejem implementar um programa de cirurgia ambulatória de sucesso.

Na minha opinião, a adopção e monitorização periódica de indicadores de qualidade, bem como a realização regular de auditorias internas aos serviços, permite identificar os principais problemas de cada unidade e ajudar na definição da melhor estratégia para os resolver. Apesar de achar importantíssima a existência de recomendações e orientações nacionais e internacionais, as mesmas deverão ser sempre adaptadas à realidade local de cada unidade de cirurgia ambulatória. Isso mesmo será por mim sublinhado na sessão científica de hoje, que vou moderar.

Estas sessões, altamente participadas pela audiência, contam com a participação de peritos nacionais e espanhóis e também com a presença da Dr.ª Beverly Phillip (Harvard University), uma das maiores autoridades mundiais na matéria, que interviu na sessão de ontem.

Jornal do

VIII CONGRESSO NACIONAL
DE CIRURGIA AMBULATORIA
I CONGRESSO IBÉRICO
DE CIRURGIA AMBULATORIA

agradece o apoio de todos os que contribuíram para a realização deste Jornal, nomeadamente:

Associação Portuguesa
de Cirurgia Ambulatória

PRODUÇÃO

JAS
FARMA
COMUNICAÇÃO

COORDENAÇÃO
Ana Branquinho

www.jasfarma.com
geral@jasfarma.com

Tel.: 21 850 40 00

Patrocinadores

BRAUN

MSD

Baxter

Pfizer

ETHICON

Ethicon
Endo-Surgery

Recomendações e Consensos em CA

Os congressos de cirurgia ambulatória caracterizam-se pelo encontro de vários profissionais (anestesiologistas, cirurgiões e enfermeiros), os quais intervêm no percurso do doente.



Dr.ª Paula Sá
Couto
Membro da Direcção
da APCA

Pelo facto do trabalho em equipa ser uma realidade neste modelo cirúrgico, as sessões científicas com interesses comuns aos vários profissionais são uma realidade a ser explorada.

Nesta sessão, «Recomendações e Consensos em CA», procura-se transmitir os *Consensus* internacionais acerca do estado da arte em Medicina do estudo e tratamento perioperatório das patologias mais prevalentes na nossa população, como são a doença cardiovascular e a diabetes. Na Europa, e em doentes com mais de 65 anos, pelo menos 40% têm doença cardiovascular e tomam mais que dois medicamentos para a sua patologia e cerca de 12%

são diabéticos. As sociedades científicas europeias e americanas têm vindo a desenvolver recomendações para estas patologias.

O estudo dos doentes para cirurgia ambulatória e que exames pré-operatórios são necessários são também questões de ampla discussão internacional. O desafio será interrogarmo-nos se são necessários e úteis os clássicos estudos pré-operatórios (exames laboratoriais e ECG).

Esperamos que a sessão tenha sido esclarecedora e que seja capaz de levar à mudança, quando necessária, de alguns velhos hábitos que, como veremos, nem têm fundamento científico.

Esperamos que a sessão tenha sido esclarecedora e que seja capaz de levar à mudança, quando necessária, de alguns velhos hábitos que, como veremos, nem têm fundamento científico.

ENCONTROS COM O PERITO

Doente em hemodiálise, jejum pré-operatório, reinício alimentação, alta e limites de idade

Em primeiro lugar o modelo: fora das mesas convencionais, sobretudo expositivas, em que o papel do protagonista é ocupado pelo orador, este modelo, «Encontros com o perito», rompe desde logo com esse papel. A audiência assume particular importância e é em torno dela que a discussão é organizada. O modelo não poderia ser mais feliz e em linha com a ousadia deste congresso.



Dr. Rui
Guimarães
Médico do Serviço
de Anestesiologia do
Hospital de Braga.
Membro da Direcção
da Sociedade Portuguesa
Anestesiologia

Uma excelente oportunidade para poder estabelecer diálogo com quem reconhecidamente é convidado como perito na matéria. Sem grandes formalismos e sem qualquer protocolo, convidamos toda a gente a intervir, esclarecendo dúvidas, opinando e parti-

lhando até realidades distintas. A recolha de contributos é mútua: os próprios peritos aproveitam também para obter interessantes sugestões. Fora da mesa, criam-se laços, trocam-se contactos e estabelecem-se canais de comunicação para o futuro.

Com o evoluir da Medicina, a tendência é a de espertilhar conhecimentos e subspecializar até à molécula as diferentes áreas de saber.

Depois de analisado o modelo, vamos ao conteúdo: onde se tocam temas tão diferentes? O que têm em comum temas como a hemodiálise, jejum, limites de idade? Qual a pertinência destes tópicos, sendo que pertencem ao domínio trans-

versal de tantas especialidades médicas? A resposta é simples – o Doente!

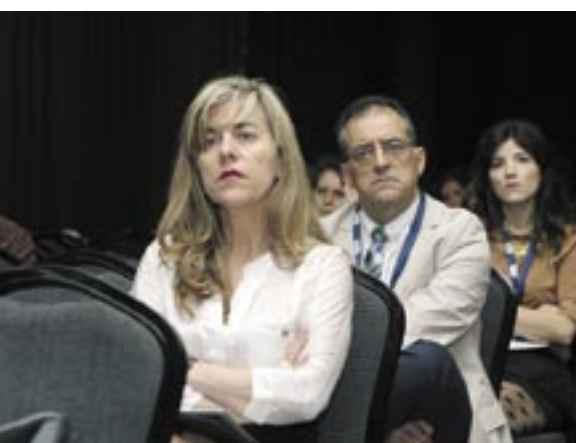
Com o evoluir da Medicina, a tendência é a de espertilhar conhecimentos e subspecializar até à molécula as diferentes áreas de saber. Cada um parece saber apenas da sua área de diferenciação. O doente como um todo é muitas vezes relevado para segundo ou terceiro plano. A questão aqui é que é preciso resolver os problemas ao doente e não criar-lhe ainda mais problemas. Esta mesa pretende juntar assim vários assuntos que, por não serem assumidos por apenas uma única área de diferenciação, criam muitas vezes legítimas dúvidas e diferentes orientações, algumas delas com custos indirectos elevados quer para o doente, quer para o sistema.

O elenco escolhido não poderia ser melhor; a começar na minha colega moderadora, Dr.ª Paula Sá Couto, da Direcção da própria APCA, passado pelo Dr. Vicente Vieira, entusiasta de há muito da cirurgia de ambulatório, também membro da APCA e director do Serviço de Anestesiologia do Hospital de Braga, e os nossos outros 2 peritos convidados, reflectindo as realidades Espanhola e Americana, respectivamente, Dr.ª

Esta mesa pretende juntar assim vários assuntos que, por não serem assumidos por apenas uma única área de diferenciação, criam muitas vezes legítimas dúvidas e diferentes orientações, algumas delas com custos indirectos elevados quer para o doente, quer para o sistema.

Matilde Zaballos (Madrid) e Dr.ª Beverly Phillip (Harvard University).

Com todos estes ingredientes, estão reunidas as condições para uma mesa de sucesso. Bom proveito!



