



dezembro 2023

Entrevista do mês

Na newsletter deste mês, a Dr.^a Paula Sarmento, coordenadora da Unidade de Cirurgia Ambulatória no Hospital de S. João da Madeira e Assistente Graduada Sénior de Anestesiologia, ofereceu uma visão detalhada sobre o progresso e estrutura da Cirurgia Ambulatória nesta Unidade Hospitalar. Ao destacar as estratégias adotadas e os desafios superados, partilhou como é que estes esforços culminam em sucesso e compromisso com a excelência na prestação de cuidados cirúrgicos centrados no doente.

“O crescimento da Cirurgia Ambulatória a nível nacional tem sido evidente e consistente, embora não uniforme em todo o país”



Enquanto Diretora da Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital de S. João da Madeira, como descreveria a organização da Unidade?

Paula Sarmento (PS): As Unidades de Cirurgia Ambulatória (UCAs) caracterizam-se por serem Unidades onde trabalha uma equipa

multiprofissional, cerca de metade de forma dedicada e exclusiva (enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais), enquanto a outra metade, os médicos (cirurgiões e anestesistas), desenvolvem aqui uma parte da sua atividade clínica. Em cada serviço médico existe um elemento de ligação à UCA. Cabe ao coordenador da unidade que estabelece o planeamento e objetivos com o Conselho de Administração, de forma que os serviços cirúrgicos cumpram o seu contrato-programa anual referente à Cirurgia Ambulatória.

Na nossa UCA, foi definida uma “Equipa Nuclear de Liderança Multiprofissional”, constituída pelos responsáveis dos vários grupos profissionais dedicados, que se reúne mensalmente ou sempre que for necessário, para planear o funcionamento da unidade, definir objetivos e a estratégia para os atingir. Cada grupo profissional reúne-se semanalmente, e semestralmente são feitas reuniões gerais, que incluem os médicos das diferentes especialidades.

O trabalho em equipa tem, nestas Unidades, um papel decisivo, dada a alta rotatividade dos doentes, assim como os critérios de qualidade e segurança do doente que queremos assegurar. Isso só é possível se todos os elementos da equipa souberem qual a sua função na organização, estiverem informados, envolvidos e motivados a participarem ativamente nos processos de melhoria que vão sendo implementados.

Ponderando na experiência, como descreveria a evolução da Cirurgia Ambulatória em Portugal ao longo dos anos?

PS: Em 2009, com a saída de legislação, baseada no trabalho da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (CNADCA), onde se define de forma minuciosa como deve ser desenvolvido um programa de Cirurgia Ambulatória (CA). Inclui desde o espaço físico necessário, à separação do regime ambulatório de internamento, a definição do circuito dos doentes, os indicadores de qualidade, a importância da sua monitorização e a necessidade de existirem profissionais dedicados a estas unidades.

Deste modo, este modelo de atividade cirúrgica ficou legislado de forma clara e começaram a surgir programas de CA em muitos hospitais, de forma estruturada cumprindo as regras, mas encontrando dificuldades nomeadamente estruturais e funcionais na criação das áreas necessárias ao circuito destes doentes. Penso que este ponto foi um dos obstáculos importantes para o início da evolução da CA.

Outro, também, importante para isso, foi, sem dúvida, o financiamento dos hospitais. Se o pagamento de uma cirurgia feita em regime de internamento é superior ao valor em regime de ambulatório, não se torna atrativo. Nos últimos anos estas dificuldades foram-se atenuando e existem já algumas UCAs construídas de raiz, autónomas, e outras bem-adaptadas a este modelo. Mesmo o financiamento será, pelo menos, igual.

Assim o crescimento da CA, de forma notória, deve-se não só aos pontos atrás referidos, mas também ao desenvolvimento: quer em novos fármacos anestésicos, quer em novas tecnologias, sobretudo nas especialidades cirúrgicas, permitindo realizar mais cirurgias com técnicas minimamente invasivas, o que irá levar à possibilidade de uma alta precoce para o domicílio.

A evolução da CA em Portugal dá-se, sobretudo, a partir de 2010, com cerca de 49,50%; em 2013, com cerca de 55,90%, e em 2019, no período pré pandemia, com 66,10 %. A constatação nos últimos anos do

subdimensionamento do número de camas cirúrgicas hospitalares, que se agrava, anualmente, nos meses de inverno (com as doenças respiratórias) e o problema crescente do risco das infeções hospitalares levou, também, à busca de novas alternativas com uma maior tendência para a ambulatorização.

Na Pandemia, existiu o choque inicial com o encerramento dos blocos e mobilização dos equipamentos e dos recursos humanos para as Unidades de Cuidados Intensivos. Passada a fase crítica, muitas UCAs tornaram-se áreas covid free que possibilitaram a retoma da atividade cirúrgica. Nesta fase, surgiu uma nova pressão para a ambulatorização de novos procedimentos cirúrgicos em atraso. Foi mais um desafio importante que foi sendo ultrapassado, mas sempre assegurando critérios clínicos e de qualidade definidos na nossa unidade. Em 2020, a CA atinge os 66% e em 2021 68,4% de todas as cirurgias eletivas realizadas nos nossos hospitais.

