

Artigo de Opinião

Será o volume de casos em cirurgia relevante para a qualidade?

Is surgical volume load relevant to performance and quality?

José Fragata^{1,2,3,4,5*}

¹ Director do Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central;

² Professor Catedrático e Coordenador da Área de Cirurgia e Morfologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa;

³ Director do Centro do Coração – Hospitais CUF, José de Mello Saúde;

⁴ Co-Director do Programa de Mestrados em Gestão da Saúde – Instituto para o Desenvolvimento da Gestão Empresarial (INDEG), Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE);

⁵ Secretário Geral da ECHSA - *European Congenital Heart Surgeon's Association*.

O volume de casos por cirurgião está associado a uma melhor *performance*, a especialização tem, igualmente, um papel benéfico para o desempenho. Menos impacto apresenta o volume de casos realizados no hospital, que varia mais com o tipo de procedimento do que com o número absoluto. As relações entre *performance* e número, nomeadamente no hospital, variam com a intervenção ou patologia tratada: quanto maior a dependência interdisciplinar, nomeadamente de cuidados intensivos, articulação de especialidades, etc..., maior a dependência do volume de casos do hospital.

Individual surgeon's volume load is associated to increased performance, specialization also showing a positive impact. Less determinant to performance is hospital case load; in fact, type of procedure is more important to performance than isolated surgical load. Relations between volume and performance, at least at hospital level, depend mostly on the type of procedure – namely when ITU and integration of care are needed.

PALAVRAS-CHAVE: *Volume cirúrgico; performance; qualidade.*

KEY WORDS: *Surgical load; performance; quality.*

* **Correspondência:** José Fragata. **Email:** jigfragata@gmail.com

INTRODUÇÃO

A discussão das relações entre o volume de casos e a qualidade dos resultados cirúrgicos vem de longe, mas ganha especial importância no momento presente. Por um lado, existem razões económicas que recomendam, agora, a concentração de recursos técnicos e humanos, por outro lado, torna-se cada vez mais difícil treinar cirurgiões juniores, face à dimensão das casuísticas proliferadas, ao tempo disponível e ao enorme escrutínio público sobre os resultados. Também, porque as escolhas em Saúde, por parte de público e pagadores, começam agora a ser ditadas pelos indicadores de qualidade, envolvendo resultados, volume de casos, experiência, reputação e satisfação de clientes.

Parece assim importante e actual que se reflecta sobre a relação entre volume e qualidade (V&Q) em cirurgia. Numa primeira abordagem parece intuitivo que quanto maior o número de casos praticados maior será a especialização, a experiência e, logo assim, os resultados. No entanto existem práticas pequenas debitando excelentes resultados e centros de grande dimensão onde as estatísticas são menos favoráveis. Porque será? Uma meta análise recente, publicada no prestigiado *British Journal of Surgery* (Chowdhury, Dagash, e Pierro, 2007) tentou responder a esta questão, revendo as relações entre o volume e qualidade cirúrgicas, estudando 163 artigos, incidindo sobre 42 procedimentos diferentes, de 13 especialidades e respeitantes a cerca de 10 milhões de doentes. As conclusões são curiosas e podem ser usadas para orientar, entre nós, medidas que se antevêm necessárias.

Dificuldades na definição de parâmetros de qualidade

Definir parâmetros de qualidade em cirurgia é difícil, mas a *mortalidade hospitalar*, a *taxa de complicações* e o *tempo de permanência* no hospital, têm sido utilizados como indicadores de *performance* – qualidade. As definições do intervalo de mortalidade, do que são complicações pós operatórias e as determinantes da estadia não são ainda claras, nem

são utilizadas com o mesmo sentido, podendo, mesmo, complicar a análise pelo lado dos resultados. A sua crítica sai, contudo, fora do âmbito deste artigo. Lembremo-nos só de que a taxa de mortalidade é hoje baixa, tem pouca expressão estatística, requerendo grandes casuísticas para ser valorizada e perdendo expressão nos casos mais simples, por exemplo, colecistectomias, hérnias, etc..., onde a taxa de complicações é bem mais útil de ponderar e tem maior impacto sobre os custos do tratamento. Para a ortopedia o impacto funcional da cirurgia será o importante, enquanto para a cirurgia plástica, a satisfação do doente pontificará na avaliação da qualidade.

Definição de *case-mix*

Não é possível falar de indicadores de qualidade sem indexar os resultados à complexidade dos casos tratados. Nem todas as séries têm esse cuidado, e mesmo dentro dos mesmos grupos diagnósticos, a idade do doente, o sexo, a presença de comorbilidades e o estágio da doença podem ser bem diferentes, conferindo severidades e, logo assim, complexidades diferentes, que condicionam a *performance*, também de forma diferente. Os hospitais com pequeno volume de casos podem, tipicamente, não receber os doentes mais complexos, facto que cria um, ainda maior, enviesado derivado de padrões de referência distintos. Estes possíveis “*bias*” deverão ser ponderados na análise do impacto do volume de casos sobre a qualidade.

