

A UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATÓRIA DO HOSPITAL DE CURRY CABRAL

THE AMBULATORY SURGERY UNIT
OF THE HOSPITAL CURRY CABRAL

José Miguel Silva Pinto *
Paula Tavares **

Resumo

Neste trabalho os autores procuram mostrar o modelo de organização e de funcionamento da Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital de Curry Cabral, fazendo referência à sua estrutura física, recursos humanos, e serviços envolvidos. É ainda feita a análise dos resultados obtidos até Novembro de 2005.

Palavras Chave

Hospital Curry Cabral; Unidade Cirurgia Ambulatória.

Summary

In this article, it is the author's objective to highlight, not only the organization model, structure, and human resources of their unit, but also the Departments involved.

Data evaluation is referred from the beginning to November 2005.

Keywords

Hospital Curry Cabral; Ambulatory Surgery Unit.

1 – INTRODUÇÃO | O conceito de Cirurgia de Ambulatório refere-se a uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob Anestesia Geral, Anestesia Regional, ou Anestesia Local, que embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode e deve ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais «Legis Artis», em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia.

A cirurgia de ambulatório reúne em si vantagens clínicas, económicas e sociais, permite proporcionar a um maior número de doentes externos do hospital um tratamento cirúrgico personalizado, particularmente humanizado, com elevada segurança e qualidade, minimizando a incidência de infecção, diminuindo o desconforto no pós-operatório e promovendo uma mais rápida integração social.

O desenvolvimento das técnicas anestésicas e de controlo da dor, bem como das técnicas minimamente invasivas cirúrgicas, proporcionou uma cada vez maior diferenciação dos procedimentos permitidos e um cada vez maior número de doentes aceites neste regime cirúrgico.

Como resultado, 70% de todas as intervenções cirúrgicas programadas nos EUA e no Canadá, são já hoje efectuadas em regime de ambulatório.

Foi com o conhecimento desta realidade e a constatação da necessidade de proporcionar aos doentes um serviço de qualidade com menos custos e mais eficácia, que o Hospital de Curry Cabral (HCC) inaugurou a Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) no dia 19 de Abril de 2004.

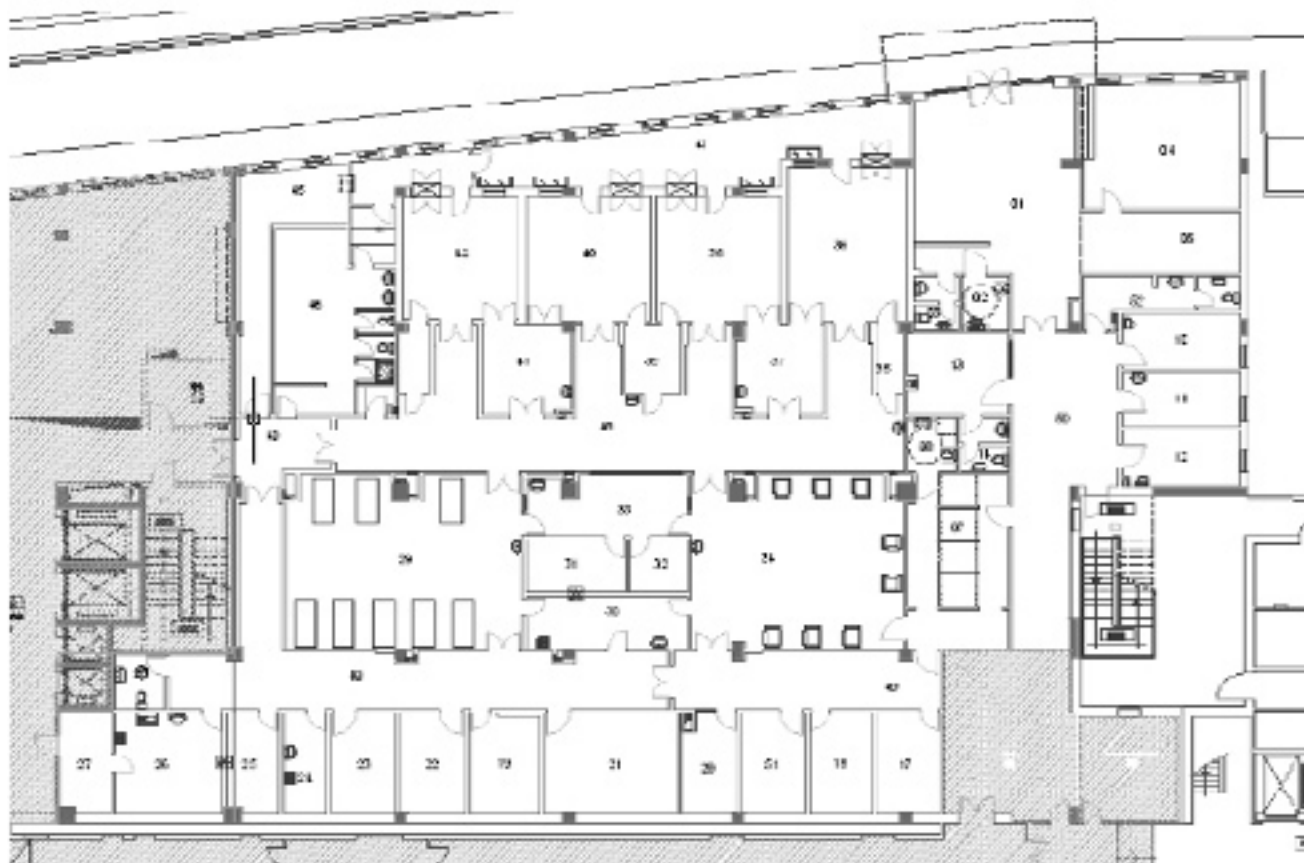
Apesar da UCA ter iniciado a sua actividade há apenas 20 meses, parece-nos pertinente partilhar o seu modelo de organização e funcionamento, a nossa experiência e estatística.

