IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA CLÍNICA DE PRÉ - ADMISSSÃO CIRÚRGICA - *WALKING CLINIC* - NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO DA ULS MATOSINHOS

por

FAUSTO MANUEL GOUVEIA FERREIRA

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientada por:

Professor Doutor António Abílio Brandão

- 2013 -

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Fausto Manuel Gouveia Ferreira nasceu a 8 de março de 1967, na cidade do Porto.

Concluiu o Curso de Bacharelato em Enfermagem na Escola Superior Enfermagem S. João, no Porto, em 1988.

Durante os primeiros anos da sua vida profissional, exerceu funções como Enfermeiro nos Hospitais da Prelada e S. João.

No ano de 1993, ingressou no Hospital Distrital de Matosinhos, atualmente designado Hospital Pedro Hispano, no qual desempenhou funções de Enfermeiro Generalista, passando, em 1996, a trabalhar no Bloco Operatório.

Prosseguiu os seus estudos, concluindo, em 2001, a Licenciatura em Enfermagem.

Posteriormente, assumiu funções como responsável da Unidade de Recobro do Bloco Central, cargo que assumiu até 2006. De seguida, transitou para o cargo de Enfermeiro Responsável pela Especialidade de Orto-Traumatologia no Bloco Operatório, cargo que ainda mantém.

A partir do ano de 1999 e até ao momento, assume funções como Diretor Técnico de um Lar de 3ª Idade (Lar Vida e Saúde).

Paralelamente, exerce funções de chefia numa empresa do ramo da Medicina no Trabalho, no grande Porto.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor António Abílio Brandão por ter aceitado orientar esta tese e pelo seu espírito crítico que contribuiu significativamente para a qualidade deste trabalho.

Ao Dr. Pedro Gouveia, pelo incentivo e apoio para a realização desta tese.

Ao Dr. Emanuel Guerreiro, pela disponibilidade que sempre demonstrou quando questionado sobre este tema.

Ao Dr. Sérgio Santos, pelo apoio e fornecimento de dados informáticos sobre os utentes.

Aos meus colegas de curso, com um especial agradecimento à Ana Novais e ao Carlos Pestana.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo ao longo da vida.

Por último, tendo consciência que sozinho nada disto teria sido possível, dirijo um agradecimento especial à minha esposa **Maria João** e ao meu filho **Vítor**, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amor e paciência demonstrados e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo. A eles dedico este trabalho!

RESUMO

Em 2012, no serviço de cirurgia de ambulatório do Hospital Pedro Hispano, inicia-se a implementação da clínica de pré-admissão cirúrgica – *Walking Clinic*. A *Walking Clinic* funciona como uma consulta de pré-admissão cirúrgica na qual o paciente pode contar com a presença e avaliação por parte do cirurgião, anestesista e enfermeiro, no mesmo dia. Neste sentido, este programa visa, de uma forma geral, simplificar todo o processo que antecede a cirurgia, diminuindo os custos e o tempo de espera para a mesma.

Desta forma, o objetivo desta investigação é compreender os benefícios e a eficácia deste programa para o SNS. Para isso, utilizamos um estudo quantitativo, descritivo, correlacional (com comparação de grupos) e transversal.

A amostra foi composta por 535 sujeitos, sendo que, 243 utentes pertencem ao grupo avaliado antes da implementação da *Walking Clinic* e 292 ao grupo avaliado durante o primeiro ano após a sua implementação (considerando que, destes, apenas 185 foram acompanhados na clínica de pré-admissão cirúrgica).

Os resultados obtidos demonstram diferenças ao nível do tempo de espera entre a primeira consulta e a cirurgia, com resultados mais favoráveis verificados após a implementação da clínica de pré-admissão cirúrgica. Para além disso, podemos aferir uma diminuição ao nível dos custos.

Esta investigação permitiu-nos fazer uma avaliação inicial da eficácia deste projeto. Contudo, uma vez que o projeto ainda se encontra numa fase embrionária, novos estudos serão necessários para aprofundar as consequências da sua implementação.

ABSTRACT

In 2012, the service of ambulatory surgery in Hospital Pedro Hispano started the implementation of a preoperative clinic - *Walking Clinic*. The *Walking Clinic* operates as a preoperative clinic in which the patient can rely on the presence and evaluation by the surgeon, the anesthesiologist and the nurse, on the same day. This program aims to simplify the whole process that precedes the surgery, thus reducing the costs and the waiting time.

The main goal of this research is to understand the benefits and the effectiveness of this program concerning the Portuguese National Health Service. In this regard, we used a quantitative, descriptive, correlational (with group comparisons) and transversal study.

The sample was composed of 535 individuals. 243 users belong to the group assessed before the implementation of the *Walking Clinic* and 292 to the group assessed one year after its implementation (considering that, of these, only 185 were followed up in the preoperative clinic).

The results show differences regarding the waiting time between the first consultation and the surgery, with more favorable results being verified after the implementation of the preoperative clinic. In addition, we can verify a decrease concerning the costs.

This research allowed us to make an initial assessment of the effectiveness of this project. However, since the project is still at an embryonic stage, new studies will be necessary to fully understand the consequences of its implementation.

ÍNDICE PÁG

1 - INTRODUÇÃO 1
2 - REVISÃO DA LITERATURA 4
2.1 - Cirurgia de Ambulatório 4
2.2 - A qualidade em Saúde 10
2.2.1 - O estado da qualidade a nível internacional 11
2.2.2 - O estado da qualidade em Portugal 12
2.3 - Indicadores de Qualidade na Saúde 13
2.4 - Referenciação Clínica 16
2.5 - Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica 19
2.5.1 - Descrição de casos 23
2.5.1.1 - Brigham and Women's Hospital 23
2.5.1.2 - Clínica de Anestesia Medicina Peri Operatória na Universidade de Chicago 25
2.5.1.3 - Cleveland Clinic IMPACT Center 27
2.6 - Listas de espera 30
2.7 - Caracterização do Serviço de Cirurgia de Ambulatório 33
2.7.1 - Atividade cirúrgica efetuada no serviço de Cirurgia de Ambulatório 33
2.7.1.1 – Percurso do utente no dia da cirurgia 33
3 - METODOLOGIA 35
3.1 - Objetivos e design do estudo 35
3.2 - Variáveis em estudo 36
3.3 - Procedimentos da recolha de dados 37
3.4 - Procedimentos de análise de dados 37

3.5 - Amostra 39
3.5.1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra 40
3.6 - Material e instrumento de avaliação 46
3.6.1- Questionário de satisfação com os serviços de Cirurgia de Ambulatório 47
4 - RESULTADOS 49
4.1 - Diferenças entre os utentes avaliados antes e após a implementação da *Walking Clinic* 49
4.2 - Diferença ao nível dos utentes acompanhados para cirurgia pelo processo tradicional e pelo *Walking Clinic* 50
4.3 - Satisfação dos utentes operados no serviço de Cirurgia de Ambulatório 56
5 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS 58
6 - CONCLUSÃO 60
BIBLIOGRAFIA 62
ANEXOS 67
Anexo 1 - Guia para orientação dos doentes *Walking Clinic* 68
Anexo 2 - Guia de recomendação para médicos de MGF para referenciação de doentes *Walking Clinic* 71
Anexo 3 – Tabela de gastos em MCDT's após implementação *Walking Clinic* 74

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

FIGURAS Pág.

Figura 1 - Percurso na Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica 2

Figura 2 - Evolução da Cirurgia de Ambulatório 7

Figura 3 - Cirurgia de Ambulatório: % Operados em Ambulatório por distrito de residência nos anos 2006, 2011 e 2012 7

Figura 4 - Cirurgia de Ambulatório: Evolução dos operados desde 2006 até 2012 8

Figura 5 - Esquema de avaliação do processo pré-op da Cleveland Clinic 29

Figura 6 - Evolução da LIC entre 2006 e 2012 32

Figura 7 - Evolução da mediana do TE na LIC entre 2006 e 2012 32

Figura 8 - Diferenças significativas entre os grupos de utentes acompanhados para cirurgia pelo processo habitual e pelo *Walking Clinic*, em relação ao tempo de espera para a consulta e para a cirurgia 55

Figura 9 - Diferenças significativas entre os grupos de utentes acompanhados para cirurgia pelo processo habitual e pelo *Walking Clinic*, a nível de custos com os MCDT's55

TABELAS

Tabela 1 - Cirurgia de ambulatório: Evolução dos indicadores dos operados em ambulatório desde 2006 até 2012 9

Tabela 2 - Caraterização sociodemográfica e clínicas da amostra total, no período pré *Walking Clinic* 41

Tabela 3 - Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra total, após implementação do *Walking Clinic* 44

Tabela 4 - Comparação entre o grupo avaliado no primeiro período e o que foi avaliado no segundo período, ao nível do tempo de espera entre a primeira consulta e cirurgia ..49

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra avaliada após implementação do *Walking Clinic*, por subgrupos 51

Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra avaliada após implementação do *Walking Clinic*, por subgrupos - variáveis métricas..... 54

Tabela 7 - Resultados do questionário de satisfação dos doentes operados no serviço de cirurgia de ambulatório..... 57

QUADROS

Quadro 1 - Utilização de indicadores clínicos..... 16

Quadro 2 - Cancelamento cirúrgico no dia da cirurgia 26

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

BO - Bloco Operatório

BSA - Bloqueio Sub Aracnóideo

CA - Cirurgia Ambulatório

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSS - Cuidados de Saúde Secundários

CTPDL - Clínica Trabalhadores Portuários Douro e Leixões

DCSLP - Direção do Centro de Saúde de Leça da Palmeira

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Desvio Padrão

ECG - Eletrocardiograma

EPE - Entidade Pública Empresarial

EUA - Estados Unidos da América

GDH - Grupos Diagnósticos Homogéneos

GTRH - Grupo Técnico para Reforma Hospitalar

HQS - The Health Quality Service

IMPACT - Internal Medicine Preoperative Assessment Consultation and Treatment

IQS - Instituto da Qualidade na Saúde

LE - Lista de Espera

LIC - Lista de Espera para Cirurgia

M - Média

MGF - Medicina Geral e Familiar

MCDT's - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MS - Ministério da Saúde

N - Numero de individuos

NHS - National Health Service

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OM - Ordem dos Médicos

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

PACE - Preoperative Anesthesia Consulting and Evaluation

PACT - Preoperative Assessment Consultation and Treatment

PECLEC - Programa Especial Combate Lista Espera Cirúrgica

PERLE - Programa Especial Recuperação Lista de Espera

PIB - Produto Interno Bruto

PPA - Programa de Promoção de Acesso

RM - Ressonância Magnética

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SO - Sala de Operações

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SNS - Sistema Nacional de Saúde

t - t-test

TE - Tempo de Espera

TMRG - Tempo Máximo de Resposta Garantido

UCA - Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UCGIC - Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade Saúde Familiar

χ^2 **-** Qui-Quadrado

WHO - World Health Organization

ABREVIATURAS

Drs. - Doutores

Fig. - Figura

N.º - Número

1 - INTRODUÇÃO

A elaboração desta Tese, subordinada ao tema "Impacto da implementação da clínica de pré-admissão cirúrgica – *Walking Clinic* - na cirurgia de ambulatório da ULS Matosinhos", enquadra-se no Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Como podemos verificar, em Saúde, a melhoria da qualidade passa por uma mudança gradual do comportamento das pessoas em relação ao seu trabalho e das suas atitudes em relação aos outros. Deste modo, a qualidade final dos serviços prestados aos utentes encontra-se dependente da cooperação entre profissionais e dos seus comportamentos.

Apesar disso, sabemos, também, que:

> *A prestação de cuidados de saúde está em rota de colisão com aquilo que são as necessidades dos doentes e a realidade económica. O aumento de custos, o aumento dos problemas de qualidade e o aumento crescente de cidadãos sem acesso aos cuidados de saúde necessários, é inaceitável e insustentável (Porter, 2006).*

De modo a reconciliar as necessidades dos doentes e a realidade económica, novos progressos surgiram na área da Saúde. Nos últimos anos, através do desenvolvimento das técnicas anestésicas e cirúrgicas, tem-se verificado a realização de operações com menor agressividade e com uma recuperação mais rápida, o que, em muitas situações, permitiu que o doente não tivesse de passar nenhuma noite no hospital. O regime de ambulatório encontra-se na base da profunda revolução a que assistimos recentemente no domínio da cirurgia, possibilitando que doentes e familiares se envolvam num processo cirúrgico com menores implicações para o seu dia a dia.

A Cirurgia de Ambulatório é, atualmente, um exemplo de eficiência e qualidade no tratamento de doentes cirúrgicos. Este contexto da Medicina Moderna tem permitido, assim, o desenvolvimento de programas que visam uma melhor organização com maior eficiência e eficácia a custos mais reduzidos.

Assim surgiu a Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica - *Walking Clinic*, plataforma logística de doentes cirúrgicos, pensada e idealizada de forma a tornar mais abrangente a identidade da cirurgia de ambulatório (Anexo 1). A Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica, estrutura organizada, apelativa e funcional encontra-se no piso 0 do Hospital Pedro Hispano.

A criação desta plataforma pressupõe um serviço de proximidade entre a rede de cuidados primários (Anexo 2) e a população da área de influência de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA). Consequentemente, o seu principal objetivo é tornar o percurso do doente até ao dia da cirurgia mais rápido e eficiente, sustentado por um conceito de fácil compreensão para os seus intervenientes. Com apenas uma convocatória, o doente passa por três consultas: Cirurgia, Anestesia, Enfermagem (3 gabinetes dispostos em linha), Fig. 1.

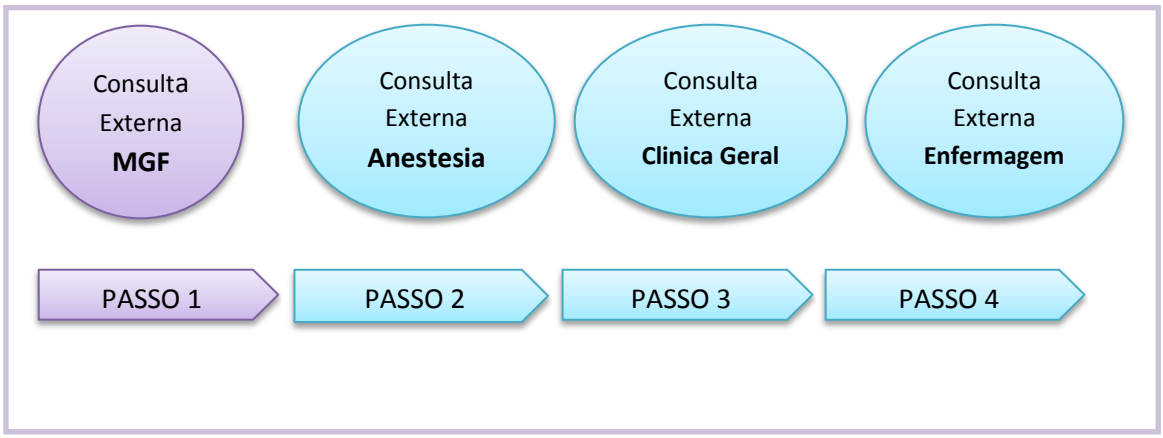


Figura 1 – Percurso na Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica

Existe, ainda, a possibilidade de realização de exames complementares de diagnóstico que sejam considerados necessários para o esclarecimento do diagnóstico ou para a preparação pré-operatória. Essas consultas realizam-se num espaço concebido especificamente para que o doente "caminhe" de gabinete em gabinete, numa relação de proximidade mútua entre médicos, enfermeiros e doentes. Após percorrer os "PASSOS" na Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica, o doente ficará, então, a aguardar a marcação da sua cirurgia.

Aliando a multidisciplinaridade à otimização de recursos humanos, este modelo deverá ser integrado na dependência destas UCA para que possa promover a qualidade, celeridade e satisfação no serviço prestado.

Uma vez que este modelo de plataforma logística de doentes cirúrgicos tem como objetivo aumentar a eficiência da cirurgia de ambulatório, levando à redução de custos e à melhor gestão possível de recursos humanos, parece-nos pertinente a realização de um estudo que analise as consequências da sua implementação.

Caso os objetivos deste modelo sejam verificados positivamente, poderemos estar na origem de futuras alterações nas dinâmicas de trabalho das organizações de saúde que melhorem a *performance* das instituições.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Cirurgia de Ambulatório

Segundo Morales (1996), a Cirurgia de Ambulatório (CA) consiste num sistema funcional organizado e multidisciplinar de assistência cirúrgica, que permite o tratamento de doentes selecionados de modo eficiente e seguro, sem necessidade de internamento hospitalar.

A constante evolução do conceito de Cirurgia de Ambulatório levou a que a Portaria nº 132/2009, de 30 de janeiro, a definisse como: Intervenção cirúrgica programada realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas. De acordo com a mesma portaria, os atos cirúrgicos dividem-se em dois tipos:

a) Um ou mais atos operatórios, com o mesmo objetivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado (s) por cirurgião (ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, loco-regional ou local, com ou sem presença de anestesista;

b) Intervenção cirúrgica com valor inferior a 50 k, conforme tabela da OM;

Ultimamente, verificou-se que a cirurgia em regime de ambulatório tem sido a área de maior expansão cirúrgica nos países desenvolvidos, graças às múltiplas vantagens que lhe estão associadas. O correto planeamento do desenho da unidade e da gestão de recursos humanos, centrada no doente, permite aumentar a eficiência hospitalar relativamente à cirurgia de internamento. Para além disso, o processo revela-se mais confortável para o doente, uma vez que pode regressar a casa no próprio dia da intervenção, de modo a recuperar da sua operação num ambiente familiar.

Apesar da existência de algumas barreiras ao seu desenvolvimento, tais como, os modelos de financiamento dos sistemas de saúde (muitas vezes recompensando a

permanência do doente em internamento) e a falta de empenho político na sua promoção, a CA tem ganhado, nas últimas décadas, adeptos em todo o mundo. Prova disso é o caso específico do nosso país, no qual, o número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório quadruplicou entre 1999 e 2005 (Lemos *et al*., 2007).

Este crescimento à escala global assenta na perceção de que a CA confere inúmeras vantagens associadas a um elevado grau de satisfação do doente, entre as quais: tratamento mais personalizado; rápido regresso a casa sem necessidade de interrupção da medicação habitual; convalescença em ambiente familiar; menor risco de infeção hospitalar; menor risco de desorientação do doente idoso; menor grau de ansiedade, sobretudo em crianças (Lemos *et al*., 2007).

Apesar do acentuado desenvolvimento da CA, em Portugal, nos últimos anos, ainda é claramente verificável que se encontra bastante distante de outros países.