Volume de casos

A definição de volume, ou casuística, respeita a volumes hospitalares e a volumes por cirurgião, e estes condicionam, como vemos, de forma diferente, a qualidade. Mas o volume de casos pode, ainda, ser dividido em alto volume e baixo volume, mas como poderemos definir o que é um volume de casos alto ou baixo? As definições são aleatórias e variam, claramente, com o tipo (exigência e frequência) do procedimento (*vide quadro*).

Intervenção	Volume mínimo Hospitalar	Volume mínimo/ Cirurgião
Cancro colo-rectal	40	20
Pancreatoduodenectomia	50	-
Aneurismas aorta abdominal	30	-
Cirurgia coronária	200	50
Lobectomia	-	-
Cirurgia cardíaca pediátrica	100	75
Angioplastias	300	100

Especialização

Será que a especialização do hospital ou do cirurgião condiciona a qualidade? Parece que sim, com efeito, e independentemente do facto de os cirurgiões especializados tenderem a fazer um maior número de casos seleccionados, a especialização parece conferir maior qualidade na prestação, como é o exemplo da cirurgia oncológica.

Afinal, quais são as relações entre volume e qualidade cirúrgica?

- O volume de casos por cirurgião está associado a uma melhor *performance*;
- A especialização tem, igualmente, um papel benéfico no desempenho;
- Menos impacto apresenta o volume de casos realizados no hospital, que varia mais com o tipo de procedimento do que com o número absoluto;
- As relações entre *performance* e número, nomeadamente no hospital, variam com a intervenção ou patologia tratada: quanto maior a dependência interdisciplinar, nomeadamente de cuidados intensivos, articulação de especialidades, etc... maior a dependência do volume de casos do hospital, é, por exemplo, o caso da cirurgia hepatobilio-pancreática e da transplantação em geral.

Estas conclusões permitem explicar o facto de pequenas unidades cirúrgicas lograrem atingirem excelentes resultados, baseadas na especialização e casuística do cirurgião principal. Por outro lado, estas

conclusões recomendam, agora, a concentração de casos e de experiência num, cada vez, menor número de cirurgiões e, bem entendido, recomendam também a especialização e referenciação directa de casos para centros dedicados a certas patologias & intervenções de maior complexidade. Finalmente, ainda que de modo menos crítico, o volume hospitalar deverá ser robusto.

Nos tempos que correm faz todo o sentido a concentração de casos e de centros cirúrgicos, e isto por razões económicas, aproveitamento de recursos técnicos e humanos, bem como para treino e concentração de experiência - todas geradoras de maior *performance* e de melhor qualidade cirúrgica.

Tivemos, no passado, o exemplo do encerramento das maternidades, que tanta polémica deu; no entanto, não querendo discutir a metodologia, o princípio técnico estava certo...

Noutros países, como a Suécia, a Holanda e agora também a Inglaterra, houve a coragem, por parte dos governos, de concentrar centros de cirurgia cardíaca pediátrica (na Suécia, com população parecida à nossa, de quatro para dois centros). Entre nós existem, e todos pelas melhores razões, sejam estas geográficas, políticas, históricas ou técnicas, cinco centros médico-cirúrgicos, quando precisaríamos, não mais de dois, para uma população de dez milhões de habitantes, sobretudo face à baixa taxa de natalidade prevalente. Cada centro realiza, entre nós, não mais de 150 casos, alguns muito menos de 100 casos, quando as recomendações europeias mais recentes, em cuja elaboração o autor participou, recomendam um número mínimo de 250 casos por centro e de 125 casos anuais por cirurgião (Daenen, *et al.* 2003).

É conhecida a dificuldade de decidir quais os centros a encerrar, ou a fundir, para concentração das experiências e melhor utilização de recursos, mas a ponderação da casuística, a diferenciação dos casos realizados e o nível de resultados, hoje possível por *benchmarking* nacional e internacional, deveriam tornar a decisão, sustentável e possível. Perguntar aos próprios não facilitará, pois nunca ninguém viu “*um peru votar pela antecipação do Natal*”..., mas há obrigações que ao Estado ainda cabem, no garante que deveria assumir, das melhores condições de tratamento dos doentes e da melhor utilização dos impostos que todos pagamos!

REFERÊNCIAS

Chowdhury, Dagash, e Pierro (2007). A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *British Journal of Surgery*, 94(2), 145-161.

Daenen *et al.* (2003). Optimal structure of a congenital heart surgery department in Europe. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 24(3), 343-351.