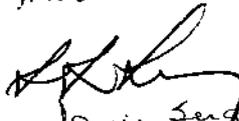


Este exemplar corresponde
à versão final da Tes.
Mestrado, apresentado à
Cidade de Ciências Médicas
Unicamp pelo médico
Marco Antonio de O. Pires


Prof. Dr. Luiz Sérgio Bonardi
- orientador -

MARCO ANTONIO DE OLIVEIRA PERES

**IMPLANTAÇÃO DA CIRURGIA AMBULATORIAL
E SIMPLIFICADA EM HOSPITAL COMUNITÁRIO**

ANÁLISE DE RESULTADOS

*Trabalho apresentado para conclusão
do Curso de Mestrado em Medicina,
Área de Clínica Cirúrgica, pelo Curso
de Pós-Graduação da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas - UNICAMP*

1992

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

MARCO ANTONIO DE OLIVEIRA PERES

**IMPLANTAÇÃO DA CIRURGIA AMBULATORIAL
E SIMPLIFICADA EM HOSPITAL COMUNITÁRIO**

ANÁLISE DE RESULTADOS

Orientador
Prof. Dr. Luiz Sérgio Leonardi

*—Professor Titular do Departamento de
Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS*

1992

" A Universidade deve abrir uma janela em seus muros, olhar a comunidade, ir em busca de seus problemas, identificá-los e resolvê-los."

Professor Zeferino Vaz

A Regina,
esposa, mãe e médica,

e às minhas doces filhas,
Mariana e Renata,

sempre com amor e compreensão.

Aos meus pais Manoel e Vera,
exemplos de esforço e dedicação.

Aos meus sogros Rafael e Arminda,
pelo carinho e colaboração.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luiz Sérgio Leonardi, criador de uma Escola Cirúrgica, pela orientação deste trabalho e da Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia, nunca medindo esforços para atender nossas inúmeras solicitações.

Ao Dr. Heitor Sebastião de Barcelos Neto, cirurgião do grupo, fiel e incansável companheiro de todos os momentos, pela colaboração em fases importantes deste trabalho.

Aos demais cirurgiões do grupo, Dr. Celso de Oliveira, Dr. Dario Victor Labbate, Dr. Guilherme Ribeiro de Moraes, Dr. José Cláudio Teixeira Seabra, e Dr. Nilton César Aranha, pela coragem, vigor e humanismo que dedicaram neste Programa.

Ao Doutores Luiz Roberto Lopes e Elinton Adami Chaim, pela participação na implantação do Serviço.

Aos anesthesiologistas do Hospital Municipal de Paulínia, na pessoa do Dr. Luiz Eduardo Camerino de Oliveira, pela valorosa atuação.

Aos graduandos e residentes da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo estímulo e confiança demonstrada.

Aos funcionários do Hospital Municipal e do Centro de Saúde Escola de Paulínia pela atenção e carinho aos pacientes cirúrgicos.

Aos Professores Doutores Juvenal Ricardo Navarro Góes, João José Fagundes e Raul Raposo de Medeiros, pelo estímulo constante, amizade, e contribuição na minha formação cirúrgica.

Ao Sr. João de Arruda Pastana, pela complexa análise financeira dos custos neste Programa.

Aos nossos pacientes que, pelo sofrimento, incapacidade, limitações, esforços, desilusões e esperança, nunca deixaram de depositar confiança na vida.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS	2
1.2. DADOS DA LITERATURA	5
1.2.1. Histórico	5
1.2.2. Conceituações de Cirurgia Ambulatorial e Simplificações no atendimento cirúrgico	8
1.2.3. Classificação da Atenção Cirúrgica em níveis ...	9
1.2.4. Tipos de Unidades Cirúrgicas	10
1.2.5. Vantagens e desvantagens da Cirurgia Ambulatorial e Simplificada	12
1.2.5.1. Vantagens	12
1.2.5.2. Desvantagens	17
1.3. OBJETIVOS	19
2. CASUÍSTICA E MÉTODOS	20
2.1. CASUÍSTICA	21
2.1.1. Grupo etário e sexo	21
2.1.2. Grupo étnico	22
2.1.3. Procedência	22
2.1.4. Doenças associadas	22
2.1.5. Distribuição dos pacientes conforme o agrupamento por doenças ou necessidade cirúrgica	23

2.1.6. Distribuição dos pacientes conforme a classificação das feridas operatórias em relação com a contaminação e o risco crescente de infecção	23
2.2. MÉTODOS	25
2.2.1. Do tratamento cirúrgico	25
2.2.1.1. Atendimento médico na Rede Básica de Saúde	25
2.2.1.2. Atendimento médico no Ambulatório de Clínica Cirúrgica	26
2.2.1.3. Avaliação pré-operatória	26
2.2.1.4. Seleção de atos cirúrgicos	28
2.2.1.5. Seleção de pacientes	29
2.2.1.6. Critério de exclusão do programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada	30
2.2.1.7. Preparo pré-operatório	31
2.2.1.8. Ato cirúrgico	32
2.2.1.9. Ato anestésico	34
2.2.1.10. Técnicas operatórias	34
2.2.1.11. Recuperação pós-cirúrgico-anestésica ...	35
2.2.1.12. Medicação analgésica	36
2.2.1.13. Uso de antibióticos	37
2.2.1.14. Critérios de alta do serviço	38
2.2.1.15. Retorno no Ambulatório de Egressos	39
2.2.2. Da avaliação dos custos envolvidos no Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada	40
2.2.3. Da avaliação do aumento da disponibilidade de leitos hospitalares	42

2.2.4. Da avaliação do aproveitamento do ensino em cirurgia a graduandos e residentes	42
3. RESULTADOS	44
3.1. DO TRATAMENTO CIRÚRGICO	45
3.1.1. Participação do Programa de Cirurgia Ambulato- rial e Simplificada na Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia	45
3.1.2. Complicações gerais	45
3.1.3. Complicações locais precoces	46
3.1.4. Complicações locais tardias	47
3.1.5. Mortalidade	48
3.1.6. Tempo de permanência hospitalar	48
3.1.7. Acompanhamento ambulatorial efetivo	49
3.1.8. Correlação entre a classificação da ferida operatória e as taxas relativas de infecção ...	49
3.1.9. Correlação entre o uso de antibióticos e as taxas globais de infecção	50
3.2. DA AVALIAÇÃO DOS CUSTOS	50
3.2.1. Custos da implantação	50
3.2.2. Custos operacionais	51
3.3.3. Custos do tratamento cirúrgico	52
3.3. DA LIBERAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES	53
3.4. COMO INSTRUMENTO DE ENSINO EM CLÍNICA CIRÚRGICA	54
3.4.1. A nível de graduação	54
3.4.2. A nível de residência	55

4. DISCUSSÃO	56
4.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS	57
4.2. DA ANESTESIA	63
4.3. DO TRATAMENTO CIRÚRGICO	66
4.3.1. O ambulatório	66
4.3.2. Salas de cirurgia	68
4.3.3. Concomitância de procedimentos	69
4.3.4. Liberação do paciente para o domicílio	70
4.3.5. Complicações cirúrgicas	71
4.3.5.1. Complicações gerais	71
4.3.5.2. Complicações locais precoces	73
4.3.5.3. Complicações locais tardias	73
4.3.6. Permanência hospitalar pós-operatória	75
4.3.7. Acompanhamento ambulatorial efetivo	77
4.3.8. Considerações especiais	78
4.3.8.1. A Cirurgia na criança	78
4.3.8.2. A Cirurgia Ambulatorial e Simplificada das hérnias da região inguino-crural	79
4.3.9. Infecção cirúrgica, classificação das feridas e o uso de antibióticos	82
4.4. DOS CUSTOS	86
4.5. DA LIBERAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES	89
4.6. DO ENSINO	90
4.6.1. A nível de graduação	91
4.6.2. A nível de residência	92

5. CONCLUSÕES	94
6. RESUMO	97
7. ABSTRACT	100
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
9. TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO CASUÍSTICA E MÉTODOS	122
10. TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO RESULTADOS	134
11. ANEXOS	144
12. DADOS GERAIS DA CASUÍSTICA	151

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A realização de procedimentos cirúrgicos com o mínimo de permanência hospitalar não é inovação recente. O redescobrimto, o aprimoramento e a ampliação da Cirurgia Ambulatorial e Simplificada ocorreram nas últimas tres décadas, com destaque nos Estados Unidos, Grã-Bretanha, Canadá (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982; MORRIS & JARRETT, 1987) e na Colômbia (ECHEVERRI et al., 1972; VÉLEZ-GIL & GONZÁLEZ, 1976), sendo este último o país que mais se aproxima da realidade sócio-político-econômica brasileira.

DAVIS & DETMER (1972) estimavam que 20 a 40% das cirurgias em pacientes internados poderiam ser realizadas em condições ambulatoriais. Em certas especialidades cirúrgicas, como a pediátrica, calcula-se que 60% dos procedimentos podem e devem ser conduzidos em ambiente ambulatorial (MORSE, 1972; CLOUD, 1986; CLOUD, 1987). Das doenças ano-retais, até 90% podem ser operadas sem a internação do paciente (MEDWEL & FRIEND, 1979; RAMOS et al., 1988). Entre outros beneficiados, são citados os pacientes de cirurgia plástica, oftalmológica, otorrinolaringológica, ginecológica e obstétrica, urológica, ortopédica, vascular, e dos portadores de hérnias da parede abdominal (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982; DAVIS, 1986; DAVIS, 1987).

Os próximos anos mostrarão a simplificação de procedimentos cirúrgicos, com o auxílio da tecnologia instrumental, do computador e do laser. Iniciaram-se os programas de cirurgias laparoscópicas, em colecistectomias, vagotomias, suturas de

úlceras perfuradas, secção de aderências intra-peritoneais, laqueaduras tubárias, apendicectomias, em hérnias inguinais, entre outros. Ressaltam-se os métodos alternativos no tratamento das hemorróidas, a endoscopia com finalidade terapêutica no trato gastro-intestinal alto e baixo, e o constante desenvolvimento da terapia com laser em oftalmologia e otorrinolaringologia.