Analisando o caso de um procedimento cirúrgico específico - a correção cirúrgica de hérnia inguinal (em Portugal, no ano de 2005), podemos constatar que apenas 15% destas cirurgias foram realizadas em regime de ambulatório. Um valor extremamente reduzido em comparação com os obtidos nos EUA (84%), Dinamarca (73%), Inglaterra (42%) e Itália (30%) (MS-EPE, 2007).

Mesmo em patologias de oftalmologia, ginecologia/obstetrícia, urologia, cirurgia vascular, otorrinolaringologia, ortopedia, ou cirurgia geral, em que o recurso à CA é, em regra, considerado o mais adequado, a sua percentagem, em Portugal, é bastante baixa quando comparada com os países previamente mencionados.

Outros dados interessantes, de 2006, mostram que enquanto que, em Portugal, a proporção da cirurgia realizada em regime de ambulatório relativamente ao total de cirurgias realizadas, se situava nos 17%, este valor era de 55% na Dinamarca, de aproximadamente 50% em países como a Suécia, a Noruega ou a Holanda, e entre 28% e 44% em seis regiões de Espanha (Lemos, 2010).

Procurando corrigir esta discrepância, o Governo Português estabeleceu, em 2007, a criação de uma Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de

Ambulatório (CNADCA). Esta comissão foi criada com o objetivo de propor uma estratégia, assente nas correspondentes medidas, para o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Através do Despacho nº 25 832/2007 atribui à CNADCA a missão de:

"*a*) *Identificar os actuais constrangimentos, físicos, de recursos humanos e de formação, ou outros, que condicionam o crescimento da CA;*

b) *Identificar, para o período recente, os procedimentos cirúrgicos que poderão ser efectuados em regime de ambulatório, apurando o seu grau de realização actual no SNS, e estimando o impacte económico e na melhoria da acessibilidade dos utentes por redução na lista de espera, por comparação com a cirurgia tradicional;*

c) Explicitar os requisitos que as unidades de CA devem respeitar em termos de instalações/arquitectura, equipamentos, condições de acesso e de organização clínica e administrativa;

…e) Apresentar propostas de desenvolvimento imediato de Unidades de Cirurgia de Ambulatório no SNS, em função da localização geográfica, da organização institucional, dos recursos humanos e sua formação, com adequada viabilidade económico-financeira e gestão clínica articulada com toda a rede de cuidados de saúde, tanto primários como continuados;

…h) *Seleccionar e ordenar indicadores que permitam a avaliação contínua da qualidade na cirurgia do ambulatório;…"*

Podemos verificar que a prática da CA, em Portugal, teve uma evolução muito positiva, consequente, por um lado, do esforço e da dinâmica desencadeada por uma Comissão (CNADCA) e uma Associação (APCA) Nacionais, através da divulgação e sensibilização da sua implementação, e, por outro, das inúmeras medidas governamentais instituídas no sentido da sua real promoção. Como se pode constatar na figura 2, o resultado foi surpreendente, duplicando a sua expressão em apenas quatro anos, de 22,0%, em 2005, para 43,7%, em 2009, e aproximando-se da barreira dos 50%

de toda a cirurgia programada: meta defendida pela CNADCA no seu relatório final (CNADCA, 2008).

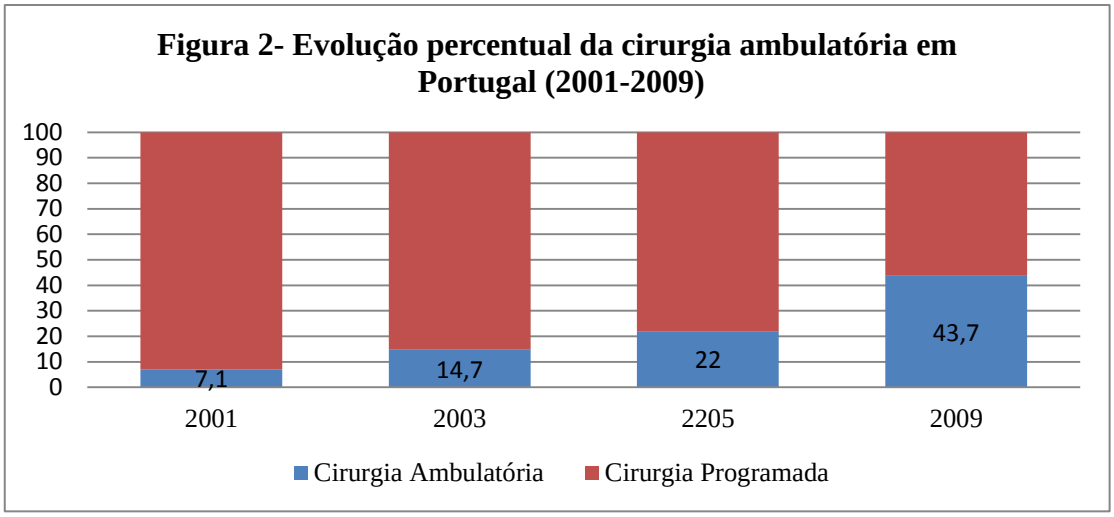


Figura 2 - Evolução da cirurgia de ambulatório. Fonte: Revista APCA, 2010

A figura seguinte apresenta a percentagem de episódios operados em ambulatório face ao total de operados por cada distrito de residência nos anos de 2006, 2011e 2012.

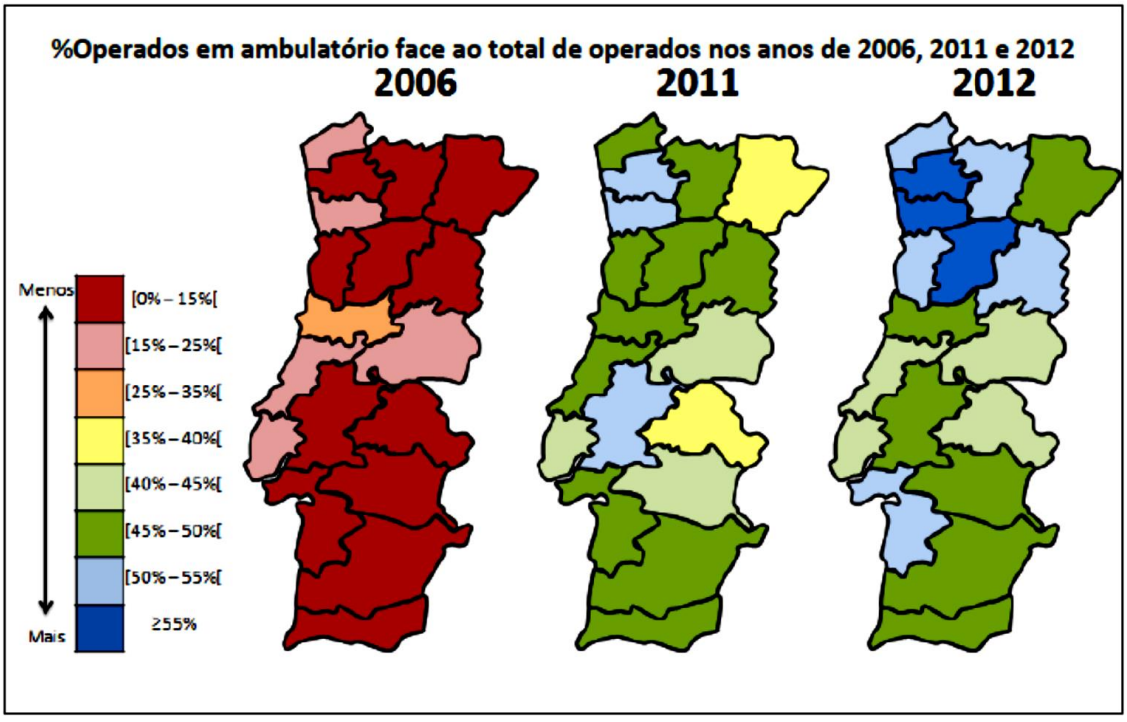


Figura 3 - Cirurgia de ambulatório: % Operados em ambulatório por distrito de residência nos anos de 2006, 2011 e 2012. Fonte: UCGIC 2013.

Podemos observar que, em 2006, a percentagem de cirurgias em regime de ambulatório era pouco significativa em todo o país - apenas no distrito de Coimbra as cirurgias se situavam acima dos 25%.

Contudo, em 2012, já podemos apontar mudanças significativas. Assim, observa-se que a percentagem de operados em regime de ambulatório aumentou consideravelmente em todos os distritos, destacando-se os de Braga, Porto e Viseu, onde as percentagens têm valores superiores a 55%.

A próxima figura apresenta o número de operados em cirurgia de ambulatório e regime de internamento.

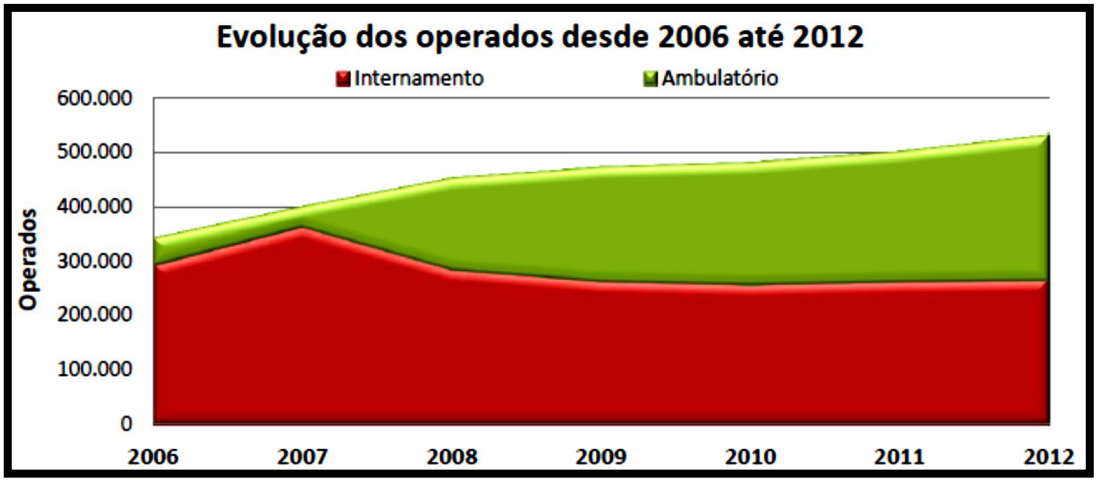


Figura 4 – Cirurgia de ambulatório: Evolução dos operados desde 2006 até 2012. Fonte: UCGIC 2013

Como podemos verificar, a cirurgia de ambulatório representou cerca de 50% do total da atividade cirúrgica, a nível nacional, no ano de 2012, o que corresponde a 269.104 episódios operados nos hospitais.

Na tabela seguinte, observa-se a evolução dos indicadores da cirurgia de ambulatório nos últimos sete anos e a respetiva variação entre 2011 e 2012.

Indicadores de cirurgia de ambulatório	2006	...	2008	2009	2010	2011	2012	Δ hom. 2011/2012 (%)
% Operados em ambulatório	15,5%	...	37,6%	44,7%	47,0%	47,9%	50,4%	5,2%
Operados em ambulatório	53.414	...	171.286	212.385	227.306	241.629	269.104	11,4%
Média de TE dos op. em amb. em meses	4,0	...	2,9	2,4	2,2	2,2	2,4	9,1%
Coeficiente da variação do TE dos op. amb. ajustado à prioridade	176,0%	...	142,5%	143,7%	148,8%	125,1%	141,8%	13,3%
Média de idade dos op. em ambulatório	50	...	55	56	55	55	55	0,0%
% de operados em amb. > TMRG	17,7%	...	8,8%	5,0%	4,1%	4,2%	4,9%	16,7%
% de conversões em cirurgias de internamento	7,3%	...	0,7%	0,3%	0,4&	0,4%	0,4%	0,0%

Tabela 1 – Cirurgia de ambulatório: Evolução dos indicadores dos operados em ambulatório desde 2006 até 2012
Fonte: UCGIC 2013

No ano de 2012, observou-se um crescimento da cirurgia em regime de ambulatório, de 5,2%, em relação ao ano de 2011. No que diz respeito aos tempos de espera (TE) dos utentes operados nesse regime, também é verificável um aumento face ao período homólogo, sendo, em 2012, de 2,4 meses (ainda assim um valor inferior ao TE dos episódios operados em regime de internamento).

Em relação à idade média dos utentes operados em ambulatório, esta situa-se nos 55 anos. Outro dado importante demonstra que a percentagem de utentes operados em ambulatório com tempo de espera superior ao tempo máximo de resposta garantido (TMRG) foi de 4,9%, em 2012, aumentando 16,7% em relação ao ano de 2011.

Considerando que a CA permite potenciar a utilização dos blocos operatórios é expectável que maiores taxas de ambulatório se repercutam em menores tempo de espera. Apesar de não existir evidência de relação linear entre os dois fatores em estudo, observa-se que para valores extremos de taxa de ambulatório existe uma tendência de associação inversa com a mediana do tempo de espera (isto é, hospitais com taxas de ambulatório superiores têm medianas do tempo de espera mais reduzidas).

Expandir a Cirurgia de Ambulatório, tendo como meta atingir, em 2015, 70% do total das cirurgias, é uma das medidas preconizadas no relatório do GTRH. Assim, esta medida deverá ser acompanhada de um conjunto de linhas de atuação que visem a progressiva ambulatorização dos cuidados de forma a reduzir o peso do internamento no conjunto dos cuidados hospitalares, gerando, simultaneamente, eficiência e qualidade. (Relatório GTRH_Nov2011)

2.2 - A qualidade em Saúde

A qualidade em saúde apresenta diferentes dimensões e perspetivas. No que diz respeito às suas dimensões salientam-se: efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito mútuo (Campos e Carneiro, 2010) Em relação às perspetivas, devemos realçar: a do utilizador dos serviços de saúde, a do profissional e a do gestor, ou seja, o uso efetivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador (Lopes, 2010).

A avaliação da qualidade é frequentemente consolidada em torno da abordagem que distingue a estrutura, o processo e os resultados, como componentes imprescindíveis para medir a qualidade. Decompondo as três componentes, temos:

a) Estrutura: corresponde aos fatores logísticos e de organização necessários à prática dos cuidados. Compreende elementos como a arquitetura, os materiais, o equipamento, o pessoal, a organização, o funcionamento e a gestão.

b) Processo: engloba as diversas intervenções, dos prestadores de cuidados, consideradas necessárias para satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes. Compreende todos os métodos de trabalho e procedimentos utilizados para a produção de um determinado serviço.

c) Resultados: dependem da mudança obtida no estado de saúde da cada pessoa. Para alguns autores, esta é, de facto, a única vertente que permite, verdadeiramente, avaliar a

qualidade do serviço prestado, visto que a prática está diretamente relacionada com a mudança da saúde da pessoa.

2.2.1 - O estado da qualidade a nível internacional

Quando analisamos o estado da qualidade, a nível internacional, é importante focarmo-nos, particularmente, nos EUA.

Nos EUA, o acesso aos cuidados de saúde, a qualidade, os custos e a eficiência têm uma variabilidade entre estados de duas a treze vezes (por vezes mais) em indicadores chave. Há evidência de que as políticas de saúde dos estados e o acesso aos cuidados podem fazer a diferença (WHO, 2008). Porém, não há evidência de uma relação entre gastos em saúde e qualidade a nível dos estados, existindo, consequentemente, uma ampla margem de melhoria (Davis e Schoen, 2007). Quando comparado com outros países, o sistema de saúde norte-americano, baseado no mercado e com mecanismos de regulação muito limitados, é dos que tem mais fraco desempenho (Shoen *et al*., 2007). Nos EUA, as questões da qualidade estão a ter uma maior aceitação por parte dos prestadores, que entendem a necessidade de uma maior transparência em relação à qualidade e aos custos e uma maior responsabilização, não só, pelos resultados, mas também pelo ativismo dos próprios doentes.

O *Institute of Medicine* tem tido um papel muito importante na demonstração dos problemas de qualidade nos EUA. No livro *To Err is Human* estima-se que, anualmente, 44.000 a 98.000 americanos morrem por erro médico. Uma publicação mais recente (Aaron, 2008), revela ainda, que, anualmente, são gastos 700 biliões de dólares em cuidados que não melhoram os resultados de saúde.

Outro curioso caso de análise é o Reino Unido. O relatório *An organization with a memory* (2000), revela as seguintes informações: o NHS gasta, anualmente, 400 milhões de libras em litigação; existem 850.000 efeitos adversos, anualmente, com custos de dois biliões de libras em dias de internamento adicionais; as infeções hospitalares custam 1 bilião de libras, sendo que 15% destas infeções poderiam ter sido prevenidas.

Em muitos outros países há uma diferença extremamente significativa entre os resultados que são obtidos com os atuais cuidados e os que poderiam vir a ser obtidos, no caso desses mesmos cuidados serem prestados a um nível ótimo.

2.2.2 - O estado da qualidade em Portugal

Em primeiro lugar, devemos salientar que o Serviço Nacional de Saúde é consensualmente reconhecido como o maior exemplo de sucesso, ao nível dos serviços públicos da democracia portuguesa, uma vez que apresenta notáveis melhorias, reconhecidas internacionalmente, em alguns indicadores.

Contudo, é igualmente importante reconhecer que, em Portugal, a avaliação da qualidade dos cuidados e da sua variabilidade é escassa e inadequada. Mesmo ao nível das grandes reformas, não existe uma cultura de avaliação do seu impacto, como se verifica em mudanças tão importantes como: a transformação dos hospitais em EPE; a criação de centros hospitalares; a reforma das urgências; as unidades locais de saúde (ULS); as unidades de saúde familiares (USF); os agrupamentos de centros de saúde (ACES); as unidades de cuidados continuados integrados (UCCI). Assim, todas estas reformas essenciais, praticamente, não têm sido avaliadas, ou, se tal aconteceu, terá sido de forma muito insuficiente.

Apesar dos bons resultados obtidos, os cidadãos não têm genericamente uma impressão muito positiva sobre o Serviço Nacional de Saúde. Num estudo recente de Cabral e da Silva (2009), 95% dos portugueses defende a necessidade de mudanças no Serviço Nacional de Saúde. Igualmente preocupante é o facto de 67% defender grandes mudanças ou mesmo a completa reestruturação do SNS. Em relação aos cuidados hospitalares, apenas 44% está satisfeito ou muito satisfeito com as consultas externas, 40 % com o internamento e 45% com as urgências. Quando se pergunta quais as medidas mais importantes que deveriam ser tomadas para melhorar o SNS, as respostas mais citadas são: a redução do tempo de espera para consultas/hospitais/cirurgias (43%), a melhor organização dos recursos (33%), o investimento de mais dinheiro (30%) e melhoria da qualidade dos cuidados prestados (24%). É, ainda, importante

referir que os cidadãos que já utilizaram o SNS têm melhor impressão do que os que nunca o utilizaram. Este facto poderá indiciar a influência distorcida dos media.

