

Cirurgia de Ambulatório

Aprovado por despacho de Sua Excelência o Senhor
Secretário de Estado da Saúde, Dr. José Miguel Boquinhas,
em 10 de Abril de 2000.

Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento



PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento.
Cirurgia de ambulatório: recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento, 2001 – 20 p.
Cirurgia ambulatória – normas

ISBN: 972-9425-98-1

Grupo de Trabalho

As personalidades abaixo indicadas deram um excelente contributo para o documento que se apresenta, embora este possa não traduzir todos os pontos de vista dos intervenientes.

Dr. Adriano Natário – Direcção-Geral da Saúde
Dr. Carlos Guinot Oliveira – Hospital Egas Moniz
Eng^a Cecília Mendonça – Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde
Dr. Fernando Martinho – Hospitais da Universidade de Coimbra
Dr. Francisco Ribeiro de Carvalho – Hospital Distrital de Santarém
Dr. Jorge Alves – Departamento dos Recursos Humanos
Dr. Manuel Jorge Seca – Hospital de Santo António
Dr^a Maria Angélica Almeida – Hospital de S. José
Dr^a Maria do Céu Valente – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
Dr^a Maria José Proença – Direcção-Geral da Saúde
Prof. Dr. Silvestre Ramos Carneiro – Hospital de S. João

Editor: Direcção-Geral da Saúde

Design: Gráfica Maiadouro

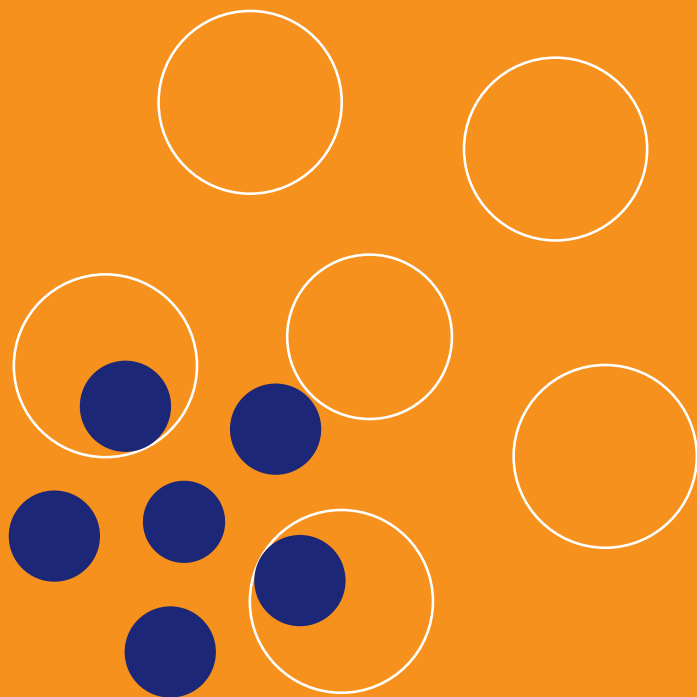
Impressão|Acabamento: Gráfica Maiadouro

Tiragem: 5000 exemplares

Dep. Legal: 176 690/02

Índice

1. Enquadramento	5
2. Conceito	7
2.1 ... realizada em instalações próprias...	7
2.2 ...com segurança e de acordo com as actuais <i>leges artis</i>	8
2.3 ...em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia	9
3. Estrutura Física	11
4. Recursos Humanos	12
5. Financiamento	13
6. Qualidade	14
Bibliografia	16
Anexos	17





1. Enquadramento

Há determinadas intervenções cirúrgicas que, pela urgência, pela complexidade, por patologias concomitantes do paciente ou por razões sociais, terão sempre que ser realizadas em ambiente de internamento hospitalar.

Existem também pequenas intervenções que, por rotina, podem ser realizadas na Consulta ou no Serviço de Urgência e, tradicionalmente, designadas como Pequena Cirurgia.

Entre estes dois extremos do espectro cirúrgico existe uma diversidade de intervenções, ainda hoje realizadas em regime de internamento, que podem ser efectuadas em regime de ambulatório, constituindo a Cirurgia de Ambulatório.

