

Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina

**ESTÁGIO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**

José Pedro de Almeida Pinto

Orientador:  
Dr. Manuel Jorge Castro dos Santos Seca  
Director do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto

Porto 2010/2011



## Resumo

**Objectivos:** Aprofundar conhecimentos nas patologias da área de Cirurgia Geral intervencionadas em ambulatório. Promover uma aprendizagem prática de Cirurgia. Conhecer especialmente a realidade da Cirurgia de Ambulatório e a sua evolução, em particular no Centro Hospitalar do Porto.

**Descrição:** Estágio extra curricular, com a duração aproximada de 100 horas, realizado entre os dias sete de Dezembro de 2010 e dezassete de Janeiro de 2011, no Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, no Serviço de Cirurgia de Ambulatório e Serviço de Urgência. Acompanhamento do tutor e outros Especialistas e Internos Complementares de especialidades cirúrgicas em diversas intervenções no bloco operatório, nomeadamente cirurgias de correcção de hérnias inguinais e da linha alba, quistos sacro-coccigeos, patologia ano-rectal, doenças da tiróide e outras pequenas intervenções de excisão de quistos, lipomas e nevos. Compreensão dos procedimentos e intervenção nos mesmos, sempre que possível, enquanto cirurgião auxiliar. Assistência ao registo informático de todos os procedimentos, assim como ao processo de alta dos doentes. Acompanhamento de diversas primeiras consultas pré-cirúrgicas, pós-operatórias e de seguimento. Adicionalmente, realização de dois turnos de urgência na área cirúrgica, onde foi possível compreender a abordagem inicial do doente cirúrgico num outro contexto.

**Conclusões:** Considero que os objectivos traçados foram atingidos e superados. Consegui adequar a oportunidade que a unidade curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio” me ofereceu ao contexto do ano profissionalizante, transformando-a numa experiência que deverá influenciar as minhas escolhas para o futuro profissional. Foi possível comprovar na prática muitas das vantagens universalmente aceites para a Cirurgia de Ambulatório e acompanhar a evolução de algumas patologias desde a primeira consulta até à resolução completa do quadro em consulta pós-operatória. Considero que a Cirurgia de Ambulatório se encontra numa fase de exponencial expansão mundial com um futuro promissor reflectido na realidade nacional, particularizada no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório recentemente inaugurado.

## Abstract

**Objectives:** Increase knowledge on surgical pathologies treated by general surgery in ambulatory. Promote a practical learning in Surgery. Investigate the reality of Ambulatory Surgery and its development, particularly in *Centro Hospitalar do Porto*.

**Description:** Extracurricular traineeship, of approximately 100 hours, held between seventh of December 2010 and 17<sup>th</sup> January 2011, at *Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António*, in the department of Ambulatory Surgery and Emergency Service. Attendance at various interventions in the operating room with the tutor and other Specialists and Complementary Interns in several surgical specialties. Particularly, corrective surgery of inguinal hernias, pilonidal cysts, ano-rectal diseases, thyroid abnormalities and other minor interventions like excision of sebaceous cysts, lipomas and nevi. Understanding of procedures and intervention in them as an assistant surgeon, whenever possible. Assistance to the computer records of all procedures as well as the discharge process of the patients. Attendance at several first pre-surgical, postoperative and follow-up consultations. Additionally, two emergency shifts in the surgical area, where it was possible to understand the patient's initial approach in another context.

**Conclusions:** I believe that the goals were achieved and overcome. I managed to adapt the opportunity that the course “*Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio*” has given me, to the context of a professional year, turning it into an important experience that will influence my choices for the professional future. This traineeship made me understand in practice many of the universally accepted advantages of the Ambulatory Surgery and allowed me to follow the evolution of some diseases from the early pre-surgery consultation until the complete resolution of symptoms in a postoperative visit. I believe that Ambulatory Surgery is in a phase of exponential and global expansion with a promising future reflected in the national reality of Portugal, particularly in the recently opened *Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório*.

## Agradecimentos

Finalizado este estágio, sinto a obrigação de agradecer a colaboração de algumas pessoas e instituições, que passo a enumerar:

Ao meu tutor, Dr. Manuel Seca, por ter aceitado orientar o meu estágio e ter estado sempre presente. Obrigado por toda a disponibilidade demonstrada antes, durante e depois da realização do mesmo. E, sobretudo, o meu maior agradecimento pela inspiração e coragem que sempre me transmitiu.

Ao Dr. Carlos Magalhães, que sempre se mostrou receptivo e disponível. A minha gratidão por encontrar sempre o tempo necessário para retirar todas as dúvidas e oferecer múltiplas orientações.

A toda a restante equipa de médicos, incluindo Internos do Serviço de Cirurgia de Ambulatório, que me ajudaram e elucidaram em tantas questões.

Aos elementos da equipa de Enfermagem, que tão bem me acolheram e que, em todos os momentos, se mostraram disponíveis para me auxiliar em qualquer dificuldade.

Ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, escola onde com toda a certeza vivi alguns dos melhores momentos da minha vida. Recordarei para sempre estes *Anos Passados*. O meu muito obrigado por sido a raiz da minha formação.

À família, por ser o suporte em todos os momentos. Muito obrigado.

À Enfermeira Ana Carina, por tudo aquilo que as palavras não conseguem dizer.



## Índice geral

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| Introdução.....                                                  | 1   |
| Actividades .....                                                | 5   |
| Bloco Operatório.....                                            | 6   |
| Consulta Externa .....                                           | 10  |
| Serviço de Urgência .....                                        | 11  |
| Discussão .....                                                  | 12  |
| Conclusões .....                                                 | 19  |
| Bibliografia .....                                               | 21  |
| Anexos .....                                                     | 22  |
| Anexo 1 – Actividades desenvolvidas no Bloco Operatório.....     | I   |
| Anexo 2 – Actividades desenvolvidas em Consulta Externa .....    | II  |
| Anexo 3 – Actividades desenvolvidas no Serviço de Urgência ..... | III |

## Introdução

A *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) define Cirurgia de Ambulatório como uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efectuada em regime de internamento, cuja alta ocorre poucas horas após o procedimento, sem necessidade de passar a noite no hospital. Sendo que, quando o doente tem necessidade de após a cirurgia pernoitar no hospital, tendo alta até 24 horas após a operação, passa então a designar-se por cirurgia ambulatória com pernoita hospitalar [1].

O crescente interesse nesta “modalidade” cirúrgica é facilmente explicado por inúmeras e significativas vantagens em diversos aspectos, desde variáveis clínicas a sociais, passando por melhorias organizativas e poupanças nas despesas relacionadas com patologias cirúrgicas. Nomeadamente, recorrendo a fontes da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) [2], a Cirurgia em regime de ambulatório permite a obtenção de vantagens nos seguintes pontos:

- a) Clínicas – complicações com taxas de incidência significativamente menores, quer pelo ambiente em que os doentes se encontram (menor possibilidade de contraírem infecções de origem hospitalar por menor contacto com outros doentes que possam ser portadores de infecções graves), quer pela própria cirurgia (a recuperação mais rápida dos doentes evita que estes fiquem tempos prolongados retidos no seu leito, reduzindo a incidência de complicações cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais);
- b) Organizativas – acesso melhorado dos doentes à cirurgia, pela redução das listas de espera, permitindo o aumento significativo da eficiência hospitalar relativamente à cirurgia de internamento;
- c) Sociais – maior rapidez na recuperação pós-operatória dos doentes e consequente início mais precoce das suas actividades de vida quotidiana familiar e profissional, em comparação com os doentes que ficam internados, e redução do tempo de afastamento do seu ambiente familiar e social, situações estas de maior importância nas faixas etárias pediátrica e geriátrica;
- d) Económicas – racionalização da despesa em saúde com uma correcta reorientação dos custos hospitalares, em especial quando em presença de



elevados índices de substituição da cirurgia convencional, dita de internamento, pela Cirurgia de Ambulatório;

