



Março de 2021

NEWSLETTER

“A Cirurgia de Ambulatório é a representação dos serviços cirúrgicos”



Mónica Macedo, enfermeira coordenadora da UCA do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde

Mónica Macedo é enfermeira há 32 anos e, desde sempre, recorda que a sua primeira opção em termos profissionais seria a Enfermagem. Neste momento, é coordenadora da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde (CHPVVC). Caracteriza esta tarefa com três palavras: desafio, paixão e compromisso. Lembra-se que há 20

anos, altura em que começou a coordenar a UCA, foi necessário um grande esforço no sentido da consciencialização para as vantagens inerentes a este tipo de cirurgia. Refere que a Cirurgia de Ambulatório (CA) deveria ser reconhecida tal como ela é: a representação dos serviços cirúrgicos.

A sua Pós-Graduação em Sistemas de Informação fê-la desenvolver outra perspetiva, nomeadamente, naquilo que é a utilização da Inteligência Artificial (IA) num Centro Hospitalar. E é neste sentido que, em conjunto com a sua equipa, pela qual nutre um enorme carinho e à qual agradece, lançou a aplicação *mobile*: “UCA Mobile Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde”, cujo objetivo visa acompanhar o utente no pós-operatório, fornecendo-lhe informações que o capacitem a ser, também ele, um tomador de decisões.

Conte-nos um pouco do seu percurso profissional.

Mónica Macedo (MM) - Sou enfermeira há 32 anos. Foi a primeira opção em termos profissionais, nunca imaginei abraçar outra causa, para além da Enfermagem.

Considero-me uma lutadora no sentido em que sempre procurei adquirir conhecimento. Licenciiei-me em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto (antiga Escola de Enfermagem de São João). Posteriormente especializei-me em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela mesma Instituição.

Além disso, completei ainda duas Pós-Graduações, uma no âmbito de Sistemas de Informação em Enfermagem e outra no âmbito da Gestão dos Serviços de Enfermagem. Neste momento, exerço funções de Enfermeira-Gestora. Por isso, esta pós-graduação revelou-se uma mais-valia.

Coordeno a UCA do CHPVVC e integro a Direção de Enfermagem, sendo também adjunta da Enfermeira Diretora. Integro algumas comissões de relevo, como a Comissão dos Blocos Operatórios, a Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar e a Comissão de Feridas.

A nível político, também exerço funções de membro da Assembleia da Junta de Freguesia de Vila do Conde. Contudo, o meio hospitalar é o que mais me fascina.

Como é dirigir uma UCA?

MM - Nada fácil.

Considero um grande desafio, uma paixão e um compromisso. O desafio prende-se

com o facto de ser uma atividade recente, comparativamente a outras atividades do meio hospitalar.

É uma atividade que veio mudar o paradigma do utente cirúrgico e foi preciso encará-la como um desafio para conseguirmos ultrapassar algumas barreiras que não foram fáceis.

Que tipo de barreiras?

MM - De forma sucinta consigo identificar dois grandes obstáculos / barreiras, tais como:

A forma de ver o utente e a mudança do foco. O foco deixa de ser o procedimento cirúrgico e toma como prioridade a pessoa em experiência cirúrgica num regime de ambulatório, o que pressupõe um “olhar” diferente para o processo do tratamento cirúrgico, por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar. O caminho era exigente e a equipa estava também muito fragmentada. Isto é, cada grupo profissional desenvolvia as competências necessárias para o sucesso cirúrgico no âmbito das suas responsabilidades, expectáveis pelo regime cirúrgico de internamento. Era uma situação emergente, a de compreender as especificidades do contexto e do regime da CA, mas sobretudo impunha-se a aposta num estilo de liderança transformacional, inspirada nas sinergias, na responsabilidade partilhada e no comportamento proativo. Todos no mesmo propósito, para o sucesso e pelos resultados!

Além disso, o preconceito de que a CA é o contexto cirúrgico onde se fazem cirurgias de pequena dimensão ou de pouca especificidade e complexidade técnica. É um pressuposto muito redutor sobre a realidade. O que diferencia o contexto de ambulatório do de internamento, são as particularidades do seu regime, como por exemplo, o regresso a casa seguro num período de tempo até 24 horas, o perfil do utente UCA, entre outros. No entanto, partilham de especificidades e técnicas cirúrgicas igualmente caracterizadas pelo rigor científico, tecnológico e humano.

Pelas razões apresentadas, aproveito para agradecer à equipa de CA do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde. São os responsáveis efetivos pelo contágio da motivação para a ação, necessária à transformação e apropriação deste novo paradigma cirúrgico. É um orgulho integrar esta equipa tão dedicada e profissional. Vestem a camisola como ninguém.

Nos últimos anos a Cirurgia de Ambulatório tem tido uma maior adesão. Com base na sua experiência que fatores contribuíram para este aumento?

MM - As técnicas evoluíram de tal maneira que, hoje, conseguimos realizar cirurgias de âmbito mais vasto no ambulatório e, muitas vezes, equiparáveis às que se faziam exclusivamente em regime de internamento. Aquilo que parecia ser um ponto difícil e, até, angustiante, passou a ser o auge do nosso desempenho. A indústria e a investigação acompanharam a evolução das técnicas e dos dispositivos médicos, permitindo que as complicações fossem quase inexistentes no pós-operatório. A alta clínica passa a ser um sinónimo de cuidados seguros.