O conceito de Cirurgia de Ambulatório surgiu no início dos anos 60 nos EUA, com David Cohen e John Dillon, que introduziram um princípio que preside a toda a Cirurgia de Ambulatório, que é a "Segurança".

"Quando é realizada uma boa selecção dos doentes pelo Cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo

Anestesista, com escolha adequada da técnica anestésica, não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento".

Efectivamente, a sua prática é possível, em virtude dos avanços da Ciência Médica no domínio da Anestesiologia, nas técnicas e materiais empregues na Cirurgia e, também, pela melhoria perceptível do nível cultural da população.

O tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sociofamiliares, económicos e psicológicos para o doente, para além de, eventualmente, reduzir os custos.

Para documentar a importância desta modalidade, ressaltando as respectivas políticas de saúde, observe-se a experiência acumulada em alguns países:

Nos EUA a Cirurgia de Ambulatório tem crescido, continuamente, nas últimas décadas. Em 1980, 16,7% de todas as intervenções hospitalares eram realizadas em ambulatório; em 1985, essa proporção passou para 34,5%, prevendo-se que em 2000 atinja 60%.

[Intervenção cirúrgica (conceito do INE – Estatísticas da Saúde, 1998) – Um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) em sala operatória, sob anestesia geral, loco-regional ou local, com ou sem presença de anestesista).

Nos países da Europa o crescimento da Cirurgia de Ambulatório tem sido mais lento, salientando-se, contudo, o Reino Unido com valores próximos dos 60% de procedimentos cirúrgicos em ambulatório.

Na Suécia, Dinamarca e Noruega, entre 1993 e 1996, oscilou entre os 20% e os 25%.

Um estudo efectuado em 1998, em França, demonstrou que a percentagem de intervenções cirúrgicas em ambulatório nos hospitais públicos se situava em 8%, atingindo cerca de 33% no sector privado.

Na Finlândia, de 1991 para 1994, observou-se um aumento de procedimentos cirúrgicos em ambulatório de 10% para 25%, fundamentalmente através de um programa do governo para diminuição das listas de espera.

Em Espanha tem havido um grande esforço no desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, apresentando, actualmente, valores percentuais superiores a 30%.

Em Portugal, conforme as Estatísticas da Direcção-Geral da Saúde em 1997, a proporção de intervenções cirúrgicas em ambulatório situava-se em 8,9%.

De acordo com uma auscultação directa aos Hospitais Gerais, Centrais e Distritais, recentemente realizada, verifica-se que a Cirurgia de Ambulatório com critérios explícitos é praticada em 19 hospitais.

Contudo, nem todas as Especialidades Cirúrgicas estão igualmente envolvidas na Cirurgia de Ambulatório.

As Especialidades que, nos 19 hospitais, registam, proporcionalmente,

valores mais elevados são a Cirurgia Geral, a Ginecologia e a Oftalmologia.

A título de exemplo, referem-se os resultados de um Hospital Central com um Departamento de Ambulatório que integra uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório com instalações próprias (o Hospital de Santo António) e de um Hospital Distrital cuja Unidade se situa no mesmo piso do Bloco Operatório e é constituída por 2 salas de cirurgia equipadas com recursos para a anestesia geral e 1 sala de recobro com 3 camas (o Hospital de Santarém).

No Hospital de Santo António, cuja Unidade de Cirurgia de Ambulatório entrou em funcionamento em Fevereiro de 1991, foram realizadas, até Dezembro de 1998, 8176 intervenções cirúrgicas. No ano de 1998 este valor foi de 1272, situando-se a relação de intervenções ambulatório/Internamento em 28,8%.

O Hospital de Santarém registou, no final do ano de 1998, 1644 intervenções cirúrgicas em ambulatório, o que corresponde a cerca de 30% da actividade cirúrgica deste Hospital.

No sentido de incentivar a criação e/ou o desenvolvimento de Unidades de Cirurgia de Ambulatório, apresentam-se a seguir alguns critérios que devem estar subjacentes à prática da Cirurgia de Ambulatório, devendo cada hospital equacionar a sua localização geográfica, o tipo de cirurgia e exames complementares, os recursos físicos, humanos e técnicos e fundamentalmente os benefícios reais que trará ao doente.