A Cirurgia de Ambulatório é uma área em claro crescimento. Tal como outros avanços científicos como os antibióticos e os novos anestésicos melhoraram o *outcome* em doentes sujeitos a cirurgias, a Cirurgia de Ambulatório indubitavelmente beneficiou pacientes e cirurgiões, por ser segura, conveniente e ter uma boa relação custo-benefício <sup>[10]</sup>. É possível, inclusivamente, afirmar que o regime de ambulatório aplicado à cirurgia é mesmo o modelo em maior expansão cirúrgica nos últimos 30 anos <sup>[3]</sup>. Segundo dados publicados, esta forma de abordagem cirúrgica já representa valores acima de 50% em alguns países desenvolvidos como os Estados Unidos da América (75%), Suécia (70%), Canadá (65%), Reino Unido (60%), Noruega e Dinamarca (61%) e Holanda (58%), sendo que se verificou um aumento significativo deste tipo de abordagem desde a década de 70 <sup>[3,4]</sup>. Este crescimento, que tende a acentuar-se nos próximos anos com a introdução de novas técnicas de cirurgia minimamente invasiva, é sustentado cientificamente por inúmeros estudos que não só demonstram a satisfação do doente, como a eficiência desta abordagem e também os seus benefícios financeiros. Efectivamente, esta poupança económica ilustrada para inúmeras intervenções, como é o caso da tireoidectomia levada a cabo em ambulatório <sup>[11][12][13][14]</sup>, politicamente deveria ter um peso especial no desenvolvimento de medidas mais incisivas que permitissem uma expansão sustentada deste modelo cirúrgico, o que significaria uma poupança no orçamento para a saúde do nosso país.

Historicamente, o conceito em que se baseia a Cirurgia de Ambulatório foi introduzido por James Nicoll nos finais do século XX. A “cirurgia de um dia” (Day Surgery) foi um conceito que lhe permitiu operar e dar alta, no mesmo dia, a doentes com hérnias, fendas palatinas, espinha bífida e fimoses, entre outras patologias. Apesar de ter conseguido resultados estupendos com a sua equipa, o conceito foi um pouco esquecido até David Cohen e John Dilon, americanos da Universidade da Califórnia, terem reintroduzido o conceito, baseados na “Segurança”. De acordo com estes cirurgiões, uma boa selecção pela equipa de médicos (Cirurgiões e Anestesistas) permite que a taxa de complicações seja idêntica em internamento ou em ambulatório <sup>[6]</sup>. Tornavam-se, portanto, cada vez mais evidentes os benefícios deste tipo de intervenção tanto para a comunidade científica e médica, como para políticos e gestores da Saúde e, sobretudo, para os doentes. Indubitavelmente, a sua aplicabilidade só é permitida pelos avanços da Ciência Médica no domínio das técnicas e materiais empregues em cirurgia, analgesia e, também, pela melhoria perceptível do nível cultural da população. A crescente implementação deste modelo,



sobretudo em países desenvolvidos, permitiu verificar que 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 sociais e familiares, económicos e psicológicos para o doente, para além de reduzir os custos <sup>[5]</sup>.

Portugal desenvolveu muito a área de Cirurgia de Ambulatório nas últimas décadas, como foi demonstrado através no V Inquérito Nacional de Cirurgia de Ambulatório, realizada pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), onde se verificou que em 2009 se registaram um total de 583278 intervenções, reflectindo um crescimento de 22,5% relativamente a 2005 <sup>[4]</sup>. Mais particularmente no Centro Hospitalar do Porto, o Serviço de Cirurgia de Ambulatório iniciou funções em 1991, tendo até ao final de 2010 realizado 40337 intervenções, de acordo com os dados fornecidos pelo secretariado. O serviço funcionou nos últimos anos, desde 1998, no piso número 1 do edifício Dr. Luís Carvalho. Uma área de cerca de 340 m<sup>2</sup>, distribuídos por dois blocos operatórios (A e B), com anexos para sujos, uma sala de recobro precoce com quatro camas – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), uma área de vestiários para pessoal e outra para doentes, sanitários, duas zonas de desinfecção, uma sala de trabalho para o pessoal e uma área para preparação do material. Existia ainda uma sala de espera para os doentes e acompanhantes, o secretariado, duas salas de tratamentos de Enfermagem, dois gabinetes de consultas médicas e uma Unidade de Recobro Tardio (URT). A área reservada para a URT era composta por duas salas com seis camas, duas salas com cadeirões, duas salas de trabalho para os profissionais, sanitários para pessoal e doentes, zona de apoios, uma copa e um gabinete médico. As zonas de Cirurgia e Recobro possuíam apoio de profissionais – médicos e enfermeiros – ao longo de todas as horas de funcionamento do Serviço (8h30 às 20h00). De facto, com uma estrutura fisicamente bem montada e um plano organizado, o Hospital de Santo António tornou-se numa referência nacional no domínio da Cirurgia de Ambulatório <sup>[7]</sup>.

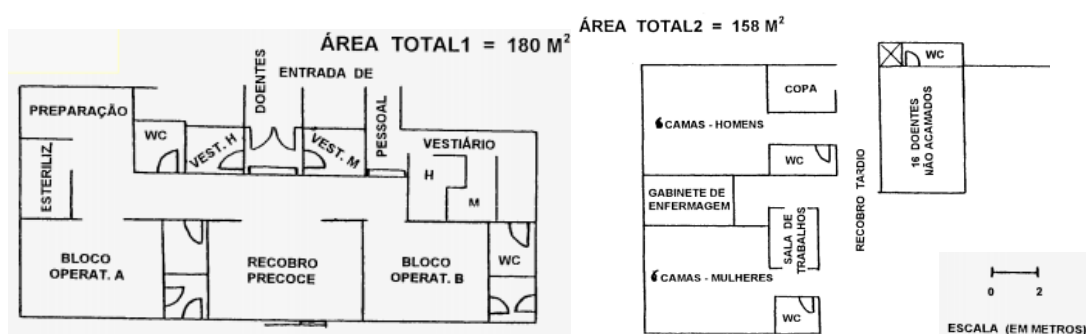


Fig1: Planta do Serviço de Cirurgia de Ambulatório, incluído Recobro tardio (área 2)