2 – ESTRUTURA FÍSICA | O espaço físico da UCA engloba as seguintes áreas que poderão ser visualizadas na respectiva planta.

* Assistente Graduado de Anestesiologia
** Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral
Coordenadores na Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital Curry Cabral

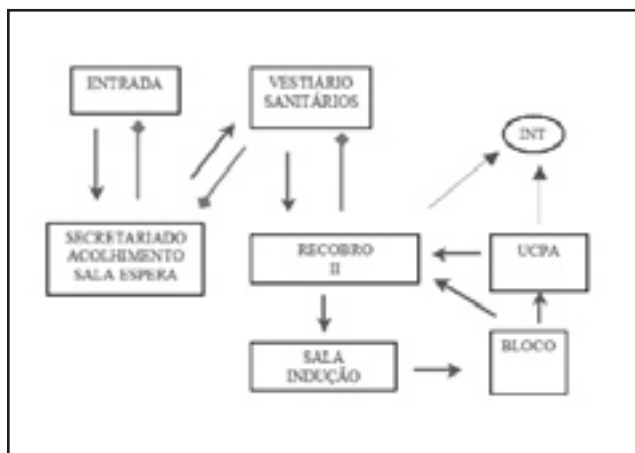
Endereço para correspondência:
Dr.ª Paula Tavares
Unidade de Cirurgia Ambulatória do
Hospital Curry Cabral

PLANTA DA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO



- Área de recepção e acolhimento, secretariado – 04
- Sala de espera – 01
- Instalações sanitárias para doentes e familiares – 02, 14
- Gabinete de consulta de cirurgia de ambulatório – 10
- Gabinete de consulta de anestesia para cirurgia de ambulatório – 11
- Sala de espera para doentes e acompanhantes – 13
- Área de vestiário de doentes – 07
- Instalações sanitárias para doentes – 08
- Área de vestiário de pessoal – 46
- Instalações sanitárias para pessoal – 46
- Área de desinfecção de pessoal – 47
- Salas de indução (uma) – 37
- Salas de bloco (três) – 36, 38, 40
- Sala de Radiologia de Intervenção e CPRE (uma) – 42
- Salas de material – 39, 41
- Recobro I com espaço para 8 macas (UCPA) – 29
- Recobro II com espaço para 8 cadeirões (vigilância semelhante a uma enfermaria) – 34
- Gabinete médico – 12
- Gabinete de enfermagem – 18
- Sala de reuniões – 19
- Copa – 20
- Depósitos (medicamentos, material esterilizado, equipamentos, roupa, material de limpeza) – 21, 22, 23, 31, 32, 24
- Área de lavagem de sujos / desinfecção de material – 25, 30
- Sala de UPS – 51