2. Conceito

Cirurgia de Ambulatório é a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia.

2.1. ... realizada em instalações próprias...

2.1.1.

Tratando-se de cirurgias que normalmente são realizadas no Bloco Operatório Central em internamento, pretende-se desta forma reduzir o uso deste, por se tratar de uma estrutura pesada, de elevados custos de funcionamento e que deve ser

aproveitada até ao limite para o tratamento de situações clínicas mais graves. Assim, a Cirurgia de Ambulatório deverá realizar-se, preferencialmente, em instalações próprias com bloco operatório.

2.1.2

Admite-se que em alguns hospitais possa existir uma oferta de tempos operatórios superior à capacidade em camas, sendo portanto lícito o aproveitamento de alguma sala do Bloco Operatório Central.

Neste caso, devem as administrações hospitalares criar condições para que, a médio prazo, a cirurgia de internamento possa ser separada da cirurgia de ambulatório.

2.1.3

Existem vários modelos orgânicos e estruturais de Unidade de Cirurgia de Ambulatório, com maior ou menor grau de autonomia e consequentes vantagens e desvantagens:

Em instalações do Bloco Operatório Central

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none">• Custos iniciais baixos	<ul style="list-style-type: none">• Dificil acessibilidade• Prioridade para o internamento• <i>Staff</i> não preparado para o ambulatório• Critérios de alta mal definidos

Em instalações próprias no hospital

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none">• <i>Staff</i> próprio• Utilização de equipamento comum (Serviço de Sangue, Radiologia...)• Bloco operatório próprio• Recobro próprio	<ul style="list-style-type: none">• Eventual aumento dos custos iniciais

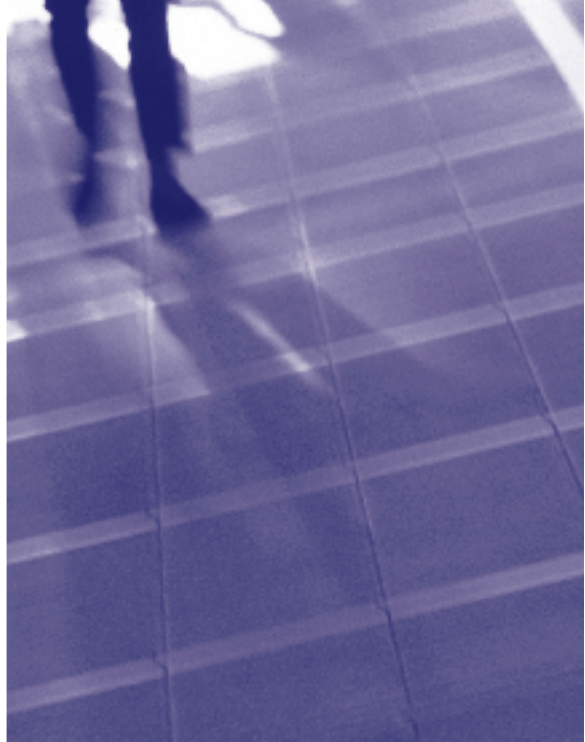
2.2 ... com segurança e de acordo com as actuais *leges artis* ...

Para atingir este objectivo, torna-se necessário implementar uma série de medidas, tais como:

2.2.1

Críteriosa selecção dos doentes e das patologias (definida nos chamados critérios de admissibilidade), que deverão ser adaptados às características de cada hospital, da região e da população que serve.

A título de exemplo, recomendam-se como critérios mínimos:



Critérios Sociais	Critérios Clínicos
<ul style="list-style-type: none">• Aceitação de ser operado nas condições oferecidas.• Transporte assegurado em veículo automóvel.• Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital.• Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita.• Acesso a comunicações (telefone).• Assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas.	<ul style="list-style-type: none">• Idealmente ASA I ou ASA II (American Society of Anesthesiologists).• Estabilidade clínica e psíquica.• Intervenção que se prevê de curta duração (cerca de 60 minutos).• Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral.