2.3 - Indicadores de Qualidade na Saúde

Atualmente, a garantia da qualidade é uma opção estratégica absolutamente inquestionável. Perante uma sociedade mais exigente e com direitos reconhecidos, a garantia da qualidade é uma parte integrante de todas as instituições, para além de constituir um garante dos profissionais que, no exercício da sua atividade, querem ver reconhecido o seu desempenho e envolvimento nas políticas institucionais.

O objetivo da qualidade passa pela implementação de medidas de melhoria contínua que levem à qualidade total, sendo que esta pressupõe: o envolvimento da gestão de topo, a definição de objetivos que visem a satisfação do cliente e dos profissionais, a implementação de programas de melhoria contínua, o reconhecimento por todos os envolvidos da cultura da qualidade e a valorização através dos resultados.

As vantagens da progressiva ambulatorização das cirurgias são indiscutíveis. Entre as principais, destacamos: a preferência que muitos doentes têm em passar o menor tempo possível em meio hospitalar, preferindo a convalescença em casa, e a diminuição que esta opção acarreta no risco de contrair uma infeção nosocomial. Acresce que esta modalidade de cirurgia também apresenta custos menores associados. Concluindo, a CA apresenta vantagens quer do ponto de vista da qualidade dos cuidados, quer no âmbito da redução de custos do SNS.

A taxa de ambulatorização tem, naturalmente, limites, dado que um conjunto considerável de pacientes continuará a apresentar critérios clínicos que não permitem a realização das suas cirurgias em regime de ambulatório. No entanto, e não obstante os hospitais terem feito um importante esforço nos últimos anos, parece existir, ainda, em Portugal, margem para um aumento das taxas de ambulatorização cirúrgica.

Para todos os doentes com indicação cirúrgica, deverá, em primeiro lugar, ser analisada a possibilidade de o doente ser intervencionado em regime de ambulatório. A

abordagem convencional, com recurso a internamento, apenas deverá ser considerada no caso de a intervenção em regime de ambulatório ser clinicamente inapropriada. De forma a incentivar os hospitais a implementarem esta medida, o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar no relatório de 2011, propôs que fossem adotadas as seguintes regras:

- *Deverão ser reforçados os objectivos de taxa de ambulatorização para o SNS, de forma a atingir uma taxa global de 70 % em 2015 (conforme proposto pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório);*
- *Deverão ser definidas metas por patologia, e por hospital, de acordo com a sua tipologia e mix de produção. Estas metas deverão ter reflexo quer nas quantidades contratadas nos contratos-programa (GDH cirúrgicos de ambulatório e de internamento), quer no âmbito dos objectivos de qualidade e eficiência dos contratos programa;*
- *Deverá ser analisada a possibilidade de pagar com GDH de ambulatório, os doentes que deram origem a GDH cirúrgicos de internamento sem ter indicação clínica para tal. Trata-se no fundo de responsabilizar os hospitais pela sua eventual má prática, aqui entendida como a realização de uma cirurgia com internamento, quando na verdade o doente poderia ser intervencionado em regime de ambulatório.*

Os indicadores de qualidade são ferramentas de monitorização utilizadas com o objetivo de identificar potenciais áreas de preocupação no que respeita à qualidade dos cuidados clínicos. Contêm em si um conjunto de atributos ou de características que permitem o cálculo da qualidade por processos de medição/avaliação minimamente rigorosos e que se podem repetir e comparar, independentemente de quem os aplique.

Em relação aos indicadores clínicos de qualidade, podemos defini-los como normas, critérios ou instrumentos qualitativos e quantitativos utilizados para medir a qualidade dos cuidados de saúde. São, assim, fundamentais para a avaliação da qualidade da prestação dos cuidados, devendo ser objeto de análise sistemática e continuada. A sua inclusão nos programas de CA traduz, naturalmente, a preocupação com que os seus responsáveis olham para a Qualidade na prestação clínica.

A possibilidade de desenvolvimento de indicadores clínicos de qualidade é quase ilimitada. Cremos ser pertinente referir os seguintes:

- Taxa de doentes que falha a admissão no dia da cirurgia em CA (n.º de doentes marcados mas que faltam no dia da operação/n.º total de doentes marcados)

- Taxa de doentes que veem a sua cirurgia em CA ser cancelada ou não realizada (n.º de doentes marcados mas que não são operados/n.º total de doentes marcados)

- Taxa de admissão hospitalar (n.º de doentes que ficam internados, sem alta / n.º total de doentes operados)

- Taxa de reintervenção cirúrgica no mesmo dia da operação (n.º de doentes que são de novo operados no dia da cirurgia / n.º total de doentes operados)

- Taxa de readmissão hospitalar até aos 30 dias de pós-operatório (n.º de doentes que regressam ao Hospital e ficam internados / n.º total de doentes operados)

- Taxa de retoma da atividade profissional ao fim de 30 dias de pós-operatório (n.º de doentes a trabalhar ao fim de 30 dias de pós-operatório / n.º total de doentes operados)

- Percentagem de doentes operados em regime ambulatório relativamente à totalidade de doentes cirúrgicos programados da Instituição (nº total de doentes operados em regime de ambulatório / nº total de doentes operados em regime de ambulatório + nº total de doentes operados em regime de internamento).

Em Portugal, nunca existiu nenhum sistema de indicadores nacionais capaz de monitorizar as várias áreas e níveis do sistema de saúde. Apesar de, no fim dos anos 90, com a criação das agências de contratualização, terem sido definidos sistemas de indicadores, a nível das Administrações Regionais de Saúde, para acompanhamento dos hospitais, esse esforço enfraqueceu a partir de 2000 (Escoval *et al*., 2009).

No entanto, num estudo apresentado pela CNDCA no relatório final de 2008, alguns hospitais já utilizavam indicadores clínicos para avaliação da qualidade dos cuidados prestados, tal como se pode observar no quadro nº 1.

UTILIZAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS		
Indicadores Clínicos analisados	**Hospitais**	
	Nº	**%**
1.Taxa de cancelamento da cirurgia (nº de doentes marcados mas que não são operados / n.º total de doentes marcados)	25	45,5
2.Taxa de admissão hospitalar (nº de doentes que ficam internados, sem alta / n.º total de doentes operados)	22	40,0
3. Taxa de reintervenção cirúrgica no mesmo dia da operação (nº de doentes que são de novo operados no dia da cirurgia / n.º total de doentes operados	17	30.9
4. Taxa de readmissão hospitalar até aos 30 dias de pós-operatório (nº de doentes que regressam ao hospital e ficam internados / n.º total de doentes operados)	15	27,3
5. Taxa de retoma da atividade profissional ao fim de 30 dias de pós-operatório (nº de doentes a trabalhar ao fim de 30 dias e pós-operatório / n.º total de doentes operados)	7	12,7

Quadro nº 1 – Utilização de indicadores clínicos. Fonte: CNDCA, 2008

Em 2003, entrou nos hospitais portugueses o *International Quality Indicator Project*. Um acordo com o Instituto da Qualidade na Saúde (IQS) permitiu que chegasse a ser utilizado por 26 hospitais, contudo, esse número foi reduzido para dez. O acordo terminou em dezembro de 2009, não tendo sido posteriormente revalidado.

Ainda assim, deve-se realçar que a criação de um sistema de indicadores faz, atualmente, parte da estratégia nacional da qualidade e que o Departamento das Qualidade da DGS já iniciou este projeto.

2.4 - Referenciação Clínica

A Referenciação Clínica é uma atitude diária de qualquer médico de família. Ela é efetuada sempre que um profissional recorre em nome do doente a recursos que estão fora da sua competência, quer seja dentro ou fora do Centro de Saúde. Existem diversas razões para referenciar utentes para cuidados secundários: os doentes podem ser

enviados para diagnóstico, para uma investigação complementar específica, para se obter uma opinião, para gestão clínica do paciente ou para um tratamento específico. Outras razões para referenciações incluem: a necessidade de partilhar os cuidados a um doente difícil ou exigente; um mau relacionamento com o doente que necessita de uma segunda opinião; a resposta a um pedido ou exigência de um doente ou seu familiar e a simples necessidade de tranquilização do médico ou do doente (Roland, 2004).

Starfield *et al*. (2005), defende que no caso de um sistema de saúde estar orientando para os cuidados primários é possível melhorar a continuidade e a coordenação dos cuidados de saúde, reduzindo, assim, o uso inadequado de serviços especializados e melhorando a saúde de uma população.

Uma das características dos sistemas de saúde baseados nos cuidados primários é a obrigatoriedade de um doente consultar o médico de medicina geral e famíliar *(gatekeeping*) – que após a consulta poderá ou não ser referenciado para cuidados de saúde especializados.

Na Europa, o *gatekeeping* é encontrado tanto em sistemas de saúde financiados pelos impostos, como os do Reino Unido e Espanha, como em sistemas de saúde baseados em seguro social, tais como os da Suíça e Holanda.

A análise, a partir de comparações de vários países, sugere que a falta de acesso direto a cuidados de saúde especializados está associada a níveis mais baixos de despesas na saúde (Delnoij *et al*., 2000).

O processo de referenciação entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Cuidados de Saúde Secundários (CSS) tem uma importância acrescida para doentes e profissionais de saúde, devido aos aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados prestados e com questões económicas.

Relativamente à qualidade dos cuidados, nos centros de saúde da ULS de Matosinhos, a entidade responsável pela acreditação, o *Health Quality Service*, definiu como critérios em relação à referenciação (HQS, 2001): a reunião de informação sobre as taxas de referenciação e a existência de procedimentos documentados e datados sobre como

fazer referenciações de rotina e sobre o conteúdo a ser incluído nas cartas de referenciação (tendo definido como orientação que as referenciações devem incluir antecedentes pessoais relevantes, problemas atuais, diagnóstico diferencial, história clínica, expectativas relacionadas com a referenciação, detalhes sobre a compreensão do utente/cuidador e os antecedentes sociais relevantes).

Em relação aos aspetos económicos, em Portugal, os custos na área da saúde, em 2002, representaram 9,1% do PIB, sendo o terceiro país da Europa em que este valor foi o mais elevado (DGS, 2005). Uma vez que o Médico de Família é aquele que faz a avaliação inicial da situação e aquele que decide de que forma o doente deve ser abordado, fazendo um balanço entre os cuidados no Centro de Saúde e os Cuidados Hospitalares, tem um papel importante na decisão de quanto se irá gastar. No caso de este processo ser eficiente, podem verificar-se poupanças consideráveis em despesas de saúde e em recursos humanos (sendo, assim, a carga de trabalho nos CSS diminuída).

O *Ambulatory Sentinel Practice Network*, nos Estados Unidos da América (Forrest *et al*., 2002) estudou os motivos de referenciação. Como tal, foi revelado que cada médico apresentou em média 1,8 razões para referenciar, tendo sido o motivo mais frequente o aconselhamento sobre diagnóstico e/ou tratamento (51,5%), seguido de abordagem cirúrgica direta (37,8%) e de abordagem médica direta (25,9%).

Em relação ao processo de referenciação clínica de rotina para consultas de outras especialidades, com origem nos Centros de Saúde da ULS de Matosinhos, este é efetuado através de relatório próprio, estando definido (DCSLP, 2005) que nele devem constar: identificação completa do doente (nome, idade, número de utente); identificação da consulta solicitada (especialidade e local da consulta); indicação dos antecedentes pessoais e sociais relevantes e datas de diagnósticos prévios; descrição dos exames auxiliares já efetuados; indicação dos tratamentos efetuados ou em curso e das suas datas; indicação explícita do que se pretende com a consulta solicitada e das eventuais expectativas do doente relacionadas com o pedido; identificação do médico que efetua o pedido (nome, número mecanográfico, local de origem e data de emissão). Esta carta deverá ser fotocopiada, sendo arquivada a cópia no processo clínico do local de emissão.

2.5 - Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica

As clínicas de pré-admissão cirúrgica, também designadas clínicas pré-operatórias, são centros especializados na avaliação de pacientes, que otimizam clinicamente as suas condições médicas, preparando os pacientes para procedimentos cirúrgicos de ambulatório, cirurgias "*major*" e promovendo o consentimento informado, oferecendo aos pacientes e familiares informações sobre os procedimentos peri operatórios, a natureza da cirurgia e tipo de anestesia a que serão submetidos.

Contudo, este conceito não é novo. Já em 1972, Crosby *et al*. defendiam que os pacientes deveriam realizar uma avaliação detalhada em ambulatório antes de serem submetidos a cirurgia eletiva.

Em 1990, Haines e Viellien descrevem o desenvolvimento de uma clínica de pré-admissão num hospital ortopédico, e, em 1992, Holloway e Hall, defendem que uma visita ao serviço de pré-admissão faria parte de um modelo de gestão de qualidade.

Mulldowny (1993) aborda quatro fases de desenvolvimento de uma clínica de pré-admissão, na qual constam: análise das necessidades; a formação de uma equipa pluridisciplinar; a identificação das necessidades dos clientes; a elaboração de um guia piloto de pré-admissão para os clínicos.

Maiores avanços no desenvolvimento do conceito estavam ainda por acontecer. Newton (1996) distribuiu questionários na clínica de pré-admissão a 120 pacientes ortopédicos e Grainer (1995), para além de examinar o número de pacientes cuja cirurgia fora adiada ou cancelada após terem sido observados na clínica, dispôs, também, um questionário aos pacientes, avaliando 14 pontos para determinar a satisfação do paciente. No entanto, o número de pacientes incluídos no estudo não é claro.

Clinch (1997) usou os exames e as pesquisas etnográficas para avaliar quatro clínicas de pré-admissão em diferentes especialidades médicas.

Pollard, (2002) refere que as clínicas de avaliação pré-operatória ajudam a preparar os pacientes para a cirurgia de modo a minimizar custos e otimizar resultados.

Estas clínicas começam a tornar-se comuns nos hospitais generalistas e nos universitários. Muitas clínicas de avaliação pré-operatória utilizam enfermeiros especialmente treinados, sob a orientação de um anestesista. Estas clínicas apresentam resultados favoráveis, através de reduções nos exames pré-operatórios, da redução de consultas de subespecialidade e períodos mais curtos de internamento.

De realçar, ainda, o estudo de Edward *et al*. (2008) que refere que, nos últimos anos, tem sido reconhecido que os aspetos não médicos são também de extrema importância para os pacientes. Assim, as experiências dos doentes que passam pela clínica de pré-admissão podem ser utilizadas como um indicador de qualidade de saúde, avaliado através de um questionário no pós-operatório.

As clínicas de pré-admissão surgiram com o intuito de diminuir atrasos e cancelamentos de cirurgias. O estudo de Darin *et al*. (2006) é igualmente importante uma vez que demonstra que as clínicas de pré-admissão podem identificar o tipo de problemas médicos capazes de causar atraso ou cancelamento das cirurgias, no dia da cirurgia, devido a informações incompletas sobre o paciente. De modo a que os problemas económicos sejam combatidos, é importante que os problemas médicos sejam devidamente identificados e as informações necessárias sejam obtidas.

Para que uma clínica pré-operatória se projete com elevados padrões de qualidade deve procurar centrar-se nos seguintes pressupostos (Deutscheman e Traber, 1996):

- Diminuir a morbilidade cirúrgica;
- Minimizar os atrasos no início da cirurgia, pois acarretam elevados custos;
- Diminuir os cancelamentos no dia da cirurgia;
- Avaliar e otimizar o estado de saúde do paciente;
- Facilitar o planeamento de anestesia e cuidados peri operatórios;
- Reduzir a ansiedade do paciente e familiares através da educação;
- Obter o consentimento informado.

As modernas clínicas pré-operatórias encontram-se situadas junto aos centros cirúrgicos de ambulatório de modo a promoverem uma fácil acessibilidade. Assim, a clínica pré-operatória funciona como um centro de "*one-stop"*, onde os cuidados médicos prestados aos pacientes são coordenados e geridos para que os procedimentos anestésicos e cirúrgicos ocorram adequadamente durante o período peri operatório (Lew *et al.*, 2004).

Para que uma clínica pré-operatória seja bem-sucedida, os seguintes fatores são essenciais (Fisher, 1996):

- Compromisso financeiro e de tempo;
- Adequado apoio de recursos;
- Clara identificação e definição de objetivos;
- Equipe multidisciplinar;
- Cooperação da administração para mudanças operacionais.

Relativamente à estrutura de uma clínica pré-operatória, (Ryan *et al,* 2012) definem que esta deve ser estruturada com base nas recomendações das melhores práticas, que resumiremos:

- Uma clínica PACT deve ser desenvolvida (*Preoperative, Assessment, Consultation and Treatment*) para uma completa avaliação e gestão dos pacientes;
- A avaliação PACT deve incluir a história pré-operatória completa e exame físico realizado por médicos experientes;
- Os pacientes devem realizar no mesmo dia as consultas e exames necessários;
- As avaliações pré-operatórias dos pacientes devem ser padronizadas e os protocolos deverão ser criados para as cirurgias mais comuns relativamente às condições de saúde dos pacientes, morbilidades ou nível de risco;

- No momento da avaliação pré-operatória de um paciente, deve ter-se em consideração diversos fatores, tais como, o tipo e a urgência da cirurgia e os riscos da anestesia;
- É importante completar a avaliação médica e cirúrgica pré-operatória antes do dia da cirurgia. A atribuição de tempo cirúrgico com base na gravidade do estado de um paciente facilita um fluxo de trabalho mais eficiente.

A maioria das clínicas tem objetivos comuns, como os que identificaremos seguidamente (Fischer, 1996; Archer *et al*., 2002):

- Otimizar o estado clínico do paciente antes da cirurgia para obtenção de melhores resultados cirúrgicos;
- Diminuir os cancelamentos e atrasos no dia da cirurgia;
- Melhorar o tempo de *turnover;*
- Garantir uma gestão economicista dos exames e uma utilização eficaz dos serviços médicos;
- Garantir a disponibilidade de informações médicas do paciente, incluindo a história clínica completa, exames físicos e os registos médicos para o dia da cirurgia;
- Melhorar a qualidade do consentimento informado;
- Possibilitar o incremento da qualidade através da observação da documentação completa e bem organizada;
- Garantir a satisfação dos pacientes;
- Melhorar a qualidade de informação fornecida aos pacientes;
- Aumentar a qualidade, eficiência e eficácia na sala de operações;
- Reduzir o número de pacientes internados;

Relativamente aos objetivos dos intervenientes nas clínicas de pré-admissão, temos:

Em relação aos pacientes:

- Menor tempo de espera possível pela cirurgia;
- Menor quantidade possível de complicações;
- Obtenção de respostas para as suas perguntas e preocupações.