As taxas de execução cirúrgica são, igualmente, responsáveis pelo aumento da adesão à CA. Lutamos, de forma profícua, para obter os objetivos de produção contratualizados com a tutela, otimizando ao máximo os tempos cirúrgicos disponíveis e os procedimentos ambulatorizáveis. Conquistámos, assim, ao longo do tempo, a responsabilidade de operar em ambulatório todos os procedimentos elegíveis. Esta é a nossa marca e o que nos distingue.

Ao longo destes 20 anos, monitorizámos pormenorizadamente os dados que identificam as complicações pós-operatórias (das quais temos uma taxa muito reduzida). Assim, conseguimos encontrar soluções e respostas para os problemas que se impõem. A comprová-lo, temos o índice de satisfação do utente que ronda os 90 a 98 por cento.

A monitorização é sempre feita via telefone? Ou já integraram o formato vídeochamada?

MM - A monitorização é da responsabilidade do enfermeiro e é assegurada pelo seu desempenho nas consultas de enfermagem não presenciais, em que o meio mais utilizado é (ou era) o telefone. Face ao contexto atual, a vídeochamada assume o protagonismo pela eficiência que promove, encurtando as distâncias físicas impostas e respondendo de forma mais clara a todas as questões apresentadas.

Já há muito tempo que advogo a possibilidade da vídeochamada, ou das aplicações *mobile*. Tanto é que, na UCA, já disponibilizamos uma *app* que se chama “UCA Mobile Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde”, com o intuito de o utente interagir com a equipa. A ideia é também capacitarmos a pessoa, fazendo com que ela seja agente no processo de tomada de decisões. Com esta nova ferramenta, disponibilizamos a informação certa para a decisão certa, o que nos permite ser, por um lado, incisivos na capacidade de resposta face às complicações ou dúvidas apresentadas e, por outro lado, reduzir o número de consultas de enfermagem pós-operatórias, face ao perfil interativo e conducente de autonomia no processo de decisão.

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

MM - Utilizamos a união de interesses de algumas associações, como a APCA e a AESOP, para a reconstrução/revisão dos procedimentos específicos do regime de ambulatório e do perioperatório, assentes nas premissas de práticas seguras em fase de pandemia pela Covid-19; apropriámo-nos das normas emanadas pela DGS, da partilha de experiências e da uniformização de práticas inerentes ao contexto de CA.

Identifico esta pandemia como uma oportunidade, dado que permitiu reunir forças para a reformulação de procedimentos que, comodamente, se encontravam estagnados quanto ao processo de revisão, por falta de tempo ou porque os profissionais não os entendiam como prioritários.

O cumprimento dos tempos do “turnover” (rotação) de utentes, em prol do respeito do processo de higienização seguro, o respeito pelos circuitos, a redefinição de espaços, entre outros, são alguns dos exemplos de ajuste nos procedimentos.

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

MM - Pensar esta resposta leva-me a inferir que o tipo de patologias cirúrgicas, em lista de espera, assume uma curva diretamente proporcional à capacidade de resposta em recursos humanos e materiais, à instabilidade da saúde dos profissionais e utentes, associada à Covid-19, ao rigor da performance técnica e ao cumprimento sincero e atento dos requisitos e critérios elegíveis para CA. Este pressuposto explica, assim, a diferença entre os tempos de espera das listas cirúrgicas do Centro Hospitalar e as suas especialidades cirúrgicas ou organizações homólogas.

O nosso exemplo pauta-se, neste momento difícil, pelo elevado empenho e maturidade da equipa em perseguir a “normal” atividade cirúrgica, o que traduz a recuperação integral dos tempos de espera expectáveis para as listas da produção cirúrgica, em regime de CA do Centro Hospitalar.

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?

MM - Um passo que considero fundamental é construirmos, com todos os elementos da equipa multidisciplinar, um procedimento que veicule a gestão do plano operatório.

Pode parecer pouco relevante no âmbito do trabalho cirúrgico, mas a experiência diz-me que é essencial para a erradicação das não conformidades associadas à qualidade do desempenho, no dia da cirurgia.

Partindo da responsabilidade de todos os elementos da equipa cirúrgica, importa saber organizar o foco do plano operatório, de forma a consagrar consensos nos critérios científicos aplicáveis às prioridades. Falo da técnica cirúrgica, do perfil do utente, da gestão dos tempos cirúrgicos, da gestão de camas, da gestão de recursos humanos e da gestão de materiais.

Outro passo que considero, igualmente, importante é a aposta num desenvolvimento de Sistemas de Informação que sejam sensíveis aos cuidados de saúde cirúrgicos em regime de ambulatório.

Não consigo conceber que, ao fim de 20 anos, ainda se tenha evoluído muito pouco ao nível do desenvolvimento do módulo de registo de CA no SClinico. Para além dos constrangimentos associados à estrutura, à inclusão, à agregação e à interpretação dos dados clínicos, ainda não consagra o BI de indicadores elegíveis para a evidência da qualidade de cuidados alcançada, isto, no que se refere à tradução das principais necessidades de melhoria contínua e dos resultados sensíveis ao desempenho profissional, em regime de CA.

Importa acreditar no futuro da Cirurgia de Ambulatório, para ser possível evoluir num *benchmarking* de contextos e de cuidados transparente, acessível e replicável.

PRÓXIMOS EVENTOS



Webinar: Urologia no Ambulatório no Século XXI

13 de abril de 2021, às 21h30.

[Inscreva-se](#)

Quer saber mais sobre o nosso trabalho?

CONTACTE-NOS

[Facebook](#)[Website](#)[Instagram](#)

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

[Email Marketing Powered by Mailchimp](#)