2.2.2

Consulta de anestesia, a que deverão ser submetidos todos os doentes a operar com a participação do anestesista, salvo se existirem protocolos de avaliação que tenham sido definidos pelos cirurgiões e anestesistas;

2.2.3

Sala de operações equipada de acordo com o tipo de cirurgia e anestesia a realizar;

2.2.4

Disponibilidade de anestesista durante o funcionamento da Unidade;

2.2.5

Sala de recobro com vigilância de enfermagem e monitorização adequadas, onde deverão permanecer todos os doentes operados com o concurso do anestesista, até que este os considere aptos para terem alta para o domicílio ou serem transferidos para enfermaria, se necessário;

2.2.6

Recomendável a existência de Hospital de Dia polivalente, sempre que possível, que poderá também apoiar estes doentes;

2.2.7

Avaliação pelo cirurgião responsável das condições do doente antes da alta, elaboração da nota de alta e fornecimento da medicação adequada a cada situação ou providenciar o seu internamento, sempre que a situação clínica o justifique;

2.2.8

Fornecer ao doente e familiares recomendações por escrito para antes da cirurgia, assim como conselhos práticos de como actuar perante pequenos incidentes ou complicações após aquela;

2.2.9

Garantir ao doente o contacto telefónico com a unidade ou com o cirurgião, aos quais poderá recorrer em caso de necessidade;

2.2.10

Observar os doentes operados num dos dias imediatos à cirurgia e posteriormente, sempre que a situação o recomende;

2.2.11

Elaborar protocolos de colaboração com os centros de saúde e os subsistemas, em que os médicos assistentes e os enfermeiros participem no seguimento dos seus doentes;

2.2.12

Instituir um programa de controlo da qualidade.

É necessário avaliar e registar com rigor os procedimentos efectuados e as complicações surgidas em cada uma das etapas do tratamento, isto é, durante a admissão, a intervenção cirúrgica, o recobro anestésico, a permanência no hospital de dia, e mesmo no domicílio.

Esta avaliação deve ser feita com o recurso a uma ficha de controlo da qualidade, que permita o seu posterior tratamento informático.

Poderá ser importante avaliar o grau de satisfação do doente com inquéritos simples e anónimos, elaborados após a alta.

2.3 ... em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia.

2.3.1

Pretende-se com esta regra evitar a ocupação das camas de internamento, que deverão ser destinadas ao estudo e tratamento de doentes

mais graves ou que não possam ser admitidos nos programas de cirurgia de ambulatório.

2.3.2

As unidades de hospital de dia, preferencialmente polivalentes, deverão praticar o horário que melhor se adapte às necessidades do doente.

2.3.3

Alguns autores alargam o conceito de estadia no hospital até às 24 horas, embora em rigor se não trate já de Cirurgia de Ambulatório, mas de Cirurgia de Um Dia.

A exigência, neste caso, de cama para passar a noite vai obrigar a novos recursos em instalações e pessoas.

Esta alternativa pode ser equacionada em alguns hospitais que, pela sua dimensão ou características do Sector de Ambulatório, o permitam sem grandes encargos financeiros.

(Internado em estabelecimento de saúde (conceito do INE - Estatísticas da Saúde, 1998) – Individuos admitidos num estabelecimento de saúde com internamento, que ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, ou cuidados paleativos com permanência de pelo menos uma noite. Incluem-se ainda os doentes falecidos, com alta contra parecer médico ou transferidos para outro estabelecimento, que, tendo sido admitidos, não chegam a permanecer durante a noite).