Em relação aos profissionais:

- Acesso facilitado para a avaliação pré-operatória;
- Oportunidade de informar os pacientes acerca da anestesia;
- Fácil acesso às consultas e resultados de exames;
- Interesse em iniciar as operações sem perda de tempo;

Num estudo recente, Awke (2012) refere que as clínicas pré-operatórias contribuem decididamente para a melhoria de resultados, nomeadamente, com reduções dramáticas nos exames pré-operatórios, com menores consultas de subespecialidade e com períodos de permanência hospitalares mais reduzidos.

2.5.1 - Descrição de casos

Atualmente, existem outras estruturas de clínicas pré-operatórias, porém, os aspetos mais comuns destes centros incluem a centralização do processo de avaliação pré-operatório e registos médicos electrónicos (Bader *et al*., 2009).

2.5.1.1 - Brigham and Women's Hospital

CLÍNICA PRÉ-OPERATÓRIA

Ao organizar a clínica pré-operatória foi criado um processo padronizado para ajudar a alcançar um alto nível de excelência. Com a criação de um novo sistema procurou-se

eliminar a ambiguidade acerca de quem era a responsabilidade pelo *follow up* de um paciente - cirurgião, anestesista ou médico de família. Pretendeu-se, também, uma melhor coordenação entre as várias equipas de cuidados envolvidos em todo o período peri operatório.

Ter uma clínica dedicada ao pré-operatório simplifica o trabalho, levando a uma padronização de tarefas e evitando atrasos nas etapas necessárias até o dia da cirurgia. Perante um problema procura-se envolver a utilização mais eficiente de recursos. Em 2008, 24.000 pacientes passaram pela clínica (cerca de 100 pacientes por dia). A clínica oferece todos os elementos da avaliação pré-operatória proporcionando, assim, aos pacientes, um "*One-stop shopping*". Cada paciente é observado por um enfermeiro, que realiza a história clínica e o exame físico, bem como as avaliações de enfermagem e anestesiologia. O resultado é uma abordagem multidisciplinar com uma única avaliação. No que diz respeito aos enfermeiros, estes são supervisionados por um médico assistente no local.

Este modelo apresenta uma série de vantagens:

• Pacientes observados por um único agente de saúde;

• Avaliação simplificadora para os cirurgiões, que poderão não estar totalmente familiarizados com a avaliação e gestão do risco peri operatório;

• Localização central que permite programas de educação padronizada para os médicos, enfermeiros e pacientes;

• Registos e processos padronizados que facilitam a geração de dados para pesquisa e melhoria das práticas clínicas.

Esta clínica pré-operatória tem, ainda, um centro de custo separado sob a liderança do departamento de anestesiologia.

Existem dois médicos assistentes (anestesistas), a tempo inteiro, que não só supervisionam a avaliação anestésica como acompanham todo o processo no peri operatório. Eles reavaliam os pacientes, os exames e prescrevem medicação, caso seja

necessário. Além disso são o elo de ligação entre os médicos de cuidados primários e os cirurgiões.

O diretor da clínica pré-operatória é um anestesista que reporta diretamente ao vice-presidente dos serviços cirúrgicos do hospital as questões relativas ao orçamento e pessoal.

Em relação à referenciação, esta é feita pelas secretárias dos diversos consultórios médicos, que estão ligadas em rede ao computador central da clínica, conscientes dos algoritmos pré existentes necessários para a referenciação.

2.5.1.2 - Clínica de Anestesia Medicina Peri Operatória na Universidade de Chicago

Na clínica pré-operatória da Universidade de Chicago dá-se bastante enfase à triagem. Nem todos os pacientes têm que se deslocar à clínica para serem observados pelos profissionais. No futuro, provavelmente, verificar-se-ão mais avaliações pré-operatórias "virtuais" utilizando dispositivos já em desenvolvimento, tais como máquinas de ultrassonografia portátil. Tal como os pacientes podem ter os seus pacemakers implantáveis e desfibrilhadores cardíacos remotamente verificáveis via telefone, certamente, novas ferramentas estarão disponíveis, um dia, para uma avaliação remota. Embora nem todos os pacientes cirúrgicos necessitem de deslocar-se à clínica pré-operatória, cada paciente deverá fazer um exame físico. Todos os pacientes serão vistos no dia da cirurgia, e assim, em alguns casos, o exame físico será efetuado apenas nessa altura.

As informações sobre o paciente são a chave da triagem e podem ser feitas tanto em papel como em computador. Uma prioridade é o desenvolvimento de mecanismos para a obtenção de informações sobres os pacientes, sem que uma visita ao hospital ou ao centro ambulatório cirúrgico seja necessária antes do dia da cirurgia. Para isso utiliza-se um questionário em papel com duas páginas para obter informações básicas dos pacientes, incluindo (entre outros dados): idade, operação planeada, os nomes do cirurgião e médico família, operações realizadas e história médica, alergias, medicação habitual, antecedentes de pressão arterial elevada, e se conseguem subir confortavelmente um lanço de escadas. Estes questionários em branco são fornecidos

aos médicos de cuidados primários e cirurgiões que os entregam aos seus pacientes. Depois de preenchidos são-lhes devolvidos diretamente ou enviados por fax para a clínica posteriormente. O questionário fornece uma quantidade de informações essenciais, dispensando o tempo da equipa médica.

Após analisar as informações relativas aos pacientes é determinada a extensão da avaliação pré-operatória necessária. Alguns pacientes, especialmente aqueles programados para cirurgia no centro de ambulatório, com um estado de saúde saudável, só entrarão no dia da cirurgia, enquanto outros terão que se dirigir à clínica antes do dia da cirurgia para uma avaliação pré-operatória mais alargada.

A clínica tem orientações no sentido de incentivar os funcionários a minimizar os exames pré-operatórios e ECGs. A maioria dos diagnósticos é feita com base na história clínica e no exame físico. Este é útil para desenvolver diretrizes padronizadas para avaliação pré-operatória e disponibilizá-los para todos na instituição através da Intranet. As orientações vão no sentido de recomendar exames pré-operatórios e práticas de gestão de acordo com as condições específicas do paciente ou dos procedimentos cirúrgicos.

Um estudo publicado há alguns anos atrás mostrou que pacientes atendidos na clínica pré-operatória foram significativamente menos propensos a cancelamentos no dia da cirurgia que os pacientes não observados na clínica, um dado que se aplica tanto nas cirurgias de ambulatório como no bloco central (Quadro 2).

Cancelamentos de cirurgias programadas no dia da cirurgia de acordo com a frequência na clinica pré-operatória		
	Percentagem de cancelamentos	
Ambiente cirúrgico	**Pacientes observados na clinica pré-operatória**	**Pacientes não observados na clinica pré-operatória**
Centro cirúrgico de ambulatório	98 / 1164 (8,4%)	366 / 2552 (16,3%)
Bloco central	87 / 1631 (5,3%)	192 / 1477 (13,0%)

Quadro 2 - Cancelamento cirúrgico no dia da cirurgia. Fonte: Ferschl *et al*., 2005

Um estudo a partir de 2000, baseado em dados da Australian Incident Monitoring Study, constatou que 11% dos 6.271 incidentes críticos ocorridos durante as operações foram atribuídos a uma avaliação pré-operatória inadequada (dos quais 3% foram inequivocamente relacionados com problemas da avaliação pré-operatória ou preparação desadequada). Mais de metade dos incidentes foi considerada evitável (Kluger *et al*., 2000).

Relativamente ao pessoal, este modelo do Hospital Universitário de Chicago, baseia-se principalmente em médicos internos de especialidade e enfermeiros especialistas. Estes profissionais têm formação em anamnese, avaliação do exame físico, testes de diagnóstico e tratamento da doença. Os enfermeiros têm competências mais limitadas, embora desempenhem um papel preponderante na avaliação dos pacientes saudáveis para os quais só é necessária anamnese e exame físico completo. Além destes profissionais, a clínica é composta por um anestesista, responsável pela clínica, bem como médicos assistentes e pessoal administrativo.

2.5.1.3 - Cleveland Clinic IMPACT Center

Cleveland Clinic Impact Center está estruturado de uma forma diferenciada da maioria das outras instituições, uma vez que, aqui, os cirurgiões, anestesistas e profissionais hospitalares são todos funcionários diretos da instituição.

Apesar desta estrutura única, muitos aspetos da clínica pré-operatória – conhecida como Internal Medicine Preoperative Assessment, Consultation and Treatment Center (IMPACT) - são aplicáveis a outras instituições.

Cleveland Clinic é um hospital cirúrgico com uma grande taxa de ocupação, cujo sistema de otimização pré-operatória foi projetado de modo a fornecer um atendimento de alta qualidade. O IMPACT Center é consultado por pacientes com complicações não cardíacas e as suas fontes de referência incluem, na maioria, instituições de variadas especialidades cirúrgicas.

Quando o centro foi criado, em 1997, a sua missão assentava nos objetivos traçados pelos Drs. Bader e Sweitzer: segurança; uma experiência positiva para o paciente; reforço da comunicação; melhoria dos cuidados; uso eficaz dos recursos e melhoria do rendimento através de um cuidado padronizado.

Atualmente, o foco do programa peri operatório é avaliar de forma abrangente os riscos tendo em conta os procedimentos com os pacientes e todos os fatores relacionados com a anestesia. A clínica oferece "*one-stop shopping*" e sua prioridade é o rendimento eficiente. Está localizada num edifício de 12 andares que inclui ambulatório, clínicas pré-operatórias e cirúrgicas e consultórios. O Impact Center situa-se no primeiro andar juntamente com o PACE (Preoperative Anesthesia Consulting and Evaluation), o laboratório e as salas de outros MCDT`s. O apoio radiológico é efetuado no segundo andar.

Normalmente a avaliação pré-cirúrgica e todos os exames necessários são efetuados num só dia. Com um questionário "inteligente" dá-se início ao processo de avaliação (Figura 5). Este começa no consultório do cirurgião que avalia se efetivamente há necessidade de recorrer à cirurgia.

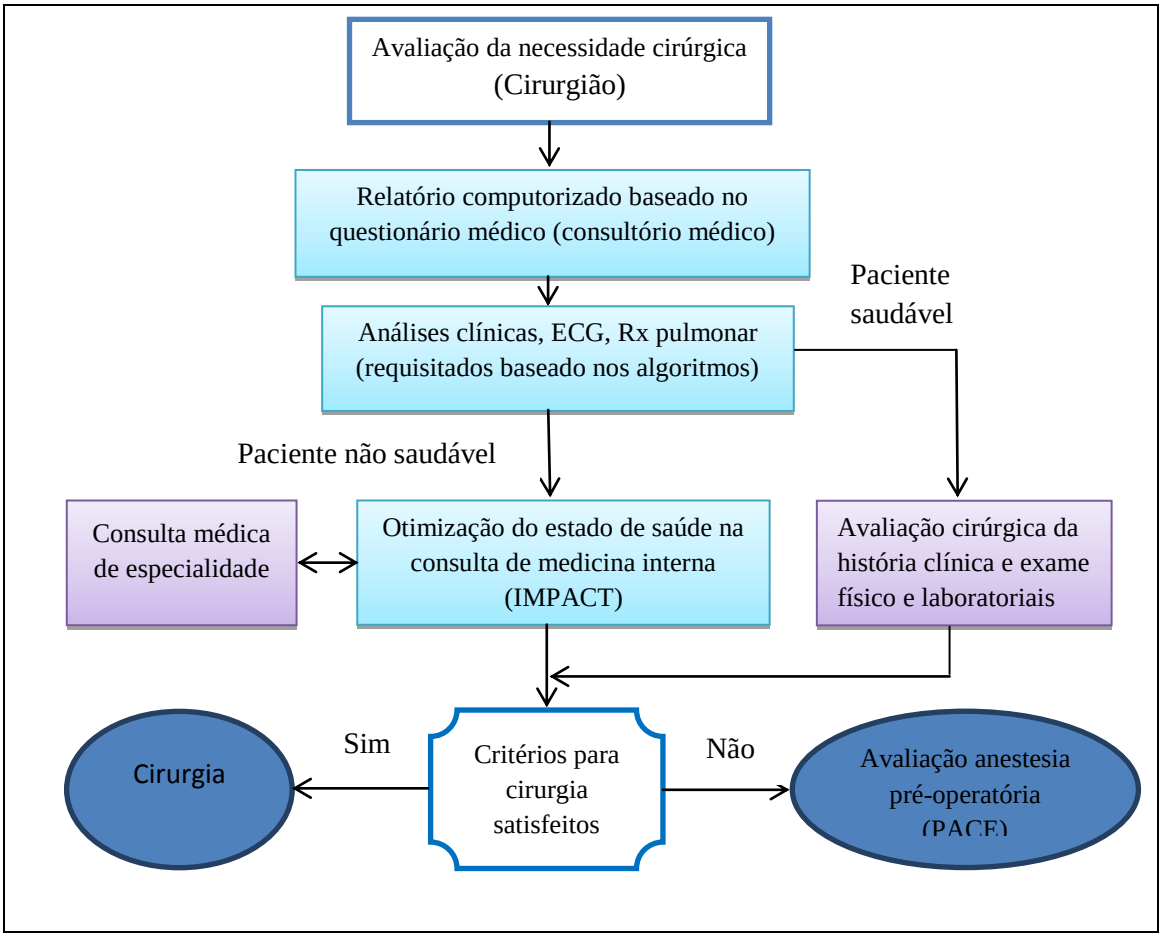


Figura 5 - Esquema de avaliação do processo pré-operatório da *Cleveland Clinic*. Fonte: Bader *et al.*, 2009.

Um relatório computadorizado baseado no questionário efetuado no consultório médico orienta o paciente para áreas específicas de acordo com os algoritmos pré estabelecidos. Baseado na complexidade do caso e nas necessidades clínicas, os pacientes são agendados para o Impact Center e para o PACE. Se for necessário (com base nos algoritmos), os pacientes serão também sujeitos a exames laboratoriais e/ou radiográficos. Esta abordagem padronizada ajuda a criar uma passagem segura e menos confusa para os pacientes no processo de avaliação pré-operatória.

O Impact Center é gerido pelo departamento de medicina do Hospital. Tem 5 médicos a tempo inteiro, 2 enfermeiros, 2 assistentes operacionais e 3 secretárias.

Em 2008, passaram pelo Impact Center cerca de 15.000 pacientes.

2.6 - Listas de espera

Apesar da qualidade do SNS, um dos seus problemas mais declarados prende-se com a dificuldade da gestão do tempo de espera (TE), sobretudo, no que diz respeito às intervenções cirúrgicas. (OPSS, 2010).

Em cerca de metade dos países da OCDE, existe lista de espera cirúrgica, principalmente em países onde existem serviços nacionais de saúde. Os países com maior tempo de espera são aqueles que combinam o seguro de saúde público (com baixo custo ou nulo no momento de consumo de cuidados de saúde) e restrições na capacidade cirúrgica (Barros, 2008).

Num estudo realizado por Foote *et al*. (2004), constatou-se que as listas de espera na Nova Zelândia aumentaram em dimensão e as tentativas para reduzir ou eliminar as LE, foram em grande medida ineficazes.

Em Espanha, o SNS enfrenta um grande problema devido às longas listas de espera. Tem havido uma grande preocupação por parte dos seus gestores em resolver este problema, tendo sido implementadas algumas medidas, tais como: a subcontratação, programas especiais e a atualização das listas de espera.

Barros (2008) menciona a complexidade que as listas de espera (LE) acarretam, uma vez que tanto produzem preocupações de eficiência como de equidade. É o conflito entre estas duas preocupações que gera dificuldades na sua gestão.

A existência de listas de espera para cirurgia acontece, devido à incerteza que se assiste, quer seja pelo lado da procura, porque os doentes chegam ao sistema de uma forma aleatória, quer pelo lado da oferta que apresenta analogamente fatores incertos.

Como podemos verificar, o problema das listas de espera (LE) não é apenas um estigma do SNS. Tanto a nível nacional, como internacional, o combate para diminuição das listas de espera incide sobretudo na definição da capacidade de oferta (por ex. nº de blocos operatórios (BO) disponíveis) e na eficiência da organização prestadora de cuidados de saúde (onde se enquadram fatores como a organização funcional dos

serviços, a incerteza/variabilidade do desempenho clínico, o empenho dos recurso humanos, etc.) (Barros, 2008).

Nos últimos anos, houve uma preocupação por parte dos nossos governantes, em resolver o problema das listas de espera, tentando para esse efeito adotar diversos programas. De realçar, em 1995, o programa especial de recuperação das listas de espera (PERLE), em 1999, o programa para a promoção do acesso (PPA) e, em 2001, o programa especial de combate às listas de espera cirúrgica (PECLEC). Estes programas disponibilizaram verbas adicionais para aumentar a produtividade cirúrgica. O resultado, no entanto, não terá sido o esperado, uma vez que as listas de espera se mantiveram, tendo sofrido até um ligeiro aumento.

Face à incapacidade da resolução desta situação, foi criado, em 2004, o SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia, através de uma resolução do Conselho de Ministros[1], com o objetivo de minimizar o problema de acesso a cuidados cirúrgicos, que se encontrava numa situação crítica com TE de vários anos para muitos utentes.

Desde 2006, a procura de serviços cirúrgicos tem vindo a aumentar, sendo este crescimento acompanhado até 2010 por uma diminuição dos utentes inscritos a aguardar cirurgia (Figura 6) e, concomitantemente, por uma diminuição dos tempos de espera. No entanto esta tendência inverteu-se em 2011 dando assim origem ao aumento da LIC pela primeira vez em seis anos.

Neste sentido, observa-se que os indicadores tendem a estabilizar, registando-se em 2012, 534 mil cirurgias e 166 mil inscritos em lista (LIC), com uma mediana de tempo de espera de 3 meses (Figura 7).

[1] Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, 24 de junho. Diário da República n.º147, I Série-B 2004, 3846-3848.