Porém, a realidade nacional no atendimento cirúrgico a nível primário e secundário é desanimadora. Milhares de pacientes se locomovem de seus municípios e estados rumo a centros médicos maiores de referência, devido a doenças de resolução cirúrgica de menor complexidade, que poderiam ser operadas em suas cidades ou regiões, caso houvessem programas interessados. Existe, portanto, uma demanda reprimida, carência de recursos humanos e financeiros, falta ou melhor distribuição de leitos hospitalares, e programas destinados ao tratamento cirúrgico de doenças de menor complexidade, que incapacitam jovens e oneram fundos previdenciários.

Em estudos administrativos recentes sobre a utilização hospitalar no Brasil, RODRIGUES FILHO (1989) relatou o crescimento no número de internações médico-hospitalares após a década de 70, chegando a 250% entre 1971 e 1981, e os custos embutidos. Cerca de 40% das internações são destinadas a tratamento cirúrgico, e tem havido uma transferência de casos complexos do setor privado aos hospitais conveniados, principalmente os universitários.

A Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas tem-se preocupado com a formação do médico geral, capacitado a exercer uma forma de medicina abrangente, necessária em nosso meio, por ser este um país em desenvolvimento, tão carente de recursos financeiros e humanos.

Acompanhando esta linha com dedicação, o Departamento de Cirurgia, em particular a Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, vem promovendo o desenvolvimento das cirurgias de menor porte, de difícil resolução num hospital terciário,

como o Hospital das Clínicas da UNICAMP, mas que conseguiu instalar-se no Hospital Municipal de Paulínia, localizado a doze quilômetros do campus da UNICAMP, mediante um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal de Paulínia, a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Desde maio de 1986 existe um Sistema de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada no Hospital Municipal de Paulínia, com atendimento a nível primário e secundário (em casos específicos até terciário), com infra-estrutura no município, entre o Centro de Saúde e os três Postos de Saúde nos bairros, e equipe médica e de enfermagem envolvidas na execução, promoção e aprimoramento de tal programa, em sistema de referência e contra-referência. Sabe-se que 70 a 80% das cirurgias são de nível I e II, segundo a classificação dos níveis de atenção cirúrgica proposta por VÉLEZ-GIL & GONZÁLEZ (1976), na Colômbia.

Neste sistema adotado pela Clínica Cirúrgica no Hospital Municipal de Paulínia, há uma ação direta do graduando em medicina, do residente de cirurgia e do docente, mantendo elevado nível de atendimento ao paciente, com abrangência, segurança, economia de gastos e de leitos hospitalares, e menor número de complicações, sobretudo infecções. É necessária a integração com o corpo de enfermagem e de assistência social.

Os progressos na anestesia e do anestesiológico, associados às orientações da população envolvida, permitiram modificações efetivas nos cuidados cirúrgicos (COHEN & DILLON, 1966; OLIVA FILHO, 1983).

Sabe-se que, nos Estados Unidos, 95.5% dos hospitais de 50 a 99 leitos oferecem atenção cirúrgica, tanto para pacientes internados quanto ambulatoriais (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982). O Hospital Municipal de Paulínia, de caráter comunitário, tem no momento capacidade para 80 leitos e em projeto de expansão, sendo doze destes destinados à Clínica Cirúrgica.

Neste contexto de simplificação de procedimentos cirúrgicos, protocolos rígidos e seguros foram adotados no Ser-

viço. As cirurgias anais, de bolsa escrotal e pênis, das varizes dos membros inferiores, das hérnias inguinais, epigástricas e umbilicais, tiveram indicação ambulatorial em primeiro plano, salvo exceções. Visando ampliação do serviço, e otimizar o período vespertino de utilização do Centro Cirúrgico, procedimentos foram realizados com a permanência média de 16 horas, incluindo um pernoite. A partir de então, iniciaram-se programas de simplificação de procedimentos cirúrgicos de nível terciário em casos selecionados, como os de colecistectomias, vagotomias gástricas proximais, gastrectomias, grandes hérnias incisionais, visando reduzir a permanência hospitalar pela metade, em relação aos métodos convencionais. A abrangência, satisfação do paciente, liberação de leitos hospitalares, redução de custos e profilaxia da infecção cirúrgica foram consideradas.

1.2. DADOS DA LITERATURA

1.2.1. HISTÓRICO

Os seres humanos aprenderam a operar seus semelhantes muito antes de saberem escrever ou documentar suas operações (DAVIS, 1987). Através dos tempos, dedicaram-se a ajudar os outros com a cirurgia, muito antes dos hospitais surgirem como instituições importantes de nossa sociedade. Logo, a Cirurgia Ambulatorial é, notoriamente, a cirurgia conhecida mais antiga.

A Cirurgia Ambulatorial, a princípio, era realizada em casa, no consultório, ou em unidades provisórias, e sem

anestesia. Em épocas prévias ao desenvolvimento da anestesia geral e dos hospitais modernos, enquanto soldados e indigentes eram submetidos a tratamentos em enfermarias hospitalares, a maioria dos doentes com boa situação financeira convalescia-se de cirurgias em seus lares. Os resultados cirúrgicos superiores e os melhores cuidados médicos foram observados no grupo hospitalar (WOLCOTT, 1989). Em 1840, a descoberta da anestesia resultou na transformação dos hospitais como principal local de realização de cirurgias de grande e pequeno portes (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982).

No início deste século, NICOLL (1909), citado por CAPELLA et al. (1982), documentou a realização de mais de 7.000 operações em crianças no Royal Glasgow Hospital for Children, Grã-Bretanha, salientando que o tratamento cirúrgico ambulatorial era tão satisfatório quanto o hospitalar. HERZFELD (1938) reportou sua experiência pioneira com mais de 1.000 cirurgias para hérnias inguinais na infância, muitas delas sem a admissão hospitalar, demonstrando segurança, economia e conveniência, também na Grã-Bretanha.

No Canadá, em meados de 1940, no Shouldice Hospital, foi iniciado um programa com a realização de hernioplastias inguinais no adulto, sob anestesia local, em pacientes de curta permanência hospitalar (GLASSOW, 1984).

Em Chicago, Estados Unidos, POTTS, RIKER & LEWIS (1950), redefinindo as bases do tratamento cirúrgico da hérnia inguinal na infância, relataram os bons resultados com a cirurgia realizada sob anestesia geral em crianças não internadas. FARGU-HARSON (1955) referiu as vantagens na deambulação precoce de pacientes submetidos a herniorrafias de forma ambulatorial.

A era moderna da Cirurgia Ambulatorial iniciou em 1961, no Butterworth Hospital, em Michigan, Estados Unidos (DAVIS, 1987). Em 1962, na Universidade da Califórnia, COHEN & DILLON (1966), anestesiólogistas, reorganizando os moldes de intervenções cirúrgicas em pacientes externos, referiram que "a Ci-

rurgia Ambulatorial é prática inteiramente segura se empreendida com seriedade e controles rígidos por parte do cirurgião e do anestesiolegista, não havendo razões para ocorrerem mais complicações que sob a circunstância da hospitalização". Esta mentalidade foi essencial no seu rápido desenvolvimento nas décadas seguintes.

REED & FORD (1969) orientaram os passos essenciais para a evolução da Grande Cirurgia Ambulatorial na era moderna, com a abertura do Surgicenter, em Phoenix, Estados Unidos, unidade esta independente e auto-suficiente, cujos êxitos e resultados estimularam interesses neste campo, fosse administrada em hospital, ou em outras unidades.

Programas bem definidos de cirurgia ambulatorial e simplificada dentro de meios universitários foram desenvolvidos a partir de 1972, com capacitação de cirurgiões e abrangência populacional, destacando na Carolina do Norte, E.U.A. (DAVIS & DETMER, 1972; DAVIS, 1984; DAVIS, 1986) e em Cali, na Colômbia (VÉLEZ-GIL, WILSON, PELÁEZ, 1975; VÉLEZ-GIL & GONZÁLEZ, 1976; VÉLEZ-GIL et al., 1976; VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ, 1978; GONZÁLEZ et al., 1979).

Autores brasileiros como CAPELLA et al. (1982), SILVA JR. (1983), OLIVA FILHO (1983), SANTOS (1984), OLIVEIRA, SPERANZINI, JUNQUEIRA (1985) e FONSECA & ROCHA (1987) preocuparam-se com o assunto, salientando o modelo não estar instituído na maioria dos hospitais do país.

1.2.2. CONCEITUAÇÕES DE CIRURGIA AMBULATORIAL E SIMPLIFICAÇÕES NO ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Até o início dos anos 60, a expressão "Cirurgia Ambulatorial" era entendida simplesmente como procedimento que antes era realizado em paciente hospitalizado, e que agora passava a ser realizado com alta no mesmo dia, em unidade hospitalar ou independente. Logo, era facilmente diferenciada da cirurgia para pacientes internados, e da cirurgia para pacientes externos. Tornava-se difícil medir a extensão da utilização de cada uma delas (DAVIS, 1984).

DETMER (1981), DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON (1982), DAVIS (1984), DAVIS (1986) reafirmaram a denominação mais utilizada nos Estados Unidos, classificando em "Pequena Cirurgia Ambulatorial" e "Grande Cirurgia Ambulatorial". A Pequena Cirurgia Ambulatorial, ou Cirurgia Ambulatorial Menor, é aquela realizada sob anestesia local, com alta imediata do paciente. A Grande Cirurgia Ambulatorial, ou Cirurgia Ambulatorial Maior, Cirurgia de Curta Permanência, Cirurgia do Hospital-Dia, Cirurgia com Admissão e Alta no Mesmo Dia, entre outras denominações, incluem procedimentos realizados em pacientes não hospitalizados, sob qualquer anestesia, sendo necessário um período de monitorização, recuperação pós-operatória, e cuidados hospitalares para assegurar os bons resultados.

Na Colômbia, a partir de 1972, no Hospital Universitario del Valle, em Cali, foi desenvolvido o "Sistema de Cirurgia Simplificada" (VÉLEZ-GIL, WILSON, PELÁEZ, 1975; VÉLEZ-GIL & GONZÁLEZ, 1976; VÉLEZ-GIL et al., 1976; VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ, 1978; GONZÁLEZ et al., 1979; VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ, 1982) embasado nos trabalhos iniciais de ECHEVERRI et al. (1972), dividindo os procedimentos, não apenas pela denominação de ambulatorial ou hospitalizados, mas em quatro níveis de atenção ci-

rúrgica. Cerca de 80% pertenciam aos níveis I e II, sem necessidade de internação.