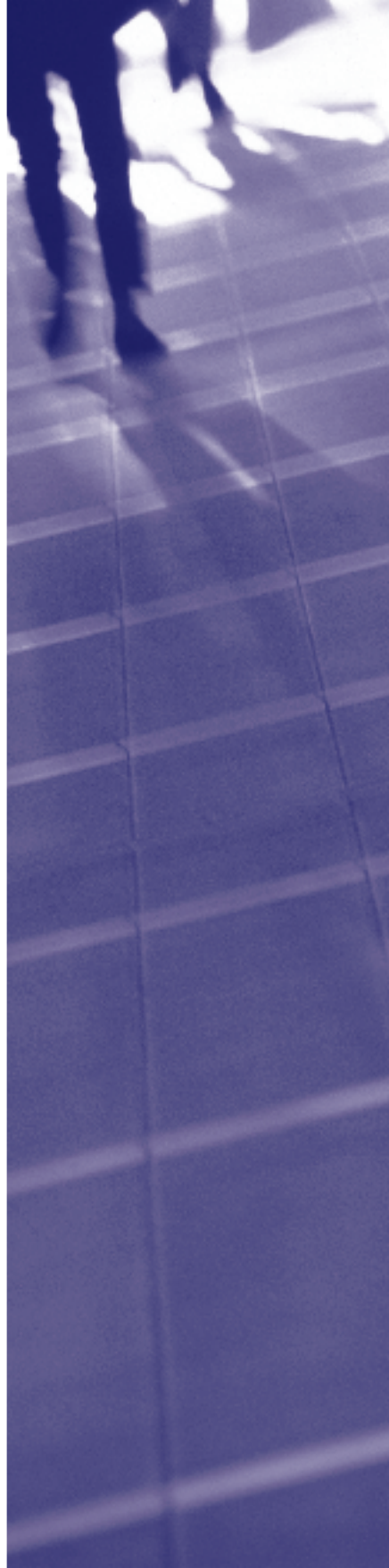


3. Estrutura Física

De acordo com o conceito já definido, uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório deve ser constituída pelos espaços funcionais a seguir indicados.

Pressupõe-se um funcionamento de 8 horas/dia, durante 250 dias/ano, uma duração média de cada intervenção de 60 minutos e uma capacidade por sala operatória entre 1750 e 2000 intervenções anuais.

- Recepção/secretaria com equipamento de comunicações.
- Sala de espera para doentes e acompanhantes.
- Gabinete de consulta.
- Área destinada a vestiário e repouso do doente.
- Vestiário de pessoal.
- Área de desinfecção de pessoal.
- Sala de anestesia.
- Sala de operações.
- Área para desinfecção de material.
- Sala de recobro com capacidade para os doentes operados e com equipamento de monitorização não invasiva (ECG, TA, pulso, oximetria, equipamento para reanimação de emergência, saídas de oxigénio individuais).
- Área para guarda de Rx móvel.
- Copa com capacidade para fornecer refeições.
- Depósitos de:
 - medicamentos
 - material esterilizado
 - roupa limpa
 - material de limpeza
- Compartimentos para sujos/limpos.
- Instalações sanitárias.
- Acesso automóvel próximo da saída dos doentes da UCA.



4. Recursos Humanos

A UCA deve ser constituída por uma equipa multidisciplinar e ter um número mínimo de médicos (cirurgiões e anestesistas), enfermeiros, administrativos e auxiliares.

Deverá haver um Coordenador, mesmo que este não trabalhe exclusivamente na Unidade.

Os Serviços de Cirurgia e Anestesia deverão articular-se entre si, de modo a permitir um bom aproveitamento dos recursos ao longo da semana.

Porque se trata de um trabalho que assume características particulares pela polivalência que pode implicar, pela rápida passagem de doentes e variabilidade de patologias abordadas, a equipa deve ter conhecimento das características específicas da Cirurgia de Ambulatório e da estrutura e orgânica da Unidade.

Assim, preferencialmente, deverão ser sempre os mesmos elementos médicos, ainda que não trabalhem, exclusivamente, na UCA. Os restantes elementos da equipa deverão ser fixos.



5. Financiamento

Até à implementação do sistema de classificação de doentes em Grupos de Doentes de Ambulatório (GDA) e à sua utilização para financiamento, tem vindo a ser aplicada uma tabela de preços específicos para cirurgias de ambulatório, com base no sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH).

Com o objectivo de contemplar a maioria das situações tratadas em Cirurgia de Ambulatório, o IGIFS revê, com regularidade, o número de GDH que contempla estas cirurgias, bem como os respectivos preços. De acordo com a base de dados nacional dos GDH, em 1998, já existiam preços para cerca de 90% das cirurgias de ambulatório efectuadas nos hospitais do SNS. Está, assim, garantido o incentivo para o recurso a este regime de tratamento.