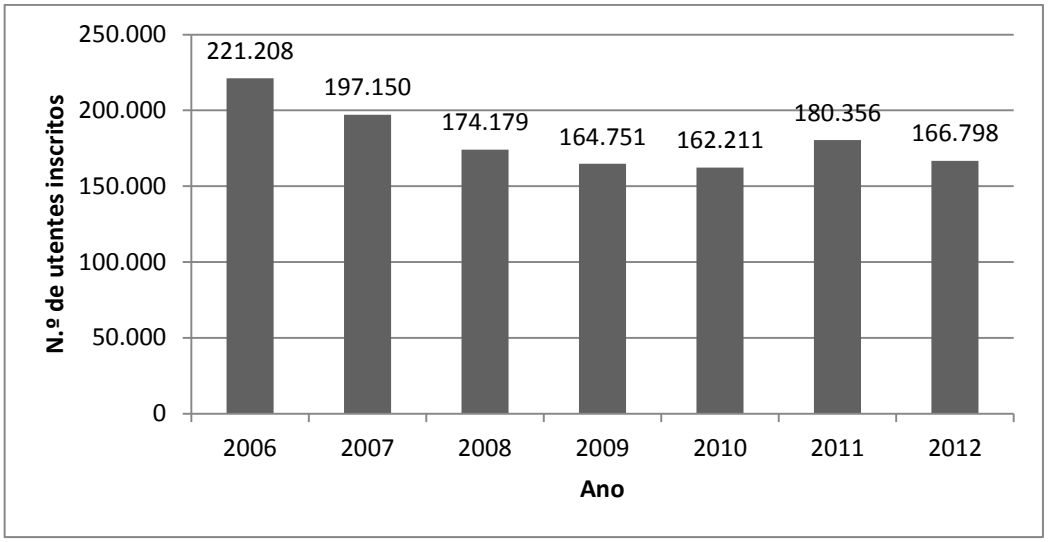


Figura 6 – Evolução da LIC entre 2006 e 2012. Fonte: UCGIC (2013).

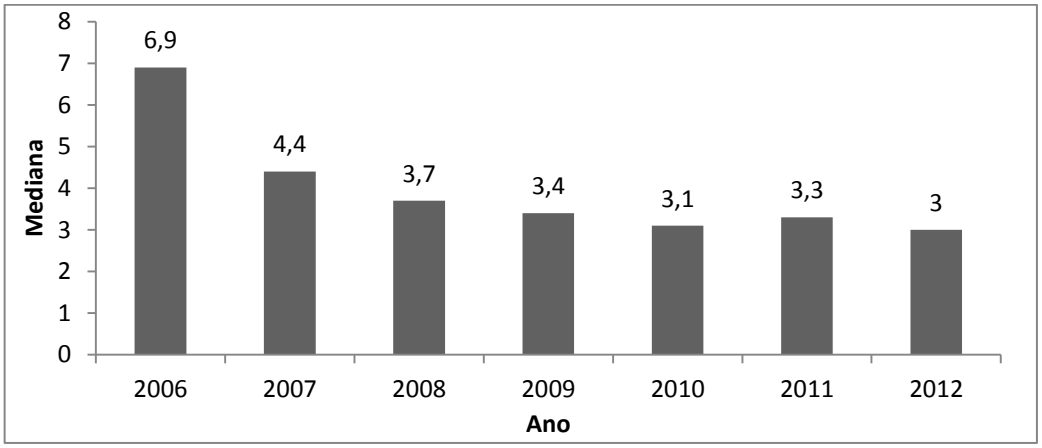


Figura 7 - Evolução da mediana do TE na LIC (em meses) entre 2006 e 2012. Fonte: UCGIC (2013)

A LIC a 31 de dezembro de 2012, voltou a diminuir assim como o tempo de espera (TE) mediano em LIC (menos nove dias) 7,5% e 9,1% respetivamente, face ao período homólogo.

2.7 - Caracterização do Serviço de Cirurgia de Ambulatório

No Hospital Pedro Hispano, o serviço de Cirurgia de Ambulatório encontra-se situado no piso 0. É constituído por 3 Salas de Operações, pela Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), com capacidade para 12 camas, 10 cadeirões, um gabinete de enfermagem e por todas as estruturas de apoio ao seu funcionamento (dois vestiários, cada um com 3 cabines, farmácia, sala de aprovisionamento, copa, etc.). Cada sala de operações (SO) está equipada com os aparelhos necessários para qualquer tipo de procedimento anestésico, Anestesia geral, Loco Regional (Bloqueio Subaracnoídeo (BSA), Epidural), Bloqueios periféricos e Anestesia local.

2.7.1 - Atividade cirúrgica efetuada no serviço de Cirurgia de Ambulatório

A atividade normal decorre de Segunda a Quinta-feira, entre as 08:00 e as 20:00 horas, e à Sexta-feira das 09:00 às 14:00 horas.

Relativamente aos recursos, o correto funcionamento de uma sala de operações implica a presença de três enfermeiros, um anestesista e dois cirurgiões.

Existem ainda assistentes operacionais em número suficiente para apoiar as salas em funcionamento e auxiliares de limpeza.

2.7.1.1 – Percurso do utente no dia da cirurgia

O utente dá entrada no hospital e dirige-se ao secretariado do serviço de cirurgia de ambulatório. Após a realização de toda a burocracia, aguarda a chamada ao bloco na sala de espera.

Na altura adequada, o utente é recebido pela assistente operacional, que o prepara para entrar no espaço restrito do bloco. De seguida, é conduzido ao gabinete de enfermagem, no qual se procede à preparação pré-operatória, colocação de soro, tricotomia e mais algum procedimento de acordo com o protocolo de cada cirurgia. Nesta altura, dá-se início à verificação da *check-list*, - cirurgia segura, da qual consta a observação, confirmação e registo (informático) de vários parâmetros (entre outros, nome completo, o consentimento informado, cirurgia a que vai ser submetido, local da cirurgia).

Quando a sala de operações está pronta e a equipa cirúrgica preparada, o utente passa diretamente para a sala de operações, onde será, após o procedimento anestésico, submetido à cirurgia proposta.

No final da cirurgia o utente é transportado para a UCPA, onde deverá permanecer sentado num cadeirão ou deitado numa cama, conforme a complexidade do processo anestésico e cirúrgico a que foi submetido.

Após o tempo necessário para recuperar o seu estado normal, segundo os protocolos em vigor no serviço, o utente terá alta para o domicílio acompanhado por um familiar ou amigo.

3 – METODOLOGIA

Neste ponto descreve-se a metodologia utilizada ao longo desta investigação. Inicialmente são referenciados os objetivos e o *design* do estudo, as variáveis estudadas e os procedimentos de recolha de dados. Segue-se a descrição da amostra e a sua caraterização sociodemográfica e clínica, bem como os instrumentos utilizados. Por fim, descrevem-se os métodos estatísticos empregues.

3.1 - Objetivos e *design* do estudo

Tendo por base a revisão da literatura efetuada acerca do impacto da implementação da Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica, na idealização de uma rápida referenciação, orientação, preparação e tratamento de doentes no SNS, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

Poderá a Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica contribuir para uma melhor articulação entre níveis de cuidados? Quais os benefícios da implementação da Clínica Pré-Cirúrgica, quer para o SNS quer para o próprio utente?

A partir da formulação desta questão e identificando o problema da investigação a ser explorado nesta investigação, foram definidos os seguintes objetivos: i) caracterizar o grupo de utentes ao nível sociodemográfico e clínico; ii) verificar se o tempo entre o pedido e a primeira consulta e o tempo entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico diminuíram, um ano após, com a implementação da Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica; iii) confirmar se houve uma diminuição de custos e um consequente aumento da eficácia; iv) verificar o nível de satisfação dos utentes relativamente à implementação da Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica e v) desenvolver competências e aprofundar conhecimentos na área da investigação científica.

No que se refere ao *design* de estudo, este assenta numa abordagem quantitativa, uma vez que pretende reconhecer o impacto da implementação da Clínica de Pré-Admissão

Cirúrgica na redução de custos no SNS, através da avaliação do tempo de espera entre o pedido e consulta e entre a consulta e a intervenção e pela avaliação da satisfação dos utentes. Para além disso, também assenta numa abordagem qualitativa como forma de explicar os fatores que beneficiam a implementação deste projeto. Para além disso, é um estudo de natureza descritiva/observacional, sendo que se pretende fornecer informações sobre as características de pessoas, situações, grupos e acontecimentos. Para além disso, é um estudo correlacional, uma vez que estabelece uma relação entre as variáveis em estudo, nomeadamente entre a implementação da clínica e os indicadores de qualidade, e de comparação de grupos. Esta comparação é feita entre os sujeitos avaliados um ano antes da implementação da Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica e os sujeitos avaliados após a implementação (durante um ano). De entre estes últimos, é, ainda feita a comparação entre os que são acompanhados para cirurgia pelo processo tradicional e os que são acompanhados para cirurgia pelo processo de consultas *Walking Clinic*, de forma a compreendermos quais os benefícios da implementação deste projeto. Por fim, considera-se um estudo transversal, uma vez que a avaliação das duas amostras foi recolhida apenas num único momento, ou seja, avaliamos diferentes sujeitos em dois períodos distintos.

3.2 - Variáveis em estudo

As variáveis estudadas no presente estudo podem agrupar-se em: *variáveis sociodemográficas* (género, idade); *variáveis clínicas* (proveniência, data do pedido, data de consulta, tipo e custos dos MCDT's, intervenção cirúrgica, tipo de intervenção, tempo de espera entre pedido e primeira consulta e tempo de espera entre consulta e intervenção) e *variáveis psicossociais* (satisfação com o *Walking Clinic*).

A variável idade é uma variável métrica, que é apresentada em anos. A literatura salienta que, devido ao aumento da esperança média de vida, o número de pessoas com mais de 65 anos a ser submetido a intervenções cirúrgicas aumentou. Porém, uma vez que estes também apresentam maiores diferenças fisiológicas, a morbilidade e mortalidade tendem a aumentar.

No que concerne às variáveis clínicas, a descrição da proveniência, os MCDT's, a especialidade cirúrgica, a intervenção cirúrgica e o tipo de intervenção são variáveis nominais, que descrevem o processo clínico, desde a proveniência até ao tipo de intervenção a que o doente é sujeito.

Ainda dentro das variáveis clínicas, o tempo de espera da referenciação para a consulta e da consulta para a cirurgia, bem como o preço, são variáveis métricas, de razão. As duas primeiras foram baseadas nas datas registadas aquando da referenciação, da consulta e da intervenção, e são apresentadas em dias. O preço é relativo aos gastos em MCDT's, sendo que, os utentes que são acompanhados para cirurgia na clínica de pré-admissão cirúrgica (como já têm de trazer consigo a história clínica, exame médico e exames auxiliares) parecem ter menos custos que os restantes, o que será avaliado de forma a confirmar que um dos benefícios deste projeto é a redução de custos.

3.3 - Procedimento de recolha de dados

Previamente à implementação do estudo na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, foi solicitada autorização à direção do Hospital Pedro Hispano. Obtida a autorização pela Comissão de Ética, foi também realizada uma reunião com a direção da Unidade Local de Saúde de Matosinhos de modo a apresentar o projeto de investigação e a verificar a sua pertinência.

Para além disso, o processo de recolha de dados teve subjacente o cumprimento de requisitos éticos e deontológicos.

Assim, foram recolhidos os dados dos processos clínicos dos doentes operados e feitos inquéritos de satisfação, entregues aos utentes na alta, que deviam ser respondidos um mês após a alta clínica e enviados por correio para o hospital. Estes dados foram recolhidos apenas no segundo período. Assim, é de salientar que nos sujeitos da amostra antes do *Walking Clinic*, não conseguimos ter acesso a algumas informações que poderiam ser um complemento à presente investigação.

3.4 – Procedimentos de análise de dados

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado através do *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0) através de procedimentos de análise diferenciados na caracterização da amostra e nas análises exploratórias.

A análise descritiva dos dados, na caraterização sociodemográfica da amostra, divide-se em dois períodos distintos, a designar por: período que antecede a criação do *Walking Clinic* (um ano antes da implementação) e o período após a implementação do *Walking Clinic*, sendo que por isso, são contempladas duas amostras clínicas com sujeitos diferentes. Cada período compreende mais ou menos 12 meses de cirurgias efetuadas no serviço de cirurgia do Ambulatório no Hospital Pedro Hispano. Para além disso, é de salientar que a segunda amostra de sujeitos após a implementação da clínica de pré-admissão cirúrgica, também compreende dois grupos de sujeitos distintos, uma vez que nem todos os sujeitos foram acompanhados para a cirurgia pelo processo *Walking Clinic*, tornando-se, assim, importante fazer essa distinção. A amostra de doentes operados resume-se aos da especialidade de Cirurgia Geral.

Na análise das características sociodemográficas da amostra, foi feita a análise descritiva, análise de distribuições e frequências.

No estudo exploratório, apresentado também segundo os dois períodos referidos anteriormente, foram elaborados testes de normalidade, homogeneidade, sendo analisadas a Assimetria e Curtose. Constatamos que, quando analisados os indivíduos dos dois períodos, se verifica normalidade e homogeneidade da variância. Assim, cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica, quando trabalhadas as variáveis métricas, foram utilizados testes paramétricos.

Não foi realizada a análise das qualidades psicométricas do instrumento de avaliação da satisfação, uma vez que este é apenas utilizado pelo hospital, não sendo um instrumento validado.

Para além disso, para dar resposta aos objetivos que orientam a nossa investigação, na estatística inferencial foi utilizada estatística descritiva para caraterizar os dois grupos

de sujeitos (tendo em conta o período que antecede a implementação da clínica de pré-admissão cirúrgica e o após) ao nível das variáveis sociodemográficas e clínicas e utilizados testes de comparação de grupos, nomeadamente o teste de Qui-Quadrado (para as variáveis nominais) e o t-teste (para variáveis métricas). Estes dois testes permitem-nos compreender se existem diferenças significativas entre os dois grupos em estudo, ou seja, se conseguimos verificar uma melhoria ao nível da diminuição de tempo e dos custos em MCDT's que comprovem a eficácia deste programa. Estes dois testes, em estatística, diferem devido ao tipo de variáveis que estão a ser estudadas. Assim, quando analisamos variáveis como o género (para saber se as nossas amostras diferem muito relativamente ao número de sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino) ou como o tipo de intervenção (para saber se foram realizadas mais intervenções primárias ou secundárias) utilizamos o Qui-Quadrado. Por sua vez, na análise das variáveis tempo de espera, em dias (de forma a compreendermos se os grupos diferem significativamente ao nível do tempo de espera), e preço, em euros (para compreendermos qual o grupo que tem mais gastos em MCDT's e se essa diferença é significativa) utilizamos o t-test.

Este estudo assumiu um $p \leq 0{,}05$ como valor de significância dos resultados e um valor de $p \leq 0{,}01$ para tendência de significância. O valor de significância relaciona-se ao nível de confiança ao rejeitar a hipótese nula quando esta é verdadeira. Para além disso, indica-nos o grau de confiança com que podemos concluir que os factos observados refletem mais do que simples coincidência do acaso, permitindo avaliar se podemos esperar padrões dos dados em amostras futuras.

3.5 - Amostra

Este estudo, tal como foi mencionado, decorreu na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a população é constituída por 535 sujeitos, sendo que 243 pertencem ao grupo de utentes avaliados um ano antes da implementação da clínica de admissão pré-cirúrgica, enquanto 292 pertencem ao grupo de sujeitos avaliados após a implementação do projeto *Walking Clinic*. Entre os 292 pacientes que foram acompanhados para

cirurgia após a implementação da Clínica de pré-admissão cirúrgica, 107 são pacientes que foram acompanhados para cirurgia pelo método habitual e 185 pelo processo *Walking Clinic*.

Foi considerado como critério de exclusão os utentes que foram submetidos a colocação de cateteres centrais, realização de pensos, pequena cirurgia oncológica e pequena cirurgia com anestesia local.

3.5.1 – Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra

1º Período Antecede o *Walking Clinic* – De 01.03.2011 a 07.03.2012

Da análise da tabela 2, podemos constatar que, dos 243 utentes, 168 são do sexo masculino e 75 do sexo feminino. Para além disso, a média de idades é de 54 anos (DP 13,17), sendo que o mais novo tem 15 anos e o mais velho 89.

No que concerne às variáveis clínicas, ao nível da proveniência, 93 utentes (38,3%) são de consulta externa, 82 (22,7%) de centro de saúde, 48 (19,8%) do exterior, 16 (6,6,%) da urgência, dois (0,8%) do serviço de internamento e outros dois (0,8%) de ambulatório. Das 243 consultas, 192 (79,0%) foram primeiras e 51 (21,0%) subsequentes.

Em relação aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT's) mais realizados foram o Ecg simples de 12 derivações (16,9%) e o complemento do Ecg simples de 12 derivações com o Rx de tórax com uma incidência (12,8%) e o complemento do Ecg simples de 12 derivações com o Rx de tórax com duas incidências (40,3%), como podemos observar na tabela 2. A grande maioria dos exames foram realizados internamente (98,4%).

Relativamente às intervenções cirúrgicas, as mais realizadas, durante março de 2011 e março de 2012, foram a reparação unilateral de hérnia inguinal com prótese (22,2%), a colecistectomia laparoscópica (15,6%), a reparação de hérnia umbilical (13,6%) e a excisão ou destruição de lesão na pele (13,2%). A maioria das intervenções foram primárias (92,6%).

Tendo em conta o tempo de espera entre a consulta e a cirurgia, verificamos que a média de dias de espera é de 150 dias (DP = 80,40), sendo que o mínimo são 9 e o máximo são 607 (cerca de um ano e oito meses).

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica e clínicas da amostra total, no período pré *Walking Clinic* (N=243).

