



Janeiro de 2021

NEWSLETTER

"É o espírito de equipa e a dedicação de todos que faz com que a tarefa complexa de coordenação seja muito gratificante"



Jelena Cassiano, responsável pela UCA do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Jelena Cassiano, licenciou-se em Medicina, pela Universidade de Belgrado, na Sérvia. A patologia da parede abdominal foi a área que, desde cedo, lhe despertou interesse. Integra a Unidade de Cirurgia Geral do Departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), e desde há 6 anos é a responsável da UCA deste Centro Hospitalar. Para a cirurgiã, a complexa tarefa de coordenar, só é possível com o espírito de equipa e a dedicação de todos, algo que considera “muito gratificante”.

Conte-nos um pouco do seu percurso profissional.

Jelena Cassiano (JC) - Após a Licenciatura em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Belgrado, e a equivalência de Licenciatura nos

Estados Unidos de América (ECFMG), em 1997, seguiu-se, um ano depois, o Exame do Estado, em que obtive a equivalência da Licenciatura, em Portugal.

Completei a minha formação em Cirurgia Geral no Hospital Santa Maria (HSM), em 2006. Desde então, fiz parte do Serviço de Cirurgia I do HSM, até 2014. Altura em que, após a implementação das alterações organizativas dos serviços cirúrgicos existentes no HSM e Hospital Pulido Valente (HPV), foi criado o Departamento de Cirurgia do CHULN.

Devido ao meu interesse pessoal pela patologia da parede abdominal fiquei integrada na equipa de Cirurgia Geral, tendo sido nomeada pelo Conselho de Administração responsável pela Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHULN.

Em 2015, após o Concurso Nacional de Habilitação ao Grau de Consultor da Carreira Médica Hospitalar de Cirurgia Geral obtive o grau de Consultor.

Exerço também funções como assistente convidada da Faculdade de Medicina de Lisboa (FML), desde 2002, integrada na Cadeira de Cirurgia I.

Como é dirigir uma UCA?

JC - As UCA diferem muito em termos organizativos quando comparadas com as unidades de internamento.

A multidisciplinaridade destas unidades é um verdadeiro desafio. Em particular, no que toca à implementação das normas e protocolos de atuação.

Por outro lado, existe um maior reconhecimento e valorização do trabalho em equipa, do que nas unidades de internamento, que envolve todas as classes, desde assistentes técnicos e operacionais, enfermeiros a médicos.

É este espírito de equipa, a dedicação de todos, vocacionada para a satisfação do doente, e para a melhoria dos resultados clínicos, que fazem com que a tarefa complexa de coordenação seja muito gratificante.

A cirurgia ambulatória tem tido uma maior adesão nos últimos anos. Com base na sua experiência, que fatores contribuíram para o aumento das cirurgias em regime ambulatório?

JC - O reconhecimento das vantagens que a Cirurgia de Ambulatório (CA) proporciona, pela comunidade médica e pelos utentes, contribuiu de forma

significativa para o seu aumento exponencial, em Portugal e no mundo, nos últimos 20 anos.

Falo de fatores clínicos, sociais e económicos, entre outros. Os excelentes resultados destes programas a nível da qualidade e da segurança do doente, possibilitaram uma evolução rápida na complexidade de procedimentos, no que diz respeito ao doente em si e ao tipo de intervenção, e contribuíram para o alargamento dos critérios de inclusão para a CA, nos últimos anos.

É uma mais-valia para o doente e para o SNS?

JC - Sem dúvida. É um dos poucos setores na saúde onde todas as partes ganham.

Os doentes têm melhor acesso, existe uma maior humanização e uma menor taxa de infeções em seio hospitalar.

Os profissionais de saúde apresentam níveis de satisfação mais elevados, devido ao aumento da atividade cirúrgica, à possibilidade de ensino e a uma melhor resposta relativamente à procura.

E, claro, o Serviço Nacional de Saúde tem uma redução de custos e das listas de espera.

De que forma a Covid-19 afetou o funcionamento das UCA?

JC - Embora as realidades das diferentes UCA em Portugal sejam muito variadas, de uma maneira geral, todas sofreram consequências negativas no funcionamento, na maioria dos casos, devido às reorganizações a nível institucional secundárias à pandemia. Algumas das unidades viram os seus blocos operatórios e recobros transformados em unidades Covid-19, pelo que a sua atividade foi impossibilitada por completo.

Nas restantes, a retoma da atividade foi dificultada pela realocação dos recursos humanos das UCA para outras unidades e, conseqüente, encerramento das salas, por falta de enfermeiros e anestesiólogos.

A diminuição da produtividade diária por medidas preconizadas que influenciaram negativamente o *turnover* dos doentes; e o aumento da taxa de cancelamentos imputável ao doente, por receio da infeção, entre muitas outras causas.

Em média, quanto tempo vão precisar para colocar as listas de espera em dia?

JC - Desde o início da pandemia, as listas de espera para a cirurgia de ambulatório (LIC), no CHULN, não sofreram grandes mudanças.

Por um lado, porque a interrupção inicial e a retoma posterior faseada da atividade cirúrgica foi acompanhada de alterações no que diz respeito ao número das consultas externas presenciais e de inscrição de novos doentes na LIC.

A rápida adaptação dos profissionais à nova realidade dos últimos meses, resultou numa resposta exponencial na recuperação das LIC.

A Cirurgia de Ambulatório é conhecida pela sua elevada qualidade, ainda assim, haverá sempre pontos de melhoria. Quais os próximos passos a dar nesse sentido?

JC - As UCA nacionais são um grupo de unidades muito heterogéneo. O seu tipo de funcionamento, a possibilidade de pernoita, as especialidades envolvidas, o grau de complexidade dos procedimentos, a disponibilidade das salas e de recursos humanos, até aos sistemas informáticos acompanhantes.

Esta diversidade dificulta a definição dos critérios de qualidade universais e o *benchmarking*. Para podermos falar de melhoria a nível da qualidade, e embora, a qualidade dos serviços prestados pelas UCA, ser, sem dúvida, muito elevada, em primeiro lugar, é necessário fazer o ponto de situação atual, com agrupamento das unidades com características semelhantes e definição dos critérios de qualidade para cada um dos grupos. Este deve ser o primeiro passo.

Em segundo lugar, a normatização dos processos e procedimentos, a análise dos resultados obtidos, através de auditorias internas, e a melhoria contínua dos serviços preconizada pelo Departamento da Qualidade da DGS, no âmbito da Certificação das Unidades de Saúde (modelo ASCA) deve ser também um dos próximos passos.

PRÓXIMOS EVENTOS



Spring Online Congress | International Association for Ambulatory Surgery

10 e 17 de abril de 2021, às 14h00.

[Inscreva-se](#)

Quer saber mais sobre o nosso trabalho?

[CONTACTE-NOS](#)



Copyright © Esta informação é destinada aos sócios da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.

O nosso endereço de e-mail é o seguinte:

apcacirurgiaambulatoria@gmail.com

Deseja mudar a forma como recebe estes emails?

Poderá [atualizar as suas preferências](#) ou [cancelar a sua subscrição](#).

This email was sent to <<Email Address>>

[why did I get this?](#) [unsubscribe from this list](#) [update subscription preferences](#)

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória · Rua Da Paz 966 2.º Andar - Sala 24 · Lisboa 1200-323 · Portugal