Qualidade em cirurgia de ambulatório

A Qualidade em Cirurgia de Ambulatório é um dos temas abordados no VII Congresso Nacional/I Congresso Ibérico de Cirurgia de Ambulatório.

Assistimos na última década a um crescimento e diferenciação da cirurgia de ambulatório. A qualidade dos cuidados prestados em ambulatório foi sempre preocupação dos grandes impulsionadores deste modelo de cuidados centrados no doente.



Dr.ª Ana Marcos
Assistente hospitalar graduada de Anestesiologia do CHVNGaia/Espinho EPE. Directora da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A avaliação da qualidade, a consequente melhoria contínua e o aumento da efectividade constituem um grande desafio para os profissionais de saúde. Como consequência, verifica-se que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde tem despertado, nos últimos anos, interesse crescente, que se

tem manifestado, não só ao nível dos decisores políticos e das administrações hospitalares, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios doentes.

A qualidade deve ser definida, medida e comparada, sendo os seus resultados passíveis de divulgação pública, tendo como desiderato a melhoria contínua dos cuidados prestados. Não se pode portanto falar, em abstracto, de qualidade se não se dispuser de mecanismos que permitam medi-la e avaliá-la.

O modelo de avaliação da qualidade assenta na tríada definida nos anos 60, constituída pelas componentes estrutura, processo e resultados.

A componente estrutura é caracterizada por aspectos relativamente estáveis, como as instalações da organização de saúde, os equipamentos, os profissionais e os recursos que têm ao seu alcance, os locais e o modelo de organização do trabalho. O processo diz respeito ao conjunto de actividades que os profissionais realizam para os utentes, bem como as respostas destes, e inclui as actividades de decisão ao nível diagnóstico e terapêutico e as acções preventivas. Os resultados referem-se tanto aos níveis de saúde

como à satisfação dos utentes/doentes e familiares.

No âmbito da cirurgia de ambulatório, e de acordo com as propostas da CNADCA, segundo o Despacho Ministerial n.º 3011/2008, de Novembro, com referência às recomendações para a organização e desenvolvimento da cirurgia de ambulatório, têm sido usados indicadores clínicos de qualidade.

A avaliação interna da taxa de cancelamentos, da taxa de internamentos imprevistos, de reintervenções e readmissões hospitalares (nas primeiras 24 h ou até 28 dias), assim como a avaliação da satisfação do utente, são já uma prática comum na generalidade das Unidades de Cirurgia de Ambulatório.

A Entidade Reguladora da Saúde, dentro das suas competências, tem desenvolvido para a área da cirurgia de ambulatório, integrado no projecto SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), um conjunto de indicadores de qualidade que permitirá obter um *rating* dos prestadores.

O trabalho e dedicação em prol do desenvolvimento e da qualidade da cirurgia de ambulatório dos conferencistas que abordam este tema no congresso são conhecidas e reconhecidas

por todos. Nos tempos em que ainda o país parecia acordar e demorava a atribuir à cirurgia de ambulatório o valor que todos hoje reconhecem já o Dr. Paulo Lemos tinha um grande caminho percorrido e o Dr. Eurico Castro Alves dedicava uma atenção relevante à cirurgia de ambulatório.

A qualidade deve ser definida, medida e comparada, sendo os seus resultados passíveis de divulgação pública, tendo como desiderato a melhoria contínua dos cuidados prestados.

O interesse multi e pluridisciplinar da cirurgia de ambulatório juntará nestes três dias, na cidade de Braga, centenas de profissionais de saúde, para se envolverem e discutirem o que hoje parece ser o caminho para a resolução de questões que a todos preocupam.

Avaliação da qualidade das UCA: o que medir?

Nos últimos anos, registou-se uma evolução muito significativa da expressão da cirurgia em regime de ambulatório (CA) no nosso país, sendo hoje corrente pensarmos que mais de 50% de toda a actividade cirúrgica programada é realizada naquele regime cirúrgico.



Paulo Lemos, MD
Chefe de serviço de Anestesiologia do CHP, Porto. Ex-presidente da APCA. Immediato past-president da IAAS
E-mail: paulo.f.lemos@netcabo.pt

Contudo, esta evolução quantitativa não tem sido acompanhada por uma avaliação qualitativa dessa mesma actividade.

Por outro lado, existe o reconhecimento da comunidade internacional para a crescente importância de avaliar a qualidade como um fenómeno crítico para a melhoria da prestação de cuidados de saúde à população. Organizações no domínio da saúde são frequentemente solicitadas a apre-

sentar dados sobre vários aspectos da sua actividade, sendo os indicadores clínicos ferramentas valiosas para traduzirem a qualidade da performance desses serviços.

Este enfoque na avaliação da performance resulta também da crescente competição entre serviços, que procuram evidenciar, através dos seus resultados, uma clara melhoria da qualidade, que se poderá traduzir por uma maior segurança, maior equidade no acesso e eficácia na prestação e melhor eficiência para doentes com grau de satisfação mais elevado.

Com excepção do trabalho desenvolvido pelo *Australian Council on Healthcare Standards* (ACHS - www.achs.org.au), na Austrália, desde 1989, os indicadores clínicos não são ainda utilizados de forma sistemática na avaliação da qualidade da performance, no âmbito da CA.

A popularidade deste regime cirúrgico tem vindo a aumentar de forma exponencialmente crescente devido às múltiplas vantagens clínicas, sociais e económicas que lhe estão associadas. A baixa taxa de eventos adversos ou complicações no intra e pós-operatório justificam ainda mais esse rápido crescimento.

Nos últimos anos, registou-se uma evolução muito significativa da expressão da cirurgia em regime de ambulatório (CA) no nosso país, sendo hoje corrente pensarmos que mais de 50% de toda a actividade cirúrgica programada é realizada naquele regime cirúrgico.

Contudo, estes programas cirúrgicos deveriam ser continuamente monitorizados, de forma a garantirem uma elevada qualidade dos serviços clínicos prestados à população. Os indicadores clínicos, em especial os relacionados com o *outcome*, devem ser implementados de uma forma conti-

nua, para que se possa facilmente demonstrar a segurança, eficácia e eficiência destes programas e a justificação crescente de incentivos à sua prática.

Sendo um dos seus objectivos principais na prossecução de uma prática de elevada qualidade no âmbito da cirurgia em regime de ambulatório, a Associação Internacional de Cirurgia Ambulatória (IAAS) promoveu o desenvolvimento de um projecto europeu financiado pela Comunidade Europeia, *Day Surgery Data Project* (www.dsdp.eu), que fosse capaz de identificar e validar um conjunto de indicadores cuja avaliação se tornasse num *standard* de boas práticas internacionais. Este projecto deverá apresentar as suas conclusões até final do ano.

Este conjunto de indicadores, quando estiver devidamente validado, poderá tornar-se numa excelente ferramenta, que nos permita, de uma forma sistemática e continuada, apresentar resultados qualitativos da performance das UCA, assim como permitir uma comparação entre unidades, podendo ser utilizado como *benchmarking* no âmbito da prática cirúrgica em regime de ambulatório.