CIRCUITO DO DOENTE NA UCA



3 – RECURSOS HUMANOS | As vantagens deste regime cirúrgico, bem como as suas características específicas, (rápida passagem de grande número de doentes, enorme variabilidade de patologias, necessidade de acompanhamento do pós-operatório no domicílio), aliado à escassez de meios humanos, implica a existência de uma equipa fixa de enfermeiros, auxiliares de acção médica, empregados de limpeza e administrativos, e de uma equipa médica preferencialmente escalada na UCA. Só assim todos conhecerão as características deste regime cirúrgico e a estrutura orgânica da unidade, permitindo atingir uma elevada rentabilidade, segurança e qualidade.



Deste modo na UCA do HCC existe uma equipa multidisciplinar:

— Não exclusiva da Unidade:

- Cirurgiões Gerais 2 (com rotação de internos)
- Ortopedistas e Urologistas (rotativos)
- Dermatologistas 4
- Anestesiologistas 6

— Exclusiva da Unidade:

- Enfermeira Responsável (Enf. Nilza Lima)
- Enfermeiros 7
- Auxiliares de acção médica 4
- Empregados de limpeza 3
- Administrativos 2

4 – ORGANIZAÇÃO.

4.1 – Horário de funcionamento.

A UCA do HCC funciona todos os dias úteis entre as 8h e as 18h, contudo, as cirurgias com apoio anestésico deverão terminar até às 14 horas, realizando-se as restantes posteriormente, até às 16h.

As consultas de cirurgia de ambulatório bem como as de anestesiologia para este regime cirúrgico, efectua-se diariamente entre as 14h e as 17h.

4.2 – Distribuição dos tempos operatórios de cada sala de bloco pelas diferentes especialidades.

QUADRO I | **DERM:** dermatologia, **FAV:** fístulas arteriovenosas, **URO:** urologia, **ORT:** ortopedia, **URODIN:** urodinâmica, **C.GER:** cirurgia geral, **CPRE/COL:** cpre/colangiografia, **NEFROL:** nefrologia, **RAD INT:** radiologia de intervenção.

	SALA - A	SALA - B	SALA - C	SALA - D
SEG	DERM	URO	C. GER	*****
	DERM	URO	C. GER	*****
TER	DERM	ORT	C. GER	CPRE/COL
	DERM	ORT	C. GER	NEFROL
QUA	DERM	URO/ORT	C. GER	RAD INT
	DERM	URO/ORT	C. GER	NEFROL
QUI	FAV	ORT	C. GER	CPRE/COL
	DERM	ORT	C. GER	*****
SEX	DERM	RODIN	C. GER	RAD INT
	*****	*****	C. GER	*****

Apesar desta distribuição ter sido acordada com os diferentes Directores de Serviço, há a referir que a Ortopedia e a Urologia não ocupam ainda a totalidade dos tempos operatórios disponíveis, e que dada a escassez de recursos humanos, em vez dos dois Anestesiologistas que diariamente deveriam estar escalados na UCA, muitas vezes apenas está um.

A realização das Fístulas Artério-Venosas iniciou-se há cerca de um mês.

A programação da Sala D é da responsabilidade da Unidade de Cirurgia Hepatobiliopancreática, estando reservada sobretudo à realização de exames auxiliares de diagnóstico muitas vezes em doentes internados.

4.3 – Gestão corrente.

A Unidade é chefiada por um médico cirurgião geral coadjuvado por um médico anestesiologista, nomeados pelos respectivos directores de serviço, e por um enfermeiro nomeado pela direcção de enfermagem do hospital.

Cada um dos outros serviços com programa de cirurgia de ambulatório tem um coordenador da respectiva área nomeado

de igual modo pelos diferentes directores de serviço, e que é o interlocutor com a chefia da unidade.

4.4 – Orgânica da UCA.

O modelo de funcionamento inicialmente proposto para esta unidade, de acordo com os conceitos preconizados na altura, pretendia-se flexível e evolutivo, para que com a experiência adquirida se fosse adaptando às necessidades reais, de modo a maximizar não só a eficiência produtiva, como a segurança dos doentes.

Das alterações efectuadas surgiu o actual esquema:

4.4.1 – Pré-admissão / Pré-operatório.