Contudo, numa perspectiva de evolução da Cirurgia de Ambulatório, inegável a nível mundial, o Centro Hospitalar do Porto investiu fortemente nos últimos anos na construção do novo Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA). Desde o mês de Março de 2011, o Serviço encontra-se em fase de transferência para as novas instalações situadas nos terrenos posteriores ao edifício das Consultas Externas do Hospital de Santo António (HSA) na rua D. Manuel II, na freguesia de Vitória, concelho do Porto. Após alguns atrasos na inauguração, o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório encontra-se actualmente a operar, mas ainda em fase final de ajustes técnicos e de equipamento, para poder funcionar a 100% da sua capacidade nos próximos meses. Este centro inovador e vanguardista é composto por um complexo de áreas cirúrgicas distribuídas por seis pisos. Dois pisos subterrâneos são reservados para estacionamento, sendo que no piso zero está instalada a recepção, com zona de atendimento e informação, bar e alguns serviços de apoio e tratamento de sujos e resíduos. O primeiro piso encontra-se ocupado pela Unidade de Oftalmologia e Cirurgia Maxilo-facial, sendo que a especificidade desta área conduz a que sejam necessárias salas operatórias especializadas, consultórios para todas as especialidades, incluindo Estomatologia, e também salas de recobro, sala de espera, recepção e equipamentos necessários às práticas clínicas. No segundo piso localiza-se a Unidade Geral, incluindo os blocos operatórios e consultórios para as consultas de pré e pós-operatório. Tal como no piso um, existem salas dedicadas ao recobro pós-operatório, uma recepção, uma sala de pré-lavagem e restantes equipamentos necessários à respectiva prática cirúrgica. O piso três alberga a Unidade de Vigilância Pós-Operatória, dotada de dez quartos, que permitirá o recurso ao internamento nos casos em que se considere necessário. Ainda neste piso estão instalados os serviços administrativos que servem de apoio à gestão<sup>[8]</sup>. De facto, a inauguração deste Centro, pioneiro no nosso país, sublinha a excelência da prática das especialidades cirúrgicas no Centro Hospitalar do Porto e também o seu esforço pela manutenção na linha da frente das novas técnicas e modelos de abordagem cirúrgica. São estes esforços que permitem aos doentes intervencionados a garantia de excelência no tratamento cirúrgico, ao mesmo tempo que garantem uma poupança a internamentos escusados e complicações evitáveis à luz do estado da arte, que se manifestam também em poupança financeira para a economia do nosso país.



**Fig2:** Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

A unidade curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina abre um espaço de escolha no 6º ano de curso aos alunos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. A opção sobre a tipologia de trabalho a apresentar foi tomada com o intuito de o integrar num ano que se pretende profissionalizante. A área de Cirurgia foi uma escolha fácil, por ser uma área que considero apaixonante e pouco aprofundada, sobretudo ao nível prático, durante todo o curso. Assim sendo, decidi prontamente realizar um estágio clínico num centro cirúrgico de referência. O Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António foi o local escolhido para o realizar, por ser reconhecidamente um serviço pioneiro, de referência nacional e vocacionado para a vertente formativa, ilustrada pela recepção constante de Internos Complementares de várias especialidades Cirúrgicas de toda a região Norte. Este estágio foi levado a cabo entre os dias sete de Dezembro de 2010 e 17 de Janeiro de 2011. Seguidamente serão relatadas as actividades desenvolvidas durante este período, assim como a discussão e conclusões suscitadas no decorrer do estágio.

## **Actividades**

A realização deste estágio permitiu-me acompanhar, não só com o meu tutor, como com outros Especialistas e Internos Complementares de especialidades cirúrgicas, diversas intervenções no bloco operatório. Estas foram realizadas tanto com anestesia geral, como com anestesia local. Permitiu-me ainda compreender e acompanhar o processo de alta do doente e assistir a diversas primeiras consultas pré-cirúrgicas, pós-operatórias e de seguimento. Adicionalmente, tal como previsto, acompanhei o trabalho dos médicos de urgência na área cirúrgica, onde foi possível compreender a abordagem inicial ao doente urgente nesta área do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto. As actividades realizadas, resumidamente apresentadas nos anexos 1, 2, e 3, serão relatadas com mais pormenor,

seguidamente e de forma independente, nas seguintes categorias: Bloco Operatório, Consulta Externa e Serviço de Urgência.

### Bloco Operatório



**Fig 3 e 4:** Bloco operatório A e B do Serviço

A orgânica do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António divide o horário de funcionamento dos blocos operatórios em dois períodos principais, no que diz respeito às cirurgias levadas a cabo pela especialidade de Cirurgia Geral. Durante a manhã realizam-se, geralmente, as intervenções que necessitam de anestesia geral e, por esse motivo, exigem a presença de um Anestesiologista na equipa. Os doentes, após estas cirurgias, permanecem algum tempo na UCPA, seguindo depois para a URT. Nesta sala permanecem sob vigilância da equipa de Enfermagem, até serem reavaliados, durante a tarde, pelo médico cirurgião que os operou e ser decidida a hora a que podem ter alta. O período da tarde é, habitualmente, reservado para a realização das intervenções cirúrgicas que exigem somente anestesia local, sendo que os pacientes, após a cirurgia, podem imediatamente vestir-se e abandonar o hospital, desde que, devidamente asseguradas as condições de segurança para os próprios.



**Fig 5 e 6:** Salas de cuidados pós-anestésicos e de recobro tardio

A componente principal de todo este estágio foi levada a cabo no bloco operatório durante um tempo aproximado de 50 horas. Este tempo permitiu-me tomar contacto directo e diário com a dinâmica de todo um serviço inteiramente vocacionado para a execução prática de múltiplas intervenções cirúrgicas de cariz muito díspar, mas de forma sucessiva. O constante exercício de manutenção das condições óptimas de assepsia e de trabalho, para o maior benefício do doente, exige uma excelente cooperação de todos os intervenientes. Nesta equipa multidisciplinar inclui-se a equipa médica formada por Especialistas de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Anestesia e também os Internos Complementares de todas as especialidades, assim como toda a equipa residente de Enfermagem, pessoal administrativo e auxiliares do serviço.

O contexto de bloco exigiu, desde logo, uma revisão prática relativa às condições de assepsia, cuidados de lavagem de mãos e respeito pelas áreas de esterilização que este ambiente requer. Toda esta componente foi baseada em conhecimentos já transmitidos teoricamente em algumas unidades curriculares, nomeadamente cirúrgicas, mas foram sublinhadas insistentemente e corrigidos repetidamente, sempre que necessário, por todos os elementos no interior do bloco operatório.

Durante as manhãs foi possível assistir a diversas intervenções, incluindo algumas em que me foi permitido integrar a equipa, como operador número dois ou três, orientando e afastando as margens dos campos cirúrgicos para que o Cirurgião número um pudesse operar com melhores condições. Apesar de cada intervenção ter sido única, devido a todas as particularidades individuais de cada doente e da variabilidade da patologia em si, durante este estágio assisti com maior frequência à abordagem cirúrgica de quatro grupos de patologias. Nomeadamente:

- **Patologia herniária** (hernioplastias inguinais e da linha branca, bem como herniorrafias desta última)

Acompanhei várias correcções cirúrgicas de patologia herniária, mais especificamente, hernioplastias inguinais e uma herniorrafia de hérnia da linha alba. Esta última intervenção, a que simplesmente assisti, consistiu no encerramento simples do defeito na linha alba, reforçando a parede abdominal anterior, após a redução da hérnia. A atenção principal deste procedimento centrou-se na pesquisa de outros defeitos aponevróticos associados, devido à ocorrência relativamente comum

de tal defeito. Situação que leva a que, por vezes, as hérnias da linha alba sejam múltiplas e nem sempre sintomáticas. Relativamente às hernioplastias inguinais, tive a oportunidade de assistir a quatro procedimentos, sendo que me foi permitido intervir como ajudante número dois numa das intervenções. Neste tipo de intervenção, realizada pela técnica de Lichtenstein, o cirurgião principal, com o auxílio dos restantes cirurgiões auxiliares, realiza uma incisão transversa ínguino-abdominal a cerca de dois centímetros da sínfise púbica. Seguidamente, abre o tecido subcutâneo, passando pelas fáscias de Camper e Scarpa. Secciona a aponevrose do oblíquo externo, expondo o músculo pequeno oblíquo, o orifício interno e o cordão até ao orifício externo. Identifica, em seguida, o nervo ílio-hipogástrico e isola o cordão espermático. Após o isolamento e a redução do saco herniário, inicia a fixação da prótese, que termina na formação de uma “gravata” em volta do cordão espermático que reforça o anel inguinal interno. De referir a especial atenção dos cirurgiões, mesmo em hérnias directas, na pesquisa e redução de um eventual componente indirecto, devido à possibilidade de recidiva por este trajecto.