Embora estes preços sejam ligeiramente inferiores aos dos GDH de internamento, o tratamento de mais doentes pela cirurgia de ambulatório traduzir-se-á, naturalmente, num acréscimo de receita para os hospitais.

Refere-se, ainda, que a tabela anexa à Portaria nº 177/2000 de 23 de Março (Programa para a Promoção do Acesso) contempla, igualmente, alguns procedimentos de Cirurgia de Ambulatório.

Consta, em anexo, uma listagem de intervenções cirúrgicas que poderão ser efectuadas em Ambulatório.



6. Qualidade

A definição dos parâmetros de qualidade de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) impõe a definição prévia de objectivos a atingir e a comparação iterativa e periódica do desempenho real da Unidade em relação a esses objectivos.

Existem vários elementos envolvidos num projecto deste tipo, com objectivos naturalmente diferentes, que devem ser contemplados separadamente na avaliação da qualidade:

- O doente/utente.
- A equipa que trabalha na UCA.
- A estrutura orgânica da UCA.
- A instituição que hospeda a UCA e da qual depende.
- A entidade administrativa e financiadora.
- A sociedade em geral.

Todos estes elementos têm expectativas diferentes sobre o que é um serviço de Cirurgia de Ambulatório de qualidade. É do equilíbrio da avaliação parcelar destes elementos que resulta a qualificação global de qualidade da UCA.

A garantia da qualidade inicia-se na fase de planeamento e continua-se durante o funcionamento efectivo da Unidade.

Enumeram-se, seguidamente, alguns indicadores a considerar para manter elevados padrões de qualidade no desempenho de uma Unidade deste tipo, que deverão constar, obrigatoriamente, do Relatório Anual a realizar pela Unidade segundo modelo anexo.

• De Estrutura:

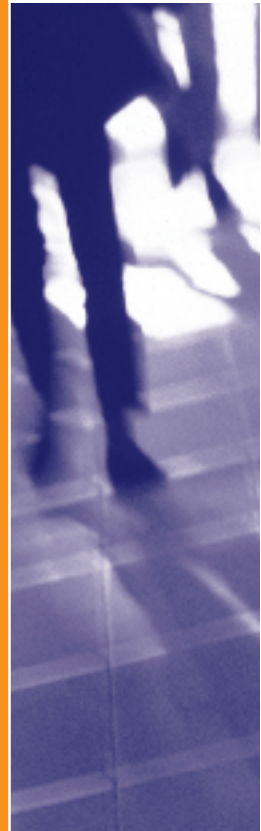
- Existência de Bloco Operatório autónomo.
- Existência de sala de recobro.
- Equipa multiprofissional responsável.
- Guia do doente.
- Critérios de admissibilidade definidos.
- Critérios de selecção de doentes definidos.
- Protocolos de execução permanente:
 - Cuidados e preparação pré-operatória.
 - Consulta de anestesia.
 - Intervenção cirúrgica.
 - Procedimentos de alta.
 - Cuidados no pós-operatório.
 - Normas de reinternamento ou resolução de complicações tardias.

• De Processo:

- Percentagem de fichas com todos os itens preenchidos.
- Proporção de determinadas cirurgias realizadas em regime de internamento no corrente ano, em relação às mesmas cirurgias realizadas no ano anterior (ex: hérnias, varizes, tunel cárpico, laqueação de trompas, cataratas).
- Razão entre o nº de cirurgias realizadas no corrente ano em regime de internamento e o nº de cirurgias realizadas em ambulatório (ex: hérnias, varizes, tunel cárpico, laqueação de trompas, cataratas).
- Total de cirurgias de ambulatório realizadas em relação às programadas.
- Demora média de intervenção, em minutos.

• **De Resultado:**

- Óbitos ocorridos.
- Doentes que ficaram internados.
- Doentes internados por complicações dos procedimentos efectuados, até 30 dias depois.
- Doentes reintervencionados até um ano após a cirurgia.
- Doentes que até 30 dias de pós-operatório se reinseriram na actividade que tinham antes da cirurgia.
- Grau de satisfação do doente, 30 dias após a intervenção.