Nesta linha de otimização de recursos, abrangência populacional e retenção de custos, nos Hospitais e Clínicas da Universidade de Wisconsin, Estados Unidos, foram ampliadas as margens da Grande Cirurgia Ambulatorial e da simplificação de procedimentos, com a descrição da "Cirurgia do Primeiro Dia". Definuiu-a como opção intermediária para a assistência cirúrgica intra-hospitalar. Toda avaliação externa era feita na semana que precedia a intervenção. O paciente era internado no hospital, podendo ser internado no período matutino ou vespertino, recebendo alta um dia ou mais depois da mesma (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982). Logo, o horário da cirurgia deixava de ser um fator limitante, pois havia tempo suficiente para recuperação e economizava-se grande número de dias hospitalares (ACS..., 1980).

1.2.3. CLASSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO CIRÚRGICA EM NÍVEIS

VÉLEZ-GIL & GONZÁLEZ (1976), com programas iniciados em 1972, na Colômbia, classificaram as cirurgias em quatro níveis de atenção. Foram baseados em cinco variáveis, a saber, pessoal, anestesia, material e equipamento, sala de cirurgia e hospitalização. (ANEXOS I e II).

A cirurgia do nível I necessita apenas do cirurgião como pessoal especializado, e a anestesia é local. Terminado o ato cirúrgico, as recomendações e a prescrição pós-operatória, o

paciente é liberado.

A cirurgia do nível II necessita do anestesiológico para sedação, bloqueio ou anestesia geral. A recuperação anestésica cirúrgica faz-se na sala de recuperação do Centro Cirúrgico, acompanhada pela enfermeira treinada, até o momento oportuno de liberá-lo para casa. Quando operado no período matutino, não há necessidade de hospitalização do paciente.

A cirurgia do nível III carece de cuidados especiais no pós-operatório, exigindo hospitalização por tempo mínimo adequado, em média por dois dias. A anestesia, geralmente, faz-se por bloqueio ou geral.

A cirurgia do nível IV responde pelas mais complexas, com maior número de pessoal especializado, anestesia geral, monitorizações, sofisticação de equipamentos e terapia intensiva. A hospitalização requer, em média, cinco dias no pós-operatório.

As cirurgias do nível I e II, dentro do mesmo risco potencial de infecção, podem ser realizadas em uma mesma sala de cirurgia, por duas equipes cirúrgicas distintas, utilizando um anestesiológico e uma auxiliar treinada (VÉLEZ-GIL et al., 1976).

1.2.4. TIPOS DE UNIDADES CIRÚRGICAS

Numerosos termos foram utilizados para descrever os tipos de unidades de cirurgia ambulatorial (COMMON..., 1981).

DAVIS & DETMER (1972) identificaram quatro sistemas distintos, a saber:

- "Unidade Hospitalar Integrada", que consiste em uma área designada dentro do hospital, onde os pacientes são admitidos, ava-

liados, preparados no pré-operatório, de onde recebem alta. As salas de cirurgia e de recuperação anestésica são comuns às dos pacientes internados. Atualmente, 87% dos hospitais americanos utilizam este sistema (AHA...,1981).

- "Unidade Hospitalar Autônoma", totalmente auto-suficiente, é a que ministra assistência pré-operatória, intra-operatória, de recuperação e pós-operatória. Fica localizada dentro dos limites do hospital, ou na mesma área, podendo utilizar o mesmo almoxarifado, central de esterilização, lavanderia e cozinha, porém seu gerenciamento é totalmente independente de outros setores do hospital. Em 1971, no Hospital Comunitário Watts, na Carolina do Norte, Estados Unidos, desenvolveu-se esta unidade com grande sucesso, qualidade e economia (DAVIS & DETMER, 1972);
- "Unidade Satélite do Hospital" é uma unidade autônoma, subvencionada e operada pelo hospital, porém localizada fora da zona hospitalar. Tem tido desenvolvimento em centros universitários;
- "Unidade Independente" é uma unidade inteiramente autônoma, que não faz parte, nem geográfica, nem administrativamente de outra instituição para assistência de saúde. REED & FORD (1969), fundando o Surgicenter, em Phoenix, Arizona, Estados Unidos, estimularam a instalação de centenas de unidades semelhantes nos anos subsequentes, cujo sucesso foi atribuído ao envolvimento de cirurgiões, hospitais locais e companhias de seguro (REED & LORD, 1974).

1.2.5. VANTAGENS E DESVANTAGENS DO SISTEMA DE CIRURGIA AMBULATORIAL E SIMPLIFICADA

1.2.5.1. VANTAGENS

As seguintes vantagens podem ser observadas:

a) mínima alteração na rotina de vida do paciente e seus familiares. As mães podem retornar ao lar precocemente, retendo o controle da família. Os pais de lactentes e crianças pequenas são afastados deles apenas durante a curta fase de assistência na sala de cirurgia, reunindo-se já na sala de recuperação anestésica, e tendo alta na mesma tarde, o que minimiza o trauma de separação dos pais (ALVES, ALBUQUERQUE, TUBINO, 1974; SANTOS, 1984). Pacientes de todas as idades agradecem quando conseguem evitar, ao máximo, as rotinas, regulamentos e restrições hospitalares (LAWRIE, 1964; DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982; DAVIS, 1987). Normalmente não há necessidade de visita dos familiares;

b) atenção mais individualizada ao paciente. O paciente torna-se o centro da atenção, tanto no pré, como no per e pós-operatório. Recebem maiores cuidados e mais personalizados. A relação médico-paciente é a melhor registrada dentre todas as áreas cirúrgicas (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982), frequentemente ambos tratando-se por seus nomes, principalmente porque a maioria dos procedimentos ocorre com o paciente sob anestesia local ou por bloqueio, portanto acordado, consciente e colaborativo. Praticamente 90% dos pacientes sentem satisfação neste sistema (VÉLEZ-GIL E PARDO-DE-VÉLEZ, 1978; COE, 1978; YOUNG, 1987);

c) **redução da ansiedade do paciente.** O paciente percebe o procedimento cirúrgico como menos complexo do que o de experiência pregressas com hospitalizações, próprias ou não. O distanciamento de outros pacientes mais enfermos e mais carentes exerce um efeito encorajador e salutar ao paciente ambulatorial ou de curta permanência hospitalar (SYSTEMIC..., 1981; DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982);

d) **redução de custos.** Todos os setores médicos e governamentais, seja onde for, estão conscientes, do custo cada vez maior da assistência de saúde e da necessidade de contenção (REED & FORD, 1969; BARNES, 1977; VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ, 1978; WARNER & HUTTON, 1980; BARNES, 1982; RODRIGUES FILHO, 1989). A economia dos gastos que os sistemas ambulatoriais revelam, tem avaliação complexa. DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON (1982), em revisão, apresentaram custos em unidades ambulatoriais independentes 55% inferiores aos de pacientes hospitalizados, 46% inferiores quando em unidades hospitalares satélites, e 11% inferiores quando em unidades hospitalares integradas. PUTNAN & LANDEEN (1978) encontraram redução de 25% nos encargos hospitalares com a cirurgia ambulatorial. Nos Estados Unidos dos anos 70, onde realizavam-se 20 milhões de cirurgias por ano, foi analisado por DAVIS & DETMER (1972) que, se 40% fossem realizadas de forma ambulatorial, a economia dos custos chegaria a 60%, sendo de aproximadamente 1.000 dólares por paciente, ou de 5 bilhões de dólares ao ano, somente em território americano (AMBULATORY..., 1980). No Brasil, FERRAZ et al. (1989b) revelaram o alto custo e o aumento da permanência hospitalar que a infecção cirúrgica predispõe, sendo minimizados com a cirurgia ambulatorial. A utilização mínima e racionalizada de antibióticos não só elimina gastos desnecessários, como evita infecções por germes selecionados (ALTEMEIER et al., 1978);

e) menor risco de infecção hospitalar. A cirurgia ambulatorial e a de curta permanência hospitalar evitam ou diminuem o contato maior com o ambiente e com um grande número de profissionais de saúde. Gera-se profilaxia da infecção da ferida operatória, implementando-se condições ideais para cicatrização. OTHERSEN & CLATWORTHY (1968) referiram redução de 50 a 70% de infecções cirúrgicas em crianças operadas em regime ambulatorial, em comparação às hospitalizadas. ECHEVERRI et al. (1972) demonstraram menor número de infecções em pacientes com cuidados pós-operatórios em casa, mesmo nos de baixo nível econômico. VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ (1978) observaram 1,3% de taxa de infecção cirúrgica em cirurgias limpas a nível ambulatorial, na Colômbia. Nos Estados Unidos, foi registrada a taxa de 0,47% de infecção nos dez mais frequentes procedimentos cirúrgicos a nível ambulatorial. FARBER, KAISER, WENZEL (1981) notaram que, hospitais com menos de 100 leitos, conseqüentemente menos cirurgias em número e variedades, apresentavam menor taxa de infecção. LUFT, BUNKER, EINTHOVEN (1979), protetores da regionalização de procedimentos cirúrgicos, mostraram melhores resultados e menores índices de infecção em hospitais ou unidades especializadas, do que hospitais gerais, maiores, de ensino e comunitários com grande variedade de técnicas e procedimentos. Sem dúvida, os menores índices de infecção em cirurgia ambulatorial são observados com o paciente pediátrico (CAPELLA et al., 1982; SANTOS, 1984; CLOUD, 1987);

f) redução da incapacidade física com retorno mais precoce ao trabalho. Os trabalhadores associam seu retorno precoce ao lar com o fato de que não foram submetidos a um procedimento de grande amplitude ou limitante. Conseqüentemente, deambulam mais rápido, retomam à atividade normal quase que imediatamente, e voltam ao trabalho mais cedo (ALEXANDER, 1986; GILBERT, 1987; CORDEIRO, 1989). Em média, os pacientes cirúrgicos ambulatoriais perdiam menos 1,04 dias de trabalho que os internados (ECHEVERRI et al., 1972). Estudos com executivos americanos mostraram, na

maior parte das vezes, nenhum afastamento do trabalho, mantendo sua ficha empresarial sem distúrbios de saúde (DAVIS, 1987);

g) nas unidades hospitalares integradas, os custos para implantação são limitados, bastando transformar espaços já existentes. As despesas são baixas. Os cirurgiões têm maior flexibilidade e segurança na complementação de um procedimento ou nas eventuais complicações per-operatórias, podendo até mantê-lo internado, se necessário, com maior facilidade. Pode-se partilhar pessoal e equipamentos (DAVIS, 1987);