- **Patologia tiroideia** (lobectomias)

Foi possível acompanhar, durante este estágio, duas intervenções à tiróide. Mais especificamente, lobectomias seguindo a técnica de Kocher. Os doentes, neste tipo de intervenção, encontravam-se sob anestesia geral e entubados orotraquealmente. Antes do procedimento é colocado um rolo debaixo dos ombros para promover a extensão do pescoço e facilitar a abordagem. A incisão realizada pelo cirurgião é feita em colar, cerca de 2 centímetros acima do bordo superior do manúbrio esternal. Seguidamente à incisão cutânea, o cirurgião secciona o tecido celular subcutâneo e o músculo platísmo. O retalho de pele superior rebate-se para cima, sobre a cartilagem tiróide. Após a secção da aponevrose cervical e retracção dos músculos pré tiroideus, a tiróide é finalmente exposta. A laqueação dos vasos e subsequente laqueação e excisão do lobo é feita com o maior cuidado, após identificação do nervo laríngeo recorrente. Outro cuidado, que é sublinhado no procedimento, é a tentativa de identificação das paratiroides e respectivos pedículos vasculares, para tentar preservar a sua função endócrina. O cirurgião tenta ainda evitar uma laqueação em bloco do pólo superior do lobo, de forma a evitar a lesão do nervo laríngeo superior.

- **Patologia ano-rectal** (hemorroidectomias)

Durante o período de estágio, e no que diz respeito a patologia de ano-rectal, apenas tive oportunidade de acompanhar intervenções de correcção de hemorróides. Por três ocasiões, e apenas enquanto observador das intervenções, foram abordadas cirurgicamente hemorróides externas e internas de grau IV (prolapso permanente). As hemorroidectomias, realizadas com o paciente em posição ginecológica, consistiram na identificação dos pedículos hemorroidários, consequente laqueação e cauterização por electrocoagulação, com a respectiva excisão. De referir que, tal como preconizado na literatura, os plexos venosos dilatados encontravam-se mais frequentemente em três pedículos, respectivamente localizados às três, sete e onze horas do orifício anal, com o paciente em posição de litotomia. A fístula peri-anal, apesar de também ser uma patologia muito frequente e observada, inclusivamente, neste estágio em consulta externa, não foi intervencionada por nenhuma vez no bloco durante este período.

- **Quistos sacro-coccígeos** (exérese);

Acompanhei cinco intervenções de exérese de quistos pilonoidais (sacro-coccígeos). Duas como observador e três em que pude auxiliar durante o procedimento. O cirurgião principal preocupa-se inicialmente com a identificação, muitas vezes sinuosa, de toda a extensão do quisto. Sendo que, sempre que é possível, realiza a exploração do percurso fistuloso através da introdução de uma cânula no orifício do quisto ou marcação do seu percurso com a solução de azul de metileno. A incisão e curetagem do quisto é realizada até à remoção de toda a sua parede posterior, com a preocupação de tentar remover toda a extensão do quisto para evitar recidivas, nomeadamente pela presença de trajectos fistulosos secundários não identificados. Depois de revista a hemostase, a opção dos cirurgiões do Centro Hospitalar do Porto passa por realizar uma cirurgia aberta. Portanto, a ferida cirúrgica não é encerrada de imediato, preocupando-se o cirurgião apenas em tamponá-la com gaze gorda, de forma compressiva, para promover a cicatrização por segunda intenção.

Além destas patologias, cujas intervenções assisti mais frequentemente, foi possível ainda acompanhar a remoção de um lipoma axilar de grande volume e de

uma adenopatia axilar que, devido à complexidade de abordagem, foram programadas sob anestesia geral, nos períodos da manhã.

As tardes permitiram-me ter uma intervenção mais próxima e constante, uma vez que estavam reservadas às intervenções realizadas sob anestesia local. Habitualmente, tais intervenções, apesar de supervisionadas e auxiliadas nas dificuldades pelos Especialistas do serviço, eram realizadas pelos Internos Complementares de especialidade com mais tempo de Serviço de Cirurgia de Ambulatório. Tal situação, permitiu-me auxiliar em inúmeros procedimentos, os quais tiveram como principal componente a excisão de lesões cutâneas. A maioria das lesões excisadas pertencia a um destes três grupos:

- Quistos Sebáceos;
- Lipomas;
- Nevos cutâneos.

De referir que a remoção de muitos dos nevos foi realizada com especial atenção às margens cirúrgicas, sendo que as peças excisadas foram enviadas para análise posterior por Anatomia Patológica. Além dos procedimentos enumerados, foi possível ainda assistir à remoção de um angioma do braço esquerdo e auxiliar numa cirurgia vascular de construção de uma fístula arterio-venosa, colaborando com os Especialistas de Cirurgia Vascular.

No intervalo entre cirurgias elaboravam-se os registos computadorizados relativos à intervenção anterior e os relatórios cirúrgicos para que o doente pudesse levar a informação para o seu médico assistente. Também nestes períodos, anexavam-se aos relatórios as receitas médicas, mais frequentemente de prescrição de analgésicos, se considerado necessário.

### **Consulta Externa**

O estágio realizado contou com uma componente, não prevista inicialmente no projecto, que consistiu no acompanhamento de vários tipos de consultas externas no âmbito da Cirurgia de Ambulatório durante um período aproximado de 30 horas. Foram acompanhadas diversas consultas pré e pós-operatórias. Nestas, englobaram-se diversos doentes cujas intervenções pude acompanhar no bloco operatório. Adicionalmente, durante duas manhãs e uma tarde, acompanhei a consulta de Enfermagem, adquirindo assim algumas noções práticas relativas à elaboração de



pensos e seguimento de doentes com feridas cirúrgicas. Neste último tipo de consulta, destacaria os doentes sujeitos a remoção de quistos sacro-coccigeos, assim como os doentes diabéticos, que necessitam de uma especial atenção à evolução da cicatrização pós-cirúrgica da ferida.

### **Serviço de Urgência**

De acordo com o previsto no plano, foi levado a cabo um estágio adicional no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, na área cirúrgica. Esta componente consistiu no acompanhamento de um Especialista de Cirurgia Geral e de um Interno Complementar de uma especialidade cirúrgica (em dias diferentes), durante um turno de 12 horas cada. Tal como planeado, esta actividade permitiu tomar contacto com a primeira abordagem de algumas patologias intervencionadas em bloco, mas também acompanhar a abordagem mais geral de doentes que se apresentam nesta área do Serviço de Urgência com queixas álgicas abdominais, alterações de trânsito intestinal e vítimas de trauma.

Adicionalmente ao seguimento dos doentes, conforme descrito anteriormente, foi possível incluir uma componente prática bastante relevante, neste contexto. Nomeadamente, na estabilização de doentes vítimas de trauma, sob vigilância e orientação do Especialista ou do Interno que me acompanhou, tive a oportunidade de aplicar as técnicas de sutura, nomeadamente sutura simples na região do couro cabeludo, em doentes vítimas de traumatismo.