Bibliografia

Almeida AP; Jorge T; Manuel AS. Focus on Anestesia em Cirurgia de Ambulatório. Anestesia 2000, 1997; vol.1, nº 0.

Blackwell Science, Oxford, 1996.

Caetano E. O Ambulatório Hospitalar. Edição da Associação Portuguesa de Engineering Hospitalar, Lisboa, 1996.

Figueiredo D. Cirurgia de Ambulatório. Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 1998; vol. 9.

Jarret PEM. Ambulatory Surgery. Elsevier Science, Amsterdam, The Netherlands, 1998.

Katz RL. Ambulatory Anesthesia Practicers. Seminars in Anesthesia, 1997; vol.16.

Langloys J. Anesthésie Ambulatoire. Temps Pastel, Gif sur Yvett, 1997.

Lemos P. Indicações e Vantagens da Cirurgia Ambulatória. Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 1998; vol.9: 104-113.

Milar JM; Rudkin GE; Hitchcock M. Practical Anaesthesia and Analgesia for Day Surgery. Bios Scientific Publishers Ltd, Oxford, 1997.

Penn S; Davenport HT; Carrington S; Edmonson M. Principles of Day Surgery Nursing.

Portugal. Ministério da Saúde. Hospitais Centrais e Especializados 1997. Estatísticas; Direcção-Geral da Saúde. Lisboa 1999.

Portugal. Ministério da Saúde. Hospitais Distritais Gerais 1997. Estatísticas; Direcção-Geral da Saúde. Lisboa 1999.

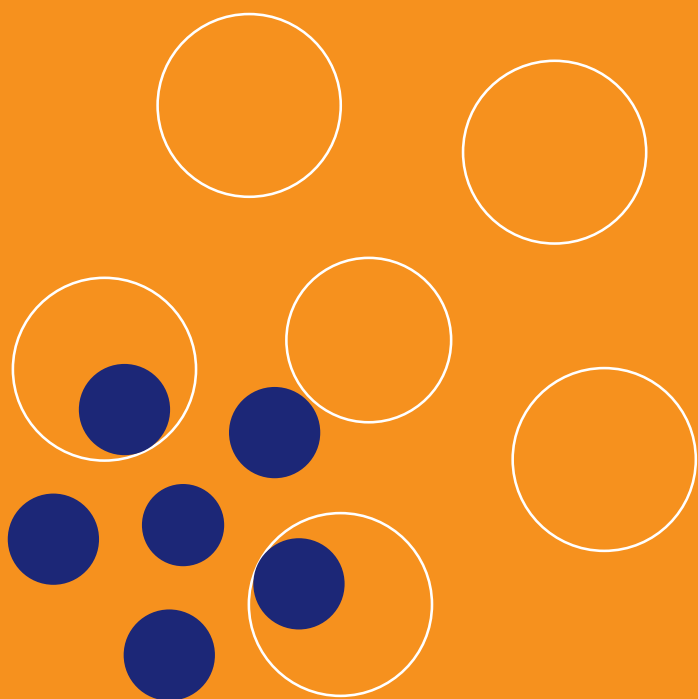
Portugal. Ministério da Saúde. Hospitais Distritais Gerais 1997. Estatísticas; Direcção-Geral da Saúde. Lisboa 1999.

Seraqui M. Guide de L' Ambulatoire. Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1998.

Shirmer BD; Rattner DW. Ambulatory Surgery. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1998.

White PF. Ambulatory Anaesthesia and Surgery. W B Saunders Company Limited, London, 1997.

Anexos



Algumas intervenções cirúrgicas que poderão ser efectuadas em Ambulatório

Adenoidectomia
Amigdalectomia
Artroscopia
Biópsias
Biópsias prostáticas, penianas e testiculares
Excisão de catarata
Excisão de chalásio
Cirurgia nervosa periférica
Excisão de cisto pilonidal
Desobstrução das vias lacrimais
Fasciectomia por Doença Dupuytren
Circuncisão
Fístulas arteriovenosas para hemodiálise
Hemorroidectomia / Fissurectomia / Fistulectomia
Herniorrafia
Histeroscopia
Laparoscopia
Laqueação tubar laparoscópica
Excisão de lesão meniscal
Cura sindactilia
Miringotomia
Excisão de nódulo da mama
Orquidopexia
Encerramento de fenda labial
Polipectomia laríngea e nasal
Procedimentos nas glândulas salivares
Excisão de pterígeos
Excisão de quisto sinovial
Excisão de cicatriz
Excisão de tumor cutâneo e subcutâneo
Alargamento do túnel do carpo
Excisão de varicocele e hidrocele
Laqueação e excisão de vasos
Vasectomia
Ventilação transtimpânica