h) nas unidades hospitalares autônomas, satélites, ou nas independentes, a economia dos custos é maior. Paciente, médico e pessoal têm mais satisfação pela atenção desprendida. A eficácia operacional aumenta, pela exclusividade do serviço (DAVIS, 1987);

i) maior disponibilidade de leitos hospitalares. Os índices cirúrgicos vêm aumentando desde a década de 70, principalmente nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e Canadá, sem o acompanhamento proporcional do número de leitos hospitalares per capita (VAYDA, MINDELL, RUTKOW, 1982). A cirurgia ambulatorial contribui neste aumento do número global de cirurgias, mas também na liberação de leitos hospitalares. PUTNAM & LANDEEN (1978), no Tucson Medical Center, Estados Unidos, observaram economia de leitos hospitalares de aproximadamente dois leitos por dia por paciente, utilizando cirurgia ambulatorial em diversos procedimentos, enquanto VELEZ-GIL & PARDO-DE-VELEZ (1978), no Hospital Universitário del Valle, Colômbia, atingiram economia de três leitos por dia por paciente no Sistema de Cirurgia Simplificada, em pacientes de nível I e II;

j) aumento de capacidade de cobertura da população. VÉLEZ-GIL et al. (1976), com um programa de simplificação de procedimentos em lesões benignas de mama, conseguiram aumentar a cobertura em três vezes. VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ (1978) alcançaram aumento de 80% na cobertura populacional com o programa de simplificação colombiano em cirurgias do nível I e II. GONZÁLEZ et al. (1979), com diversos procedimentos, principalmente herniorrafias, aumentaram a cobertura cirúrgica, mas não diminuíram as filas de espera, sugerindo programas mais eficientes para a necessidade, e não para a demandada. VÉLEZ-GIL, PARDO-DE-VÉLEZ, PEREZ (1983) sugeriram a capacitação do cirurgião segundo um modelo epidemiológico, como o apresentado para os 29 procedimentos mais frequentes em Cali, Colômbia, visando, sobretudo, ampliar a cobertura com base na necessidade cirúrgica da população;

l) menor morbidade e mortalidade. Na cirurgia ambulatorial e simplificada, a anestesia local é a mais empregada, e 79% dos pacientes apresentam-se sadios, sem outras doenças. Natof (SYSTEMIC..., 1981) identificou 14 doenças sistêmicas aceitáveis para cirurgia ambulatorial, com preferência para anestesia local. Hipertensos e diabéticos são beneficiados, pois a restauração do seu metabolismo ao estado pré-operatório depende muito da retomada precoce de uma dieta e atividades normais. DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON (1982) afirmaram que as complicações são evitadas mais facilmente por medidas preventivas e triagem cuidadosas dos pacientes antes da cirurgia. Em revisão, notaram que a mortalidade está próxima de zero, a necessidade de internação por intercorrência é menor que 0,3%, as principais intercorrências são náuseas e vômitos, e as complicações ocorrem em 5,4% das vezes, não chegando a ameaçar a vida do doente.

1.2.5.2. DESVANTAGENS

As seguintes desvantagens podem ser observadas:

a) instruções pré-operatórias podem não ser obedecidas, principalmente o jejum pode ter sido não cumprido, pelo fato de o paciente chegar pela manhã do procedimento, longe da vigilância da equipe de saúde. Medicacões obrigatórias nas doenças crônicas podem não ter sido tomadas (SYSTEMIC..., 1981). Quando reconhecidos os fatos, o procedimento deve ser adiado ou suspenso (DAVIS, 1987);

b) possível falta de transporte para e do serviço. Voluntários, vizinhos ou parentes, ambulâncias do município de moradia podem colaborar, se despertados precocemente para a necessidade (VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ, 1978; DAVIS, 1987);

c) eventual não disposição de ajuda competente no domicílio. Pacientes que moram sozinhos, idosos, abandonados, podem não dispor de familiares ou amigos para ajuda no lar, como controles, cuidados, higiene, alimentação, medicações, e, sobretudo, participar no retorno pós-operatório. Nestes casos, será necessário a cirurgia com hospitalização convencional (DAVIS, 1987);

d) nas unidades hospitalares integradas, as intervenções podem ser adiadas ou suspensas se as salas de cirurgias, ou os anestesiológicos quando necessário, estiverem ocupados com emergências (DAVIS, 1987);

e) nas unidades hospitalares autônomas, satélites e independentes, alguns pacientes podem sentir incômodos pela possível falta potencial de equipamentos para ressuscitação e pessoal suficiente para uma emergência, em comparação com unidades hospitalares. A

disseminação das informações sobre protocolos rígidos, resultados seguros e equipamentos adequados vem minimizando os temores (DAVIS, 1987);

f) eventual necessidade de permanência hospitalar além da programada, por complicações. Bruns (FASA..., 1981), em revisão nos Estados Unidos, observou que 223 (0,29%) dos 76.581 pacientes estudados, operados em 1980 no sistema ambulatorial, necessitaram hospitalizações. Natof (SYSTEMIC..., 1981) registrou 16 (0,12%) em 13.433 pacientes externos. CLOUD (1987) referiu 20 internações (0,28%) em 6.927 crianças operadas ambulatorialmente.

1.3. OBJETIVOS

O presente trabalho tem o seguintes objetivos:

1. analisar a viabilidade da implantação de um Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada no Hospital Municipal de Paulínia, sob supervisão da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP;
2. analisar os resultados do tratamento cirúrgico em pacientes com alta precoce e hospitalização mínima necessária;
3. analisar os gastos no Programa, em relação à sua implantação, operacionabilidade, e procedimento cirúrgico;
4. analisar a liberação de leitos implementada pelo Programa nesta casuística;
5. analisar a participação do Programa em ministrar formação cirurgica permanente a alunos de graduação em medicina e a residentes em Clínica Cirúrgica.

2. CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1. CASUÍSTICA

Foram analisados, no presente estudo, 3.349 pacientes que foram submetidos a 3.457 procedimentos cirúrgicos a nível ambulatorial e simplificado. Os pacientes foram operados pelos integrantes da Clínica Cirúrgica (cirurgiões, residentes e internos) no Hospital Municipal de Paulínia, entre maio de 1986 e setembro de 1990, sob supervisão da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Os pacientes submetidos a dois procedimentos no mesmo ato operatório, foram relacionados pela doença principal.

Não foram incluídos os pacientes com cirurgias de emergência, nas de urgência de cavidade abdominal ou torácica, das neoplasias malignas intra-cavitárias, dos cólons, das hérnias incisionais com volumosas eventrações, e daquelas não protocoladas no sistema de cirurgia ambulatorial e simplificada pelo serviço.

2.1.1. GRUPO ETÁRIO E SEXO

A idade dos pacientes, observada na ocasião do ato operatório, variou de 1 mes a 91 anos (média : 38,1 anos, ex-

cluindo a idade ignorada de 156 pacientes), sendo que 2.051 (61,24%) eram do sexo masculino e 1.298 (38,76%) do sexo feminino. (TABELAS 01 E 02).

2.1.2. GRUPO ÉTNICO

Em relação ao grupo étnico, 2.542 pacientes (75,90%) eram brancos, 344 (10,27%) pardos, 261 (7,79%) negros, 21 (0,63%) amarelos e 181 (5,41%) tinham este dado ignorado. (TABELA 03).

2.1.3. PROCEDÊNCIA

Na ocasião do ato cirúrgico, 1.503 pacientes (44,88%) eram procedentes do município de Paulínia, 1.636 (48,85%) não eram, e 210 (6,27%) tinham este dado ignorado. (TABELA 04).

2.1.4. DOENÇAS ASSOCIADAS

Foram identificadas doenças associadas em 776 pacientes (23,17%), sendo 178 (5,32%) portadores de hipertensão ar-

terial sistêmica, 108 (3,22%) de pneumopatias, 94 (2,81%) de afecções da próstata, 86 (4,38%) de cardiopatias, 51 (1,52%) de hepatopatias, 50 (1,49%) de obesidade, 38 (1,13%) de diabetes, 27 (0,81%) de alergias, 14 (0,42%) de afecções articulares e 130 (3,88%) de outras doenças. (TABELA 05).

2.1.5. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME O AGRUPAMENTO POR DOENÇAS OU NECESSIDADES CIRÚRGICAS

Do total de 3.349 pacientes operados, 733 (21,89%) vieram por doenças de pele e tecido celular subcutâneo, 636 (18,99%) por hérnias da região inguino-crural, 574 (17,14%) por contracepção e doenças do sistema uro-genital masculino, 542 (16,18%) por doenças ano-retais, da região perineal e sacro-coccígea, 294 (8,78%) por hérnias da parede abdominal excetuando-se as inguino-crurais, 252 (7,52%) por varizes dos membros inferiores, 170 (5,08%) por doenças da vesícula biliar, 59 (1,76%) por doenças esôfago gastro-duodenais, e 89 (2,66%) por outras doenças agrupadas como miscelânea. (TABELAS 06 e 07).

2.1.6. DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS OPERATÓRIAS EM RELAÇÃO COM A CONTAMINAÇÃO E O RISCO CRESCENTE DE INFECÇÃO

Utilizando os critérios disseminados por CRUSE & FOORD (1973), os procedimentos foram classificados em quatro gru-

pos, conforme a classificação das feridas abertas em relação com a contaminação e o risco crescente de infecção:

- grupo das feridas limpas, e não traumáticas, não infectadas, sem penetração em trato respiratório e digestivo, gênito-urinário e cavidade orofaríngea. Pertenceram a este grupo, 2.296 pacientes (66,42%) ;

- grupo das feridas limpa-contaminadas, ou potencialmente contaminadas, com penetração em trato respiratório, digestivo ou gênito-urinário, sem contaminação além da habitual. Pertenceram a este grupo, 840 pacientes (24,30%) ;

- grupo das feridas contaminadas, das feridas traumáticas abertas e recentes, com infração à técnica de assepsia e antissepsia, e incisões que atingiram inflamação aguda, não purulenta. Pertenceram a este grupo, 211 pacientes (6,10%) ;

- grupo das feridas sujas e infectadas, das feridas traumáticas antigas, e as que envolvem infecção clínica ou víscera perfurada, sendo que os micro-organismos causadores da infecção pós-operatória já se encontravam no campo operatório antes da intervenção. Pertenceram a este grupo, 110 pacientes (3,18%). (TABELA 08).