O acompanhamento de um Especialista em Cirurgia Geral possibilitou-me ainda a ida ao bloco central, por situações clínicas de particular urgência, por duas ocasiões. Nomeadamente, para assistir a uma colecistectomia por via laparoscópica e à colocação de um cateter venoso central para administração de quimioterapia sistémica.

## Discussão

O estágio realizado começou a ser pensado por mim assim que surgiram no *curriculum* do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS as primeiras unidades curriculares sobre Cirurgia. De facto, é a área que mais me fascinou em todo o curso pela grande capacidade técnica, aliada aos conhecimentos teóricos objectivos que a integram. No início deste ano lectivo, por altura da cadeira opcional “Cirurgia de Ambulatório” que pude escolher, tive oportunidade de verificar que, por esta área passam diversos Internos Complementares de múltiplas especialidades cirúrgicas e, desde logo, surgiu um interesse especial pela mesma. Assim, pareceu-me muito estimulante aproveitar a oportunidade que a unidade curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio” me proporcionava para aprofundar conhecimentos neste modelo de abordagem cirúrgica em ambulatório. A opção pelo estágio pareceu-me a mais acertada, depois de devidamente discutida com o meu tutor, Dr. Manuel Seca. Assim, ao invés de me limitar ao estudo teórico do que existe publicado sobre a área, ou à manipulação de números e estatística para um possível trabalho de investigação clínica, pude utilizar a maioria do tempo que dediquei a esta cadeira acompanhando a dinâmica do serviço, realizando inclusivamente alguns procedimentos práticos devidamente orientado. Tal permitiu-me integrar esta unidade curricular naquilo que é chamado, e se pretende, um ano profissionalizante. O prévio conhecimento do Serviço e de todas as pessoas que o integram, facilitou e potenciou a experiência. Este facto também contribuiu para a escolha do local, que foi feito sobretudo pelo reconhecimento das competências dos profissionais que integram o serviço de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto, centro de referência em Portugal.

A excelência do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto é ilustrada, entre muitas outras questões e acreditações, pela enorme experiência e excelentes resultados que exhibe esta unidade ao nível de intervenções de hernioplastia, o que está prestes a fazer com que este serviço se torne num centro de referência para um dos maiores laboratórios mundiais produtores de próteses auto-fixadoras. Esta realidade reflecte, desde logo, uma das enormes vantagens da especialização em certos tipos de patologias. Ao trabalhar mais repetidamente determinada doença, os profissionais de qualquer centro tornam-se especialistas com melhores resultados e transformam os seus serviços em centros de referência. Corroborando, portanto, aquilo que inúmeros artigos já provaram ser uma das

variáveis mais importantes no *outcome* dos doentes sujeitos a intervenções cirúrgicas: a experiência do operador.

Um dos objectivos deste estágio, conforme inicialmente projectado, era a reflexão sobre a orgânica do serviço em novas instalações – Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório. Contudo, apesar de já construído, ainda não se encontrava em funcionamento à data de realização deste estágio. Assim sendo, foi impossível cumprir este objectivo e todo o estágio foi realizado nas instalações, descritas na introdução, situadas no edifício Luís Carvalho do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António. No entanto, gostaria de sublinhar o crescente interesse que a construção do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório suscitou não só na comunidade científico-médica, como na população em geral. De facto, este investimento colocou a Cirurgia de Ambulatório num plano de destaque no panorama da sociedade civil, sendo alvo de variadas notícias televisivas e da restante imprensa <sup>[16]</sup>, que apenas reflectem e potenciam o crescente interesse nesta área cirúrgica em expansão.

A relativamente recente remodelação de áreas de referenciação para o Serviço de Urgência (SU) tornou este serviço do Hospital de Santo António sobrelotado. De facto, as condições físicas exíguas, são claramente insuficientes para o número de utentes que diariamente necessitam de assistência médica, e tal não é diferente no que diz respeito à área de Cirurgia. As dezenas de doentes, sobretudo triados com pulseira amarela, amontoados no corredor a aguardar horas para serem vistos por um médico, são efectivamente o espelho de uma realidade que terá de ser repensada e reestruturada. As horas que tive oportunidade de acompanhar o trabalho neste serviço permitiram-me assistir e ajudar em inúmeros procedimentos. A maioria dos pacientes que observei apresentava queixas álgicas abdominais, por vezes associadas a alterações de trânsito gastrointestinal. Sendo que, a maioria dos quais, após uma abordagem holística com uma colheita sumária, mas cuidada, da história clínica e um exame físico orientado, acabavam por ter alta sem qualquer recurso a medicação. Tal facto, ilustra aquilo que considero ser uma má gestão e política que rege os nossos recursos em Saúde. De facto, após uma conversa calma com um profissional da área e depois de beberem um simples chá, muitos doentes puderam mesmo ter alta, sem que nenhum exame auxiliar de diagnóstico demonstrasse qualquer alteração. São portanto exemplos de doentes que, não necessitando de recorrer ao SU, acabam por o sobrepovoar e utilizar erroneamente os recursos que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) oferece. Contudo, ainda no contexto de doentes com sintomatologia abdominal, outros foram os casos que necessitavam efectivamente de assistência médico-

cirúrgica urgente. Nomeadamente um caso de colecistite, cuja abordagem cirúrgica por laparoscopia tive a oportunidade de assistir no Bloco Central. Outro grupo de doentes urgentes, que acompanhei, foi o de traumatizados. Apesar de não ser o hospital de referência na área metropolitana do Grande Porto para casos de traumatologia mais graves, pude colaborar na estabilização de vários doentes que sofreram acidentes na área envolvente ao Hospital de Santo António ou que, por qualquer outro motivo, acabaram por ser enviados para este SU. Relativamente a técnicas práticas, foi-me possível suturar alguns pacientes com lacerações localizadas no couro cabeludo, devidamente acompanhado. De facto, por questões estéticas, as lesões de continuidade localizadas neste local ficarão tapados rapidamente por cabelo e, por isso, são o melhor tipo de lesão para poder apurar a técnica e ganhar experiência no que diz respeito a técnicas de sutura. Apesar de ter acompanhado muitas dezenas de doentes no SU, dada a época do ano em que foi realizado este estágio, foi impossível atingir o tempo previsto (50 horas) para esta componente do estágio. Tal facto justifica-se por haver poucos Especialistas disponíveis para poder acompanhar, na época natalícia e de fim de ano de 2010, e também por ser uma fase em que a sobrelotação do serviço se intensifica. Assim, foi considerado que dois turnos de 12 horas de acompanhamento do trabalho da área de Cirurgia já seriam suficientes para alcançar os objectivos principais a que se destinava esta componente do estágio, uma vez que não seria indicado sobrelotar ainda mais o Serviço com *estagiários*, nesta época do ano.

A componente do estágio descrita em actividades como “Consulta Externa” não foi algo inicialmente previsto no plano entregue. No entanto, foi algo que se considerou essencial para compreender toda a dinâmica do processo do doente desde que se apresenta na primeira consulta, referenciado ou não pelo seu médico assistente, até ao período de acompanhamento pós-operatório. Qualquer que fosse a tipologia da consulta (primeira, pré-operatório ou pós-operatória), o doente era encorajado a falar sobre a sua sintomatologia e preocupações relacionadas com o problema que o levou a procurar ajuda médica. Assim, tornava-se possível colher uma história clínica mais completa do que em ambiente de urgência e, dadas as condições do consultório médico, era possível realizar um exame físico mais cuidado e eficiente que no SU. Todo o processo decorria com muita privacidade e respeito pelo próprio doente. Considero, portanto, que a estrutura física montada é adequada, incluindo as salas de espera, balcões de atendimento e as condições dos consultórios.

