

**Deliberação n.º 3081/2008**

O conselho directivo, sem prejuízo do direito de avocação, nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 213/2007, de 29 de Maio, que aprovou a orgânica do Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP, abreviadamente designado por IIEFP, IP, e do estabelecido nos n.ºs 1 e 2 do artigo 35.º do Código do Procedimento Administrativo, delibera delegar no director do Departamento de Formação Profissional, licenciado José Alberto das Neves Leitão, competência para exercer os seguintes poderes:

Assinar a correspondência e expediente relacionado com as candidaturas enquadradas no âmbito da Tipologia de Intervenção 6.4.a) — Qualidade dos Serviços e Organizações, especificamente, acções de formação e sensibilização dirigidas a técnicos e outros profissionais de reabilitação profissional, eixos 6, 8 e 9, referente ao ano de 2008, nos termos do contrato de delegação de competências, celebrado entre o POPH — Programa Operacional Potencial Humano e o Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP, na qualidade de organismo intermédio.

13 de Novembro de 2008. — A Directora de Serviços de Pessoal, Isabel Maria de Araújo Flor Brites Lopes.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE****Gabinete do Secretário de Estado Adjunto  
e da Saúde****Despacho n.º 30114/2008**

A Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDACA) procedeu, entre Novembro e Dezembro de 2007, a um amplo levantamento nacional sobre a prática da cirurgia de ambulatório (CA) nos hospitais do SNS.

Este trabalho incidiu, nomeadamente, sobre a especificidade dos programas de CA dos hospitais tendo-se identificado a existência de programas autónomos (com instalações próprias, completamente independentes), integrados (partilhando, por exemplo, o bloco operatório com o regime de internamento), ou mistos (incluindo dois ou mais programas, com os modelos anteriormente descritos).

Também permitiu perceber qual a extensão da existência de circuitos próprios na prestação dos cuidados de saúde aos doentes de CA, com uma área de admissão, sala de preparação, sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos, salas de recobro próprias e encaminhamento na alta.

A independência dos circuitos de ambulatório, face aos utilizados por doentes internados, deveria existir em todas as situações, mesmo nos modelos integrados para as áreas de acolhimento e de recuperação pós-operatória, embora tal se encontre condicionado quer por constrangimentos físicos quer organizacionais. O trabalho da CNADCA demonstra que os programas de CA, mesmo em modelos integrados, funcionam com maior eficiência e superior qualidade quando na programação cirúrgica dos blocos operatórios existem tempos atribuídos exclusivamente aos programas de ambulatório.

Outro constrangimento ao maior desenvolvimento da CA nos hospitais decorre do facto de nem sempre ser possível que estes programas disponham de profissionais exclusivamente afectos à CA, quer a nível do pessoal de enfermagem, como dos auxiliares de acção médica e administrativos.

A utilização de protocolos clínicos é muito importante nesta, como nas outras áreas clínicas, e o trabalho da CNADCA permite aferir que eles existem sobretudo no que respeita ao estabelecimento dos critérios de alta e de selecção de doentes, bem como à avaliação pré-operatória (com algoritmos para a determinação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica), sendo no entanto pouco frequente a definição de normas de orientação para analgesia pós-operatória ou para prevenção de náuseas e vómitos pós-operatórios.

Para além do uso de protocolos, a produção regular de indicadores clínicos, que permitam avaliar a qualidade dos cuidados de saúde, é fundamental na prática clínica, devendo ser objecto 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 CNADCA refere ainda a importância do estabelecimento de procedimentos de apoio no pós-operatório, alguns deles devendo mesmo ser obrigatórios na organização da CA, designadamente a disponibilidade de contacto telefónico do elemento da equipa designado para esse fim e o contacto telefónico, por iniciativa do hospital, às vinte e quatro horas de pós-operatório, como instrumentos de garantia da segurança,

da prestação continuada dos cuidados, da confiança dos doentes assim como de avaliação do seu grau de satisfação com a CA.