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	N	%	M	Min -Max	DP
Sexo					
- Feminino	168	69,1			
- Masculino	75	30,9			
Idade			54	15-89	13,17
Idade por categorias					
- ≤ 50 anos	105	43,2			
- > 50 anos	138	56,8			
Unidade de Proveniência					
- Consulta externa	93	38,3			
- Centro de Saúde	82	22,7			
- Exterior	48	19,8			
- Urgência	16	6,6			
- Serviço de Internamento	2	0,8			
- Ambulatório	2	0,8			
Tipo Consulta					
- Primeira	192	79,0			
- Subsequente	51	21,0			
Realização de exames					
- Internamente	239	98,4			
- No exterior	4	1,6			
MCDT's					
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências	98	40,3			
- Ecg simples 12 derivações	41	16,9			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 1 incidência	31	12,8			
- Rx tórax 2 incidências	23	9,5			
- Rx tórax 1 incidência	10	4,2			
- Endoscopia alta	6	2,5			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências + Colonoscopia total	3	1,2			
- Ecografia mamária	3	1,2			
- Ecografia mamária + Mamografia	3	1,2			
- Ecografia abdominal superior	3	1,2			
- Colonoscopia total	3	1,2			
- Ecg simples 12 derivações+Ecografia partes moles	2	0,8			

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	N	%	M	Min -Max	DP
- RM membros, cada segmento não articulado	1	0,4			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências + Ecografia abdominal	1	0,4			
- RM coluna cervical dorso lombo-sagrada	1	0,4			
- Ecografia do pescoço	1	0,4			
- Eco-doppler sector venoso membros inferiores	1	0,4			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências + Tomografia de positrões	1	0,4			
- Ecografia mamária + Mamografia + marcação de lesão intra-clinica por arpão	1	0,4			
- Ecografia renal + Ecografia vesical supra púbica	1	0,4			
- Colonoscopia total + RM pélvica	1	0,4			
- RM do abdómen + colangio	1	0,4			
- Rx crânio 2 incidências	1	0,4			
- Rx tórax 2 incidências + biópsia para citologia	1	0,4			
- Rx tórax 2 incidências + Ecografia abdominal	1	0,4			
- Rx tórax 2 incidências + Ecografia abdominal + Cintigrafia óssea corpo inteiro	1	0,4			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências + Colonoscopia total + Ecografia abdominal	1	0,4			
- Ecg simples 12 derivações + Rx antebraço	1	0,4			
- Clister opaco	1	0,4			
Tipo Intervenção					
- Primária	225	92,6			
- Secundária	18	7,4			
Intervenção Cirúrgica					
- Reparação unilateral de hérnia inguinal c/ prótese	54	22,2			
- Colecistectomia Laparoscópica	38	15,6			
- Reparação de hérnia umbilical	33	13,6			
- Excisão ou destruição de lesão na pele	32	13,2			
- Excisão de quisto ou sinus pilonidal	15	6,2			
- Reparação de hérnia inguinal bilateral c/ prótese	13	5,3			
- Excisão de hemorróides	8	3,3			
- Reparação de hérnia parede abdominal anterior	7	2,9			
- Reparação de hérnia incisional (eventração)	7	2,9			
- Reparação de hérnia incisional da parede abdominal c/ prótese	6	2,5			
- Reparação unilateral de hérnia inguinal	6	2,5			
- Excisão local de lesão da mama	4	1,6			
- Laparotomia exploradora	3	1,2			
- Sialoadenectomia completa	2	0,8			
- Excisão de gânglio linfático cervical	2	0,8			
- Lobotomia unilateral da tiróide	2	0,8			
- Esfincterotomia anal esquerda	2	0,8			
- Dilatação do esfíncter anal	1	0,4			
- Reparação de hérnia femoral bilateral c/ prótese	1	0,4			
- Recessão de pólipo no recto	1	0,4			
- Reparação de hérnia femoral	1	0,4			

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	N	%	M	Min -Max	DP
- Fistulectomia anal	1	0,4			
- Excisão de hidrocele	1	0,4			
- Excisão ou destruição de lesão do útero	1	0,4			
- Reparação de hérnia umbilical c/ prótese	1	0,4			
- Ressecção de quadrante da mama	1	0,4			
Tempo de espera Consulta – Cirurgia (dias)			150	9 - 607	80,4

2º Período Walking Clinic – De 15.03.2012 a 22.04.2013

Da análise da amostra em estudo, como podemos constatar pelos dados apresentados na tabela 3, verificou-se que os sujeitos têm idade compreendida entre os 13 e os 89 anos, com uma média de 52 anos (DP 15,46), sendo que 123 (42,1%) têm 50 ou menos anos e 169 (57,9%) têm mais de 50 anos. Constatamos, ainda, que 105 utentes (36,0%) são do sexo feminino e 187 (64,0%) do sexo masculino.

Para além disso, apuramos que 107 (36,6%) foram submetidos a cirurgia pelo processo clínico habitual e 185 (63,4%) foram acompanhados pelo processo de cirurgia na clínica de pré-admissão cirúrgica. Relativamente à proveniência, a maioria dos utentes provêm do centro de saúde (47,9%) e da consulta externa (44,5%).

Em relação aos MCDT's, os exames mais realizados foram o Ecg simples de 12 derivações com o Rx de tórax de duas incidências (38,4%). As intervenções cirúrgicas mais realizadas foram a reparação unilateral de hérnia com prótese (24,0%) e a colecistectomia laparoscópica (22,9%), sendo que na grande maioria foram intervenções primárias (93,1%).

Por fim, no que concerne ao tempo de espera desde a referenciação para a primeira consulta, a média é de 162 dias (DP 150,35) (mais ou menos cinco meses), sendo que o mínimo são zero dias e o máximo 1187 (cerca de três anos e três meses). Já o tempo de espera da consulta para a cirurgia apresenta valores médios de 129 dias (DP 71,85) (média de quatro meses), com um mínimo de dois dias e máximo de 303 (cerca de 10 meses).

Tabela 3. Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra total, após implementação do *Walking Clinic* (N=292).

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	N	%	M	Min -Max	DP
Sexo					
- Feminino	105	36,0			
- Masculino	187	64,0			
Grupo					
- Utentes não Walking Clinic	107	36,6			
- Utentes Walking Clinic	185	63,4			
Idade			52	13-89	15,46
Idade por categorias					
- ≤ 50 anos	123	42,1			
- > 50 anos	169	57,9			
Unidade de Proveniência					
- Consulta externa	130	44,5			
- Centro de Saúde	140	47,9			
- Exterior	13	4,5			
- Urgência	8	2,7			
- Serviço de Internamento	1	0,3			
Unidades de Saúde					
- Oceanos	15	10,7			
- Horizonte	15	10,7			
- USF Progresso	13	9,3			
- São Mamede Infesta	13	9,3			
- USF Porta Sol	11	7,9			
- USF Lagoa	10	7,1			
- Senhora da Hora	10	7,1			
- USF Infesta	9	6,4			
- USF Maresia	8	5,7			
- USF Caravela	8	5,7			
- Atlântida	6	4,3			
- USF Leça	5	3,6			
- Medicina Concorrência	5	3,6			
- Privado I	4	2,9			
- USF Dunas	4	2,9			
- Santa Cruz	3	2,1			
- CTPDL	1	0,7			
MCDT's					
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências	112	38,4			
- Ecg simples 12 derivações	47	16,1			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 1 incidência	18	6,2			

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	N	%	M	Min -Max	DP
- Rx tórax 2 incidências	13	4,5			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências + Ecografia abdominal	10	3,4			
- Rx tórax 1 incidência	9	3,1			
- Ecografia mamária	2	0,7			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências + Colonoscopia total	1	0,3			
- Ecografia mamária + Mamografia	1	0,3			
- Ecografia abdominal superior	1	0,3			
- Colonoscopia total	1	0,3			
- Ecg simples 12 derivações + Espirometria	1	0,3			
- RM abdómen + Colângio	1	0,3			
- Rx tórax 2 incidências + Espirometria	1	0,3			
- Ecografia do pescoço	1	0,3			
- Ecg simples 12 derivações + Trânsito gastroduodenal	1	0,3			
- Ecografia mamária + punção para histologia	1	0,3			
- Ecografia escrotal	1	0,3			
- Trânsito gastroduodenal	1	0,3			
Tempo de espera Pedido – Consulta (dias)			162	0 - 1187	150,35
Tempo de espera Consulta – Cirurgia (dias)			129	2 - 303	71,85
Tipo Intervenção					
- Primária	272	93,2			
- Secundária	20	6,8			
Intervenção Cirúrgica					
- Reparação unilateral de hérnia inguinal c/ prótese	70	24,0			
- Colecistectomia Laparoscópica	67	22,9			
- Excisão ou destruição de lesão na pele	29	9,9			
- Excisão de quisto ou sinus pilonidal	25	8,6			
- Reparação de hérnia umbilical	22	7,5			
- Reparação de hérnia inguinal bilateral c/ prótese	19	6,5			
- Excisão de hemorróides	9	3,1			
- Reparação unilateral de hérnia inguinal	8	2,7			
- Reparação unilateral de hérnia femoral c/ prótese	5	1,7			
- Reparação de hérnia parede abdominal anterior	5	1,7			
- Fistulectomia anal	3	1,0			
- Reparação bilateral de hérnia inguinal	3	1,0			
- Remoção de unha	2	0,7			
- Resseção de quadrante da mama	2	0,7			
- Esfincterotomia anal esquerda	2	0,7			
- Excisão local de lesão da mama	2	0,7			
- Reparação de hérnia da parede abdominal c/ prótese	2	0,7			
- Colecistectomia	1	0,3			
- Excisão de varicocele + hidrocele	1	0,3			
- Herniorrafia umbilical laparoscópica	1	0,3			

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	N	%	M	Min -Max	DP
- Reparação de hérnia incisional da parede abdominal c/ prótese	1	0,3			
- Mastectomia subcutânea unilateral	1	0,3			
- Biópsia de pele	1	0,3			
- Excisão localizada de lesão do ânus	1	0,3			
- Reparação de hérnia incisional (Eventração)	1	0,3			
- Excisão localizada de lesão do tecido ósseo	1	0,3			
- Reparação laparoscópica de hérnia diafragmática	1	0,3			
- Reparação de epíploon	1	0,3			
- Reparação de hérnia umbilical c/ prótese	1	0,3			
- Dilatação do esfíncter anal	1	0,3			
- Exploração de bainha de tendão da mão	1	0,3			
- Reparação unilateral de hérnia crural	1	0,3			
- Excisão de gânglio linfático cervical	1	0,3			
- Enxerto pediculado ou retalho	1	0,3			

3.6 - Material e Instrumento de Avaliação

Para a análise da amostra e variáveis em estudo, de forma a ir de encontro aos objetivos do mesmo, na avaliação dos utentes foram analisados os processos clínicos. Para além disso, foi entregue um questionário de satisfação em relação aos serviços de cirurgia de ambulatório, desenvolvido pela unidade de saúde de Matosinhos e preenchido pelos próprios utentes, um mês após a alta hospitalar, sendo que esses questionários foram reenviados para a unidade de saúde através do correio.

Assim, da análise dos processos clínicos foi importante identificar se estávamos na presença de utentes operados pelo esquema habitual ou pelo novo programa de *Walking Clinic*, as datas em que foi feita a referenciação, a primeira consulta e a intervenção, os dados relativos ao tipo de cirurgia e aos próprios exames realizados, bem como os custos.

Por sua vez, o instrumento de avaliação da satisfação permite compreender o grau de satisfação dos pacientes relativamente aos serviços e em quais destes apresentam maiores níveis de satisfação (pelo tradicional ou *Walking Clinic*). Salienta-se que os resultados de satisfação foram avaliados apenas em 123 dos pacientes, uma vez que os restantes não enviaram o questionário. Para além disso, não há possibilidade de

sabermos quais os utentes que responderam aos questionários, nem identificar qual o processo de acompanhamento que tiveram para a cirurgia. Isto limita a investigação ao nível da avaliação da satisfação e, consequentemente, da eficácia do *Walking Clinic*, uma vez que não temos um termo de comparação entre uma amostra e outra, mas sim os resultados na sua totalidade. Os resultados de satisfação dos utentes inquiridos serão apresentados posteriormente, juntamente com os restantes resultados desta investigação.

3.6.1 - Questionário de Satisfação com os serviços de cirurgia de ambulatório

O questionário de satisfação com o serviço de cirurgia de ambulatório, definido pela unidade de saúde de Matosinhos, apresenta a avaliação da satisfação em cinco dimensões, sendo elas a o secretariado, os cuidados de tratamento, outros cuidados no internamento, atendimento telefónico e satisfação global.

No que concerne à avaliação do secretariado, os utentes foram interrogados relativamente à amabilidade, à informação prestada e à rapidez no atendimento das necessidades dos mesmos.

Ao nível dos cuidados de tratamento, os doentes avaliaram a sua satisfação relativamente à atenção prestada, à informação e à qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Relativamente aos outros cuidados no internamento, foi questionada a atenção e o conforto prestados ao paciente.

Na dimensão que diz respeito ao atendimento telefónico, foi pedido aos utentes que avaliassem a satisfação com a amabilidade e esclarecimento do(a) telefonista e a utilidade da informação.

Por fim, foi pedido aos utentes que avaliassem a sua satisfação global relativamente ao tratamento recebido, a probabilidade de recorrer ao serviço de cirurgia de ambulatório do HPH novamente, a probabilidade de recomendar o serviço de cirurgia de

ambulatório do HPH a conhecidos e a comparação com outras experiências semelhantes que possam ter tido.

As respostas foram dadas numa escala de *likert* de 5 pontos, sendo que 1 corresponde a mau, 2 a razoável, 3 a bom, 4 a muito bom e 0 a não aplicável/ não sabe.

4 - RESULTADOS

4.1 – Diferenças entre os utentes avaliados antes e após a implementação do *Walking Clinic*

De entre os dados recolhidos nas duas amostras, aquele que se torna mais importante de avaliar, de forma a compreender, de facto, os benefícios da implementação deste programa, é o tempo de espera. Apenas foi possível ter acesso na primeira amostra ao tempo de espera da consulta para a cirurgia. Assim, da análise da tabela 4, verificamos que parece haver diferenças significativas entre o tempo de espera da consulta para a cirurgia antes e após a implementação do programa, uma vez que houve uma redução de cerca de 21 dias e o número máximo de dias de espera diminuiu para mais de metade.

Assim, o *Walking Clinic* parece ter trazido vantagens ao nível da redução do tempo de espera e das listas infindáveis com que nos deparamos. Porém, é de ressalvar que a amostra de utentes analisada, após ser implementada a clínica de pré-admissão cirúrgica, contempla pacientes que foram acompanhados para cirurgia pelo processo habitual, o que pode estar a influenciar ainda os resultados. Neste sentido, parece importante, mais do que analisar as diferenças antes e após a implementação do projeto Walking Clinic, analisar as diferenças no segundo período, comparando os utentes que foram acompanhados pelo processo habitual e pelo processo *Walking Clinic*.

Tabela 4. Comparação entre o grupo avaliado no primeiro período e o que foi avaliado no segundo período, ao nível do tempo de espera entre a primeira consulta e a cirurgia.

Variáveis Sociodemográficas e Clinicas	**Grupo 1º período** (n=243)			**Grupo 2º período** (n=292)		
	M	**DP**	**Min-Max**	**M**	**DP**	**Min-Max**
Tempo Espera Consulta-Cirurgia (dias)	150	80,40	9-607	129	71,85	2-303

4.2 – Diferença ao nível dos utentes acompanhados para cirurgia pelo processo tradicional e pelo *Walking Clinic*

Uma vez que um dos objetivos desta dissertação é comparar os utentes que foram acompanhados para cirurgia pela clínica de pré-admissão cirúrgica e os que foram acompanhados pelo processo habitual, seguidamente será apresentada a descrição da amostra por grupos. Para além disso, foram elaborados testes de diferenças de grupos, nomeadamente, o teste de qui-quadrado e o t-test para amostras independentes, de modo a compreender se existem diferenças significativas entre os mesmos.

Assim, da análise da tabela 5, pôde-se constatar que não existe diferença significativa ao nível de género nos dois grupos, sendo que em ambos, o número de homens é mais elevado.

Em relação à idade, constatamos que em ambos os grupos a maioria tem mais de 50 anos e, por isso, também não encontramos diferenças significativas a esse nível.

O mesmo se verifica em relação à unidade de referenciação, uma vez que os utentes se apresentam divididos por várias unidades de saúde. Apenas o Centro de Saúde Oceano tem mais de 10 indivíduos, quando analisamos os grupos individualmente (12,6%, no grupo dos *Walking Clinic*).

No que se refere à proveniência, a maior parte dos doentes provêm da consulta externa e dos centros de saúde, em ambos os grupos. No grupo dos *Walking Clinic* não houve nenhuma pessoa proveniente do serviço de internamento.

Relativamente aos MCDT's e à intervenção cirúrgica específica, também não apuramos diferenças significativas entre os dois grupos, bem como em relação ao tipo de intervenção, sendo que nestas variáveis os dois grupos apresentam exames realizados e tipos de cirurgia semelhantes.

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra avaliada após implementação do *Walking Clinic*, por subgrupos (N=292)

Variáveis Sociodemográficas e Clinicas	**Grupo Não *Walking*** (n = 107)		**Grupo *Walking Clinic*** (n = 185)		χ^2
	N	**%**	**N**	**%**	
Sexo					0,149
- Feminino	40	37,4	65	35,1	
- Masculino	67	62,6	120	64,9	
Idade por categorias					1,556
- ≤ 50 anos	40	37,4	83	44,9	
- > 50 anos	67	62,6	102	55,1	
Unidade de Proveniência					7,616
- Consulta externa	42	39,3	88	47,6	
- Centro de Saúde	53	49,5	87	47,0	
- Exterior	8	7,5	6	3.2	
- Urgência	3	2,8	4	2,2	
- Serviço de Internamento	1	0,9	0	0,0	
Unidades de Saúde					16,12
- Oceanos	4	7,5	11	12,6	
- Horizonte	6	11,3	9	10,3	
- USF Progresso	4	7,5	9	10,3	
- São Mamede Infesta	6	11,3	7	8,0	
- USF Porta Sol	5	9,4	6	6,9	
- USF Lagoa	5	9,4	5	5,7	
- Senhora da Hora	4	7,5	6	6,9	
- USF Infesta	6	11,3	3	3,4	
- USF Maresia	2	3,8	6	6,9	
- USF Caravela	2	3,8	6	6,9	
- Atlântida	1	1,9	5	5,7	
- USF Leça	2	3,8	3	3,4	
- Medicina Concorrência	2	3,8	3	3,4	
- Privado I	3	5,7	1	1,1	
- USF Dunas	0	0,0	4	4,6	
- Santa Cruz	0	0,0	3	3,4	
- CTPDL	1	1,9	0	0,0	
MCDT's					83,69
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 Incidências	65	61,9	48	25,9	
- Ecg simples 12 derivações	16	15,2	33	17,8	
- Rx tórax 2 incidências	8	7,6	7	3,8	
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 1 incidência	5	4,8	15	8,1	