2.2. MÉTODOS

2.2.1. DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

2.2.1.1. ATENDIMENTO MÉDICO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Os pacientes residentes no município de Paulínia, inicialmente procuraram o Centro de Saúde-Escola ou um dos três postos de saúde, distribuídos na periferia da cidade. Cadastrados individualmente e em prontuário familiar de seus parentes diretos, foram prontamente submetidos a exame físico geral, pelos clínicos da rede de saúde. Uma vez diagnosticada uma doença de tratamento cirúrgico ou considerada a necessidade de um procedimento cirúrgico (biópsias, ressecções de linfonodos, vasectomias, entre outras), os pacientes foram encaminhados ao Ambulatório de Triagem da Clínica Cirúrgica no Centro de Saúde-Escola de Paulínia, com a devida notificação sobre a presença de doenças sistêmicas, dos tratamentos em vigência e dos cuidados específicos. A ocasião foi propícia para o diagnóstico e controle das doenças associadas, atualizações de vacinas e de programas de prevenção do câncer de mama e do colo uterino, nas mulheres.

Os pacientes residentes fora do município de Paulínia, portanto atendidos em postos e centros de saúde, ambulatórios da Previdência Social ou em clínicas privadas em suas cidades, foram encaminhados, na quase sua totalidade, ao Ambulatório de Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UNICAMP, que por sua vez, os encaminharam ao Ambulatório de Triagem da Clínica Cirúrgica. Nas vezes em que os pacientes não apresentavam con-

trole clínico de doenças sistêmicas, vacinações em dia, ou exames preventivos quanto ao câncer ginecológico, eram devolvidos à rede básica de seu município até regularização.

Casos específicos (trombose hemorroidária, abscesso perianal e sacro-coccígeo, retenção urinária aguda, desbridamentos, entre outros de tratamento cirúrgico o mais breve) tiveram encaminhamento direto do Pronto Socorro ou do Ambulatório para resolução sob forma ambulatorial ou simplificada.

2.2.1.2. ATENDIMENTO MÉDICO NO AMBULATÓRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

O Ambulatório de Clínica Cirúrgica teve seu espaço físico em quatro salas de consulta médica e um amplo salão de espera para os pacientes, no Cento de Saúde-Escola de Paulínia, localizado em frente ao Hospital Municipal de Paulínia. Foi desenvolvido de segunda à sexta-feira, no período vespertino, excetuando-se os feriados. Participaram deste atendimento os cirurgiões da Clínica Cirúrgica, os residentes do segundo ano em cirurgia e os alunos do sexto ano médico, em estágios regulares. Do corpo de apoio, atuaram duas auxiliares de enfermagem e uma secretária administrativa.

2.2.1.3. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Os pacientes foram submetidos à anamnese, exame físico geral e especial, com ênfase na doença de resolução cirúrgica.

gica. Confirmada a necessidade de intervenção cirúrgica, enquadrada dentro da atenção primária e secundária que a Clínica Cirúrgica se propôs, foi aberto o prontuário específico, chamado "Arquivo da Cirurgia". (ANEXO III).

Para pacientes com procedimentos sob anestesia infiltrativa local e alta imediatamente após, não foram necessários exames laboratoriais, além dos eventualmente já efetuados na avaliação pelo clínico da rede básica de saúde.

Naqueles com procedimentos sob anestesia loco-regional, bloqueio espinal ou geral, foram realizadas as dosagens de hematócrito e hemoglobina, e a análise da urina. Quando acima de 45 anos ou antecedente de cardiopatia, foi feito o eletrocardiograma. Os portadores de doenças associadas ou com antecedentes de intercorrências em outros tratamentos, foram submetidos a dosagem sérica de glicose, uréia e creatinina, coagulograma, parasitológico das fezes e estudo radiográfico do tórax.

Quando necessário penetração em cavidade abdominal ou torácica, foram realizados o hemograma completo, dosagem sérica de sódio, potássio, uréia, creatinina, glicose, coagulograma, parasitológico das fezes, eletrocardiograma e estudo radiográfico do tórax. Quando indicados, endoscopia digestiva e estudo ecografico abdominal foram efetuados.

O toque retal foi feito nos pacientes portadores de alteração do hábito intestinal, hérnias, doenças intra-cavitárias abdominais e distúrbios urinários. Nos portadores de doenças ano-retais, além do toque retal foi efetuada a reto-sigmoidoscopia.

Uma vez liberado para o ato cirúrgico, foi preenchida a ficha denominada "Pré-Operatório da Clínica Cirúrgica". (ANEXO IV).

2.2.1.4. SELEÇÃO DE ATOS CIRÚRGICOS

No Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada da Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia, iniciado em 1986, foi designado "Cirurgia Ambulatorial" ao procedimento sob anestesia infiltrativa local, liberando o paciente imediatamente após o término da intervenção, e "Cirurgia Simplificada" ao procedimento de maior complexidade, sob anestesia loco-regional ou necessitando de participação do anestesiológico e de cuidados pós-operatórios hospitalares por tempo mínimo suficiente, variando em função da complexidade do caso, dentro de um protocolo rígido e necessário (VÉLEZ-GIL & GONZÁLEZ, 1976; LOPES et al., 1988; MEDEIROS & PERES, 1988).

Nesta casuística, a cada especialidade médico-cirúrgica corresponderam diferentes procedimentos de forma ambulatorial e simplificada.

De forma ambulatorial, foram realizados excisão e sutura de lesões de pele e tecido celular subcutâneo, incisão e drenagem de abscessos, desbridamentos, ressecções de linfonodos, frenulectomias de língua, procedimentos em doenças benignas de mucosa oral, postectomias, frenuloplastias de pênis, vasectomias, meatotomia uretral, cistostomia, e ginecomastia. Também foram incluídos casos selecionados em tratamento cirúrgico do cisto pilonidal sacro-coccígeo, hemorroidectomias, esfincterotomia anal interna, drenagem de abscessos anais, exérese de plicomas anais, hidrocelectomias, procedimentos em doenças benignas de testículo e epidídimo, herniorrafia umbilical e epigástrica, fleboextração de varizes nos membros inferiores, e amputação de artelhos.

De forma simplificada, foram realizadas as cirurgias no paciente pediátrico, herniorrafia incisional sem volumosa eventração, herniorrafia inguino-crural com ou sem colocação de prótese, herniorrafia umbilical, epigástrica, lombar e de Spiegel, abdominoplastia, ressecção de cisto tireoglossal e branquial,

tireoidectomias, hemorroidectomias, esfínterectomia anal interna, fistulotomia anal, drenagem de abscesso anal, tratamento cirúrgico do cisto pilonidal sacro-coccígeo, safenectomias e fleboextração de varizes nos membros inferiores, hidrocelectomias, varicocelectomias, e doenças benignas do testículo e epidídimo. Também foram incluídos casos selecionados em colecistectomia, vagotomia gástrica proximal, gastrectomia parcial por úlcera péptica, gastrostomia, jejunostomia, esôfago-fundo-gastro-plicatura e cardiomiectomia.

2.2.1.5. SELEÇÃO DE PACIENTES

O estado físico foi o critério inicial na indicação do procedimento de curta permanência. Foi selecionado o paciente sadio ou com doenças associadas leves ou moderadas, desde que controladas. As idades extremas, outrora consideradas contra-indicações, ocuparam seu espaço neste atendimento.

A comunicabilidade com o serviço após a alta foi fundamental, assim como o tempo que o paciente utilizaria para chegar ao Hospital (ideal se até 90 minutos), e a disponibilidade de telefone próximo. Acompanhante adulto idôneo foi essencial, assim como o grau de compreensão e estabilidade emocional do paciente e responsáveis, visando o entendimento das orientações médicas.

O transporte a ser utilizado após a alta do paciente foi combinado previamente, principalmente para os moradores fora do município de Paulínia.

2.2.1.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE CIRURGIA AMBULATORIAL E SIMPLIFICADA

Os pacientes, confirmadas as indicações cirúrgicas e cumpridas as premissas de inclusão no programa, receberam informações detalhadas dos cirurgiões quanto ao processo anestésico e cirúrgico, vantagens e desvantagens, riscos, tempo de permanência hospitalar, necessidades de cuidados pessoais e de familiares ou responsáveis, de transporte, afastamento de vícios, tempo de afastamento do trabalho e possíveis complicações.

Foram causas de exclusão, na forma ambulatorial, os pacientes com rejeição ou antecedente desfavorável ao uso de anestésicos locais, estado psíquico alterado próprio ou de familiares, deficiente controle de doenças sistêmicas, descrédito para com o programa, e doenças altamente contagiosas (DAVIS & SUGIOKA, 1987). Associam-se os com baixo nível de informação, ausência de acompanhante idôneo, ausência de condições familiares e de moradia mínimas aceitáveis, precária higiene, ausência de telefone acessível ou transporte de pronta disponibilidade no pós-operatório, e obesidade sem controle.

Foram causas de exclusão, na forma simplificada, além das descritas na forma ambulatorial, as crianças prematuras com menos de três meses de idade, pacientes sem aceitação da cirurgia ou anestesia propostas, os acometidos de infarto do miocárdio nos últimos seis meses, os com dosagens de hemoglobina menor que 10 g% e os idosos com dificuldade de deambulação precoce. Associam-se os portadores de hérnia incisional com volumosa eventração, obesidade mórbida, os com necessidade de intervenção de urgência da cavidade abdominal, os com encarceramento de alça intestinal, e os com necessidade de derivações biliares ou manipulação em via biliar principal e papila duodenal.

2.2.1.7. PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

Os pacientes, acompanhados de adultos idôneos, compareceram inicialmente à recepção do Hospital para preenchimento dos registros da Previdência Social. Trouxeram a ficha "Pré-operatório da Clínica Cirúrgica", preenchida na ocasião do agendamento no Ambulatório. Todos os pacientes, antes da admissão, tiveram avaliados seus dados vitais, peso, e confirmada a integridade do jejum, pela auxiliar de enfermagem.

Nas cirurgias ambulatoriais, os pacientes foram orientados a comparecer no Hospital com uma hora de antecedência, conservando jejum de duas horas. A tricotomia da área a ser operada foi geralmente realizada no domicílio do paciente, seguida de banho geral com sabonete antes de sair de casa. A auxiliar de enfermagem acompanhou o paciente até a "Sala de Cirurgia Ambulatorial Externa", localizada fora dos limites do Centro Cirúrgico, para os procedimentos menores sob anestesia local, ou até o Centro Cirúrgico, onde uma de suas quatro salas estava destinada a cirurgias neste período. Não foi utilizada medicação pré-anestésica.