Quais fatores contribuíram para o sucesso da Cirurgia Ambulatória na sua Unidade e qual é a taxa atual de procedimentos?

PS: A nossa UCA iniciou o seu funcionamento com a organização atrás descrita em 2011. Na época, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tinha um programa Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS para a CA), que levava à auditoria interna do processo para avaliação do cumprimento dos indicadores de processo.

Em 2012, foi atribuído a esta unidade o nível de excelência clínica confirmado após auditoria externa. Este facto foi encarado por toda a equipa como um reconhecimento e um grande estímulo para continuar a trabalhar, no sentido de melhorar os indicadores de qualidade e avançar para um alargamento a cirurgias diferenciadas.

Ao longo destes 12 anos, a equipa foi ganhando experiência, a organização foi sendo estruturada, hierarquizada com estratégias definidas com o Conselho de Administração, partilhada com todos os colaboradores, por várias vias de comunicação e reuniões, de modo a ser possível o envolvimento de todos grupos profissionais que aqui exercem a sua atividade. A monitorização de dois indicadores de qualidade como a taxa de cancelamento no próprio dia e internamento não esperado dos nossos doentes, mostrou-se fundamental para poder detetar rapidamente os desvios, analisar os motivos e definir planos de ações corretivas a implementar.

Desde 2021, a taxa de Cirurgia Ambulatória no CHEDV é superior a 71 %, ao nível dos países do norte da Europa. Em 2022 a UCA foi certificada pela Norma ISO 9001: 2015.

Que características devem ter os profissionais responsáveis pelas Unidades de Cirurgia Ambulatória? Existe alguma estratégia de liderança ou ponto comum que possa destacar?

PS: Entre o grupo de profissionais dedicados à UCA e o grupo médico, atinge-se nesta UCA cerca de uma centena de profissionais. É muito importante um organograma bem definido, e fundamental, a capacidade de diálogo e comunicação entre todos e a existência de Protocolos clínicos que todos conhecem, e que se podem encontrar em pastas partilhadas nos computadores da unidade, às quais todos os profissionais têm acesso. Por exemplo: critérios de seleção dos doentes, analgesia pós-operatória, alta para o domicílio.

É essencial existência de um documento com o fluxo de informação que permita o envolvimento de todos os profissionais nos projetos a decorrer,

como reuniões regulares dos vários grupos profissionais, da “Equipa Nuclear de Liderança Multiprofissional” e gerais com os vários grupos profissionais.

São, também, necessárias auditorias internas regulares: com tratamento de dados dos inquéritos de satisfação dos doentes; do telefonema efetuados pelas enfermeiras às 24h e aos 30 dias (este último dá informação sobre a recuperação do doente e se já retomou a sua vida habitual) e divulgação dos resultados a todos os profissionais.

Colocando o foco no futuro, quais são os possíveis limites e desafios para a Cirurgia Ambulatória?

PS: Com a evolução tecnológica cirúrgica e anestésica, tem vindo a ser possível ambulatorizar procedimentos cirúrgicos diferenciados como: próteses minimamente invasivas (joelho e anca) e cirurgia endoscópica da coluna com sucesso e sem aumentar a taxa de complicações. Isto é possível, mas tem de se ter em conta o tipo de UCA (integrada ou autónoma), os equipamentos, os recursos técnicos e meios humanos que possui e, acima de tudo, a criteriosa seleção dos doentes para ser operados neste regime cirúrgico.

Não serão candidatos doentes sem retaguarda familiar, com necessidades de apoio especiais, patologia associada mal controlada, pouco colaborantes, que não aceitam este modelo cirúrgico. Também não serão candidatos procedimentos cirúrgicos muito invasivos, com potencial de perdas hemáticas intraoperatórias ou pós-operatórias, que necessitem de cuidados pós-operatórios diferenciados ou que impossibilitem a retoma da via oral ou a mobilidade pós-operatória.

Da mesma forma, não serão candidatas as cirurgias que podem levar a um pós-operatório mais doloroso e de difícil controlo no domicílio por via oral. Talvez no futuro e/ou nas UCAs que possuem equipas diferenciadas que dão apoio ao domicílio, este aspeto possa ser melhorado pela utilização de técnicas como a analgesia perineural continua em doentes selecionados.

Existe, ainda, potencial de crescimento para as Cirurgias de Urgência diferidas. Iniciámos com ortopedia os doentes que recorrem ao SU por trauma dos membros simples, que com critérios para CA são imobilizados e medicados. Vão para o domicílio e instruídos de que irão ser contactados brevemente para ser operados na UCA. Esta é uma área interessante que, mais uma vez, liberta camas no CHEDV e diminui o risco de infeções hospitalares, mas sobretudo leva a que os doentes sejam operados mais rapidamente.

Finalmente, para o futuro, com a utilização de robótica e outras técnicas minimamente invasivas a Cirurgia Ambulatória tem novas cirurgias para evoluir e desafios para ultrapassar.