• Consulta de Cirurgia:

Dos Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde da área de referência do HCC, nomeadamente, Centro de Saúde dos Olivais, Centro de Saúde de Sacavém, Centro de Saúde de Sete Rios), do Serviço de Urgência, ou de qualquer outro Serviço do HCC, o doente é referenciado a uma consulta de especialidade com programa de cirurgia de ambulatório (CA).

É o Cirurgião que propõe o doente para CA e que após o correcto preenchimento da proposta operatória o envia à Unidade, para agendamento numa consulta de anesthesiologia se a intervenção cirúrgica necessitar do apoio desta especialidade, (no caso de doente enviado dos Cuidados de Saúde Primários essa referida consulta será nesse mesmo dia), ou apenas para aguardar marcação da cirurgia.

• Consulta de Anesthesiologia:

Sempre que seja previsível a necessidade de apoio anestésico é agendada uma consulta de anesthesiologia geralmente para a quinzena seguinte, ocorrendo a cirurgia dentro de duas a três semanas.

Quando é marcada a consulta de anesthesiologia, ou no próprio dia da sua realização, é fornecido aos doentes um **Inquérito de Saúde** que após ser totalmente preenchido e devidamente assinado, deverá ser entregue ao anestesista.

Nesta consulta são reconfirmadas as condições de admissibilidade no programa de CA, sobretudo os critérios sociais e médicos, não devendo porém ser esquecidos os critérios cirúrgicos, já que esporadicamente a proposta operatória pode ter sido feita por cirurgião menos conhecedor dos condicionamentos deste regime cirúrgico.

Actualmente na UCA do HCC os critérios de admissibilidade são os seguintes:

Critérios cirúrgicos

- Intervenção de duração moderada (inferior a 120 minutos).
- Associada a mínima perda sanguínea (inferior a 500cc).
- Sem necessitar de cuidados pós-operatórios especializados.
- Com pequena probabilidade de ocorrerem complicações pós-operatórias.

Com possível controlo eficaz da dor pós-operatória no domicílio por via oral.

Critérios sociais

- Aceitar ser operado neste regime.
- Assegurar a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24h.
- 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.
- Fácil acesso a um telefone.

Critérios médicos

- Doente ASA I, ASA II, ou ASA III estabilizado (American Society of Anesthesiologists).
- Estabilidade clínica e psíquica.
- Com doença que em princípio não será afectada adversamente pela cirurgia proposta.
- Idade entre os 6 e os 75 anos.

• Entrevista de Enfermagem:

No mesmo dia, após a consulta de anesthesiologia, quando o doente é considerado apto para ser intervencionado neste regime ambulatório, realiza-se a entrevista deste, e sempre que possível da pessoa que o acompanhará no primeiro dia de pós-operatório, com um enfermeiro da unidade.

No decorrer desta entrevista é-lhe mostrada a UCA, sendo-lhe feito o ensino pré-operatório.

São-lhe dadas instruções verbais que se encontram registadas quer no **Guia do Utente** quer no **Folheto** específico para cada uma das diferentes patologias cirúrgicas, sendo-lhe ambos então fornecidos.

Estes documentos são extremamente importantes pois para além de conterem indicações para antes da intervenção, para o dia da cirurgia e para o período após a alta hospitalar, fornecem todos os elementos de contacto necessários com a UCA e o Hospital no pré e no pós-operatório.

4.4.2 – Dia de Admissão / Per-operatório.

• Acolhimento:

Os doentes apresentam-se na UCA no dia da intervenção pelas 8 horas e após terem cumprido as formalidades administrativas no secretariado são recebidos por um enfermeiro que lhes faz o acolhimento.

• Visita Pré-Anestésica:

Antes do doente se dirigir para sala operatória o Anesthesiologista escalado irá questioná-lo de modo a confirmar a existência de acompanhante e de meio de transporte, bem como a ausência de intercorrências, a toma da medicação prescrita, e o jejum.

• **Intervenção Cirúrgica:**

Decorre na sala operatória como em qualquer bloco cirúrgico.



• **Recobro I:**

O recobro I em tudo semelhante a uma UCPA é o local onde o doente permanecerá no pós-operatório imediato monitorizado, até recuperar a consciência, estar orientado temporariamente, com estabilidade clínica e hemodinâmica, com dor controlada ($VAS < 4$), e até tolerar a posição de sentado e a ingestão de líquidos e sólidos.