Variáveis Sociodemográficas e Clinicas	Grupo Não *Walking* (n = 107)		Grupo *Walking Clinic* (n = 185)		χ^2
	N	%	N	%	
- Ecografia mamária	4	3,8	2	1,1	
- Rx tórax 1 incidência	2	1,9	2	1,1	
- Rx tórax 2 incidências + Ecografia mamária	1	1,0			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências + Colonoscopia total	1	1,0			
- Ecg simples 12 derivações + Rx tórax 2 incidências + Ecografia abdominal	1	1,0			
- Ecografia mamária + punção para histologia	1	1,0			
- Rx tórax 2 incidências + Espirometria	1	1,0			
- Ecg simples 12 derivações + Espirometria			2	1,1	
- Colonoscopia total			2	1,1	
- Ecografia abdominal superior			1	0,5	
- Ecg simples 12 derivações + Trânsito gastroduodenal			1	0,5	
- Ecografia mamária + mamografia			1	0,5	
- Ecografia do pescoço			1	0,5	
- Ecografia escrotal			1	0,5	
- RM abdómen + Colângio			1	0,5	
- Trânsito gastroduodenal			1	0,5	
Tipo Intervenção					0,116
- Primária	99	92,4	173	93,4	
- Secundária	8	7,6	12	6,6	
Intervenção Cirúrgica					42,41
- Reparação unilateral de hérnia inguinal c/ prótese	27	25,2	43	23,2	
- Colecistectomia Laparoscópica	27	25,2	40	21,6	
- Reparação de hérnia umbilical	9	8,4	13	7,0	
- Reparação de hérnia inguinal bilateral c/ prótese	9	8,4	10	5,4	
- Excisão ou destruição de lesão na pele	8	7,5	21	11,4	
- Excisão de hemorróides	4	3,7	5	2,7	
- Reparação unilateral de hérnia femoral c/ prótese	3	2,8	2	1,1	
- Reparação de hérnia parede abdominal anterior	3	2,8	2	1,1	
- Reparação unilateral de hérnia inguinal	2	1,9	6	3,2	
- Fistulectomia anal	2	1,9	1	0,5	
- Excisão de quisto ou sinus pilonidal	2	1,9	23	12,4	
- Resseção de quadrante da mama	2	1,9			
- Remoção de unha	1	0,9	1	0,5	
- Colecistectomia	1	0,9			
- Excisão local de lesão da mama	1	0,9	1	0,5	
- Herniorrafia umbilical laparoscópica	1	0,9			
- Reparação de hérnia incisional da parede abdominal c/ prótese	1	0,9			
- Mastectomia unilateral	1	0,9			
- Biópsia de pele	1	0,9			
- Reparação laparoscópica de hérnia diafragmática	1	0,9			

Variáveis Sociodemográficas e Clinicas	Grupo Não *Walking* (n = 107)		Grupo *Walking Clinic* (n = 185)		χ^2
	N	%	N	%	
- Enxerto pediculado ou retalho	1	0,9			
- Reparação bilateral de hérnia inguinal			3	1,6	
- Esfincterotomia anal esquerda			2	1,1	
- Excisão localizada de lesão do ânus			1	0,5	
- Reparação de hérnia da parede abdominal c/ prótese			2	1,1	
- Excisão de varicocele + hidrocele			1	0,5	
- Reparação de hérnia incisional (Eventração)			1	0,5	
- Excisão localizada de lesão do tecido ósseo			1	0,5	
- Reparação de epíploon			1	0,5	
- Reparação de hérnia umbilical c/ prótese			1	0,5	
- Dilatação do esfíncter anal			1	0,5	
- Exploração de bainha de tendão da mão			1	0,5	
- Reparação unilateral de hérnia crural			1	0,5	
- Excisão de gânglio linfático cervical			1	0,5	

Relativamente às variáveis métricas, da análise do teste de comparação de grupos, a partir da tabela 6, podemos constatar que apenas a variável idade não difere significativamente entre os grupos. Assim, parece haver uma diferença estatisticamente significativa no que concerne ao tempo de espera desde o pedido até à consulta, desde a consulta até à cirurgia e ao nível do preço ou, por outras palavras, aquilo que os utentes gastam para realizarem exames, análises ou tratamentos no pré-operatório.

Podemos ainda verificar, relativamente ao tempo de espera do pedido para a consulta em média, que no grupo dos *Não-Walking*, o doente tem que esperar 213 dias (7 meses) para ser atendido, enquanto que no outro grupo a média é de 132 dias (pouco mais de 4 meses). O mesmo se verifica em relação ao tempo de espera desde a consulta para a cirurgia, visto que os utentes *Não-Walking* esperam 140 e no grupo *Walking Clinic* esperam, em média, esperam 122 pela cirurgia.

Relativamente ao preço, constatamos que o grupo dos *Não Walking* gasta em média mais 6 € (21.09 €) que o grupo dos *Walking Clinic* (15.11 €), uma vez que os primeiros depois da consulta ainda têm de realizar vários exames, quando necessário. Os segundos, como estão inseridos no projeto *Walking Clinic* quando vão à consulta já

levam os exames e realizam todas as consultas de especialização ou enfermagem no mesmo dia, o que acaba por ser um grande benefício ao nível de tempo e encargos financeiros. Apesar deste facto, é importante salientar que o valor dos custos no grupo *Walking Clinic* ainda se encontra elevado, para isto poderá ter contribuído o facto de alguns dos sujeitos não passarem pelo processo na sua totalidade, e alguns utentes tiveram que ser submetidos a nova cirurgia tendo sido efetuados MCDT'S com custo elevado (Anexo 3).

Tabela 6. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra avaliada após implementação do *Walking Clinic*, por subgrupos - variáveis métricas (N = 292).

Variáveis Sociodemográficas e Clinicas	**Grupo Não *Walking*** (n = 107)		**Grupo *Walking Clinic*** (n = 185)		**t**
	M (DP)	**Min-Max**	**M (DP)**	**Min-Max**	
Idade	54 (13,29)	19-78	51 (16,53)	13-89	1,639
Tempo de espera pedido-consulta (dias)	213(206,8)	0 - 1187	132 (93,00)	1 - 365	3,877**
Tempo de espera consulta-cirurgia (dias)	140(53,67)	29 - 303	122(79,94)	2 - 253	2,238**
Preço (euros)	21,09(14,69)	8 - 133	15,11(30,54)	0 - 354	2,235*

***p*<0,05; ****p*<0,01**

Da análise da figura 8, podemos verificar as diferenças significativas entre os dois grupos de utentes, ao nível do tempo de espera, sendo que os pacientes que foram acompanhados para cirurgia pelo *Walking Clinic* apresentam menos tempo de espera, quer para a consulta quer para a cirurgia, do que os restantes. Para além disso, na figura 9, podemos constatar diferenças significativas entre os dois grupos ao nível dos custos com os MCDT's, sendo que os pacientes acompanhados para cirurgia pelo processo habitual gastaram mais dinheiro em MCDT'S do que os operados acompanhados na clínica de pré-admissão cirúrgica, o que nos remete para os benefícios do programa na redução de custos.

Figura 8 - Diferenças significativas entre os grupos de utentes acompanhados para cirurgia pelo processo habitual e pelo *Walking Clinic*, em relação ao tempo de espera para a consulta e para a cirurgia (N= 292)

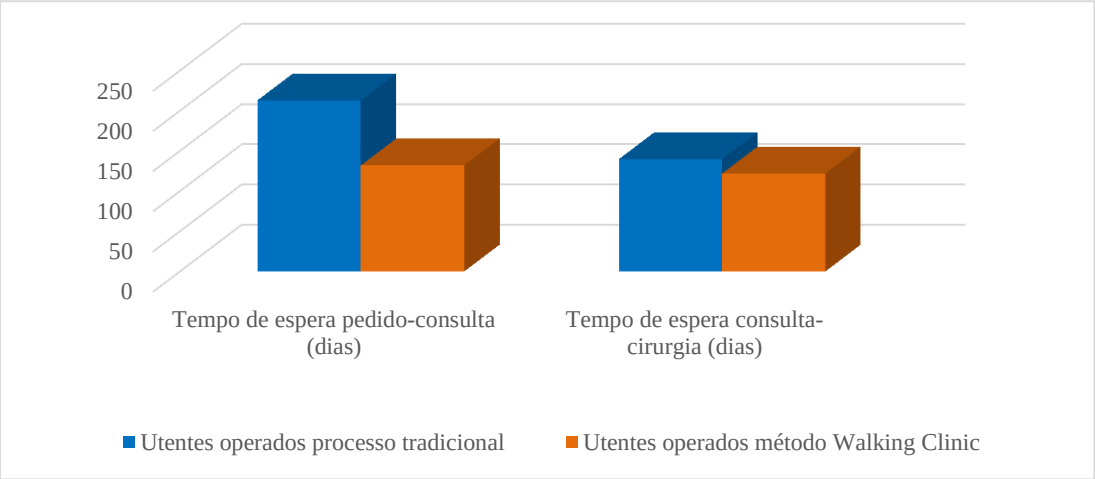
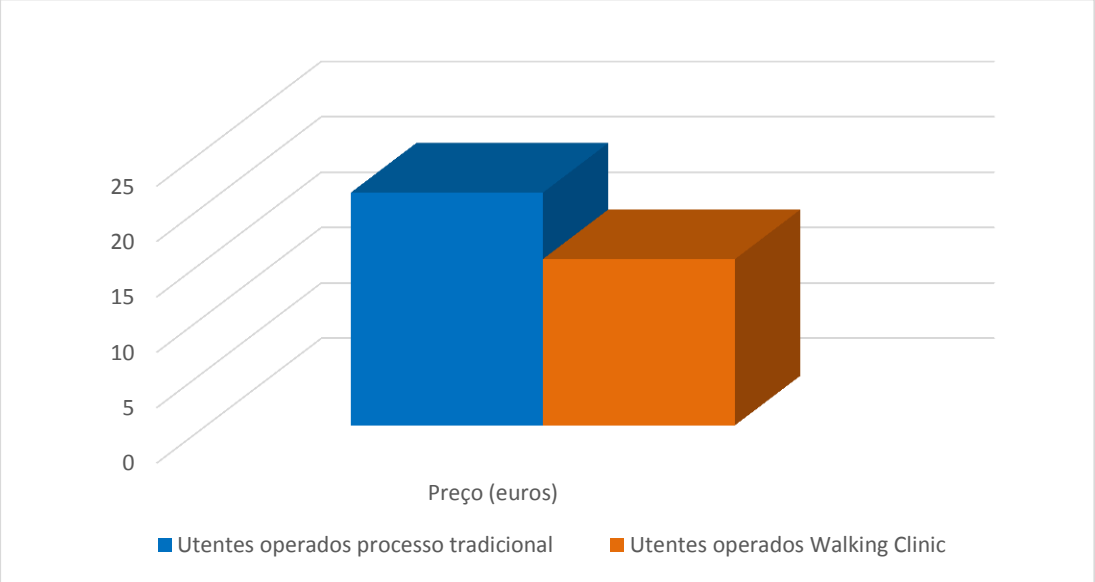


Figura 9 - Diferenças significativas entre os grupos de utentes acompanhados para cirurgia pelo processo habitual e pelo *Walking Clinic*, a nível de custos com os MCDT's (N= 292)



4.3 – Satisfação dos utentes operados no serviço de Cirurgia de Ambulatório

Da análise da tabela 7, constatamos que os utentes na sua grande maioria apresentam elevada satisfação com o secretariado, com os cuidados de tratamento, com outros cuidados no internamento, com o atendimento telefónico e com a satisfação no geral. Poucos utentes apresentam insatisfação relativamente aos serviços de cirurgia de ambulatório.

Uma das limitações dos resultados deste questionário é o facto de não termos tido acesso aos mesmos em função do tipo de acompanhamento para cirurgia (habitual ou *Walking Clinic*). Assim, não pode haver uma comparação entre os dois grupos, de modo a compreendermos se a prestação do serviço implementado leva a uma maior satisfação por parte dos doentes. Isto porque, uma vez que os utentes levam os questionários consigo e são entregues posteriormente por correio, não conseguimos ter acesso à informação sobre o utente que respondeu a esse questionário, o que não nos permite identificar o grupo a que pertence.

Neste sentido, compreendemos que os utentes, na sua grande maioria, apresentam-se satisfeitos com os serviços de cirurgia, contudo, não podemos afirmar que os que apresentam maiores valores de satisfação são os que foram acompanhados para cirurgia pela clínica de pré-admissão cirúrgica, o que limita a interpretação dos benefícios deste programa para os utentes.

Tabela 7. Resultados do questionário de satisfação dos doentes operados no serviço de cirurgia de ambulatório (N=123)

	1. Mau	2. Razoável	3. Bom	4. Muito bom	0. Não sabe / não se aplica
Secretariado					
- Amabilidade	2	6	57	57	1
- Informação	1	8	69	43	2
- Rapidez	1	20	62	38	2
Cuidados de tratamento					
- Atenção	2	0	35	86	2
- Informação	3	5	48	65	2
- Qualidade	2	1	37	81	3
Outros cuidados no internamento					
- Atenção	1	2	37	80	3
- Conforto	1	4	38	79	4
Atendimento telefónico					
- Amabilidade e esclarecimento	3	11	40	61	8
- Utilidade	2	11	43	55	12
Satisfação global	2	5	41	66	9

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Da análise dos resultados anteriormente apresentados, salientamos que desde logo encontramos diferenças ao nível do tempo de espera entre os utentes que tinham sido operados durante o ano anterior à implementação do *Walking Clinic* e os que foram operados depois do programa implementado, sendo que estes últimos apresentam menor tempo de espera.

Para além disso, constatamos que as principais diferenças significativas se dão, na amostra analisada após a implementação da clínica de pré-admissão cirúrgica, entre os utentes acompanhados pelo processo habitual e os acompanhados pelo *Walking Clinic*. Assim, as principais diferenças surgem, quando fazemos esta comparação, ao nível das variáveis tempo de espera, quer para a primeira consulta, quer para a cirurgia e dos custos.

Tendo em conta a delineação do programa, compreendemos, desde logo, que um dos grandes objetivos do mesmo é a diminuição do tempo de espera dos utentes para as consultas e para as cirurgias, evitando listas de espera intermináveis e a consequente diminuição dos custos associados a todo esse processo.

Neste sentido, o presente trabalho de investigação parece ir de encontro aos objetivos esperados, uma vez que apuramos que, de facto, o tempo de espera do doente para ser chamado a consulta e, posteriormente, para cirurgia diminuiu consideravelmente. Para além disso, é de salientar que, pelo facto de as três consultas (cirurgia, anestesia e enfermagem) serem realizadas no mesmo dia, evita que as pessoas tenham de recorrer a várias consultas, em diferentes dias o que, para além de diminuir a confusão nas salas de espera e proporcionar às pessoas uma melhor gestão do seu tempo, leva a uma redução de custos com as deslocações.

Assim, tal como pode ser constatado pelos resultados deste estudo, os custos para os pacientes acompanhados pelo processo *Walking Clinic* também diminuem, comparativamente com os utentes acompanhados pelo processo tradicional. Isto

acontece não apenas pelo que foi referido anteriormente mas, também, porque um dos pressupostos e condições de quem é acompanhado neste processo é comparecer na consulta *Walking Clinic* devidamente acompanhado da história clínica (doenças associadas, limitações na atividade diária se existirem, medicação habitual e antecedentes cirúrgicos/ anestésicos), do exame físico sumário (com análise de tensões arteriais, peso e altura) e de exames complementares de diagnóstico de acordo com a história clínica do doente e com base em algumas orientações tendo em conta algumas doenças. Essa condição leva a uma redução dos custos pelo facto de não haver necessidade que o médico passe exames uma vez que estes já se fazem acompanhar dos mesmos.

Neste sentido, parece haver uma comprovação dos benefícios ao nível de diminuição do tempo de espera e de custos quer para o utente quer para a própria unidade de saúde.

Outro aspeto a salientar na discussão dos resultados obtidos diz respeito à satisfação com os serviços de cirurgia de ambulatório. Os utentes, na sua grande maioria, apresentam níveis elevados de satisfação com os serviços, em todos os aspetos considerados no questionário. Porém, uma vez que estes questionários são passados pelos profissionais do HPH, não foi possível o acesso ao método pelo qual os pacientes que responderam, foram submetidos a cirurgia (tradicional ou *Walking Clinic*), o que não nos permite afirmar que os utentes acompanhados pelo novo método apresentam melhores níveis de satisfação que os restantes, ou o inverso.

6. CONCLUSÃO

Sendo o método *Walking Clinic* bastante recente e encontrando-se na sua fase embrionária, (apenas um ano de implementação), este trabalho de investigação apresentou-se como um desafio de avaliação dos seus benefícios ao nível da saúde em Portugal.

Atualmente, os nossos hospitais estão cada vez mais repletos de listas de espera infindáveis que devem ser levadas em conta, sendo, por isso, importante apostar e planear medidas para resolver este problema. Para além disso, paralelamente ao período económico que se atravessa, assume-se como fulcral a diminuição de custos a vários níveis, e os serviços de saúde não são uma exceção.

Neste sentido, o *Walking Clinic* apresenta-se como um projeto que visa a redução destas duas condições mencionadas anteriormente, parecendo apresentar-se como benéfico para o doente e para a própria unidade de saúde. Isto porque, se verifica que apesar de haver uma diminuição no tempo de espera um ano após a implementação da Clínica de Pré-Admissão Cirúrgica (nos doentes Não-Walking) comparativamente com o ano anterior, a verdade é que essa redução no tempo de espera surge precisamente com a implementação deste projeto onde denotamos uma redução significativa (nos doentes *Walking Clinic*).

Contudo, os métodos de avaliação deste programa ainda não estão bem definidos e torna-se importante podermos ter termos de comparação de utentes que já foram, por exemplo, submetidos a cirurgia pelo método habitual e que agora estão a ser pelo método *Walking Clinic*, através da elaboração de questionários válidos e fiáveis para conseguirmos avaliar aquilo a que nos propomos.

Para além disso, é importante não esquecermos que quando avaliamos a satisfação dos utentes relativamente ao processo cirúrgico, devemos mencionar se estão a ser acompanhado pelo *Walking Clinic* ou não. Também seria importante avaliarmos estes níveis de satisfação em pacientes que já tenham sido acompanhados para cirurgia pelos dois processos, uma vez que estes têm um termo de comparação de forma a poderem avaliar qual o mais eficaz.

Neste sentido, parece ainda haver alguns passos a dar na redefinição de melhores formas de avaliação deste método, apesar de encontrarmos diversos indicadores de que este se apresenta como uma mais-valia ao nível da redução das listas de espera e dos custos para a pessoa e instituições.

Para além disso, torna-se fundamental a implementação deste programa noutras unidades do país, para que possamos ter um termo de comparação e obter resultados mais precisos.

Concluindo, consideram-se cumpridos os objetivos a que nos propusemos. Acreditamos ter dado um passo significativo na investigação relativamente a este programa recente e inovador, pretendendo, no futuro, consolidar este mesmo estudo com diferentes formas de avaliação da eficácia do projeto.

BIBLIOGRAFIA

Aaron, H.J. (2008),"Waste, we know you are out there", *The New England Journal of Medicine,* Nº 359, pp. 1865-1867.

Akwe, J. (2012), "Preoperative Clinics", *Hospital Medicine Clinics,* Vol. 1, Issue 4, pp. 448-457.

Archer T., C. Schmiesing e A. Macario (2002), "What is quality improvement in the preoperative period?" *Int Anesthesio Clin*, Vol. 40, Nº2, pp.1–16.

Assuring the Quality of Health Care in the European Union, A case for action (2008), *WHO Regional Office for Europe*: Copenhagen.

Bader, A. M., B. Sweitzer e A. Kumar (2009), "Nuts and bolts of preoperative clinics - The view from three institutions", *Cleveland Clinic Journal of Medicine,* Vol. 76, Suppl 4, pp. 104-111.