«Fast track» anaesthesia tech

The goal of ambulatory anesthesia is to maximize the quality of patient care. We must provide anesthesia with a smooth onset, good intraoperative conditions, and rapid recovery with minimal symptoms, culminating in our patient's return to normal function.



Beverly K. Philip, MD
Professor of Anaesthesia, Harvard Medical School. Founding Director, Day Surgery Unit, Brigham and Women's Hospital Boston, USA

«Fast tracking» embodies an enhanced, overall anesthesia care and recovery process, focusing our efforts even more on the return to normal function as rapidly as possible. This requires the integration of preoperative, intraoperative and postoperative care elements. The preoperative issues concern patient education and setting realistic expectations for ambulatory anesthesia outcomes. Today we will briefly address intraoperative anesthetic choices and then focus on postoperative factors to help reach these goals.

Choice of maintenance anesthetic agents

How can the choice of intraoperative agents contribute to the goals we want to achieve with fast tracking? Some general conclusions can be drawn. Both desflurane and sevoflurane show faster early and intermediate recovery and fewer side effects than isoflurane when used for maintenance^(1,2). However, times to facility discharge were not significantly different; this may reflect the need to change recovery care protocols in order to actualize the drug differences. When the two newer volatile agents are compared with propofol maintenance for ambulatory anesthesia, propofol infusion has slower recovery indices⁽³⁾.

In studies that compare desflurane with sevoflurane directly, there appear to be no significant recovery time differences between them for cases approximately 1-hr duration⁽⁴⁾. Remifentanyl infusion provides good

hemodynamic and autonomic control without prolonging recovery⁽⁵⁾. However, the use of opioid-neuromuscular blocker combination anesthetics without a volatile appears to increase the risk of intra-operative awareness⁽⁶⁾.

Using «better» agents only for the end of the anesthetic is, in general, not effective. Giving 30 min of desflurane after 90 min isoflurane produces recovery indices that are indistinguishable from an isoflurane-only group⁽⁷⁾. Computer simulations of this anesthetic show that the low-solubility agent washes out promptly, and the remainder of anesthetic elimination and clinical recovery are attributable to the residual isoflurane. A related observation has been made concerning the use of a propofol «sandwich» technique to reduce PONV⁽⁸⁾. Propofol induction-isoflurane maintenance anesthetics with the final 30 min of either propofol infusion or isoflurane have similar postoperative nausea/vomiting rates and similar levels of sedation.

Monitored anesthesia care can successfully promote fast tracking if: the surgeon gives effective local anesthesia or field block; side effects with sedation are less if the anesthesiologist gives sedation and not general anesthesia; and if both surgeon and patient understand that goal is sedation and not completely «out». Interscalene regional anesthesia for shoulder surgery can provide lower pain VAS scores, less nausea, and faster times to ambulation, fluids intake, and home readiness⁽⁹⁾.

Recovery challenges

The two major recovery challenges for ambulatory procedures are management of postoperative pain and management of postoperative nausea. For both, it is important to plan for recovery from the beginning of the anesthetic.

Management of postoperative pain is best addressed by a multimodal approach. The cornerstone of fast-tracking pain control is the consistent use of pre- or intra-operative local infiltration and regional blocks. These can be used alone or as adjuncts to general techniques, and preferably with long-acting agents. Whenever possible, nonsteroidal anti-inflammatory analgesics should be given to improve analgesia,

such as oral celecoxib preop or IV ketorolac given so that the drug will be effective by the end of the operation.

Operationally, small boluses of opioids such as fentanyl 25-50 ug should be given near the end of the operation to maximize their effect for postoperative pain management. It is also important to educate patients that the abolition of pain after surgery is not a realistic goal.

Nausea and vomiting [N/V] remains the most common reason for admission after ambulatory anesthesia and surgery. It is a multifactorial problem, and therefore has no single solution. Each potential contributing cause should be assessed and addressed, with a systematic and cost conscious approach.

We must provide anesthesia with a smooth onset, good intraoperative conditions, and rapid recovery with minimal symptoms, culminating in our patient's return to normal function.

N/V is affected by hydration and food intake. It is important to instruct patients about an appropriate duration of preoperative fasting. The ASA recommends that most patients of all ages may have unlimited amounts of clear fluids until 2 hours before surgery, human milk until 4 hours, and nonhuman milk or light solids until 6 hrs.⁽¹⁰⁾ Patients who have disease processes that delay gastric emptying or have positional gastroesophageal reflux should continue to be treated with «full stomach» precautions and have a complete fast after midnight. At the Brigham and Women's Hospital, we have administratively interpreted these recommendations to permit clear liquids until 4 hrs (2+2) preoperatively, and

no solids after midnight; this permits us to maximize flexibility of the operating schedule.

Oral preoperative hydration is usually supplemented by intravenous fluid administration. Consider the patients' 24-hour fluid requirement in these assessments. ASA Postanesthesia Guidelines now recommend that patients should not be required to drink fluids before discharge. Do not push patients to eat solid foods in the ambulatory surgical facility. Over 35% of postoperative N/V occurs after discharge from the surgical facility, and often in patients who have not had symptoms before⁽¹¹⁾. Anecdotes from postop telephone contacts have suggested that the car ride home frequently precipitates N/V.

Another major factor in the control of N/V for ambulatory patients is the appropriate use of opioids. Literature suggests that the conventional use of 75-100 ug of fentanyl at the time of anesthesia induction is ineffective for postoperative pain, because of the short duration of action of fentanyl at these doses^(12,13). However, when compared with the peri-induction administration of ibuprofen PO or ketorolac IV, patients who received fentanyl experienced more postoperative pain and more postoperative nausea. These patients also required more rescue emetics, had longer times to ambulation and discharge readiness, and had more pain at home. Furthermore, the effects are dose related.

The severity of nausea in PACU-2 has been shown to be proportional to the total fentanyl dose⁽¹²⁾, and the efficacy of ondansetron or metoclopramide treatment is inversely proportional to the intraoperative fentanyl dose⁽¹⁴⁾. Therefore, we recommend that the dose of opioids given to ambulatory surgery patients be limited to the amount that is needed after administering local/regional anesthesia and nonsteroidal analgesics. These opioids should be given in small increments beginning near the end of the procedure, rather than peri-induction, to maximize analgesic benefit and minimize N/V.

Opioid alternatives should be considered. Both local anesthetics and NSAIDs have been shown to reduce opioid dose and reduce the opioid side effects nausea and vomiting^(15,16). Beta-



niques

blockers can be used to address autonomic responses instead of opioids. They reduce anesthesia drug requirements (MAC); in ambulatory patients, esmolol has been shown to decrease heart rate and BP response to intubation, hasten emergence, decrease postop analgesic requirement postop⁽¹⁷⁾.

Alpha-2 adrenergic agonists such as clonidine and dexmedetomidine can result in a limited (20%) but significant reduction in pain VAS after laparoscopic tubal ligation⁽¹⁸⁾, but have uncertain impact on PONV and are long-acting; their benefits related to sedation with little respiratory depression have primarily been used for long cosmetic surgery. Low-dose ketamine 10-20 mg can reduce postoperative pain⁽¹⁹⁾, and complementary pain control techniques such as acupuncture or TENS may also help. Long acting opioids should in general be avoided, to limit long acting side effects.