Nas cirurgias simplificadas, os pacientes portadores de doenças associadas de fácil descompensação foram hospitalizados no final da tarde da véspera do dia da cirurgia, para controles rigorosos. O paciente pediátrico necessitou de comparecimento de, pelo menos, um dos pais ou adulto responsável, equilibrados emocionalmente, no mínimo uma hora antes do ato; jejum por três horas em crianças até um ano, por quatro horas entre um e dois anos, por seis horas acima de dois anos, e por oito horas nos escolares; e banho geral com sabonete ao sair de casa. Após a pesagem, a criança e seu acompanhante adentraram à Sala de Recuperação Anestésica Infantil, após trajarem vestes permitidas para o local. Nesta sala, o anestesiolegista reavaliou todos os dados vitais, com ênfase no aparelho respiratório. Para pacien-

tes adultos programados para alta no mesmo dia (sadios, transporte confirmado, residência próxima, cirurgia no período matutino), ou com a programação de um pernoite no Hospital (doença associada de fácil descompensação, residência com mais de 90 minutos de traslado até o Hospital, transporte e comunicação difícil, e cirurgias no período vespertino), quer por anestesia local ou por bloqueio, foi requerido o comparecimento de, pelo menos, duas horas antes do ato; jejum por oito horas; e tricotomia da área a ser operada seguida de banho geral com sabonete antes de sair de casa. As medidas dos dados vitais, a revisão da tricotomia e higiene, a troca de roupa, e a espera até o momento do ato cirúrgico foram realizados no "Quarto de Pacientes Externos", quando da alta no mesmo dia, ou nos quartos da Enfermaria da Clínica Cirúrgica, destinados a pacientes de curta permanência, com um pernoite. Para pacientes adultos portadores de doenças associadas de fácil descompensação e riscos, e nos casos selecionados de cirurgia em cavidade abdominal ou torácica, houve interesse, na maioria dos casos, na hospitalização no final da tarde da véspera do ato, para visita pré-anestésica, vigilância rigorosa dos dados vitais, medicações em uso, enteroclisma quando necessário, tricotomia, e banho geral com sabonete e povidona-iodine no local duas horas antes do ato cirúrgico. Utilizaram os quartos na enfermaria da Clínica Cirúrgica, que não ocupados por doentes crônicos ou infectados.

2.2.1.8. ATO CIRÚRGICO

Para antissepsia, foi padronizada a solução de polivinil pirrolidona-iodine, também conhecida como povidona-iodine, sendo empregada a solução tópica em mucosa oral, e a solução

degermante nas regiões ano-retal e perineal. Nas outras regiões, foi adotado o esquema de, inicialmente, empregar a solução degermante com compressa estéril na área a ser operada, pela auxiliar da sala, seguida pela complementação com a solução de tintura alcoólica, pela equipe cirúrgica já paramentada. A degermação das mãos e braços da equipe cirúrgica foi realizada por escovação com a solução degermante.

A equipe cirúrgica foi composta por um docente, um residente e um graduando.

Procedimentos realizados na Sala de Cirurgia Ambulatorial de Paciente Externos, sob anestesia local, não necessitaram de outras monitorizações além do controle do pulso e da pressão arterial, havendo diálogo constante da equipe com o paciente. A paramentação da equipe, nesta sala, constou de aventais estéreis sobre a roupa habitual, luvas, gorros, máscaras e propés. O material cirúrgico utilizado foi constituído do menor número de peças necessárias para estes procedimentos. Um eletrocautério portátil esteve sempre à disposição, assim com um carrinho contendo todo o material e medicações necessários para uma ressuscitação cárdio-respiratória.

Procedimentos realizados sob anestesia loco-regional, bloqueio ou geral, necessitaram monitorização rigorosa dos dados vitais, cardiológica contínua, respiratória, associando, nas crianças, o estetoscópio precordial. A venóclise foi obrigatória em veia periférica do membro superior. Eletrocautério de maior porte esteve à disposição. O esquema de dois procedimentos em uma mesma sala cirúrgica não foi viabilizado. O anestesilogista foi o responsável pela sedação, pelos bloqueios e pela anestesia geral. Cateterização nasogástrica e vesical foi utilizada esporadicamente em pacientes com cirurgias de cavidade abdominal.

2.2.1.9. ATO ANESTÉSICO

No paciente pediátrico, a medicação pré-anestésica foi utilizada apenas nas crianças de dois a cinco anos que não colaboraram, constando de quetamina (4 mg/Kg) e atropina (0,02 mg/Kg) por via muscular.

Nos adultos, em procedimentos cirúrgicos de alta no mesmo dia ou após um pernoite, a medicação pré-anestésica administrada foi o midazolan, na dose de 15 mg, sendo por via oral quando da anestesia loco-regional, e por via muscular quando da anestesia por bloqueio ou geral, por solicitação dos anesthesiologistas.

Os pacientes abaixo de 65 anos, submetidos a cirurgias em cavidade abdominal ou torácica, ou os portadores de doenças associadas, receberam a medicação pré-anestésica prescrita pelos anesthesiologistas, como diazepam (10 mg), midazolan (15 mg) ou meperidina (100 mg), meia a uma hora antes do ato cirúrgico-anestésico.

Anestesia local foi utilizada em 1.670 pacientes (49,87%), peridural em 832 (24,84%), raquídea em 308 (9,20%), geral em 319 (9,52%), peridural associada a geral em 97 (2,90%), local associada à sedação em 16 (0,48%), e ignorada em 107 (3,19%). (TABELA 09).

2.2.1.10. TÉCNICAS OPERATÓRIAS

As técnicas operatórias empregadas foram as mesmas protocoladas nas diversas disciplinas do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, o que foi considera-

do fundamental para manter a integridade do aprendizado dos graduandos e dos residentes, que já estagiaram nestas disciplinas.

2.2.1.11. RECUPERAÇÃO PÓS-CIRÚRGICO-ANESTÉSICA

Pacientes submetidos a procedimentos sob anestesia local, permaneceram na Sala da Cirurgia Ambulatorial de Pacientes Externos o tempo da descrição do ato cirúrgico, registros, orientações quanto ao pós-operatório e receitas, juntamente com seu acompanhante, sendo liberados imediatamente após.

Crianças submetidas à procedimentos, sob anestesia epidural sacra ou geral inalatória, com ou sem tubação oro-traqueal, terminado o ato foram encaminhadas à Sala de Recuperação Anestésica Infantil, anexa ao Centro Cirúrgico, onde um dos pais ou responsáveis já as aguardavam, devidamente paramentados. Entre uma e duas horas de recuperação, as crianças foram liberadas pelos anestesiológicos, sendo encaminhadas ao Quarto de Pacientes Externos da Enfermaria, juntamente com seus acompanhantes, onde permaneceram, em média, por mais quatro horas. Este período foi utilizado para controle da consciência, dos dados vitais, e da área operada; para re-introdução oral de líquidos e sucos inicialmente, e de leite, bolachas e frutas a seguir; e para iniciar os preparativos para a alta.

Pacientes submetidos a procedimentos sob anestesia loco-regional com sedação, bloqueio espinal ou geral, após o término do ato foram encaminhados à Sala de Recuperação Anestésica de Adultos, anexa ao Centro Cirúrgico, com funcionário da enfermagem em controle rigoroso dos dados vitais, e do sistema cárdio-respiratório. Após liberados pelos anestesiológicos, foram encaminhados aos quartos da Enfermaria da Clínica Cirúrgica, para

controles, medicações, cuidados, e quando necessário, pernoites.

2.2.1.12. MEDICAÇÃO ANALGÉSICA

Nas cirurgias sob anestesia local, foi prescrita a associação dipirona-adifenina-prometazina por via oral. Na presença de dissecções maiores ou áreas mais sensíveis, foi associado o diclofenaco sódico por via oral, desde que o paciente não fosse dispéptico.

Nos casos selecionados sob anestesia loco-regional, foi administrado o diclofenaco sódico por via muscular após o término do ato operatório, e mantido por via oral, associado a dipirona-adifenina-prometazina até o retorno ambulatorial.

Nos pacientes pediátricos, foi utilizado o supositório de dipirona por via retal em crianças pequenas, e dipirona ou paracetamol, por via oral, nas maiores.

Nos pacientes submetidos a cirurgias com anestesia por bloqueio ou geral, foi administrado o diclofenaco sódico por via muscular a cada 8 ou 12 horas, e a associação dipirona-adifenina-prometazina desde que dor forte, até que o trato digestivo fosse totalmente restabelecido para medicação oral.

Pomadas anestésicas foram associadas nos procedimentos da região anal e perineal.

2.2.1.13. USO DE ANTIBIÓTICOS

O uso de antibióticos foi intimamente relacionado a classificação das feridas operatórias em relação com a contaminação e o risco crescente de infecção.

Nos pacientes portadores de feridas operatórias limpas, o antibiótico não foi indicado, exceto nos valvulopatas, nas cirurgias de grande dissecação tecidual, e após implantação de próteses. Nestes, portanto, foi utilizado cefalosporina de primeira geração, e de forma profilática (uma dose ao instalar a venóclise, e uma ou duas doses após seis e doze horas respectivamente).

Nos pacientes com feridas operatórias limpa-contaminadas, não foi indicado em doenças ano-retais e da região sacro-coccígea, urológicas, esôfago-gastro-duodenais, da vesícula biliar, e da mucosa oral. Utilizaram antibioticoprofilaxia os portadores de valvulopatias, diabéticos de fácil descompensação, pneumopatas, imunodeprimidos, obesos, nas cirurgias de cistos sebáceos, gastrostomias e jejunostomias, tendo sido indicada a cefalosporina de primeira geração.

Pacientes com feridas contaminadas utilizaram antibioticoprofilaxia na maioria das vezes, e até antibioticoterapia, dependendo do controle da doença associada, extensão da ferida, velocidade de acometimento local, e virulência do germe pré-existente, optando-se, também, pela cefalosporina de primeira geração.

Pacientes com feridas sujas e infectadas utilizaram antibiótico de forma terapêutica na maioria das vezes, embora a forma profilática pòde ser indicada. Foi administrado cefalosporina de primeira ou segunda geração, e dependendo da gravidade, associaram-se aminoglicosídeos ou metronidazol. Não foram utilizados antibióticos em pacientes jovens e hígidos submetidos a drenagem de abscessos ano-retais.