O tempo passado em consultas permitiu compreender a dinâmica de uma realidade complementar, mas totalmente diferente, do que é o contacto com o doente

apenas no bloco operatório. Mas tal contacto sublinhou alguns aspectos que não funcionam tão bem quanto desejável. Nomeadamente, a importância de uma boa cadeia de referência, que muitas vezes não é respeitada, e sobretudo a problemática da falta de médicos para colmatar as necessidades de consultas a utentes do SNS. De facto, numa tarde de consultas, atender cerca de 40 doentes torna-se incomportável e desumano, desvirtuando princípios fundamentais da relação médico-doente e colocando ambas as partes desta relação em situações muito desvantajosas. Por outro lado, considero que uma das maiores virtudes do serviço, em termos de consulta externa, se encontra na excelente articulação com a equipa de Enfermagem e a sua consulta. Mais especificamente, esta interligação é sobretudo importante no acompanhamento de doentes com períodos pós-operatórios que exigem longos cuidados com a ferida cirúrgica, tais como a substituição periódica do penso. Um dos exemplos mais ilustrativos desta situação é a exérese dos quistos sacro-coccigeos sobre a qual tentarei de seguida explicitar os pontos mais importantes, incluindo a forma de abordagem desta patologia no serviço do Centro Hospitalar do Porto.

A patologia, também designada por quisto ou doença pilonoidal, define-se por uma situação de inflamação crónica localizada na região sacro-coccígea, normalmente no início do sulco interglúteo. Exige uma intervenção excisional sempre que sintomático, sendo também aconselhável avançar para uma solução cirúrgica mesmo nos casos em que não há grande sintomatologia no doente. Tal cirurgia deve ser realizada com a maior celeridade, no sentido de evitar a fistulização secundária que pode complicar o quadro e exigir uma abordagem mais agressiva, no sentido de remover todo o tecido afectado e evitar recidivas. Esta patologia atinge doentes geneticamente predispostos que apresentam cavidades ou depressões cutâneas nesta região e por isso têm tendência a aglomerar pêlos e cabelos soltos. Estes provocam uma reacção imune de corpo estranho que acaba por originar a doença. Quando esta reacção forma um abscesso, o único tratamento possível é a cirurgia de exérese do quisto. Existem duas opções principais na abordagem cirúrgica desta patologia: cirurgia aberta e cirurgia fechada. De acordo com alguma literatura, a melhor opção, após a devida pesquisa de todos os trajectos e respectiva curetagem até à remoção de toda a sua parede posterior, reside no tratamento cirúrgico fechado. Este procedimento consiste no encerramento primário da loca com sutura simples ou através de um retalho elíptico da região glútea lateral. Contudo, a opção do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto continua a defender o tratamento cirúrgico aberto. Nesta abordagem, após exérese do quisto e de todos os

trajectos secundários, segue-se o encerrar da ferida por segunda intenção, tal como descrito no tópico “*Actividades*”. Esta abordagem implica realização de pensos frequentes até a cicatrização completa, processo que se pode estender além dos 60 dias. Torna-se, portanto, evidente que apenas uma excelente articulação entre o Cirurgião e uma competente e informada equipa de Enfermagem pode resultar em melhores resultados, segundo a abordagem aberta. Considero ainda que esta abordagem, com seguimento prolongado em consulta externa, contribui adicionalmente para a *compliance* do doente, evitando complicações secundárias por falta de cuidados com o penso.

As patologias mais abordadas em consulta, para além do último exemplo citado, foram sobretudo relacionadas com doenças da tiróide, patologia herniária, nódulos mamários, lipomas, quistos sebáceos, hemorróides, fistulas, fissuras e abscessos anais (lista completa na tabela 2 anexa).

A componente principal, à volta da qual foi delineado este estágio, foi, de facto, a integração na equipa de Cirurgia Geral no bloco operatório. A variedade de abordagens cirúrgicas, que são efectuadas no serviço de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto, permitiram-me compreender melhor a complexa dinâmica que exige uma coordenação exímia de recursos para um aproveitamento mais profícuo para todos os utentes. Durante o estágio, as abordagens que acompanhei com maior frequência foram as realizadas por Cirurgia Geral e centraram-se, tal como já foi descrito, em quatro áreas principais, nomeadamente, patologia herniária, quistos sacro-coccigeos, patologia ano-rectal e doença da tiróide. Neste estágio, curiosamente, apesar de serem realizadas com alguma frequência no Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto, não foi possível acompanhar nenhuma colecistectomia programada em regime de ambulatório, mas apenas uma intervenção realizada de urgência por via laparoscópica num doente urgente que posteriormente necessitou de permanecer internado. Aproveitando o exemplo desta intervenção, gostaria de registar algumas considerações relativas ao aproveitamento dos blocos operatórios no período da tarde e também sobre a expansão deste tipo de abordagem em ambulatório a uma nova série de patologias.

O agendamento do serviço de Cirurgia de Ambulatório reservava os blocos de Cirurgia Geral apenas para realização da denominada “pequena cirurgia” a partir das 14 horas. Estes procedimentos *à priori* menos complexos, necessitando apenas de anestesia local, reduzem o tempo da estadia do doente no serviço quase exclusivamente ao tempo que demoravam as intervenções. Assim, permitia-se

obedecer ao horário de funcionamento dos blocos operatórios, respeitando também o princípio da alta tão precoce quanto possível. Contudo, muitas cirurgias em regime de ambulatório apresentam um período pós-operatório com possibilidade de complicações mais tardias e, por isso mesmo, com necessidade de vigilância mais alargada. Portanto, apenas podiam ser realizadas no período da manhã. Tal questão acabava por diminuir o tempo de disponibilidade para realizar inúmeras cirurgias e aumentar a lista e o tempo de espera dos utentes com variadas doenças a necessitar de intervenção cirúrgica. São exemplos comuns deste tipo de patologia, a litíase vesicular, a hérnia de hiato esofágico, a doença de refluxo gastro-esofágico ou até a obesidade mórbida a necessitar de colocação de banda gástrica. Com a implementação da nova definição de Cirurgia de Ambulatório legislada em Portugal pela Portaria nº567/2006 de 12 de Junho que passou a incluir todos os procedimentos cirúrgicos cuja admissão e alta decorrem num período inferior a 24 horas, alargaram-se alguns destes limites. De facto, tal definição que se encontra a ser fortemente implementada no novo Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, só é possível entrar em vigor em unidades especializadas com condições e meios que permitam realizar este tipo de intervenções de uma de duas formas possíveis: ou durante o início da manhã, tendo alta ao fim do primeiro dia, mas desperdiçando recursos ao não utilizar o bloco operatório para realizar este tipo de cirurgias durante a tarde – situação que se verificava no Serviço à data do estágio; ou, por outro lado, durante a tarde realizar também estas cirurgias, mas garantindo a pernoita numa unidade sob vigilância, tendo alta da parte da manhã do dia seguinte antes das 24 horas de internamento. Apenas um enorme investimento permitiu criar estas condições no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, mas tal resultará num melhor aproveitamento das salas de operações da parte de tarde. Este facto reduzirá tempos de espera, otimizando resultados e indicadores de qualidade. Permitirá ainda alargar a Cirurgia de Ambulatório a abordagens que não seriam possíveis de se adaptarem a este regime em tão curto espaço de tempo, como o que era preconizado até há alguns anos atrás.