• **Recobro II:**

O recobro II é um espaço com vigilância semelhante à existente numa enfermaria, onde o doente permanecerá sentado num cadeirão até reunir os critérios de alta (critérios de PADSS); sinais vitais sobreponíveis aos verificados ao chegar à UCA, capacidade de deambular, sem náuseas ou vômitos significativos, com dor controlada, sem hemorragia importante.

A Alta é sempre dada pelo Cirurgião e pelo Anestesiologista, que atempadamente deverá esclarecer qualquer dúvida relacionada com a prescrição analgésica para o domicílio (Guia de Tratamento), e que oportunamente deverá de igual modo relembrar algumas informações gerais transmitidas durante a consulta de anestesia e entrevista de enfermagem; como, quando e onde procurar apoio médico adequado (só assim o doente se sentirá acompanhado e protegido), existência do follow-up telefónico ao 1.º e 7.º dia de pós-operatório, e proibição de conduzir, de ingestão de álcool, de toma de sedativos não prescritos, de cozinhar, de praticar desporto ou trabalhos pesados, de tomar decisões importantes, de viajar não acompanhado em transportes públicos, sempre que tenham sido utilizados fármacos anestésicos.

Sempre que os critérios de alta não se verificarem o doente será internado no Serviço responsável pelo mesmo.



• **Alta:**

Após a sua confirmação pela equipa médica é o enfermeiro que acompanha a alta do doente.

Deve verificar se o mesmo é portador de indicações por escrito para o pós-operatório, receita médica ou guia de tratamento e farmacos analgésicos e coadjuvantes prescritos (o HCC fornece gratuitamente estes medicamentos na quantidade necessária para todo o período pós-operatório, sempre que o cirurgião

aceite o protocolo da UCA), carta informativa para o médico de família, e marcação de penso ou consulta de follow-up. Deve ainda reforçar mais uma vez, quer ao doente quer ao seu acompanhante, o ensino já realizado; cuidados com a ferida operatória, restrição de actividade, higiene pessoal, e aspectos nutricionais, entre outros.

4.4.3- Após a Alta

• **Follow-up telefónico:**

O follow-up telefónico é realizado por um dos enfermeiros da UCA às 24h e ao 7.º dia de pós-operatório.

Neste contacto é esclarecida qualquer dúvida, é reforçado o ensino, é avaliada a eficácia da terapêutica analgésica prescrita, e é feito o despiste de complicações, sendo os doentes encaminhados para a UCA, para o Médico Assistente, para o Centro de Saúde ou para o Serviço de Urgência, de acordo com cada situação.

• **Inquérito de Satisfação:**

Apenas no início do mês de Dezembro de 2005 começou a ser fornecido a todos os doentes operados neste regime de cirurgia de ambulatório o inquérito de satisfação aprovado pelo Ministério da Saúde acompanhado de um envelope de resposta paga.

Trata-se de um inquérito sobre diversos parâmetros da Unidade, de resposta anónima, destinado a ser preenchido no domicílio após o 30.º dia de pós-operatório, e que nos permite obter um juízo de valor do utente, sobre a qualidade dos serviços prestados.

5 – SERVIÇOS COM PROGRAMA DE CIRURGIA AMBULATÓRIA.

5.1 – Anestesiologia

Director: Dr.ª Manuela Botelho

Coordenador na UCA: Dr. José Miguel Silva Pinto

5.2 – Cirurgia Geral

Director: Dr. Eduardo Barroso

Coordenador na UCA: Dr.ª Paula Tavares

5.3 – Dermatologia

Director: Dr. Jorge Cardoso

Coordenador na UCA: Dr. Paulo Lamarão

5.4 – Ortopedia

Director: Dr. António Alves Jana

Coordenador na UCA: Dr. José Pinto Correia

5.5 – Urologia

Director: Dr. Rocha Mendes

Coordenador na UCA: Dr. Luís Campos Pinheiro

6 – CASUÍSTICA | Os quadros seguintes representam a actividade cirúrgica realizada na Unidade de Cirurgia Ambulatória do HCC nos primeiros 20 meses da sua existência.