Portanto, dos 3.349 pacientes operados, 2.927 (87,40%) não fizeram uso de antibióticos, 258 (7,70%) utilizaram de forma profilática e 164 (4,90%) o fizeram de forma terapêutica. (TABELA 10).

Salienta-se que 108 pacientes foram submetidos a dois procedimentos concomitantemente. Em 91 pacientes, esteve associada ferida limpa com limpa; em 5, limpa com limpa-contaminada; em 11, limpa-contaminada com limpa-contaminada; em 1, limpa-contaminada com contaminada. Para indicação de antibióticos, o paciente foi classificado pelo maior risco de infecção.

2.2.1.14. CRITÉRIOS DE ALTA DO SERVIÇO

Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos sob anestesia local, tiveram alta imediatamente após o término do procedimento.

Casos selecionados sob anestesia loco-regional, permaneceram na Sala de Recuperação Anestésica de Adultos, em média, por uma hora. Após este prazo, observada a área operada, nível de consciência, dados vitais, receber medicação, ter apresentado micção espontânea, e ter ingerido chá, sucos e bolachas, cada paciente foi liberado para seu domicílio da própria Sala de Recuperação, com seu acompanhante.

Após cirurgias do período matutino, crianças e adultos submetidos a procedimentos com participação do anestesio-
logista, e com programação para alta no mesmo dia, após a passagem pela Sala de Recuperação Anestésica permaneceram nos quartos de procedimentos externos da enfermaria, sendo as crianças em média por seis horas, e adultos, em média por oito horas. Quando do momento da alta, foi observada a área operada, nível de cons-

ciência, dados vitais, micção espontânea, re-alimentação no hospital, presença do meio de transporte já no local, acompanhante idôneo, e compreensão dos cuidados domiciliares sobre seu pós-operatório. Somente após a liberação do anestesiolegista e do cirurgião, receberam alta.

Pacientes após cirurgias no período vespertino, que utilizaram sedação ou participação de anestesiolegista, seguiram as mesmas normas e exigências que as do período matutino, necessitando, porém, um pernoite no hospital. Em média, permaneceram por dezesseis horas no pós-operatório, e para sua alta, foram dispensadas as avaliações finais do anestesiolegista.

Para pacientes com cirurgias de penetração em cavidade abdominal, quer por anestesia geral ou por bloqueio, seguiram-se os mesmos critérios de alta dos pacientes hospitalizados, salientando que, em colecistectomias, vagotomias gástricas proximais sem drenagem, cardiomiectomias e esofago-fundo-gastroplicaturas, a alta ocorreu entre 36 e 48 horas, enquanto nas ressecções gástricas os pacientes foram liberados no 5º dia pós-operatório. (ANEXO VI).

2.2.1.15. RETORNO NO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS

Todos os pacientes, após liberação do procedimento, passaram a portar a ficha "Pós-Operatório da Clínica Cirúrgica" (ANEXO V), contendo todos os dados sobre a cirurgia e a anestesia, grau de contaminação, tempo de permanência no serviço, uso de antibióticos, eventuais complicações, observações, e a data do primeiro retorno ambulatorial. Foram orientados quanto a cuidados com a ferida operatória, alimentação, repouso e medicações mediante receita.

O primeiro retorno foi programado obrigatoriamente para o 7º dia pós-operatório, para controle da infecção cirúrgica, das medicações e cuidados adotados, e para ablação dos pontos.

O segundo retorno foi programado para próximo do 15º dia pós-operatório, com intuito de diagnosticar infecções da ferida que tenham surgidas após a primeira semana, já sem os pontos, e também programar o retorno às atividades e trabalho.

A seguir, os retornos variaram conforme as doenças operadas. Particularmente, nas cirurgias ano-retais, foram indicados retornos com um, dois e seis meses pós-operatórios. Nos procedimentos para doença pilonidal, indicou-se retornos semanais até a completa cicatrização, e no sexto mês pós-operatório. Nas hérnias e úlceras pépticas, retornaram com um, dois, seis meses, e a seguir, anualmente.

A infecção foi diagnosticada clinicamente, quando da presença de supuração da ferida, sinais de celulite, linfonomegalia e febre. Não houve viabilidade para utilização da cultura no diagnóstico laboratorial, como preconizado por ALTEMEIER (1980).

2.2.2. DA AVALIAÇÃO DE CUSTOS ENVOLVIDOS NO PROGRAMA DE CIRURGIA AMBULATORIAL E SIMPLIFICADA

Os custos foram analisados na implantação e operacionabilidade do sistema, assim como especificamente no tratamento cirúrgico, mediante uma análise com os gastos envolvidos na realização do procedimento mais frequente nesta casuística, a hernioplastia inguinal. Partindo da premissa que o ato cirúrgico foi exatamente igual, independente do tempo de permanência

hospitalar, foram mensurados os custos relativos a um paciente adulto, submetido a hernioplastia inguinal unilateral, sem implantação de prótese, comparando-se:

- a) apresentação e cirurgia no período matutino, anestesia local e alta à tarde;
- b) apresentação e cirurgia no período matutino, anestesia peridural e alta à tarde;
- c) apresentação e cirurgia no período vespertino, anestesia local e alta na manhã seguinte;
- d) apresentação e cirurgia no período vespertino, anestesia peridural e alta na manhã seguinte;
- e) hospitalização na véspera, cirurgia sob peridural, e alta na manhã do terceiro dia pós-operatório.

Para esta análise, foram computados os vencimentos dos médicos, residentes, graduandos, auxiliares de enfermagem, gastos com alimentação, preparos, materiais e medicações. Os valores tiveram base no mês de dezembro de 1990. Não foram considerados os custos do consumo de água e de energia elétrica, da mão-de-obra da copa e cozinha, lavanderia, central de esterilização, limpeza, almoxarifado, e nem da depreciação de materiais e aparelhos.

Gasto referente ao procedimento anestésico-cirúrgico foi referido como "custo intra-operatório". Gasto referente a permanência hospitalar, alimentação, medicações fora da sala cirúrgica e curativos na enfermaria, foi referido como "custo extra-operatório".

2.2.3. DA AVALIAÇÃO DO AUMENTO DA DISPONIBILIDADE DE LEITOS HOSPITALARES

Os cálculos foram realizados considerando o número de pernoites utilizados nesta casuística, em contraste com o número de pernoites destes mesmos pacientes se tivessem sido operados sem a programação de alta precoce. Foram desprezadas as horas de permanência na Sala de Recuperação Anestésica e no Quarto de Pacientes Externos até a liberação no mesmo dia. Os dados foram comparados com os relatados pela literatura. (TABELA 11).

2.2.4. DA AVALIAÇÃO DO APROVEITAMENTO DO ENSINO EM CIRURGIA PARA GRADUANDOS E RESIDENTES

Estagiaram, de forma regular, dois graduandos em medicina, a cada cinco dias úteis, na Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia, sob supervisão docente. Participaram de visitas diárias aos leitos da Enfermaria, prescrição médica, curativos, controles pré e pós-operatórios, critérios de alta, intra-operatório como cirurgiões de procedimentos menores, auxiliares ou instrumentadores em procedimentos de maior complexidade. Aprenderam ou fixaram regras básicas de antisepsia, e princípios básicos de técnica cirúrgica. No ambulatório, iniciaram o atendimento de casos novos, acompanharam a ablação de pontos e cuidados com a ferida cirúrgica, e, principalmente, participaram do diagnóstico e elaboração das condutas mais frequentes em Clínica Cirúrgica. Durante o estágio global, presenciaram seis aulas teóricas sobre tópicos das cirurgias mais frequentes no Serviço. As avaliações do aproveitamento do estágio em Clínica Ci-

rúrgica foram feitas mediante questionário no final do estágio global de todas as áreas.

Quanto aos residentes, estagiaram dois residentes do segundo ano em cirurgia geral, por dois meses. Considerando a ênfase e interesses maiores, participaram de programação semelhante à dos graduandos, diferindo na postura, responsabilidade, análise crítica de técnicas e resultados cirúrgicos, na realização de todas as cirurgias, acompanhamento de exames mais sofisticados, e dispensa das aulas teóricas. Na última semana do estágio, apresentaram trabalho de revisão bibliográfica recente sobre um assunto de interesse do serviço. As avaliações de aproveitamento, críticas e sugestões foram feitas mediante questionário no final do estágio.

3. RESULTADOS

3.1. DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

3.1.1. PARTICIPAÇÃO DO PROGRAMA DE CIRURGIA AMBULATORIAL E SIMPLIFICADA NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNIA

Na Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia, que atende as demandas e urgências do próprio município e alguns vizinhos, entre maio de 1986 e setembro de 1990, 4.227 pacientes foram submetidos às intervenções cirúrgicas. Destes, 3.349 (79,23%) foram operados através do Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada. Portanto, 3.241 foram submetidos a procedimento único, e 108 foram submetidos a dois procedimentos concomitantemente. (TABELA 12).

3.1.2. COMPLICAÇÕES GERAIS

Dos 3.349 pacientes operados, 30 (0,90%) apresentaram complicações gerais, sendo dois no per-operatório (uma criança com bronco-espasmo e depressão cardíaca, e um adulto com crise histérica), e vinte e oito no pós-operatório.

As 28 complicações gerais observadas no pós-operatório foram representadas por lipotímia em cinco pacientes (0,15%), infecção pulmonar em quatro (0,12%), atelectasia pulmonar em três (0,09%), infecção do trato urinário em três (0,09%), crise hipertensiva em dois (0,06%), retenção urinária em dois (0,06%), flebite em membro superior em dois (0,06%), trombose venosa profunda em membro inferior em dois (0,06%), cefaléia após punção de dura-máter em dois (0,06%), hemorragia digestiva alta em dois (0,06%), crise histérica em um (0,03%), arritmia cardíaca em um (0,03%), e bronco-espasmo em um (0,03%). (TABELA 13)

Todos evoluíram bem com o tratamento clínico, salientando que a criança que apresentou bronco-espasmo com depressão cardíaca foi transferida para a terapia intensiva pediátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Dentre as demais, 11 pacientes mereceram permanência hospitalar maior, internação ou reinternação no próprio Hospital Municipal de Paulínia. Destes, foram dois por infecção pulmonar, três por atelectasia pulmonar, dois por trombose venosa profunda em membro inferior, dois por hemorragia digestiva alta, e dois por cefaléia após punção de dura-máter. Náuseas e vômitos foram observados decorrentes especificamente de efeito de drogas anestésicas.

