



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 8 • Março 2009

Editorial

Paulo Lemos

Chefe de Serviço de Anestesiologia do Hospital Geral de Santo António
 Presidente da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA)
 Presidente-Eleito da International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)
 paulo.f.lemos@netcabo.pt

A prática da cirurgia em regime de ambulatório remonta ao início do século XX com o trabalho desenvolvido pelo cirurgião pediátrico escocês, James Nicoll (1864-1921), no Sick Children's Hospital and Dispensary em Glasgow, Escócia, e relatado no British Medical Journal em 1909 [1]. Contudo, só a partir da década de 70, com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e o aparecimento de novos fármacos na área da anestesiologia foi possível expandir de forma significativa aquele regime cirúrgico, e aperfeiçoar o modelo organizativo multidisciplinar que hoje reconhecemos como a melhor forma de abordar a maioria das intervenções cirúrgicas electivas [2].

Vários estudos nacionais foram posteriormente publicados em diversos países, muitos deles procurando avaliar a qualidade, o custo-efectividade, a segurança, a implementação e a organização da CA, ajudando ao crescimento exponencial da CA em todo o mundo, muito embora de forma mais sentida nas zonas do globo mais desenvolvidas: América do Norte, Europa e Austrália. Pode dizer-se que na actualidade [3], a CA representa, em muitos países, mais de metade dos doentes operados em cirurgia electiva: Estados Unidos da América (mais de 20 milhões de doentes operados em 4.618 centros de cirurgia ambulatória durante o ano de 2005, o que terá resultado na realização de mais de 75% de toda a cirurgia programada em regime de ambulatório), Suécia (70%), Canadá (65%), Noruega (61%), Dinamarca (61%), Reino

Unido (60%) e Holanda (58%). Outros países encontram-se bem perto desse objectivo: Itália (49%), Finlândia (47%), Austrália (47%) ou Bélgica (43%).

Contudo, Portugal está bem longe destes números. De facto, apesar da evolução positiva registada desde o ano 1999 numa forma consistente, em que crescemos de 5,5% até 22,5% em 2005, segundo os inquéritos nacionais realizados pela Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) [4], e mais recentemente em 2006, para 27,2% (79.067 cirurgias em regime de ambulatório num universo de 290.893 intervenções cirúrgicas electivas), depois do levantamento nacional conduzido pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (CNADCA) [5], não temos ainda uma cultura virada para a prática generalizada da CA no nosso país. Quer seja motivada pela falta de empenhamento político, pelo desinteresse manifestado pelas Administrações Regionais de Saúde ou pelos Conselhos de Administração dos Hospitais Públicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ou ainda pela falta de sensibilização sentida entre profissionais de saúde para este modelo organizacional, a verdade é que continuamos distantes dos números apresentados por países nossos parceiros comunitários, e a desperdiçar os inúmeros benefícios clínicos, sociais e económicos que estão associados à prática da CA.

Na verdade, o impacto clínico, social e económico da cirurgia ambulatória (CA) possibilita um aumento



da qualidade, da eficácia e eficiência na prestação dos cuidados de saúde aos doentes, a redução da lista de espera cirúrgica e ainda uma racionalização da despesa em saúde. Deste modo, a CA é das poucas abordagens em saúde, em que todos os elementos retiram benefícios: o utente (qualidade, acessibilidade, humanização), o profissional (satisfação) e o estado (custos); possuindo por isso um potencial que deve ser rentabilizado [5].

O Programa do XVII Governo Constitucional reconhecendo a importância de incentivar o desenvolvimento da CA, criou em Novembro de 2007 a atrás mencionada CNADCA, com a finalidade de estudar e propor uma estratégia e as correspondentes medidas, de forma a promover o desenvolvimento da CA no SNS (Despacho nº 25.832 de 13 de Novembro, Diário da República, II Série, nº 218). O relatório final com apresentação pública em 20 de Outubro de 2008, resumiu um conjunto de medidas propostas ao Governo de forma a que, no caso de aprovação como se veio a verificar, se pudesse atingir a “mágica” barreira dos 50% (metade das cirurgias programadas serem efectuadas em regime de ambatório), o que constituiria um marco decisivo e um caminho irreversível na Política de Saúde em Portugal. Associado a este histórico momento e de forma a que este objectivo fosse mais fácil de atingir, a CNADCA, desenvolveu uma mega Campanha Mediática de sensibilização da prática da CA que visou, entre outros, dirigentes e profissionais de saúde, utentes do SNS, e a população em geral.

A necessidade de “fazermos mais” no âmbito da prática da CA, deve caminhar lado a lado, com o espírito de “fazermos bem”. Ora, existe clara consciência de que o conceito de CA não passa, em alguns casos, dum actividade que se distingue da cirurgia convencional, dita de internamento, apenas pelo menor tempo de estadia hospitalar, com profundas deficiências do ponto de vista organizativo, clínico e ao nível da informação a doentes e familiares. Na verdade, o carácter inovador da CA reside exclusivamente no modelo organizativo, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do de internamento, procurando-se ganhos em eficiência e em qua-

lidade, e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação de doentes e familiares.

Para que se obtenham resultados práticos do descrito, a CNADCA recomenda a adopção imediata de determinados princípios designados no seu Relatório Final por critérios básicos na organização de programas de CA:

A1 – Circuito de doentes bem estabelecido segundo a boa praxis, com uma sequência que passa pela admissão, sala de preparação, sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos – UCPA (recobro 1), sala de recuperação cirúrgica (recobro 2) até ao momento da alta hospitalar. No modelo integrado aceita-se naturalmente que a sala operatória e a UCPA sejam espaços partilhados por doentes intervencionados em regime de internamento. Contudo, os restantes espaços devem também, neste modelo, ser independentes das áreas utilizadas por doentes internados. No modelo autónomo, todo o circuito é independente.