The first step in antiemetic therapy is to determine patient and surgical risk factors for PONV.

The first step in antiemetic therapy is to determine patient and surgical risk factors for PONV. Antiemetic drug prophylaxis should be considered for medium-high risk patients. A discussion of the pros and cons of the antiemetic drugs can be found in recent consensus guidelines⁽²⁰⁾. The clinical application of this information is an incremental approach to PONV treatment based on effectiveness and cost.

At BWH, routine antiemetics include dexamethasone 4 mg IV postinduction, ondansetron 4 mg preawakening, and preoperative transdermal scopolamine patch⁽²¹⁾; ephedrine⁽²²⁾ 35-50 mg IM and metoclopramide 20 mg IV are also used. Droperidol 0.6-1.25 mg is highly effective. Serotonin antagonists such as ondansetron and

dolasetron are useful as treatment drugs if they have not been given for prophylaxis; treatment doses appear to be 1/4 the prevention doses. Promethazine 6.25 mg is more sedating but can be used at that dose for ambulatory patients postop if an additional drug is needed.

A final factor is patient satisfaction. Postoperative patients have identified factors that determine satisfaction with Ambulatory Surgery care. #1 was Friendliness of staff and #2 was Surgeon's postop visit in PACU – above all other issues⁽²³⁾.

References:

1. Philip B et al. *Anesth Analg* 1996;83:314-9.
2. Ghouri A et al. *Anesthesiology* 1991;74:419-24.
3. Song D et al. *Anesth Analg* 1998;86:267-73.
4. Tarazi EM, Philip BK. *J Clin Anesth* 1998;10:272-7.
5. Philip BK et al. *Anesth Analg* 1997;84:515-521.
6. Domino KB et al. *Anesthesiology* 1999;90:1053-61.
7. Neumann M et al. *Anesthesiology* 1998;88:914-21.
8. Gan TJ et al. *Anesthesiology* 1996;85:1036-42.
9. Hadzic A et al. *Anesthesiology* 2005;102:1001-7.
10. ASA "Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration" *Anesthesiology* 2011; 114:495-511.
11. Carroll NV et al. *Anesth Analg* 1995;80:903-9.
12. Sukhani R et al. *Anesth Analg* 1996;83:975-81.
13. Rosenblum M et al. *Anesth Analg* 1991;73:255-9.
14. Polati E et al. *Anesth Analg* 1997;85:395-9.
15. Moiniche S et al. *Anesth Analg* 2000; 90:899-912.
16. Marret E et al. *Anesthesiology* 2005;102:1249-60.
17. White PF et al. *Anesth Analg* 2003;97:1633-8.
18. Aho MS et al. *Anesth Analg* 1991; 73: 112-8.
19. McCartney C et al. *Anesth Analg* 2004;98:1385-400.
20. Gan TJ et al. *Anesth Analg* 2007;105:1615-28.
21. Kranke P et al. *Anesth Analg* 2002;95:133-43.
22. Hagemann E et al. *Acta Anaesth Scand* 2000;44:107-11.
23. Tarazi EM, Philip BK. *Amer J Anesth* 1998;25:154-7.

Invasão mínima e ambulatorio?

O tema deste *simposium* não poderia ser mais actual e convergente, vindo na senda do profícuo congresso conjunto da APCA e da SPCMIN, em 2011.

O início da era da cirurgia endoscópica foi avassalador pelo impacto directo na recuperação pós-operatória. É praticamente coincidente a popularização de cirurgia de ambulatorio, visando a curta permanência hospitalar e a diminuição do stress perioperatório.



Dr. Jaime Vilaça
Secretário-geral da
Sociedade Portuguesa
de Cirurgia Minimamente Invasiva

Já nos anos 2000, o conceito de cirurgia de recuperação rápida tem-se vindo a alargar, depois das publicações dos grupos escandinavos de cirurgia colorrectal. Sobressai desta experiência a optimização multidisciplinar do doente antes, durante e após a cirurgia: jejum mínimo, analgesia eficaz e com poucos efeitos colaterais, redução da náusea e vômito, diminuição da agressão cirúrgica, mobilização precoce, etc.

O tema deste *simposium* não poderia ser mais actual e convergente, vindo na senda do profícuo congresso conjunto da APCA e da SPCMIN, em 2011.

Portanto, menos stress, menos compromisso imune, melhor recuperação, menos complicações.

Na vanguarda do tema, a Organização não facilitou e traz-nos um painel de palestrantes extraordinário, donde esperamos uma visão bem actualizada e baseada na evidência.

De início, ouviremos o Prof. Jorge Correia Pinto, que é a referência nacional em investigação cirúrgica, coordenador do Domínio de Investigação em Ciências Cirúrgicas do ICVS (Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde) da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho. Este investigador tem dedicado os últimos anos a coordenar uma vasta equipa que estuda novas abordagens endoscópicas transviscerais, visando procedimentos tendencialmente menos agressivos e, claro, mais «ambulatoriais».

Será com toda a certeza uma sessão visionária e apaixonada, que nos ficará na memória.

O Prof. Manuel Planells Roig é director do Instituto de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Quirón, em Valência, Espanha. Com vasta prática em cirurgia de ambulatorio, dedicou muitos dos seus estudos à optimização de condições de segurança e conforto para a realização de colecistectomia laparoscópica, com retorno a casa no mesmo dia.

A Prof.ª Beverly K. Philip é uma referência na anestesia em cirurgia de ambulatorio e é directora da Day Surgery Unit do Brigham and Women Hospital em Boston, Estados Unidos da América. Em mais de 30 anos de carreira, tem publicado amplamente trabalhos que visam a optimização do uso de fármacos e da monitorização intra-operatória para a cirurgia de ambulatorio.

Será com toda a certeza uma sessão visionária e apaixonada, que nos ficará na memória.

A resposta à questão «Invasão mínima e ambulatorio?» é: Tudo a ver!

Indiscutivelmente, imperdível!



Sinopse dos cursos pré e pós-congresso

No âmbito do I Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória, que inclui o VII Congresso Nacional e a VII Reunião Nacional de Enfermagem para Cirurgia Ambulatória, como vem a ser hábito, foram organizados um conjunto de cursos pré e pós-congresso, cujo objectivo se tem linearmente definido pela necessidade crescente de conhecimentos com elevados índices de qualidade que a cirurgia ambulatória exige.



Dr.ª Sílvia Pereira
Internista de Cirurgia
Geral do HGSA-CHP
bia.mpereira@gmail.
com

O curto período de permanência do doente nos estabelecimentos de saúde, aliado ao acto cirúrgico em regime de ambulatório, o número cada vez maior de procedimentos realizados, a introdução de cirurgia cada vez mais diferenciada, os procedimentos cada vez menos invasivos, associando a eficiência à recuperação mais precoce do doente, são exemplos que traduzem a importância do investimento na qualificação de grande nível do cirurgião e enfermeiro nas unidades de cirurgia ambulatória. Essa será a obrigação pessoal e moral que deve acompanhar todos os profissionais, quer se trate ou não da cirurgia ambulatória, com a diferença da responsabilidade do acto cirúrgico no doente que precocemente se deslocará para o domicílio.

Neste congresso, foram organizados 7 cursos, dirigidos quer a médicos, internos ou especialistas de áreas cirúrgicas, quer a enfermeiros.

A anatomia humana e as questões sobre habilidades cirúrgicas são exactamente as mesmas em todo o mundo, por isso, temos a intenção de encontrar percursos e princípios comuns ao formando em cirurgia, com eficiência. O curso de «Laparoscopia» básico, cuja responsável é a Dr.ª Isabel Mesquita, especialista de Cirurgia Geral no Hospital Geral de Santo António (HGSA) - Centro Hospitalar do Porto (CHP), usufrui das instalações de grande qualidade que a Escola de Ciência da Saúde da Universidade do Minho possui, com um laboratório de laparoscopia por excelência, com simuladores e material de laparoscopia no patamar da cirurgia moderna.

A introdução da laparoscopia vai de encontro ao interesse revelado nesta formação específica e à difusão das técnicas minimamente invasivas no tratamento da maioria das patologias cirúrgicas. As vantagens mais publicitadas são a de menor dor, recuperação mais rápida, melhores resultados estéticos e menor taxa de complicações de

ferida operatória. Mas estes aspectos são apenas alguns de tantos outros que se podem nomear.

À semelhança de outras especialidades, como a Ginecologia e a Urologia, a Cirurgia Geral é, actualmente, das mais entusiastas na aplicação das técnicas minimamente invasivas, quer em cirurgia de urgência, quer electiva, patologia benigna ou maligna, percorrendo praticamente todos os segmentos anatómicos. É disso exemplo a cirurgia biliar e da obesidade, passíveis de se realizar em ambulatório, a cirurgia cólica, hepática, pancreática, entre muitas outras, que neste caso se realizam em regime de internamento, na actualidade.

Como outras técnicas, também a cirurgia laparoscópica necessita de treino, para que possa ser executada de forma optimizada. É, actualmente, reconhecido pelas principais escolas cirúrgicas que o treino inicial em laboratório, quer em modelos mecânicos, virtuais ou animais, é estritamente necessário antes da aplicação em doentes.

Neste congresso, foram organizados 7 cursos, dirigidos quer a médicos, internos ou especialistas de áreas cirúrgicas, quer a enfermeiros.

A proporcionar a possibilidade de treino constante tão importante, o curso *HomeSimulators (Home Made Endoscopic Simulator)*, a cargo do Dr. João Moreira Pinto, especialista em Cirurgia Pediátrica no HGSA-CHP, vem de encontro aos princípios básicos da laparoscopia, com base num simulador que poderá ser construído em casa, que permitirá a prática e o treino na execução de vários gestos e técnicas básicas de laparoscopia comuns à grande maioria das especialidades cirúrgicas, em qualquer lugar.

A ultra-sonografia é uma ferramenta de diagnóstico importante na maioria das especialidades cirúrgicas e está a modificar a prática cirúrgica. Ter a capacidade de executar e interpretar a ultra-sonografia dá ao cirurgião a vantagem de obter informações imediatas sobre o doente, quer em situações emergentes, quer como uma forma de apoio ao diagnóstico e à decisão de diversas situações do doente cirúrgico, quer como uma forma interventiva, guiando procedimentos, podendo ser um importante apoio intra-operatório.

Nesta base, o curso de «Ecografia/ /Ecodoppler», a cargo da Dr.ª Manuela Certo, especialista em Radiologia do

HGSA-CHP, tem por objectivo proporcionar aos cirurgiões a aquisição de bases ecográficas, dando a conhecer princípios básicos essenciais ao início da sua aplicação, tomando contacto com essa realidade com demonstrações ao vivo e sessões de treino em modelos vivos e anatómicos.

A colocação de cateteres venosos centrais de longa duração é um procedimento há já muito tempo realizado em regime de ambulatório, sendo que a sua prática, e um grande volume de actos necessários, traz o desafio da maior eficiência e rapidez na sua execução, associado ao maior conforto e menor risco de complicações para o doente. A experiência da cirurgia e a tentativa de associar o ecodoppler ao procedimento são dois factores vistos como as principais vantagens.

O curso «Acessos Venosos Centrais» de longa duração, da responsabilidade do Dr. Carlos Magalhães, especialista em Cirurgia Geral e Medicina Desportiva, responsável da Unidade de Cirurgia Ambulatória de Cirurgia Geral do HGSA-CHP (CICA - Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória) e Dr.ª Sílvia Pereira, interna de Cirurgia Geral do HGSA-CHP, tem por objectivo dar a conhecer a prática das diferentes técnicas de cateterização venosa central utilizando acesso por veia jugular, axilar, subclávia e femoral, através da partilha da experiência de diferentes especialistas com grande treino neste tipo de procedimentos e da introdução e treino do ecodoppler como um importante meio de apoio na colocação de acessos venosos centrais.

A cargo da Enfermeira Helena Martins, enfermeira chefe, responsável pela Academia de Formação JMS no Hospital de Braga, o curso «Toque Terapêutico», introduzido pela importância que lhe tem sido atribuída como terapia alternativa, com evidência científica relacionada com a diminuição da intensidade da dor, do stress e aumento da resposta em tratamentos, incluindo a cicatrização de feridas, o que poderá representar um enfoque importante, aliado à convalença precoce que se procura no doente.

O trabalho desenvolvido pela Enfermeira Dolores Krieger tem crescido e angariou muitos adeptos em vários países. O toque terapêutico assumiu a condição de curso e passou a ser ministrado aos alunos do Mestrado e Doutoramento em Enfermagem, na Universidade de Nova Iorque, e também pela Ordem dos Enfermeiros da província de Quebec, no Canadá, e por muitos hospitais americanos. Actualmente, encontra-se em franco desenvolvimento também na Europa e em Portugal.

O curso de «Instrumentação em Artroscopia», coordenado pela Enfermeira Célia Castanheira, do HGSA-CHP (CICA), com formação em bases teóricas na abordagem artroscópica e toda

a sua instrumentação. Um curso que inclui todo o desafio da prática e do conhecimento exigidos neste procedimento, quer para os ortopedistas, ou enfermeiros.

A excelência e o futuro do ensino e treino em cirurgia estão nas mãos de cada um de nós.

Por último, o «Workshop de Gestão de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória», também organizado pelo Dr. Carlos Magalhães e Dr.ª Sílvia Pereira. O peso que a cirurgia ambulatória adquire progressivamente no conceito da cirurgia actual, e que em vários locais do mundo já responde pela maior «fatia» dos procedimentos cirúrgicos de diversas especialidades, é inevitável que represente uma evolução dos conceitos de economia e gestão de unidades de saúde. Além das mais diversas vantagens que a cirurgia ambulatória traz ao doente, são inquestionáveis os baixos custos da cirurgia directa ou indirectamente envolvidos.

Aliado ao mais vasto conjunto de vantagens, sempre que o doente integre características passíveis de inclusão neste regime, surge um exigente plano de gestão, quando se associa economia, qualidade e o bem-estar do doente no seu expoente máximo. Estarão presentes convidados com importante enfoque nesta área, quer a nível nacional como internacional. Além da partilha de experiências, serão abordados os diversos aspectos relevantes e tidos em conta na gestão dos principais centros de referência de cirurgia ambulatória em todo o mundo.

Apesar da ênfase que é dada à formação pela exigência da qualificação dos profissionais da cirurgia ambulatória, o treino e aquisição de conhecimentos e *skills* permanece relevante para qualquer regime operativo.

A temática repete-se a cada minuto do dia nos últimos tempos, a economia europeia, a economia portuguesa e as dificuldades que vislumbramos numa tentativa de recuperação.

Mas mantemos por detrás da cortina a qualidade crescente que a saúde em Portugal tem procurado manter, que se tem revelado ao nível mais qualificado, sofisticado e exigente do mundo. Estes têm sido esforços alimentados por um vasto grupo de profissionais de saúde de Norte a Sul de Portugal, que transmitem o «gene» e a sua importância, mas nem sempre notado.

A excelência e o futuro do ensino e treino em cirurgia estão nas mãos de cada um de nós.

Financiamento e gestão em cirurgia

A cirurgia ambulatória ocupa, nos últimos anos, uma posição de destaque e de liderança nos programas de cirurgia electiva. Na última década, em Portugal, a CA está incluída nas áreas com maior crescimento e desenvolvimento.



Dr. Carlos
Magalhães
Presidente da APCA

O seu principal factor de sucesso e de desenvolvimento é a sua característica multidisciplinar, assim como a garantia de segurança e de elevados índices de qualidade e segurança no tratamento dos pacientes.

Devido aos avanços tecnológicos, a

procedimentos menos invasivos, técnicas anestésicas mais eficientes, uniformização de protocolos, melhoria de cuidados pós-operatórios e de aspectos de organização das diferentes unidades de cirurgia ambulatória no nosso País, espera-se que este crescimento e este desenvolvimento se mantenham no futuro.

O Ministério da Saúde elegeu e indicou esta área como uma das prioritárias em termos de intervenção e desenvolvimento, no Plano definido para o SNS, para o presente ano.

Com a publicação, em 2008, do relatório da CNADCA, foram identificadas quais as principais dificuldades de expressão nacional da CA, assim como referenciadas as questões a serem consideradas para o seu desenvolvimento.

Em 2011, no nosso País, a percentagem de CA em relação à cirurgia programada aproxima-se dos 50%.

A APCA considera que, em Portugal, já se ultrapassou o patamar da simples quantificação numérica e estatística da CA, sendo que a próxima meta

se deverá centralizar no atingimento de índices de qualidade sobreponíveis aos que se verificam em todos os centros mundiais de referência na área da CA.

Uma das principais dificuldades da evolução e crescimento dos programas de CA em Portugal relaciona-se com as dificuldades de financiamento das próprias UCA e o estabelecimento dos respectivos contratos programa.

O Ministério da Saúde elegeu e indicou esta área como uma das prioritárias em termos de intervenção e desenvolvimento, no Plano definido para o SNS, para o presente ano.

Hoje em dia, verifica-se que um grande número de procedimentos cirúrgicos já se encontra contemplado na listagem de GDH aplicados à cirurgia em regime de ambulatório.

No entanto, essa listagem de cerca de 90 procedimentos deverá ser revista e alargada, para que novos procedimentos mais complexos possam ter um correcto financiamento e ser desta forma incluídos na CA. Este facto irá também funcionar como um estímulo, para que os próprios programas de CA e profissionais neles envolvidos possam alargar os seus limites de intervenção.

A CNADCA propôs, em 2008, que essa listagem contemplasse 158 códigos identificados como passíveis de conterem procedimentos a serem incluídos em programas de CA (excluindo procedimentos de Cardiologia/Hemodinâmica).

Outra medida importante seria a possibilidade de utilização de preço igual para ambulatório e internamento

Pesadelos em cirurgia de ambulatório

FAV, feminino, 24 anos, 54 kg, proposta para biópsia ganglionar axilar excisional em programa de cirurgia de ambulatório.

Antecedentes pessoais: sem hábitos alcoólicos ou tabágicos, sem história de alergia alimentar ou medicamentosa.

Antecedentes patológicos: história de pneumotórax espontâneo em Dezembro de 2010, tendo colocado dreno torácico direito.

Foi seguida em consulta de Medicina para vigilância e estudo, onde realizou TAC torácico que revelou, incidentalmente, massa axilar esquerda com 17 mm de espessura, sem evidência de adenomegalias supraclaviculares ou na região axilar direita.

Em Setembro de 2011, fez ecografia e citologia por biópsia aspirativa da referida lesão, que revelou linfócitos pequenos e de características inespecíficas, a merecer melhor caracterização por biópsia ou exérese de gânglio.

Proposta para biópsia ganglionar em regime de cirurgia de ambulatório

a 27 Fevereiro 2012, pela consulta de Medicina.

Admitida no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório no dia 22 Março 2012.

Fez acolhimento na sala pré-operatória, onde foi realizada a lista de verificação pré-operatória e avaliação dos sinais vitais, não se tendo constatado nenhuma alteração.



Enf. Nelson
Coimbra
HSA

A estratégia anestésica foi uma anestesia geral inalatória, tendo-se realizado a indução com propofol 200 mg + 200 mg efentanil 0,10 mg + 0,05 mg, com colocação de máscara larin-

geproseal n.º 3, em tentativa única e manutenção com desflurano e oxigénio em ar. Fez profilaxia de náuseas e vômitos, analgesia pós-operatória sistémica e fluidoterapia com soro fisiológico (aproximadamente 1000 ml).

Realizada exploração da região axilar esquerda com biópsia excisional de lesão cística, sem se registarem intercorrências.

Clinicamente estável durante todo o procedimento cirúrgico e anestésico.

À chegada ao recobro imediato, a doente apresentava-se consciente e um pouco sonolenta, mas facilmente despertável. Hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória. Oxigenioterapia por cânula nasal com boas saturações. Aos 7 minutos de recobro, inicia dessaturação grave subitamente (satO₂ periférica ~40%), com perda de consciência e necessidade de ventilação manual com insuflador, recuperando gradualmente. À auscultação pulmonar apresentava crepitações grosseiras em ambos os campos pulmonares. Com sinais de dificuldade

Temos que estar preparados para estes acontecimentos, que requerem uma intervenção imediata e eficaz, articulação com outros serviços hospitalares e a preparação e efectivação do transporte do doente.

respiratória, sem instabilidade hemodinâmica associada.

Quadro interpretado como edema agudo do pulmão por pressão negativa. Administrados 200 mg de hidrocortisona e 60 mg de furosemda e oxigenioterapia por máscara de alta concentração.



ambulatória

para os GDH cujo limite previsível de estada seja inferior a 1 dia.

A efectiva aposta na CA, em Portugal, irá permitir a redução da lotação cirúrgica dos hospitais

A efectiva aposta na CA, em Portugal, irá permitir a redução da lotação cirúrgica dos hospitais num valor que se poderá aproximar dos 20%, sendo para isso necessário que seja aumentado o peso da CA no total das cirurgias programadas.

A complexidade dos procedimentos cirúrgicos a incluir nos programas de CA também terá um papel importante nas opções estratégicas dos diferentes hospitais.

Por esse facto, será muito importante que o Índice de Case Mix (ICM) de

cada hospital seja devidamente calculado e valorizado, podendo ser depois utilizada como uma excelente opção de estratificação das diferentes UCA.

No I Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória, a APCA entendeu trazer este tema, extremamente importante, para discussão, dedicando-lhe uma conferência:

– Financiamento em CA / *Financing in Day Surgery*

Moderadores / Chairpersons: Carlos Magalhães (presidente APCA), João Carvalho das Neves (presidente ACSL – Lisboa), Porto Gomes (CHPorto)

– Financiamento em CA - Que modelos a adoptar para a Europa - Paulo Lemos (Porto)

– Codificação em CA - Fernando José Oliveira (AMACC)

Com esta conferência, pretende-se discutir quais os principais modelos de financiamento a nível europeu, assim como a importância de uma correcta codificação dos procedimentos realizados em cirurgia ambulatória.

VII Reunião Nacional de Enfermagem em Cirurgia Ambulatória

No âmbito do VII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória, a decorrer em Braga, realiza-se hoje, 15 de Maio, a VII Reunião Nacional de Enfermagem em Cirurgia Ambulatória.

Esta reunião de Enfermagem tem como Comissão Científica e Comissão Organizadora as enfermeiras Célia Castanheira (Centro Hospitalar do Porto), Celeste Machado (Hospital de Braga), Francisca Soares (Hospital de Braga), Joana Oliveira (Hospital de Braga), Zilda Cardoso (Hospital de Braga) e Cármen Cereijo (Hospital Abente y Lago - La Coruña).

Foram convidados palestrantes de vários pontos do país e de Espanha, para partilhar as diferentes experiências, tornando esta reunião mais enriquecedora.

Ontem, realizaram-se dois *workshops* orientados para os enfermeiros:

Primeiro Workshop: «*Terapias não farmacológicas - toque terapêutico*» - «*O toque terapêutico é um método holístico não invasivo, baseado na concepção de que o ser humano possui um campo de energia abundante, que se pode estender para além da pele e fluir em determinados*



Enfermeiras Celeste Machado (Hospital de Braga), Joana Oliveira (Hospital de Braga), Célia Castanheira (Centro Hospitalar do Porto), Francisca Soares (Hospital de Braga), Zilda Cardoso (Hospital de Braga)

Tivemos a preocupação de focar temáticas ainda não abordadas em anteriores reuniões de Enfermagem. Deste modo, a reunião está orientada em três momentos:

primeiro: orientado para o cuidar do doente e do profissional de enfermagem, recorrendo a terapias não farmacológicas como a musicoterapia, o toque terapêutico e a acupunctura;

segundo: orientado para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, dando ênfase às dotações seguras, recomendações internacionais e uniformização de protocolos em cirurgia ambulatória;

terceiro: perspectivas futuras, incluindo as novas técnicas anestésicas e procedimentos cirúrgicos em cirurgia ambulatória.

padrões que se pretendem equilibrados.

Segundo Workshop: «*Artroscopia - técnicas e abordagens*» - Apresentação teórica sobre artroscopia, com abordagem das diversas áreas artroscópicas de joelho, ombro, anca, pequenas articulações e imagem, seguida de «*hands-on-work*» em 4 *worktables*.

No final da VII Reunião de Enfermagem será atribuído um prémio ao melhor Poster e à melhor Comunicação Livre.

Atendendo à grande afluência de inscrições que esta Reunião de Enfermagem suscitou, esperamos que a mesma possa contribuir para uma maior atenção ao bem-estar do profissional, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

- caso clínico

Algaliada para monitorização do débito urinário. Sempre estável do ponto de vista hemodinâmico. Normalização dos valores de SatO₂.

Realizou radiografia de tórax que revelou infiltrado difuso em ambos os campos pulmonares.

Foi transferida para o Serviço de Cuidados Intermédios Pós-cirúrgicos do Hospital Santo António, com acompanhamento de anestesista e enfermeiro no transporte.

À admissão apresentava-se consciente, corada, hidratada e anictérica. Eupneica, com satO₂ de 94% com máscara de alta concentração. À auscultação, murmúrio vesicular diminuído nas bases. Gasimetria de sangue arterial (FiO₂ 50%): pH 7,408 pO₂ 52,2 pCO₂ 35,6 HCO₃ 22,5.

Realizou angio-TAC torácico por suspeita de TEP, que foi negativo. Permaneceu nesta unidade por 22 horas com melhoria clínica significativa. No momento da alta estava assintomática em repouso, hemodinamicamente estável e com normalização dos parâ-

metros ventilatórios. Gasimetria na alta (FiO₂ 21%): pH 7,471 pO₂ 106 pCO₂ 31,1 HCO₃ 22,6.

Transferida para a enfermaria de Cirurgia a 23 Março 2012. Realizou ecocardiograma transtorácico com doppler que não documentou alterações assinaláveis. Evolução clínica favorável. Alta hospitalar a 27 Março 2012.

O exame histológico da lesão axilar removida mostrou um hemangioma de aspecto cavernoso, sem sinais de malignidade.

Conclusão: tratou-se de um caso de insuficiência respiratória aguda no pós-operatório imediato de cirurgia de ambulatório, tendo-se assumido como causa edema agudo do pulmão por pressão negativa.

A morbidade grave em contexto de cirurgia de ambulatório tem reduzida expressão. No entanto, temos que estar preparados para estes acontecimentos, que requerem uma intervenção imediata e eficaz, articulação com outros serviços hospitalares e a preparação e efectivação do transporte do doente.

TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Que benefícios na prática actual em contexto de cirurgia ambulatória

Em contexto de cirurgia ambulatória, o modo como o doente/família vivencia o diagnóstico/prognóstico do tratamento cirúrgico exige, a nós enfermeiros, uma actuação terapêutica individualizada, empática e, acima de tudo, humanizada. De um momento para o outro, o doente experiencia um turbilhão de emoções: o medo, a ansiedade, a angústia, a agitação, a separação da família, a dúvida sobre o que irá acontecer, o receio da dor no pós-operatório. Perante este cenário, impera que o Holismo seja, para os enfermeiros, um paradigma a seguir.



Enf.ª Francisca Soares
Hospital de Braga,
Bloco Operatório

Seguindo este fio condutor de complementaridade, a implementação de terapias não farmacológicas pelos enfermeiros em contexto hospitalar tem sido um desafio!

O que são as terapias não farmacológicas e qual a sua importância em contexto cirúrgico?

Desde os primórdios dos tempos que as terapias não farmacológicas têm vindo a ser utilizadas para diminuir a dor e ajudar a recuperar. São práticas/estratégias que podem ser utilizadas sem recurso a químicos, tendo em vista a diminuição da ansiedade, o alívio da dor e o afectar, positivamente, a cura. Funcionam, muitas vezes, como complemento primordial ao tratamento farmacológico.