As intervenções à tiróide que assisti (hemi-tiroidectomias) fizeram-me levantar imediatamente uma questão também relacionada com a expansão do regime de ambulatório nas abordagens cirúrgicas. Nomeadamente sobre o porquê de não serem realizadas no Centro Hospitalar do Porto tiroidectomias totais em regime de ambulatório. De facto, a tiroidectomia em ambulatório é uma operação realizada desde os inícios de 1980 <sup>[11]</sup>, mas sabemos que, relativamente à intervenção específica para remoção de total da glândula tiróide, se mantém uma grande controvérsia, com duas

escolas de pensamento diferentes. Sendo que a polémica assenta na duração do período de observação pós-operatório para complicações ameaçadoras para a vida, como é o compromisso da via aérea por hematoma <sup>[10]</sup> ou as hipocalcémias transitórias ou definitivas. Com o desenvolvimento do conceito legalmente definido sobre a cirurgia cujo internamento não atinge as 24 horas, muitas dessas barreiras podem ser ultrapassadas. De facto, há preocupações do cirurgião que teriam de ser redobradas pela excisão de ambos os lobos da glândula, nomeadamente: a identificação bilateral do nervo laríngeo recorrente, a não realização da laqueação em bloco dos pólos superiores evitando a lesão dos nervos laríngeos superiores e a tentativa de preservação das paratiroides com pedículos vasculares. No entanto, acredito que a larga experiência dos cirurgiões na área da patologia tiroideia pode constituir a base para que esta seja uma das próximas intervenções a ser realizada, por rotina, em regime de ambulatório. Outro dos pilares fundamentais para este alargamento são os múltiplos artigos que defendem que o modelo de cirurgia de um dia é seguro, eficiente e altamente aceite em doentes que são sujeitos a cirurgia por patologia da tiróide <sup>[15]</sup>. Sendo que é de referir que, ao contrário do que se verificava há uns anos atrás, os estudos nesta área são realizados para qualquer tipo de cirurgia (tiroidectomias parciais, lobectomias ou tiroidectomias totais) e incluem cada vez mais patologias (deixaram de excluir neoplasias ou qualquer outra doença) <sup>[11, 12, 13, 14, 15]</sup>.

Ainda, no contexto da intervenção cirúrgica da tiróide, um dos cuidados que não posso deixar de sublinhar tem a ver com o dreno que é colocado no fim da cirurgia e a educação que é feita relativamente ao manuseamento deste e do recipiente colector utilizado. De facto, muitas das complicações que podem comprometer o sucesso da abordagem cirúrgica da tiróide são relacionadas com o hematoma que pode complicar o quadro no pós-operatório imediato e os seromas mais tardios. Torna-se portanto essencial a colocação do dreno e o ensino do doente a manusear o recipiente colector, permitindo a drenagem total de todo o sangue necessária à correcta cicatrização dos tecidos abordados.



## Conclusões

A realização do estágio no Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto foi uma experiência extremamente enriquecedora, não só de uma perspectiva académica e profissional, como do ponto de vista pessoal. Considero que no decorrer do tempo do estágio pude, finalmente, desenvolver actividades práticas em Cirurgia que me permitiram confirmar que esta é uma das áreas da Medicina que mais me agrada. Tive oportunidade de assistir e auxiliar em múltiplas intervenções no bloco operatório, consultas externas e acompanhar urgências nesta área. Assim, foi possível perceber transversalmente o trabalho de um Cirurgião Geral a trabalhar num Serviço de Cirurgia de Ambulatório. Considero que o facto de ter acompanhado diferentes Especialistas e Internos Complementares foi uma mais valia, pois permitiu-me perceber variabilidades inter-pessoais de actuação e algumas particularidades de técnicas individuais, o que enriqueceu ainda mais o meu estágio.

A experiência que tive ao longo do trabalho desenvolvido neste estágio foi sublinhando as diversas vantagens da Cirurgia de Ambulatório sobre as intervenções tradicionais. Clinicamente, nenhuma complicação precoce foi registada nos doentes submetidos às intervenções cirúrgicas que acompanhei. A nível organizativo, as múltiplas intervenções consecutivas que eram levadas a cabo apenas podem resultar num aumento de eficiência e redução de custos com internamentos. Socialmente, considero inegável que a rapidez na recuperação pós-operatória dos doentes resulta num consequente início mais precoce das suas actividades profissionais quotidianas, reduzindo assim o tempo de afastamento do seu ambiente sócio-familiar e os gastos relacionados com a Saúde.

O desenvolvimento da área de Cirurgia de Ambulatório no Centro Hospitalar do Porto vem percorrendo um caminho sólido e consistente desde a fundação deste serviço em 1991. A construção e recente inauguração do novo Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório é, apenas, mais uma prova desta consolidação e a promessa do alargamento desta modalidade cirúrgica a mais utentes e a novas intervenções. Neste particular, foi possível confirmar que existem procedimentos que poderão ser realizados neste centro futuramente. De facto, a literatura defende genericamente a possibilidade de alargamento da Cirurgia de Ambulatório a muitas outras intervenções, como, por exemplo, à obesidade mórbida pela colocação ambulatorial de bandas gástricas. Contudo, pela curta revisão bibliográfica que elaborei e também pela experiência acumulada que existe na patologia da tiróide, considero que existem as



condições necessárias para que possam ser realizadas tiroidectomias totais em regime de ambulatório no Centro Hospitalar do Porto.

Considero que os objectivos traçados em cada uma das componentes do estágio foram cumpridos, com excepção da experiência no novo Centro que apenas foi inaugurado posteriormente. Adicionalmente, o acompanhamento das consultas externas foi muito importante para perceber todo o processo desde a primeira consulta até ao período pós-operatório. Esta componente, não prevista inicialmente, permitiu-me adquirir uma percepção holística da evolução de algumas das patologias desde o momento de apresentação até à sua completa resolução.

Em suma, considero que consegui adequar a oportunidade que a unidade curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio” me ofereceu ao contexto do ano profissionalizante, proporcionando-me uma experiência que será crucial nas escolhas para o meu futuro profissional muito próximo. A prática na área médico-cirúrgica é, sem dúvida, uma das áreas mais problemáticas no *curriculum* académico do Mestrado Integrado em Medicina, adensada pelo alargamento do número de alunos a cada ano. Considero que algo deverá ser reformulado para que não se atinja o ano de finalista sem ter uma vivência como a que me foi proporcionada neste estágio. Além de ter sido possível assistir e colaborar em diversos procedimentos, este estágio permitiu-me clarificar muitas ideias sobre uma modalidade cirúrgica em expansão. De facto, por todas as vantagens comprovadas, considero que uma das áreas em maior desenvolvimento em Medicina no futuro próximo é a Cirurgia de Ambulatório.