A2 – Ao nível da organização hospitalar, recomenda-se a inclusão no organigrama da instituição dum estrutura destinada ao programa de CA, no mínimo com a dimensão dum Unidade Funcional, com Coordenador/Director nomeado pelo Conselho de Administração. Recomenda-se ainda a atribuição de tempos operatórios exclusivos do programa de CA, sobretudo quando da partilha do bloco operatório por programas cirúrgicos de internamento, de forma a separar com maior eficácia os diferentes programas.

A3 – Estabelecimento de protocolos clínicos relativamente à selecção de doentes a admitir no programa de CA, assim como, critérios de alta para o momento em que o doente tem alta da unidade de cirurgia ambulatória.

A4 – Criação de informação clínica escrita com instruções para o pós-operatório, a ser fornecida aos doentes e familiares no momento da alta, designadamente sobre que contactos accionar no caso de complicações, como fazer a medicação prescrita, quando retomar a medicação crónica, quando e como reiniciar a actividade física, quais as complicações mais prováveis e como proceder perante elas.



A5 – Análise continuada de **indicadores clínicos**, designadamente taxa de cancelamento da cirurgia (doentes agendados para o programa de ambulatório, e que não são operados por faltarem ou necessitarem de ver a sua operação adiada, qualquer que seja o motivo) e a taxa de admissão hospitalar (registo de todos os doentes que, prevendo a sua alta no final do dia, sem pernoita hospitalar ou até 24 horas após a cirurgia, vêem estes objectivos ser gorados quer pernoitando no hospital, quer ficando para além das 24 horas de pós-operatório, respectivamente).

A6 – Criação de **procedimentos de apoio** ao programa de CA, nomeadamente através da disponibilização dum número de telefone directo a um membro da equipa, e da realização de um contacto telefónico ao doente ao fim de 24 horas de pós-operatório de forma a auscultar o seu estado clínico, a esclarecer eventuais dúvidas e a orientar o doente e familiares no caso da existência de complicações.

A7 – Criação de **registos** específicos do programa de CA, efectuados em sistema informático.

Por outro lado, pretende-se que os diferentes programas de CA tenham uma evolução onde denotem níveis de maturidade suplementares, através da adopção a médio prazo (1 a 3 anos) de princípios designados por critérios desejáveis:

B8 – Implementação do **circuito** bem estabelecido, conforme descrito em A1, em todas as situações no Hospital.

B9 – **Logística** adequada, que passa pela criação duma sala de espera para doentes e acompanhantes específica do programa de CA, e de instalações exclusivas do programa de CA para doentes que pernoitam no Hospital.

B10 – Alocação de **recursos humanos** envolvidos exclusivamente no programa de CA, nomeadamente de enfermeiros, administrativos e auxiliares de acção médica.

B11 – Para além dos **protocolos clínicos** descritos em A3, desenvolvimento doutros protocolos designadamente na avaliação pré-operatória (requisição de

meios complementares de diagnóstico e terapêutica), e no estabelecimento de normas orientadoras para analgesia pós-operatória e para prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios.

B12 – **Informação clínica escrita** aquando da selecção do doente para o programa de CA, informando-o sobre o procedimento, eventuais riscos, como todo se procederá durante o dia da cirurgia, que fazer em relação à medicação crónica, tempo de jejum pré-operatório, e outros comportamentos a aconselhar antes da operação (banho, verniz das unhas, piercings, tipo de roupa a usar, etc).

B13 – Análise continuada doutros **indicadores clínicos**, para além dos referidos em A5, como sejam, a taxa de reintervenção cirúrgica no próprio dia da operação, ou a taxa de re-admissão hospitalar até aos 30 dias de pós-operatório (doentes que são de novo admitidos no Hospital nos 30 dias após a cirurgia, em consequência desta).

B14 – Inquirir junto do doente e familiares o **grau de satisfação** através da criação de inquéritos anónimos.

Existe assim um longo caminho a percorrer no desenvolvimento da CA em Portugal. Apesar dos indicadores positivos atrás referidos, há a percepção dum défice organizativo na maioria dos programas instituídos, que se traduz pela ausência de circuitos bem definidos, ausência de logística adequada à sua prática, insuficiência de adopção de protocolos clínicos e de documentos com informação clínica escrita dirigida a doentes e familiares, ausência de criação de procedimentos de apoio ao doente para dar resposta a eventuais complicações ou ainda a inexistência da avaliação continuada dos resultados obtidos através da aplicação de indicadores clínicos.

Contudo, é com grande confiança que esperamos que as propostas feitas pela CNACDA e a sua implementação no terreno pelo Ministério da Saúde, associadas à sensibilização dos vários interlocutores neste processo organizativo, possam permitir que a prática da CA atinja os ambiciosos 50% de toda a cirurgia electiva ainda durante 2009.



- [1] Nicoll JM. The surgery of infancy. *BMJ* 1909;753-756.
- [2] Jarrett PEM, Staniszewski A. The development of ambulatory surgery and future challenges. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. *Day Surgery – Development and Practice*. Clássica Artes Gráficas, Porto, Portugal, 2006. Chapter 1: 21-34.
- [3] Toftgaard C. International Survey of day surgery activities 2005. www.iaas-med.com, 2008.
- [4] P. Lemos, A. Regalado, J. Soares, E. Alves. A evolução recente da Cirurgia Ambulatória em Portugal. Resultados do IV Inquérito Nacional. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, 2006;7:5-15.
- [5] Relatório Final da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória. Ministério da Saúde, 2008.