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Hospital de _____ Relatório Anual / Ano _____

(A enviar ao Planeamento da ARS com cópia para a DGS no final de Janeiro)

Estrutura e Recursos

- | | s | n |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Existência de Bloco Operatório autónomo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Existência de sala de recobro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Equipa multiprofissional responsável | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Critérios de admissibilidade definidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Procedimentos de alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Processo

$\frac{\text{N.º de cirurgias de ambulatório}}{\text{N.º de cirurgias realizadas com internamento}} = \frac{\quad}{\quad} =$

$\frac{\text{N.º de cirurgias de ambulatório a hérnias}}{\text{N.º de cirurgia a hérnias com internamento}} = \frac{\quad}{\quad} =$

$\frac{\text{N.º de cirurgias de ambulatório a varizes}}{\text{N.º de cirurgias a varizes com internamento}} = \frac{\quad}{\quad} =$

$\frac{\text{N.º de cir. de ambulatório de laqueação trompas}}{\text{N.º de cirurgias de laqueação de trompas com internamento}} = \frac{\quad}{\quad} =$

$\frac{\text{N.º de cirurgias de ambulatório do túnel cárpico}}{\text{N.º de cirurgias do túnel cárpico com internamento}} = \frac{\quad}{\quad} =$

$\frac{\text{N.º de cirurgias de ambulatório a cataratas}}{\text{N.º de cirurgias a cataratas com internamento}} = \frac{\quad}{\quad} =$

Evolução do número de cirurgias de ambulatório:

	2000	2001
Hérnias	_____	_____
Laqueação de trompas	_____	_____
Varizes	_____	_____
Cataratas	_____	_____
Tunel cárpico	_____	_____

Resultados

$\frac{\text{N.º de óbitos até 30 dias após a cirurgia de ambulatório}}{\text{N.º de operados na Unidade de cirurgia de ambulatório}} = \frac{\quad}{\quad} =$ **

$\frac{\text{N.º de operados na UCA que ficaram internados (uma noite pelo menos no Hospital)}}{\text{N.º de operados na UCA no ano}} = \frac{\quad}{\quad} =$ **

$\frac{\text{N.º de operados muito satisfeitos /satisfeitos (Questionados nos 30 dias após operação*)}}{\text{Total de operados na UCA no ano}} = \frac{\quad}{\quad} =$ **

$\frac{\text{Total operados que retomaram completamente a actividade normal (Questionados nos 30 dias após operação*)}}{\text{Total de operados na UCA no ano}} = \frac{\quad}{\quad} =$ **

$\frac{\text{N.º de operados na UCA internados nos 30 dias seguintes por complicações}}{\text{N.º de operados na UCA no ano}} = \frac{\quad}{\quad} =$ **

O Responsável (Assinatura legível p. f.)

* Questionário anexo a devolver pelo correio com porte pago
** %

Questionário de satisfação

(Para preencher com uma cruz e devolver ao Hospital trinta dias após a cirurgia.
Não necessita selo)

Data da cirurgia ___ ___ ___

	Muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito
Secretariado			
Amabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eficácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoal Auxiliar			
Disponibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone			
Eficácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta			
Pontualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conforto das instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados Clínicos			
Amabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grau de satisfação global			
Com todos os serviços e ambiente do hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já retomou a actividade normal que tinha antes da cirurgia?			
Total	<input type="checkbox"/>		
Parcial	<input type="checkbox"/>		
Ainda não	<input type="checkbox"/>		

Nota: Este questionário deverá ser impresso (assim como o endereço do hospital) em postal de porte pago a ser fornecido pelo hospital. Informar o doente, no momento da entrega do postal, de que a resposta é anónima.