Pode identificar fatores ou medidas-chave que levaram a um maior sucesso da Cirurgia Ambulatória?

PS: Sem dúvida que todos os fatores que referi atrás, dos quais saliento a monitorização dos indicadores de qualidade (que atualmente são uma lista considerável), constituem fatores chave para o sucesso de uma UCA. Uma vez que a nossa atividade é centrada no doente, é muito importante o *feedback* dos nossos doentes, e nós temos implementado desde 2011 as várias formas de avaliação preconizadas pela Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA): Inquérito de satisfação do doente, Telefonema das 24h e o Telefonema dos 30 dias efetuados pelas enfermeiras da UCA, com tratamento de dados e divulgação de resultados.

Chamo a atenção para todo o trabalho realizado pela APCA, nomeadamente, na organização de grupos de trabalho nacionais dos quais saíram as Recomendações para Cirurgia Ambulatória, que são várias e englobam as várias áreas clínicas e, inclusivamente, os inquéritos e telefonemas, que ao serem o padrão utilizado a nível nacional, permitem a realização de *benchmarking* entre as UCAs.

Considera que ainda existe espaço para o crescimento da Cirurgia Ambulatória em Portugal, e, se sim, quais são os principais obstáculos a ultrapassar?

PS: O crescimento da CA a nível nacional tem sido evidente e consistente, embora não uniforme em todo o país. Isto deve-se a várias causas como por exemplo: dificuldades estruturais (que dificultam a criação de circuitos separados para cirurgia convencional e de ambulatório) ou limitação de salas de bloco.

Alguns centros hospitalares têm, inclusivamente, aumentado a sua CA, através da utilização de salas de outras instituições, pelo facto do financiamento da CA ser mais vantajoso para a instituição. Em termos de cirurgias ambulatorizáveis, dada a evolução tecnológica, como a cirurgia robótica, é possível, por exemplo, que mais cirurgias urológicas e ginecológicas possam vir a ser feitas de forma minimamente invasiva e se tornem, deste modo, possível a sua realização em regime de ambulatório.

A experiência adquirida ao longo da última década, quer pelos profissionais de saúde, nomeadamente, os cirurgiões, quer pelos próprios utentes, faz com que, de modo natural, a aceitação deste regime cirúrgico seja cada vez maior e mais requerida pelos doentes e familiares.

Que conselhos deixaria para as entidades que estão a começar a desenvolver programas de Cirurgia Ambulatória?

PS: “A característica inovadora da CA (2009) residia no seu modelo organizativo específico, centrado no doente, que o envolve num circuito independente de internamento, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares.”

A Cirurgia Ambulatória é das áreas clínicas que está bem legislada, com definição do tipo de estrutura, circuitos dos doentes, protocolos clínicos, indicadores de qualidade. Logo, para quem quiser começar a desenvolver um programa de Cirurgia Ambulatória neste momento, basta consultar o Despacho nº 30114 / 2008 no Diário da República, 2ª série- Nº- 227 --- 21 de novembro de 2008, onde vão encontrar a recomendação da adoção a curto prazo dos critérios básicos, bem como a médio prazo de um conjunto adicional de critérios considerados como desejáveis.

Para potenciais pacientes que possam precisar de intervenções na sua unidade, há alguma mensagem que gostaria de transmitir?

PS: A nossa atividade na UCA caracteriza-se por ser centrada no doente. Deste modo, o doente vem pela primeira vez à unidade no pré-operatório por proposta do cirurgião, é avaliado pela enfermeira e tem consulta de anestesia. Neste dia, é-lhe dada informação de como funciona a UCA, do que precisa de trazer no dia da cirurgia e qual a medicação que deve manter no dia da cirurgia. É entregue um folheto que descreve todas essas informações e possui o contacto telefónico direto da UCA, para o caso de existir qualquer dúvida do doente ou dos familiares.

Na véspera, é efetuado pela enfermeira um contacto telefónico a confirmar: se não houve alteração do estado do doente e a hora a que deve chegar.

No dia da cirurgia, será acolhido pela enfermeira e preparado para o bloco. Após a cirurgia, fará a sua recuperação na área de recobro 1 e 2 e terá alta para o domicílio (em 90% dos casos) no próprio dia, desde que possua um acompanhante adulto a quem, em conjunto com o doente, é feito o ensino com todas as recomendações, entregue a medicação analgésica e um folheto com as recomendações para a cirurgia a que foi submetido.

Ao fim das 24h após a cirurgia, uma enfermeira da Unidade vai contactá-lo a saber se chegou bem a casa, se a medicação cedida foi suficiente e como se encontra. Este regime cirúrgico tem como principais vantagens para os doentes: a diminuição do risco das infeções hospitalares; diminuição do risco de tromboembolismo pela deambulação precoce; recuperação no conforto do seu lar, possuindo um contacto direto com a unidade e na grande maioria das situações um retorno mais rápido à sua vida habitual.



Siga as nossas notícias nas redes sociais e no nosso website!



You received this email because you are registered with APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
[Unsubscribe here](#)



Copyright © 2023 APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
Todos os direitos reservados.