Relacionado com este aspecto, a informação clínica é outra das características fundamentais dos programas de CA, envolvendo os doentes e familiares de forma clara e cuidada num processo que exige a sua co-responsabilização. Esta informação, para além de ser transmitida oralmente em diversos momentos, deve, de acordo com a CNADCA, ser fornecida por escrito, para que o doente não esqueça acções importantes na preparação pré-operatória, nem desvalorize sinais no pós-operatório que possam ser relevantes.

Assim, do trabalho apresentado pela CNADCA é possível constatar que a prática da CA em Portugal tem tido uma evolução positiva, embora o seu desenvolvimento enfrente, de facto, alguns constrangimentos que importa ir combatendo ou ultrapassando com a adopção de medidas específicas. Nalguns casos, a CA ainda é entendida como uma actividade que se distingue da cirurgia de internamento apenas pelo menor tempo de estadia hospitalar, o que resulta em profundas deficiências do ponto de vista organizativo, clínico e ao nível da informação a doentes e familiares.

Efectivamente, o carácter inovador da CA reside no seu modelo organizativo específico, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do de internamento, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares.

Face ao exposto, entendo aceitar a recomendação da CNADCA de adopção no curto prazo, nos hospitais do SNS, de um conjunto de critérios básicos na organização de programas de CA, bem como, a médio prazo, de um conjunto adicional de critérios que a CNADCA identifica como de adopção desejável.

Determino:

1 — Os conselhos de administração dos hospitais do SNS em que existe bloco operatório deverão, no prazo máximo de um ano, garantir a adopção dos seguintes critérios básicos nos programas de CA:

a) Definição de um circuito de doentes de CA independente, de acordo com a *praxis* defendida pela CNADCA: circuito sequencial desde a admissão, sala de preparação, sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA — recobro 1), salas de recuperação cirúrgicas (recobro 2 e 3) e gabinete de alta clínica, até ao momento da alta hospitalar. No modelo integrado aceita-se que a sala operatória e a UCPA sejam espaços partilhados por doentes intervencionados em regime de internamento. Contudo, os restantes espaços devem ser independentes das áreas utilizadas por doentes internados. Em qualquer caso, na gestão dos blocos operatórios deverão programar-se tempos operatórios dedicados exclusivamente ao programa de CA;

b) Ao nível da organização hospitalar, inclusão, no organigrama da instituição, de uma estrutura destinada ao programa de CA, com coordenador/director nomeado pelo conselho de administração;

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

d) Criação de informação clínica escrita com instruções para o pós-operatório, a ser fornecida aos doentes e familiares no momento da alta, designadamente com a identificação das complicações mais prováveis e como proceder nesses casos, os contactos a acionar em caso de necessidade, e os cuidados relacionados com a medicação prescrita e crónica;

e) Produção e análise continuada de indicadores clínicos, designadamente a taxa de cancelamento da cirurgia e a taxa de admissão hospitalar;

f) Criação de procedimentos de apoio ao programa de CA, nomeadamente através da disponibilização ao doente de um número de telefone directo de um membro da equipa, e da realização de um contacto telefónico ao doente ao fim de vinte e quatro horas de pós-operatório.

2 — Os conselhos de administração dos hospitais do SNS com CA deverão, no prazo máximo de três anos, garantir a adopção adicional dos seguintes critérios desejáveis nos seus programas de CA:

a) Aumento do peso da cirurgia de ambulatório no total das cirurgias programadas, no âmbito da contratualização, num valor médio de 15 % por ano, durante três anos, medida que será monitorizada pelas ARS e pela ACSS;

b) Redução da lotação de camas cirúrgicas, em valores médios de 5 %-10 % por ano, durante três anos, medida que será monitorizada pelas administrações regionais de saúde (ARS) e pela ACSS (sem prejuízo do acompanhamento por outras entidades, ao abrigo das suas competências próprias), contribuindo para o crescimento eficiente da cirurgia de ambulatório e melhorando as condições de funcionamento para doentes e profissionais;