Barros, P. P. (2008), "As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal", http://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/listas_de_espera.pdf, acedido em 5 de abril 2013.

Barros, P. P. (2009), *Economia da Saúde Conceitos e Comportamentos*, 2ª Edição. Coimbra: Almedina.

Cabral, M. V. e P. A. da Silva (2009), "*O Estado da Saúde em Portugal*", Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais / Ministério da Saúde.

Campos, L. e A. V. Carneiro (2010), "A Qualidade no PNS 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde", http://pns.dgs.pt/pns-em-portugues/, acedido em 11 de janeiro de 2013.

Clinch, C. (1997), "Nurses achieve quality with pre-assessment clinics", *Journal of Clinical Nursing*, Nº 6, pp. 147–151.

Committee on Quality of Health Care in America/ Institute of Medicine (2000), *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, National Academies Press.

Crosby, D. L., G. H. Griffith e J. R. Jenkins (1972), "General surgical pre-admission clinic", *British Medical Journal*, Nº3, pp.157–159.

Darin, J., M. D. Correll e M. Angela (2006), "Value of Preoperative Clinic Visits in Identifying Issues with Potential Impact on Operating Room Efficiency", *Anesthesiology*, Vol. 105, Nº 6, pp. 1254–1259.

Davis, K. e C. Schoen (2007), "State health system performance and state health reform", *Health Affairs (Millwood)*, Vol. 26, Nº 6, pp. 664–666.

Delnoij, D., G. van Merode e A. Paulus (2000), "*Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure?",* Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 5, pp. 2 – 6.

Deutschman, C. S. e K. B. Traber (1996), "Evolution of anesthesiology", *Anesthesiology*, Nº 85, pp.1–3.

Direcção do Centro de Saúde de Leça da Palmeira. Procedimento Transversal aos Centros de Saúde. Referenciação e investigações - Referenciação para consulta de especialidade. Boletim Normativo 149, (15 de janeiro de 2005).

Direcção-Geral da Saúde (2005), "Portugal Saúde: Indicadores básicos, recursos humanos e despesas totais e públicas em saúde, 2002" http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAA, acedido em 15 de janeiro de 2013.

Edward, G. M., J. C. J. M. de Haes, F. J. Oort, L. C. Lemaire, M. W. Hollmann e B. Preckel (2008), "Setting priorities for improving the preoperative assessment clinic: the patients' and the professionals' perspective", *British Journal of Anesthesia*, pp. 322-326.

Escoval, A., C. Sakellarides e P. L. Ferreira (2009) "10-30 anos, razões para continuar", *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. Coimbra. Mar da Palavra, http://www.observaport.org/rp2009, acedido em 11 de fevereiro de 2013.

Ferschl, M., B. Tung, B. Sweitzer, D. Huo e D. B. Glick **(**2005), **"**Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays", *Anesthesiology*, Nº 103, pp. 855–859.

Fischer, S. P. (1996), "Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital", *Anesthesiology*, Vol.85, Nº1, pp. 196–206.

Foote, J. L., N. H. North e D. J. Houston (2004), "Towards a systematic understanding of a hospital waiting list", *Journal of Health, Organisation and Management*, Vol. 18, Nº 3, pp. 140-154.

Forrest, C. B., P. A. Nutting, B. Starfield e S. Von Schrader (2002), "Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study*", The Journal of Family Practice*, Vol. 51, Nº 3, pp. 215-222.

Grainer, L. (1995), "Evaluating pre-operative care", *Nursing Times*, Nº15, pp. 31–32.

Haines, N. e G.Viellien (1990), "A successful combination of pre-admission testing and pre-operative education", *Orthopaedic Nursing*, Nº2, pp. 53–57.

Health Quality Service (2001), The Health Quality Service Accreditation Programme: Standards for Primary Health Care Teams, 4th ed., London, Isqua.

Holloway, B. e J. Hall (1992), "Planning for a more comfortable stay", *Professional Nurse*, Nº6, pp. 372–374.

Kluger, M. T., E. J. Tham e N. A. Coleman (2000), "Inadequate preoperative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian incident monitoring study", *Anaesthesia*, Nº 55, pp.1173–1178.

Lemos, P., A. Regalado, J. Soares, P. S. Couto e S. Domingues (2007),"Qual a expressão nacional dos diferentes procedimentos cirúrgicos realizados em regime de ambulatório? Resultados do IV inquérito nacional". *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, Nº 8, pp. 5-34.

Lemos, P. (2010), "Grande crescimento da Cirurgia Ambulatória em Portugal. Resultados do V Inquérito Nacional", *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, Vol. 11, Nº 1, pp. 9-20.

Lew, E., D. J. Pavlin e L. Amundsen (2004), "Outpatient pre-anaesthesia evaluation clinics", *Singapore Medical Journal*, Nº 45 pp. 509–516.

Lopes, M. (2010) Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro. Alto Comissariado da Saúde, http://pns.dgs.pt/2010/07/29/ae-icc/, acedido em 15 de janeiro de 2013.

Ministério da Saúde, Hospitais EPE (2007), "Produção e qualidade em Cirurgia de Ambulatório", http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Comunicacao_Actualidade/Biblioteca_Online/producao_qualidade/Cirurgia_Ambulatorio.htm, acedido em 16 de janeiro de 2013.

Morales, J. M. (1996), "Cirugía mayor ambulatoria: una transformación necesaria", *Cirugía Mayor Ambulatoria*, Vol. 1, pp. 133 – 139.

Mulldowny, E. (1993), "Establishing a pre-admission clinic", *AORN*, Nº 6, pp. 1183–1190.

Newton, V. (1996), "Care in pre-admission clinics", *Nursing Times*, Nº1, pp. 27–29.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010), "Desafios em Tempo de Crise, Relatório Primavera 2010" http://www.observapot.org/rp2010, acedido em 11 de janeiro de 2013.

Pollard, J. B. (2002), "Economics aspects of an anesthesia preoperative evaluation clinic", *Current Opinion in Anesthesiology*, Vol.15, Nº 2, pp. 257-261.

Porter, M. E. e E. O. Teisberg (2006), *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Boston: Harvard Business School Publishing.

Relatório da Actividade em Cirurgia Programada 2012. Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. www.acss.min-saude.pt/Portals/0/UCGIC%20TL%202pdf.pdf acedido a 15 de maio de 2013.

Relatório Final da CNADCA. Outubro de 2008, Ministério da Saúde.

Relatório Final realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar criado pelo Despacho N.º 10.601/2011 do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República N.º162, 2ª Série, de 24 de agosto de 2011.

Roland, M. (2004), "The primary-secondary care interface", in *Oxford Textbook of Primary Medical Care*, R. Jones et al. (editors), Oxford University Press, pp. 273-278, New York.

Ryan, J., C. Lewis e B. Doster (2012), "Evaluating and improving the perioperative process: benchmarking and redesign of preoperative patient evaluations". Presented at the 45th Hawaii International Conference on System Sciences. Maui (HI), January 4–7,. pp. 2991–3000.

Schoen, C., R. Osborn, M. Doty, M. Bishop, J. Peugh e N. Murukutla (2007), "Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries", *Health Affairs* Vol. 26, Nº 6, pp. 717–734.

Starfield, B., L. Shi e J. Macinko (2005), "Contribution of primary care to health systems and health", *Milbank Quarterly,* Vol.83, pp. 457 – 502.

Health Quality Service (2001), The Health Quality Service Accreditation Programme: Standards for Primary Health Care Teams, 4th ed., London, Isqua.

ANEXOS

Anexo 1

Guia para orientação dos doentes *Walking Clinic*

CIRURGIA
DE AMBULATÓRIO
CUIDAMOS DE SI PERTO DA SUA FAMILIA

WALKING CLINIC

Cirurgia Geral

GUIA PARA ORIENTAÇÃO DE DOENTES

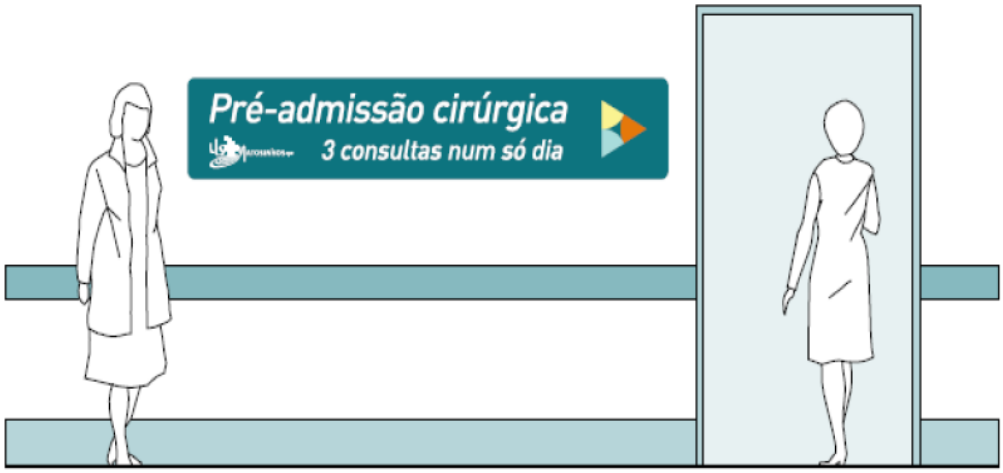
*A **walking Clinic** foi idealizada para uma rápida referenciação, orientação, preparação e tratamento de doentes, com algumas patologias, que poderão ser integrados em **Cirurgia de Ambulatório.***

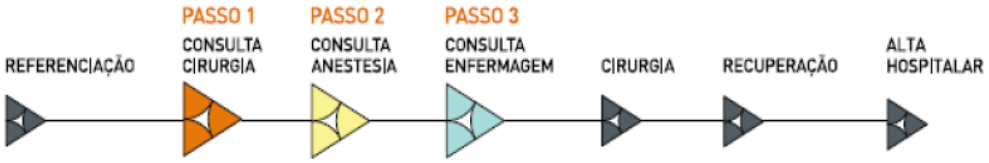
*Neste desdobrável encontrará a informação mais relevante para que possa através do **Alert P1- Walking Clinic Cirurgia Geral**, referenciar ao Hospital Pedro Hispano, os doentes com as patologias selecionadas.*

Procedendo desta forma, permitirá que o doente seja rapidamente observado e preparado para a cirurgia em questão, numa única vinda ao hospital e logo, com o mínimo de interferências na sua vida familiar e profissional.

U.PORTO
FEP FACULDADE DE ECONOMIA UNIVERSIDADE DO PORTO

CLINICA DE PRÉ-ADMISSÃO CIRÚRGICA





Vai dar os três primeiros passos para a sua cirurgia. Será avaliado pelo Cirurgião, Anestesista e Enfermeiro que irão certificar a sua aptidão para a intervenção cirúrgica e prestar-lhe todos os esclarecimentos necessários. Será posteriormente convocado para comparecer neste serviço para ser operado. Após a cirurgia terá alta no mesmo dia ou, o mais tardar, na manhã do dia seguinte. Certifique-se que tem um adulto responsável que o ajudará e acompanhará nos primeiros dias a seguir à cirurgia.

Anexo 2

Guia de recomendação para médicos de MGF para referenciação de doentes

Walking Clinic

WALKING CLINIC - Clínica de pré-admissão cirúrgica

ULSM – Matosinhos - CIRURGIA GERAL

Recomendações para a referenciação de doentes adultos a ser submetidos a cirurgia em regime de ambulatório integrados no programa *Walking Clinic* da especialidade de CIRURGIA GERAL

Avaliar condições cirúrgicas, médicas e sociais de cada doente.

➢ Patologias a incluir:

1. Litíase vesicular
2. Pólipos vesiculares (múltiplos; com crescimento em ecografias seriadas; ou maiores de 8 mm)
3. Hérnia inguinal
4. Hérnia femoral
5. Hérnia umbilical
6. Hérnia epigástrica
7. Quisto sacro-coccígeo

Estão excluídas todas as lesões da pele e tecido celular subcutâneo, para exérese sob anestesia local.

➢ Condições sociais:

1) Doente percebe o conceito e aceita a eventual realização da cirurgia em regime de ambulatório
2) Doente tem acesso a um telefone no domicílio.
3) Após o procedimento existe um adulto responsável para acompanhar o doente ao domicílio e prestar assistência nas primeiras 24 h.
4) Percurso entre a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e o domicílio tem idealmente duração inferior a 1 hora.

➢ Condições médicas:

1. Doentes com doença crónica devem estar optimizados antes de serem referenciados para a *Walking Clinic*.

2. A referenciação destes doentes deve ser acompanhada de:

a. História clínica sumária deve incluir : doenças associadas, limitações na atividade diária se existirem, medicação habitual, e antecedentes cirúrgicos/anestésicos.
b. Exame físico sumário com tensões arteriais, peso e altura.
c. **Exames auxiliares de diagnóstico de acordo com a história clínica do doente e com base nas seguintes orientações:**

Hemograma----------
- História de anemia conhecida ou suspeita
- Doença cardiovascular ou respiratória sintomáticas
- História recente de hemorragia
- Alterações da coagulação/Uso de anticoagulantes
- Doença inflamatória crónica
- Doença renal crónica

☆

Contagem plaquetária-------
- História de trombocitopenia

☆

Estudo da coagulação--------
- Doença hepática
- Alterações da coagulação ou história familiar de alterações da coagulação
- Uso de anticoagulantes

☆

Função renal e ionograma--
- Diabetes mellitus
- Doença renal
- Tratamento com digoxina, diuréticos, corticóides, lítio

☆

Glicemia ----------
- Diabetes mellitus
- Tratamento com corticóides

☆

HbA1c----------
- Diabetes mellitus

☆

Função hepática----------
- Doença hepática
- História de abuso de álcool

☆

ECG ----------
- Doença cardiovascular, doença cerebrovascular, diabetes mellitus,
- doença renal crónica
- **Idade superior a 50 anos**

☆

Ecocardiograma----------
- Suspeita de doença valvular sintomática e/ou disfunção ventricular esquerda

☆

Função tiroideia----------
- Doentes com alteração recente na terapêutica de substituição tiroideia (3 meses)
- Doentes com terapêutica de substituição tiroideia estável e com resultados
- com mais de 1 ano

TIG (teste imunológico de gravidez) Se dúvida acerca de possível gravidez

Nota: o Rx de tórax e as Provas Funcionais Respiratórias não são exames pré-operatórios de rotina para doentes propostos para cirurgia de ambulatório.

No caso de dúvida contacte o anestesista de apoio da Unidade de Cirurgia de Ambulatório da ULS Matosinhos (**22 939 1000 - Ext.: 1745**).

Anexo 3

Tabela de gastos MCDT´s após implementação *Walking Clinic*

Tabela de gastos MCDT´s após implementação *Walking Clinic*

GRUPO NÃO-WALKING CLINIC		**GRUPO WALKING CLINIC**	
Nº de paciente	Preço MCDT's (€)	Nº de paciente	Preço MCDT's (€)
1	8	1	22
2	15	2	22
3	22	3	0
4	22	4	8
5	8	5	22
6	22	6	0
7	22	7	22
8	29	8	22
9	8	9	8
10	8	10	22
11	22	11	0
12	22	12	22
13	15	13	18
14	8	14	22
15	8	15	22
16	22	16	0
17	22	17	22
18	22	18	22
19	22	19	22
20	15	20	29
21	15	21	0
22	22	22	8
23	51	23	8
24	22	24	0
25	22	25	0
26	22	26	0
27	22	27	8
28	8	28	0
29	22	29	0
30	22	30	18
31	18	31	18
32	22	32	18
33	22	33	18
34	22	34	0
35	22	35	22
36	22	36	8
37	92	37	0
38	8	38	0
39	22	39	0
40	22	40	22
41	22	41	22
42	29	42	8
43	22	43	0

GRUPO NÃO-WALKING CLINIC		GRUPO WALKING CLINIC	
Nº de paciente	Preço MCDT's (€)	Nº de paciente	Preço MCDT's (€)
44	18	44	22
45	22	45	8
46	133	46	0
47	22	47	64
48	22	48	22
49	22	49	0
50	22	50	0
51	15	51	0
52	22	52	8
53	22	53	0
54	22	54	0
55	8	55	0
56	22	56	0
57	8	57	8
58	8	58	8
59	22	59	0
60	8	60	12
61	8	61	0
62	29	62	8
63	22	63	8
64	22	64	8
65	22	65	8
66	22	66	22
67	22	67	8
68	22	68	0
69	22	69	8
70	18	70	8
71	22	71	15
72	22	72	22
73	8	73	22
74	15	74	22
75	29	75	0
76	22	76	0
77	10	77	22
78	22	78	0
79	22	79	0
80	22	80	74
81	15	81	0
82	18	82	29
83	8	83	29
84	22	84	22
85	22	85	22
86	22	86	8
87	22	87	22
88	22	88	15

GRUPO NÃO-WALKING CLINIC		GRUPO WALKING CLINIC	
Nº de paciente	Preço MCDT's (€)	Nº de paciente	Preço MCDT's (€)
89	22	89	8
90	22	90	0
91	0	91	10
92	18	92	22
93	15	93	118
94	33	94	22
95	22	95	22
96	8	96	0
97	22	97	0
98	22	98	8
99	10	99	8
100	15	100	29
101	0	101	354
102	22	102	0
103	22	103	22
104	22	104	22
105	8	105	0
106	22	106	0
107	22	107	0
		108	64
		109	0
		110	0
		111	22
		112	0
		113	18
		114	0
		115	0
		116	22
		117	0
		118	0
		119	8
		120	0
		121	70
		122	0
		123	8
		124	22
		125	0
		126	22
		127	70
		128	8
		129	8
		130	18
		131	8
		132	22
		133	0

GRUPO NÃO-WALKING CLINIC		GRUPO WALKING CLINIC	
Nº de paciente	Preço MCDT's (€)	Nº de paciente	Preço MCDT's (€)
		134	0
		135	8
		136	18
		137	8
		138	18
		139	22
		140	18
		141	8
		142	0
		143	0
		144	8
		145	110
		146	22
		147	8
		148	22
		149	8
		150	18
		151	8
		152	8
		153	8
		154	8
		155	0
		156	0
		157	15
		158	0
		159	18
		160	0
		161	0
		162	0
		163	15
		164	15
		165	15
		166	0
		167	22
		168	22
		169	22
		170	10
		171	8
		172	0
		173	22
		174	22
		175	0
		176	8
		177	18
		178	22

GRUPO NÃO-WALKING CLINIC		GRUPO WALKING CLINIC	
Nº de paciente	Preço MCDT's (€)	Nº de paciente	Preço MCDT's (€)
		179	0
		180	22
		181	22
		182	0
		183	8
		184	0
		185	22