QUADRO II | Cirurgia Ambulatória

Cirurgia Ambulatória	2004	2005
Cirurgia Geral	253	579
Dermatologia	381	568
Nefrologia		223
Ortopedia	204	320
Urologia	34	69
TOTAL	872	1772

A Cirurgia de Ambulatório representou 20,8% das cirurgias programadas realizadas no HCC no ano de 2004, e 29,0% no ano de 2005.

QUADRO III | Pequena cirurgia

Pequena Cirurgia	2004	2005
Cirurgia Geral	531	699
Dermatologia	674	887
Ortopedia	7	9
Urologia	6	8
TOTAL	1218	1603

QUADRO IV | Exames auxiliares de diagnóstico

Exames		2004	2005
Urologia	Biópsias prostáticas	204	213
	Cistoscopias	91	104
	Ex. Urodinâmicos	110	143
Gastroenterologia	CPRE	14	136
	Colangiografias	5	103
Radiologia Intervenção	Arter. + quimioemboliz.	10	140
TOTAIS		434	839

Cirurgias de Ambulatório realizadas na UCA pelas diferentes especialidades.

QUADRO V | Cirurgias de ambulatório realizadas por Cirurgia Geral

Cirurgia Geral	2004	2005
Quistos branquiais	2	1
Lobectomia da tireoide	0	23
Mama		
Excisão de nódulos	10	16
Quadrantectomia	0	1
Ginecomastias	1	9
Mastectomia simples	0	1
Excisão de mama supranumerária	0	1
Quadrantectomia +linfadenect. axilar	0	1
Hérnias		
Inguinais	66	184
Crurais	3	4
Umbilicais	10	37
Epigástricas	8	18
Incisionais	2	5
Remoção de prótese crural	1	0
Patologia proctológica		
Hemorróidas	5	18
Fístulas perianais	9	11
Fissuras anais	2	15
Excisão de polipo anal	0	6
Condilomas canal anal	1	0
Sinus pilonidais	64	60
Varizes dos membros inferiores		
Safenectomia interna	3	40
Laqueação crossa safena externa	0	0
Lipomas	19	47
Plastia lobo da orelha	1	3
Quisto sinovial	1	4
Correcção de abdominoplastia	1	0
Recolocação de câmara de banda	0	1
Excisão carc da pele + enxerto	1	1
Enxerto curâneo	0	2
Fimoses	8	7
Hidrocelos	0	5
Ap. Ginecológico		
Biópsias/curetagens endométrio	1	6
Excisão de polipos do colo	1	2
Excisão quistos gl Bartholin	1	0
Biópsias gânglionares		
Cervicais	14	10
Axilares	7	2
Inguinais	1	4
Síndrome túnel cárpico	1	3
Bursite	0	1
Excisão de tumor do dedo	0	2
Desarticulação dedo mão	1	0
Desarticulação dedo pé	0	1
Col. Cateter de diálise peritoneal	0	4
Encerramento de FAV	1	5
Revisão de FAV	0	1
Construção de FAV	0	3
Colocação de «implantofix»	7	14
Extração de «implantofix»	0	1
Totais	253	580

QUADRO VI | Cirurgias de ambulatório realizadas por Dermatologia

Dermatologia	2004	2005
Excisão de tumores malignos	381	568

QUADRO VII | Cirurgias de ambulatório realizadas por Nefrologia.

Nefrologia	2005
Arteriografia para revascularização de FAV	129
Angioplastia	85
Cateter venoso de hemodiálise	9
TOTAIS	223

QUADRO VIII | Cirurgias de ambulatório realizadas por Ortopedia

Ortopedia	2004	2005
Doença Quervain	7	1
Síndrome do túnel cárpico	117	168
Síndrome do túnel tarsico	0	1
Excisão de neurinoma periférico	0	1
Quisto sinovial tendão	18	22
Dedo em gatilho	44	77
Excisão tumor do dedo	4	1
Bursite	1	5
Excisão corpo estranho joelho	1	0
Extração de material	11	39
Punção da anca	1	0
Injecção de fármaco na articulação	0	3
Excisão de lesão do músculo	0	1
Excisão de lipoma	0	5
Excisão de lesão óssea	0	1
Excisão de lesão do tarso e metat	0	2
Reparação de dedo do pé em garra	0	1
Desbridamento de ferida	0	1
Sutura de pele e tec subcutâneo	0	1
Totais	204	330