Actualmente, vários são os estudos efectuados sobre esta temática. Os cientistas começam a compreender que coisas simples como a música, os aromas, a massagem, o toque terapêutico e a acupunctura fazem com que o nosso cérebro produza substâncias químicas especiais – as endorfinas. Estes neurotransmissores, uma vez produzidos e em circulação sanguínea, visam relaxar e dar prazer, despertando uma sensação de bem-estar.

Neste contexto, é importante que o enfermeiro entenda a necessidade de partilhar, ainda que por momentos, o mundo pessoal, compreender e ter um olhar humanístico para com o doente cirúrgico. Assim, o compromisso da enfermagem para amenizar os desconfortos vai além das intervenções biológicas. O enfoque deve ser voltado para aspectos existenciais, que permi-

tam a expressão de sentimentos, de forma que as subjectividades sejam afloradas. Para isso, é necessário ouvir o paciente em situação de dor e buscar alternativas para amenizar o seu sofrimento (PIMENTA, 1998; SANCHES; BO-EMER, 2002; SILVA; LEÃO, 2004).

Diante destes aspectos, é visto o avanço quanto às terapias complementares para o alívio da dor/ansiedade pelos enfermeiros, uma vez que essas terapias têm demonstrado eficácia quanto ao alívio do quadro doloroso, propiciando então um rico campo a ser explorado por estes profissionais, para actuarem com técnicas chamadas de terapias não farmacológicas. A aplicação destas técnicas pelos enfermeiros com formação nesta área tem vindo a crescer, uma vez que um único recurso terapêutico não se tem mostrado suficiente para o controlo dos quadros álgicos/ansiedade (SILVA; LEÃO, 2004).

Mesmo com muito para ser pesquisado, os enfermeiros já utilizam algumas terapias para o controlo da dor, como técnicas de relaxamento, estimulação cutânea (massagem), aromaterapia, imaginação guiada, terapias vibracionais (toque terapêutico e acupunctura) e musicoterapia (SILVA; LEÃO, 2004).

A implementação de terapias não farmacológicas pelos enfermeiros em contexto hospitalar tem sido um desafio!

O relaxamento actua no reequilíbrio do organismo. Esta técnica está relacionada à interacção existente entre dor, tensão muscular e ansiedade, porque um paciente com dor geralmente apresenta sentimentos de apreensão e medo, levando-o à tensão muscular que, por sua vez, piora o quadro doloroso. O relaxamento promove a diminuição destes factores, principalmente da tensão muscular, melhorando o quadro doloroso, pois a contracção muscular contribui para a exacerbação da dor, actuando nas terminações nervosas.

A estimulação cutânea é outra técnica utilizada, que promove alívio da dor por promover relaxamento fisiológico, activação de mecanismos inibitórios da dor, actuando principalmente no bloqueio ou diminuição da transmissão de impulsos dolorosos (SMELTZER; BARE, 2002). Uma das técnicas da estimulação cutânea é a massagem, uma intervenção de enfermagem holística,

que promove sensação de bem-estar psicológico e, conseqüentemente, o alívio da dor.

A massagem poderá ser mais eficaz se a conjugar com a imaginação guiada, exercícios de respiração e com música.

Há também as terapias vibracionais, que têm demonstrado muitos resultados positivos para o controlo do quadro álgico, actuando principalmente no equilíbrio das energias internas com as externas, ou seja, participa da vivência do indivíduo, considerando que as doenças não são causadas somente por microrganismos, substâncias químicas, traumas físicos, mas também por disfunção de energia emocional e por maneiras pouco saudáveis de nos relacionarmos connosco e com as outras pessoas. Para se equilibrar essa energia, há técnicas como a acupunctura, o toque terapêutico e as essências florais.

A acupunctura é um tratamento que envolve a inserção de agulhas em locais da pele conhecidos como acupontos, que são pontos energéticos que fornecem energia ao corpo, formando canais chamados de meridianos, que correspondem à estimulação do acuponto até à região corpórea específica a ser estimulada, como articulações e ramificações nervosas específicas para controlo da dor/ansiedade (SCOGNARILLO-SZABÓ; BECHARA, 2001).

O toque terapêutico caracteriza-se pela imposição de mãos com intencionalidade, mas sem cunho religioso, pois não há toque corporal e sim uma aproximação das mãos próximas à pele do paciente. O toque estimula fibras sensitivas superficiais da pele e gera relaxamento muscular e estimulação do sistema límbico (centro do prazer) em nível neurofisiológico, reduzindo o padrão de dor (SILVA; LEÃO, 2004). A técnica foi desenvolvida pela Enfermeira Dr.ª Dolores Krieger, na década de 70, e hoje está sendo realizada por enfermeiros especializados, e comprova a redução significativa da intensidade dolorosa, bem como a diminuição dos níveis de ansiedade.

Os princípios que o sustentam são os da Ciência do Ser Humano Unitário, de Martha Rogers. O toque terapêutico é um método holístico não invasivo, baseado na concepção de que o ser humano possui um campo de energia abundante, que pode estender-se além da pele e flui em determinados padrões que se pretendem equilibrados. Consiste num «toque sem toque», uma vez que não há necessariamente o toque do terapeuta directamente sobre a pele do doente/paciente.

O toque terapêutico, esse gesto simples, mas precioso, é muitas vezes

utilizado como uma forma de comunicação no momento intra-operatório; importante canal de transmissão de informações, quando outros meios de comunicação se encontram diminuídos.

O enfermeiro exerce papel fundamental perante as terapias não farmacológicas, visto estar em contacto directo com o doente/família.

Outra terapia que se tem mostrado eficiente é a musicoterapia, tanto na dor como para o relaxamento, insónia, entre outros factores, e tem-se mostrado um instrumento valioso para os doentes com quadros álgicos e de ansiedade. Ao longo dos tempos, a música também tem desempenhado um papel muito importante na recuperação pós-operatória, nomeadamente em contexto de UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos). A música adequada aumenta o fluxo sanguíneo cerebral, contribuindo para a produção de endorfinas e, por consequência, a sensação de bem-estar.

Em jeito de conclusão:

O enfermeiro exerce papel fundamental perante as terapias não farmacológicas, visto estar em contacto directo com o doente/família, tendo a oportunidade de educá-los e esclarecê-los quanto aos efeitos benéficos ou não destas terapias, seja em hospitais, centros de saúde ou junto à comunidade.

Devem actuar de forma integrada junto do doente, procurando solucionar os desconfortos da melhor forma possível, pois as terapias não farmacológicas caracterizam-se por técnicas que visam a assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como corpo, mente e espírito, e não como um conjunto de partes isoladas.

Destá forma, apresenta-se como caminho amplo para actuação do enfermeiro, caracterizando-se como campo propício para a enfermagem, pois, de acordo com Silva e Leão (2004), aperfeiçoar-se nas práticas do cuidado, ampliando a sua capacidade de minimizar a dor do outro, é terapêutico e libertador.

Actuando sempre em função do bem maior do doente, rumo à satisfação plena, dos *Gold Standards* da Cirurgia Ambulatória: Segurança, Eficácia, Eficiência, Conforto, Humanização.