## Bibliografia

- [1] Toftgaard C, Parmentier G. International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. Day Surgery – Development and Practice. Clássica Artes Gráficas, Porto, Portugal, 2006. Chapter 2: 35-59.
- [2] Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório – relatório preliminar: Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no doente - [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5FC57911-55DB-4ADB-82C4-DCBF330D6B57/0/RelatorioFinalARS\\_COMPLETO\\_72dpi.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5FC57911-55DB-4ADB-82C4-DCBF330D6B57/0/RelatorioFinalARS_COMPLETO_72dpi.pdf)
- [3] Paulo Lemos -Rev. Port. Cirurgia Ambulatória, 2010;11:9-20
- [4] Pimentel C. e col.-Rev. Port. Cirurgia Ambulatória, 2005;6:59-62
- [5] Cirurgia de Ambulatório: recomendações para o seu desenvolvimento – Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento, 2001 – [www.saudinha.com](http://www.saudinha.com)
- [6] Cohen D, Dillon JB. Anesthesia for outpatient surgery. JAMA 1966; 196: 98-100
- [7] <http://www.hgsa.pt/ver.php?cod=0G0D>
- [8] Sumário Executivo do CICA – [http://portal.arsnorte.min-saude.pt\(...\)/CICA.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt(...)/CICA.pdf)
- [9] Brunicardi FC, et al. Schwartz's Manual of Surgery 2006, 8th edition.
- [10] Pereira CA, e al. Cirurgia - Patologia e Clínica 2006, 2ª edição
- [11] Steckler RM. *Outpatient thyroidectomy: a feasibility study*. AM J surg 1986; 152:417-9
- [12] McHenry CR. "Same-day" thyroid surgery: An analysis of safety, cost savings, and outcome. AM Surg 1997; 63:586-9
- [13] Lo Gerfo P, Gates R, Gazetas P. Outpatient and short-stay thyroid surgery. Head and neck 1991; 13:97-101
- [14] Mowschenson PM, Hodin RA. Outpatient thyroid and parathyroid surgery: a prospective study of feasibility, safety, and costs. Surgery 1995; 118:105 1-3
- [15] Materazzi G, Dionigi G, Berti P, Rago R, Frustaci G, Docimo G, Puccini M, Miccoli P. *One-day thyroid surgery: retrospective analysis of safety and patient satisfaction on a consecutive series of 1,571 cases over a three-year period*. Eur Surg Res. 2007;39(3):182-8. Epub 2007 Mar 16
- [16] Jornal de Notícias – Reportagens sobre o CICA; 2011: 19/05 – pág. 21; 20/05 – pág. 14; 21/05 – pág.22



## Anexos

## Anexo 1 – Actividades desenvolvidas no Bloco Operatório

| Dia   |  | Bloco                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |
|-------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |  | 07-12-2010                                                                                           | 14-12-2010                                                                                                                                                                                                         | 20-12-2010                                                                                                                                                                                                   | 21-12-2010                                                                                                                                                                                                               |
| MANHÃ |  | (consultas)                                                                                          | (consultas)                                                                                                                                                                                                        | 1) Lobectomia esquerda da tireoide;<br>2) Herniorrafia de hernia da linha alba; 3) Q.S.C.; 4) Q.S.C.                                                                                                         | 1) Lobectomia esquerda da tireoide;<br>2) Hernioplastia inguinal esquerda;<br>3) Hemorroidectomia; 4) Q.S.C.                                                                                                             |
|       |  |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    | 1) 2 Q.S. couro cabeludo;<br>2) Lesão cutânea periorbitária 3) Q.S. infamamilar esq e Q.S. antebraço; 4) 2 Q.S. dorsal e esternal; (Altas: acompanhamento do aconselhamento médico no recobro antes da alta) | 1) Lesões cutâneas cervicais; 2) Angioma braço esquerdo e quisto submandibular; 3) Lesão cutânea coxa direita; 4) 2 Lipomas braço; 5) Cantoplastia de onicriptose halux; 6) Q.S. face; 7) Nevo dorso (Consultas + Altas) |
| TARDE |  | 1) Q.S. esterno; 2) Q.S. face; 3) Construção fistula arterio-venosa braquial e reconstrução arterial | 1) Lipoma antebraço; 2) Q.S. sobre o esterno + Q.S. nadeça; 3) 2 Lesões cutâneas - prováveis Carcinomas Basocelulares no dorso e perna; 4) Lesão cutânea - provável Cancro Espinoelular na perna; 5) Q.S. cervical |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |
|       |  |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                              | 1) Lipoma axilar de grande volume;<br>2) Hénioptasia inguinal;<br>3) Hemorroidectomia; 4) Adenopatia axilar/mamária; 5) Q.S.C.                                                                                           |
|       |  |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                              | 1) Hernioplastia abdominal (hernia incisional);<br>2) Hernioplastia inguinal; 3) Q.S.C.;<br>4) Hemorroidectomia                                                                                                          |
|       |  |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                              | 1) Q.S. mama;<br>2) 3 Q.S. dorso;<br>3) Lipoma braço;<br>4) Quisto na virilha;<br>5) Lipoma face;<br>6) Q.S. axila; 7) Q.S. couro cabeludo                                                                               |

Legenda: Q.S. = quisto sebáceo, Q.S.C. = quisto sacro-coccigeo, C.V.C. = cateter venoso central, Q.T. = quimioterapia; cirurgias sublinhadas = auxiliei na intervenção

## Anexo 2 – Actividades desenvolvidas em Consulta Externa

| Consultas |                                                                        |                                                                        |                                                                                        |                                                                        |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA       | 07-12-2010                                                             | 14-12-2010                                                             | 21-12-2010                                                                             | 03-01-2011                                                             | 22-12-2010                                                                                                                            | 06-01-2011                                                                                                                                                                                                                 | 07-01-2011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| MANHÃ     | Acompanhamento pós-op. de feridas cirúrgicas em Consulta de Enfermagem | Acompanhamento pós-op. de feridas cirúrgicas em Consulta de Enfermagem | (bloco)                                                                                | (bloco)                                                                | Consultas pré-op. e Conselhos de Enfermagem (diversas patologias): lipoma; hérnia inguinal; hérnia femoral; hérnia umbilical; Q.S.C.; | Consultas pós-op. e 1ªs Consultas de diversas patologias: bócio multinodular; hernioplastia inguinal esquerda; nódulo mamário; hernioplastia inguinal direita; nódulos mamários; rectorragias; adenopatia inguinal Q.S.C.; | Consultas pós-op. e 1ªs Consultas de diversas patologias: onicomiose halux; hérnia inguinal; fissura anal; quisto sebáceo; abcesso anal; quisto sinovial do dorso da mão; pólipos com discinesia biliar; quisto sebáceo mama; quisto sebáceo occipital; hemorroides; hérnia umbilical; nevus no dorso e parede abdominal; lipoma cervical posterior; quisto sinovial do punho (reduzido na consulta); lipoma recidivado no dorso; quisto na virilha |
|           |                                                                        |                                                                        | (bloco) Consultas pré-op: tireoide, lesões cutâneas, fissura anal, hemorroides (Altas) | Acompanhamento pós-op. de feridas cirúrgicas em Consulta de Enfermagem | hemorroides; fissura/fistula anal; hérnia incisional                                                                                  | recidivante; nodulos tireoideus; fissura e plicoma; hernia inguinal direita; QSC; henrnia da linha alba; litíase vesicular                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| TARDE     | (bloco)                                                                | (bloco)                                                                |                                                                                        |                                                                        |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



## Anexo 3 – Actividades desenvolvidas no Serviço de Urgência

| SU    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DIA   | 10-01-2011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 17-01-2011 |
| MANHÃ | Acompanhamento de inúmeros doentes com<br>queixas álgicas abdominais; seguimento de<br>diversos doentes com alterações de trânsito<br>gastro-intestinal; colaboração na<br>estabilização de doentes traumáticos;<br>Suturas simples; Colecistite aguda; Hérnia<br>inguinal pós-op. com cicatriz supurativa;<br>Bloco: colecistectomia laparoscópica e<br>colocação de CVC para QT |            |
| TARDE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |