

Newsletter

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Bloco Operatório

Edição nº 3 | junho de 2022



*O talento vence jogos, mas só o trabalho de equipa
ganha campeonatos.*

Michael Jordan

EDITORIAL

O Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) tem como desígnio a prestação de cuidados de saúde humanizados, diferenciadores e de referência nas áreas da mulher, da criança e do adolescente, visando a excelência em todas as suas atividades numa perspetiva global e integrada da saúde. Uma das áreas de excelências é sem dúvida a intensa e diferenciada atividade operatória desenvolvida no CMIN, reconhecida a nível nacional e internacional. O nosso sucesso só pode ser explicado pela qualidade da nossa equipe. Seria impossível chegar aonde chegamos hoje sem o trabalho, o comprometimento e o esforço de cada um dos elementos que diariamente trabalham nos Blocos Operatório do CMIN.

O meu agradecimento a todos

Alberto Caldas Afonso

Esta newsletter é dedicada ao CMIN e à avaliação da satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde que trabalham no Bloco Operatório, assim como, dos Serviços que utilizam o Bloco. Proponho uma leitura atenta. Todos temos a aprender e a mudar. Este é um excelente ponto de partida para uma reflexão profunda e o início de mudança. Se grande é o nosso sonho, longo será o nosso caminho. Mas, nada acontece por acaso. É preciso entrega para realizar sonhos e conquistar projetos. Ninguém é totalmente habilitado em todas as funções. Somos seres individuais, dotados de características únicas. Contudo, em equipa, as capacidades de uns dissimulam as dificuldades de outros e a probabilidade de todos conseguirem alcançar os seus objetivos será claramente maior. O foco é pertencer à melhor equipa - a equipa do Bloco Operatório do CHUPorto - e não desejar sozinho ser o melhor. Reforço que estou totalmente disponível para ajudar na melhoria do nosso Bloco Operatório.

Ivone Silva

INOVAÇÃO: GINECOLOGIA

O Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) realiza uma cirurgia inovadora e minimamente invasiva no tratamento de malformações uterinas e vaginais que, através da criação de uma “neovagina”, permite que as jovens mulheres possam ter uma vida sexual futura. Esta técnica é realizada pela equipa cirúrgica liderada pelo Prof. Doutor Hélder Ferreira, no Serviço de Ginecologia dirigido pela Dra. Rosa Zulmira, no Departamento da Mulher e da Medicina da Reprodução coordenado pelo Professor Doutor António Tomé Pereira

O objetivo desta nova intervenção cirúrgica é simples: oferecer a “melhor resposta” e “tratar da melhor forma possível” um quadro clínico que afeta a qualidade de vida e autoestima de uma em cada 4500 jovens mulheres que sofrem de síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH).

Esta malformação congénita do aparelho reprodutor é caracterizada pela ausência da vagina ou encurtamento do canal vaginal e surge, normalmente, associada à ausência de menstruação, ausência de útero e dores pélvicas, por vezes, apenas detetadas em exames ginecológicos.

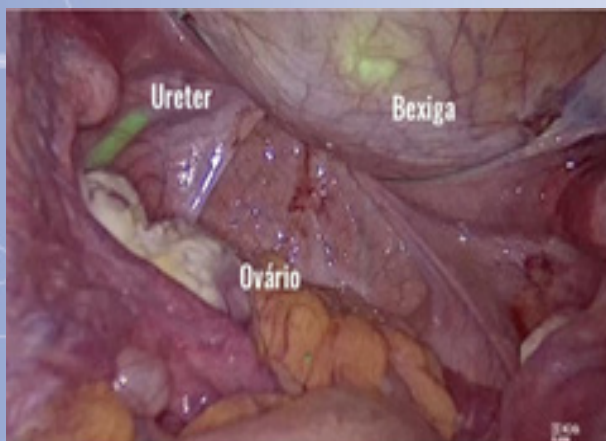
A Síndrome de MRKH, também referida como agenésia de Müller, aplasia de Müller ou agenésia vaginal, é uma síndrome congénita rara, causada pelo subdesenvolvimento embriológico do sistema ductal mülleriano embriológico, resultando na ausência congénita da parte superior da vagina associada a um grau variável do desenvolvimento uterino, em mulheres com 46 normais, XX cariótipo.



Em relação ao aparelho reprodutor, é importante enfatizar que a anatomia pélvica normal pode ser marcadamente distorcida com estruturas müllerianas rudimentares encontrada em aproximadamente 90% dessas doentes, que pode incluir um único remanescente uterino na linha média ou cornos uterinos com ou sem cavidade endometrial - apenas 7-10% dessas mulheres são relatadas como tendo endométrio causando dor pélvica cíclica ou crônica devido a possível endometriose por fluxo de menstruação retrógrada. Por oposição, os ovários são tipicamente normais em estrutura e função, uma vez que têm uma origem embriológica distinta, embora possam ser encontrados em diferentes localizações.

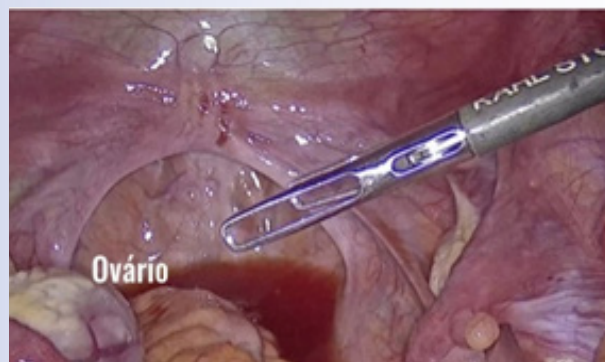
Até 53% dessas mulheres, podem apresentar concomitantemente outras malformações congênitas, afetando principalmente o trato urinário (como agenesia renal unilateral, rins pélvicos ou em ferradura ou anomalias do sistema) e o esqueleto (envolvendo a coluna, costelas e extremidades).

Na maior parte dos casos, o diagnóstico é feito numa fase um pouco mais tardia da vida da mulher.



Esta técnica cirúrgica inovadora, com um tempo médio cirúrgico de sessenta minutos, recorre a uma abordagem minimamente invasiva por minilaparoscópica com uso de fluorescência, para a criação vermelho próximo (NIR).

A minilaparoscopia, com ótica de 5 mm e trocartes de 3 mm, é uma opção cirúrgica recente e crescente em ginecologia com estudos recentes relatando sua utilidade e viabilidade numa variedade de procedimentos ginecológicos com vários benefícios. Além disso, o verde de indocianina (ICG) é um corante com um perfil de segurança bem documentado que é particularmente útil para cirurgia guiada por fluorescência porque seu pico de excitação e pico de emissão estão próximo do infravermelho próximo (NIR).



As suas aplicações estão evoluindo em muitos campos de medicina e cirurgia, incluindo linfografia e mapeamento do linfonodo sentinela em cirurgia oncológica, juntamente com angiografia e avaliação de perfusão tecidual em ginecologia, cirurgia urológica, digestiva e reconstrutiva avaliar a viabilidade dos tecidos e avaliar possíveis locais de anastomoses ou vazamentos anastomóticos. Esta tecnologia demonstrou melhorar a identificação de principais marcos anatômicos e estruturas patológicas para procedimentos oncológicos e não oncológicos.

LOCalizer®

Nova técnica de localização intraoperatória de lesões infra clínicas da mama

A cirurgia conservadora da mama é, atualmente, a opção mais frequente no tratamento cirúrgico do cancro da mama, ao contrário da mastectomia que obriga a saber a localização do tumor e a extensão de ressecção indicada.

A necessidade de excisar lesões infra clínicas, i.e. sem tradução ao exame físico, tem vindo a aumentar significativamente por várias razões. O número de neoplasias da mama detetadas, antes de serem sintomáticas, nos programas de rastreio e o uso, cada vez mais frequente, de quimioterapia pré-operatória com resposta completa ao tratamento, são dois dos principais motivos para esse aumento.

Existem várias técnicas para a marcação guiada por imagem (habitualmente ecografia ou mamografia com esterotaxia) destas lesões, de modo a orientar o cirurgião durante o procedimento e a ajudar a definir a quantidade de tecido mamário a excisar. Um dos procedimentos mais antigos, que foi usado durante anos no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto) é a marcação com guia metálico ou arpão.

Nesta técnica, pré-operatoriamente, é colocado um fio metálico que se exterioriza na pele e cuja extremidade se fixa à lesão ou na sua proximidade por gancho ou anzol.

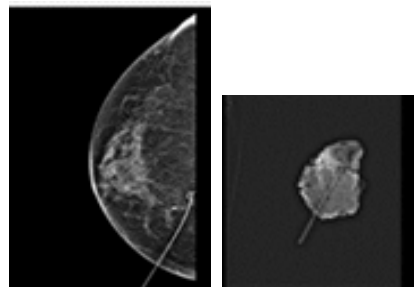


Fig.1 - Mamografia com arpão na lesão a excisar e radiografiada peça operatória

Os maiores inconvenientes desta intervenção são: a necessidade da colocação ser realizada imediatamente antes da cirurgia, aliada à dificuldade de conjugação das agendas da Imagiologia e do Bloco Operatório; o condicionamento da colocação das incisões de abordagem prejudicando por vezes o resultado estético; o desconforto das doentes na deslocação para o Bloco (nomeadamente para o Ambulatório) e o risco de mobilização do arpão.

A marcação com carbono é um mecanismo que a Unidade de Mama abandonou após uma escassa experiência com resultados sofríveis. Refusada também, por razões logísticas, foi a técnica de localização com partículas de enxofre marcadas com tecnésio (ROLL – radioguided occult lesion localisation).

Passível de ser usada anteriormente, deixou de ser exequível com a passagem da imagiologia mamária e do bloco para o CMIN. Não só, por não existir autorização para transportar o material radioativo, mas também, porque obrigava a que a marcação fosse efetivada poucas horas antes da cirurgia, o que tornava difícil conjugar as agendas entre Medicina Nuclear, Imagiologia e Bloco Operatório.

Uma alternativa adotada, em muitos centros, é a sinalização das lesões com marcadores hidrófilos que se tornam relativamente fáceis de identificar por ecografia intraoperatória. Este procedimento, também já foi testado na Unidade de Mama do CHU-Porto e tem como limitações a necessidade de dispor no Bloco de ecógrafo com sonda de partes moles e uma curva de aprendizagem mais demorada que outras técnicas. Contudo, está nos objetivos da Unidade de Mama alargar o uso desta técnica. A Unidade de Mama do CHU-Porto optou, em 2018, pelo uso de marcadores de superóxido de ferro (Magseed®), detetáveis por uma sonda apropriada (Sentimag®).

A técnica consiste na introdução, guiada por imagem, de uma “semente” com 1 x 5 mm, de superóxido de ferro, através de uma agulha apropriada de 18g, no centro da área a excisar ou de mais do que uma a delimitar a área que se pretende remover.

Estes marcadores são identificados intraoperatoriamente com recurso a uma sonda adequada que emite um sinal sonoro e numérico de maior ou menor intensidade em função da proximidade do marcador.

As principais vantagens são a liberdade de agendamento, uma vez que pode ser colocada, em qualquer altura, antes da cirurgia (aprovada pela EMA para até 6 meses e pela FDA sem limite de tempo) e o facto de não condicionar a colocação das incisões, o que permite melhores resultados estéticos e não dificulta o uso de técnicas de cirurgia oncológica.

A principal desvantagem é a necessidade de usar, em alguns momentos da cirurgia, instrumentos cirúrgicos apropriados (sem metal) para não haver interferência com a deteção do marcador. Para além disso, tem como desvantagens adicionais, o facto da peça de mão ser de relativo calibre e o Sentimag® ser um equipamento com volume considerável que dificulta o seu transporte (p. ex. para uso no Ambulatório).

O superóxido de ferro pode ser também usado para a pesquisa de gânglio sentinela, por injeção de uma solução do produto (Magtrace®) na região retroareolar e, posterior deteção de gânglios marcados com a sonda.

O uso combinado destas técnicas torna-se impossível para as lesões localizados na porção central ou nos quadrantes externos da mama por interferência na detecção do marcador.

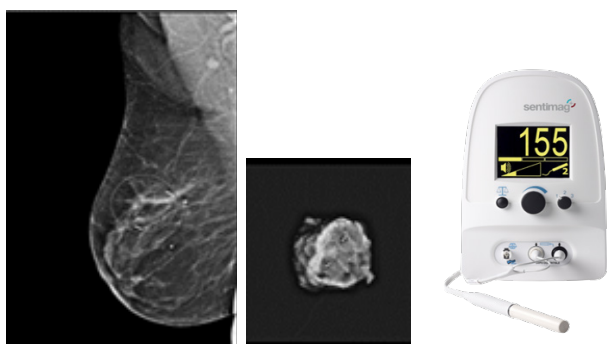


Fig.2 - Mamografia com 2 Magseed® a delimitar a área a excisar, radiografia da peça operatória e imagem do

Surgiu recentemente uma alternativa, que elimina as desvantagens do superóxido de ferro mantendo e acrescentando as suas vantagens, com menores custos. Comercializada com o nome de LOCalizer® é baseada na tecnologia da radiofrequência. O processo da sua aquisição pelo CHUPorto já está concluído e adjudicado.

A marcação é feita igualmente por colocação da “semente” com agulha de calibre semelhante à técnica anterior e que pode ser usada durante a ecografia ou acoplada à esterotaxia. Tem como vantagens adicionais sobre a técnica anteriormente usada, o facto do equipamento ser de menor dimensão (totalmente transpotável e sem necessidade de ligação à corrente eléctrica) e da peça de mão ser muito mais delicada (calibre de 8 mm).

Para além disso, indica em milímetros a distância da sonda ao marcador (o que facilita a excisão com margem de segurança) e permite identificar, durante o procedimento, individualmente pelo seu número de série, cada um dos marcadores, se tiver sido usado mais do que um, e dispensar o uso de instrumentos cirúrgicos apropriados.

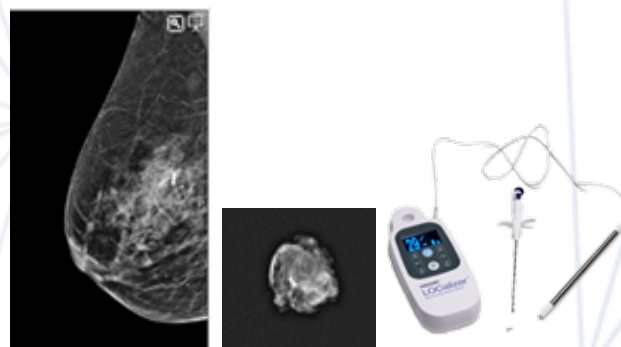


Fig.3 - Mamografia com LOCalizer® na lesão, radiografia da peça operatória e imagens equipamento: leitor,

Adicionalmente, a estes benefícios, existe o facto de este procedimento poder ser associado à pesquisa de gânglio sentinela com superóxido de ferro, qualquer que seja a localização do tumor, por não haver interferência entre as técnicas.

DESTAQUES

A direção do bloco operatório convencional está focada numa qualidade baseada na boa governação que produz benefícios para os doentes, profissionais e *stakeholders*. Os indicadores de qualidade possibilitam avaliar o desempenho no bloco operatório e podem constituir um recurso estratégico para a sua melhoria.

Avaliação e satisfação dos utentes

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços prestados pelo bloco, reveste-se de extrema importância, quer para entender o impacto da operacionalidade, quer como indicador para medir o nosso desempenho. Como tal, monitorizamos a informação relativa à satisfação e expectativa percebida pelo utente quanto ao bloco operatório. O assistente técnico, Telmo Brandão, realiza diariamente, desde maio de 2021, uma abordagem por telefone aos utentes intervencionados.

De forma aleatória, são selecionados utentes operados nas últimas 72 horas, nos blocos operatórios - central, ortopedia, neurocirurgia, pediátrico e da mulher. No caso das crianças intervencionadas, com idade inferior a 14 anos, o questionário é aplicado ao familiar com responsabilidade parental.

Nos primeiros seis meses, foram realizadas 538 avaliações do grau de satisfação dos utentes. Da apreciação global, verificamos que ao longo do período em análise, predominaram doentes do sexo feminino (67,5%) com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos (43%).

Constatamos que quando questionados sobre: *“qual a sua opinião relativamente à qualidade do atendimento dos profissionais na receção ao bloco operatório?”* - 86,1% dos doentes responderam Muito Bom e 13,6% Bom. Quando questionados sobre *“como avalia a sua experiência no bloco operatório?”*, 80.1% responderam Muito Bom e 18.8% Bom. Apuramos que 99,6% das respostas eram afirmativas, quando se questionava se *“no caso de um familiar, ou amigo seu, necessitar de ser operado, recomendaria este bloco operatório?”*.

Na questão aberta, sobre propostas e sugestões de melhoria, alguns doentes referem que as salas operatórias são muito frias, existe muito ruído no recobro, o tempo de espera no hall de entrada do bloco é elevado, o piso no edifício neoclássico que se encontra em mau estado e manifestam que gostavam de ter a possibilidade de falar com o cirurgião após a intervenção cirúrgica.

Inquérito de satisfação dos profissionais do bloco

O inquérito de avaliação do grau de satisfação dos profissionais, foi aplicado pela primeira vez em março de 2021, aos médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos do bloco operatório convencional. Foi obtida uma amostra de 306 respostas (57,6%) com uma taxa de resposta de 48,1% dos médicos, 66,5% dos enfermeiros, 88,2% dos assistentes operacionais e 33% dos assistentes técnicos.

Quando analisamos as respostas à questão *“como é valorizada a sua opinião pelos colegas?”* verificamos que 85,5% dos médicos, 57% dos enfermeiros e 63% dos assistentes operacionais responderam Muito Bom e Bom.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Mau
Médicos	31,0%	54,5%	14,5%	0,5%
Enfermeiros	3,5%	53,5%	38,5%	3,0%
Assistente Operacional	12,0%	51,0%	28,0%	9,0%
Assistente Técnico	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

No que concerne à questão sobre *“como avalia o relacionamento com os seus pares?”*, constatamos que 96,5% dos médicos, 82% dos enfermeiros, 73% dos assistentes operacionais e 100% dos assistentes técnicos responderam Muito Bom e Bom.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Mau
Médicos	45,0%	51,5%	3,5%	0,0%
Enfermeiros	22,5%	59,5%	18,5%	0,0%
Assistente Operacional	23,0%	50,0%	27,0%	0,0%
Assistente Técnico	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%

Quisemos perceber *“como avalia o relacionamento com a equipa multidisciplinar”* e verificamos que 92% dos médicos, 79% dos enfermeiros, 82% dos assistentes operacionais e 100% dos assistentes técnicos responderam Muito Bom e Bom.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Mau
Médicos	41,0%	51,0%	8,0%	0,5%
Enfermeiros	14,0%	65,0%	20,5%	0,5%
Assistente Operacional	24,0%	58,0%	18,0%	0,0%
Assistente Técnico	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%

Quanto à questão “*como classifica o seu crescimento profissional através da experiência adquirida no bloco operatório*” obtivemos as seguintes respostas: 92,5% dos médicos, 77% dos enfermeiros, 91% dos assistentes operacionais e 100% dos assistentes técnicos responderam Muito Bom e Bom.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Mau
Médicos	28,5%	64,0%	7,5%	0,0%
Enfermeiros	20,0%	57,0%	17,5%	5,5%
Assistente Operacional	38,0%	53,0%	9,0%	0,0%
Assistente Técnico	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%

Pretendemos avaliar “*como classifica o seu desempenho no bloco operatório*” e verificamos que 93,5% dos médicos, 96,5% dos enfermeiros e 93% dos assistentes operacionais responderam Muito Bom e Bom.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Mau
Médicos	25,0%	68,5%	3,5%	0,0%
Enfermeiros	33,0%	63,5%	3,5%	0,0%
Assistente Operacional	40,0%	53,0%	7,0%	0,0%
Assistente Técnico	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%

A direção do bloco operatório avaliou o grau de compromisso dos trabalhadores com o bloco operatório, tendo verificado que 88,5% dos médicos, 85% dos enfermeiros, 95% dos assistentes operacionais e 100% dos assistentes técnicos responderam Muito Bom e Bom.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Mau
Médicos	30,5%	58,0%	8,5%	0,0%
Enfermeiros	36,0%	49,0%	13,5%	0,5%
Assistente Operacional	51,0%	44,0%	4,0%	0,0%
Assistente Técnico	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%

A direção do bloco operatório pretendeu auscultar a percepção de “como classifica o nível de preocupação da direção do bloco relativamente à melhoria das condições de trabalho”, verificamos que 44,5% dos médicos, 47,5% dos enfermeiros e 66% dos assistentes operacionais responderam Muito Bom e Bom.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Mau
Médicos	4,5%	40,0%	42,5%	10,0%
Enfermeiros	3,0%	44,5%	38,5%	14,0%
Assistente Operacional	11,0%	55,0%	30,0%	5,0%
Assistente Técnico	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%

No que respeita à questão “como classifica a valorização por parte da direção do bloco das suas propostas de melhoria para o serviço?”, verificamos que 41,5% dos médicos, 43% dos enfermeiros e 53% dos assistentes operacionais responderam Muito Bom e Bom.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Mau
Médicos	4,0%	37,5%	36,0%	17,0%
Enfermeiros	4,0%	39,0%	46,5%	8,5%
Assistente Operacional	12,0%	41,0%	37,0%	10,0%
Assistente Técnico	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%

Pretendemos ter uma perceção geral de “como classifica o seu grau de satisfação ao trabalhar no bloco operatório?” e verificamos que 75% dos médicos, 61% dos enfermeiros, 86% dos assistentes operacionais e 100% dos assistentes técnicos responderam Muito Bom e Bom.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Mau
Médicos	7,0%	68,0%	22,0%	3,5%
Enfermeiros	7,0%	54,0%	34,5%	4,5%
Assistente Operacional	24,0%	62,0%	13,0%	0,0%
Assistente Técnico	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%

A direção do Bloco Operatório pretendeu avaliar o grau de satisfação dos departamentos e serviços. O inquérito foi aplicado em março de 2021 a Departamentos e Serviços que se relacionam com os Blocos Operatórios do Centro Materno Infantil do Norte e do Hospital Santo António, abrangendo os diretores, responsáveis e enfermeiros chefes de unidades e serviços. Obtivemos uma amostra de 24 respostas (45,3%).

Da análise dos mesmos, verificamos que, em média, 75% dos profissionais envolvidos consideraram que a colaboração do Bloco Operatório com o Departamento e Serviço era Muito Bom e Bom.

Da subanálise dos inquéritos, verificamos que existem aspetos passíveis de melhoria, passando pelo aumento da sensibilização dos Departamentos e Serviços na resposta aos mesmos, assim como a manutenção das reuniões periódicas, informação através da newsletter e correio eletrónico.

Muitas das propostas de melhoria da comunicação com os profissionais foram encetadas após a realização dos inquéritos em março de 2021, pelo que estamos convictos que estes resultados deverão ser analisados como ponto de situação de diagnóstico inicial.

A direção do bloco operatório mantém a decisão estratégica de continuar a realizar a gestão dos indicadores de satisfação dos doentes, profissionais e serviços, com o intuito de melhorar a organização e influenciar os resultados, sejam de motivação e satisfação dos profissionais, sejam as perspetivas e expetativas dos doentes relativamente ao bloco operatório.

NEWSLETTER

COORDENAÇÃO DA NEWSLETTER: Prof. Doutora Ivone Silva

CONTEÚDO E DESIGN: Gabinete de Relações Públicas do CHUPorto

BLOCO OPERATÓRIO

Direção de Bloco

Diretora: Prof. Doutora Ivone Silva

Enfermeiro supervisor: Enf. Eduardo Alves

Administrador: Eng. Bruno Magalhães

Adjuntos

Dra. Manuela Araújo

Dr. Alfredo Calheiros

Dr. Paulo Lemos

Enfermeiros Chefe

Enf. Nelson Coimbra

Enf.^a Fátima Borges

Enf. Miguel Kittler

Enfermeiras Coordenadores

Enf.^a Augusta Pinho

Enf.^a Catarina Vidal

Enf.^a Teresa Reis

Enf.^a Alexandra Teixeira

Enf.^a Arlete Marta

Enf.^a Sónia Sousa

Enf.^a Paula Quesada

Enf.^a Sofia Pereira

Coordenadoras de Assistentes Operacional

Orquídea Costa

Mariana Arantes

Augusta Silva

Assistentes Técnicos

Nuno Oliveira

Telmo Brandão

Miguel Campos

Fátima Pinto

Nuno Soares