3.1.3. COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOSES

Dentre os 3.349 pacientes operados, compareceram aos primeiros retornos, 3.021 pacientes (90,20%). Complicações locais precoces foram observadas e tratadas em 145 (4,80%) dos pacientes seguidos. Foram representadas por infecção supurativa da ferida operatória em 130 pacientes, infecção loco-regional por germe anaeróbio sem necrose em dois, infecção perineal por germe

anaeróbio com necrose em um, num total de 133 casos (4,40%); hemorragia em nove (0,30%); fistula biliar em dois (0,07%); e evisceração em um (0,03%). (TABELA 14).

Houve necessidade de re-internação e re- operação em dois pacientes com hemorragia após hemorroidectomia (um no primeiro e outro no quarto dia pós-operatório); em três pacientes com infecção da ferida operatória, sendo dois na primeira semana (um por hernioplastia inguinal e um por hidrocelectomia) e um na segunda semana pós-operatória (por hernioplastia inguinal); e no paciente com infecção perineal por germe anaeróbio com necrose, após ressecção de várias lúpias em bolsa escrotal associada à hidrocelectomia.

Dois pacientes, submetidos à colecistectomia com drenagem do leito hepato-vesicular, evoluíram com fistula biliar de baixo débito e necessitaram de maior tempo de permanência hospitalar, sem re- operação. Foi re-operado, sem internação, um paciente por hemorragia no segundo dia pós-operatório de postectomia.

Todos tiveram evolução satisfatória.

3.1.4. COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

Complicações locais tardias ocorreram em 23 (0,92%) dos 2.517 pacientes seguidos, representadas por 13 recidivas das doenças primárias (0,52%), sendo seis em hernioplastias inguinais, duas em cistos pilonidias sacro-coccigeos, duas em herniorrafias incisionais, uma no tratamento cirúrgico da rânula e uma em hidrocelectomia; atrofia testicular com dor crônica em três pacientes (0,12%) submetidos a hernioplastias, dois destes resolvidos por orquiectomia; cicatriz fissurária anal em três pa-

cientes (0,12%), sendo dois após hemorroidectomia e um após esfinterotomia interna, tratados por cirurgia; eliminação parcial de prótese de polipropileno na correção de hérnia incisional em dois pacientes (0,08%); dor crônica em parede abdominal após correção de hérnia incisional com prótese de plipropileno em um (0,04%); e retração cicatricial em pênis após postectomia em um paciente (0,04%), resolvido por cirurgia. (TABELA 15).

3.1.5. MORTALIDADE

Não ocorreu óbito na presente casuística.

3.1.6. TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

O período de permanência hospitalar no pós-operatório variou de 15 minutos a cinco dias, conforme o tipo de cirurgia, anestesia, complexidade da atenção cirúrgica, programação matutina ou vespertina do ato, necessidade de cuidados mais rigorosos, e eventuais complicações.

Do total, 1.855 (55,39%) não necessitaram de hospitalizações, sendo liberados imediatamente após o procedimento ou no final da tarde do mesmo dia; 1.196 (35,71%) necessitaram de um pernoite no hospital, principalmente por terem sido operados, na maioria, no período vespertino; 200 (5,97%) necessitaram de dois pernoites no hospital, sendo liberados na manhã ou fim da

tarde do segundo dia de pós-operatório; e 98 (2,93%) demandaram três a cinco pernoites. (TABELA 16).

Quarenta e seis pacientes (1,37%), apesar da alta médica, necessitaram pernoitar no hospital por falta unicamente de transporte.

3.1.7. ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL EFETIVO

Dos 3.349 pacientes operados, 328 (9,80%) apresentaram suas fichas sem dados no espaço destinado ao retorno pós-operatório, sendo impossível precisar quantos não retornaram ou quantos foram atendidos e não devidamente registrados.

Após o retorno no sétimo dia pós-operatório dos 3.021 pacientes, para ablação dos pontos quando necessário e controle da ferida operatória, 504 (16,68%) não mais apresentaram dados em suas fichas.

3.1.8. CORRELAÇÃO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA E AS TAXAS RELATIVAS DE INFECÇÃO

Dos 3.021 pacientes seguidos, 1.962 (64,95%) pertenciam ao grupo das feridas limpas, sendo diagnosticada infecção em 61 (3,11%); 758 (25,09%) pertenciam ao das feridas limpa-contaminadas, diagnosticando-se infecção em 39 (5,15%); 197 (6,52%) pertenciam ao das feridas contaminadas, verificando-se infecção em 15 (7,61%); e 104 (3,44%) pertenciam ao das feridas sujas e

infectadas, progredindo a infecção em 18 (17,30%). (TABELA 17)

3.1.9. CORRELAÇÃO ENTRE O USO DE ANTIBIÓTICOS E AS TAXAS GLOBAIS DE INFECÇÃO

Dos 3.021 pacientes seguidos, 2.888 (95,60%) não apresentaram infecção, sendo que 2.537 (83,98%) não utilizaram antibióticos, 213 (7,05%) utilizaram-no de forma profilática, e 138 (4,57%) de forma terapêutica. Dos 133 (4,40%) pacientes que apresentaram infecção, 76 (2,52%) não utilizaram antibióticos, 33 (1,09%) o fizeram de forma profilática e 24 (0,79%) de forma terapêutica. (TABELA 18)

3.2. DA AVALIAÇÃO DOS CUSTOS

3.2.1. CUSTOS DA IMPLANTAÇÃO

Este programa foi introduzido em maio de 1986, por necessidade, pois o Hospital não havia inaugurado totalmente suas instalações, e a escassez de leitos era realidade. De maio a setembro, somente cirurgias menores e sob anestesia local foram realizadas. A partir de setembro de 1986, com a contratação de anesthesiologistas para o Hospital e a aquisição de três leitos

para a Clínica Cirúrgica, foi possível ampliar a programação para procedimentos com anestesia por bloqueio ou geral. Atualmente conta com doze leitos para toda a Clínica Cirúrgica e seus diferentes programas, sendo que um dos quartos foi destinado a pacientes externos e dois quartos para os de curta permanência, geralmente um pernoite.

A partir de 1987, já estagiaram graduandos e residentes, sendo ampliado o número de médicos.

Portanto, os custos envolvidos neste programa, por estar em uma unidade hospitalar integrada, foram mínimos, visto que a enfermaria, o corpo de enfermagem, material cirúrgico, centro cirúrgico, ambulâncias e toda infra-estrutura já existiam. Os médicos, residentes e alunos, regulares dentro da Clínica Cirúrgica, só implementaram o programa.

Mesmo na Sala de Cirurgia Ambulatorial para Pacientes Externos, para iniciar sua ativação, poucos gastos foram envolvidos, pois todo o equipamento necessário já existia no Hospital. Custos com enfermeiras exclusivas, para pré e pós-operatório, enfermeira para controle de infecção cirúrgica e visitas domiciliares aos pacientes, ambulâncias, e assistentes sociais próprias do programa, não houveram, infelizmente, por falta de viabilização na contratação das partes integrantes do Convênio.

3.2.2. CUSTOS OPERACIONAIS

Na mesma linha de análise, por se tratar de unidade ambulatorial hospitalar integrada, os custos operacionais que o programa pode exceder à dinâmica da Clínica Cirúrgica também foram mínimos. A infra-estrutura (cozinha, limpeza, almoxarifado, transporte, administração, entre outros) e o pessoal envolvi-

do (médicos, residentes, alunos, corpo de enfermagem, atendentes, entre outros) foram do próprio Hospital, mantidos pela Prefeitura de Paulínia, UNICAMP e Convênio.

3.2.3. CUSTOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

Os pacientes adultos, submetidos a procedimentos menores, sob anestesia local, liberados imediatamente após o procedimento, não mereceram comparação de gastos, pois esta deve ser a prática em qualquer serviço.

Na análise dos custos extra-operatórios, avaliados no mês de dezembro de 1990 no tratamento cirúrgico de uma hérnia inguinal unilateral, sem colocação de prótese, foi observado que o modelo convencional, ou seja, internação na véspera, cirurgia sob peridural, e alta no terceiro dia (Cr\$ 5.710,68) gerava mais gastos, a saber:

- a) 269,4% em relação ao paciente sob anestesia local e alta no mesmo dia (Cr\$ 1.546,05);
- b) 166,0% em relação ao paciente sob anestesia local e alta na manhã seguinte (Cr\$ 2.146,86);
- c) 76,0% em relação ao paciente sob peridural e alta no mesmo dia (Cr\$ 3.243,94);
- d) 61,9% em relação ao paciente sob peridural e alta na manhã seguinte (Cr\$ 3.527,02).

(TABELA 19).

Quando, na análise dos custos extra-operatórios foram acrescentados os gastos inerentes ao intra-operatório (Cr\$ 10.269,29), o modelo convencional (Cr\$ 15.979,97) gerava mais gastos, a saber:

- a) 35,2% em relação ao paciente sob anestesia local e alta no mesmo dia (Cr\$ 11.815,34);
- b) 28,7% em relação ao paciente sob anestesia local e alta na manhã seguinte (Cr\$ 12.416,15);
- c) 18,2% em relação ao paciente sob anestesia peridural e alta no mesmo dia (Cr\$ 13.513,23);
- d) 15,8% em relação ao paciente sob peridural e alta na manhã seguinte (Cr\$ 13.796,31).

(TABELA 20).

3.3. DA LIBERAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES

Considerando a presente casuística, desprezando as horas de permanência na Sala de Recuperação Anestésica ou no Quarto de Pacientes Externos até a liberação no mesmo dia, obteve-se os seguintes resultados:

- a) hospitalização desta casuística no Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada : 1.988 pernoites;
- b) hospitalização desta mesma casuística se tivesse sido adotado o modelo convencional, sem alta precoce : 6.053 pernoites;

Houve, portanto, houve economia de 4.065 leitos entre setembro de 1986 e setembro de 1990, somente pela análise de permanência pós-operatória, significando a liberação de 1.016 leitos por ano, ou o equivalente a 2,74 leitos por dia por paciente, para serem utilizados em casos de indiscutível necessidade.

3.4. COMO INSTRUMENTO DE ENSINO EM CLÍNICA CIRÚRGICA

3.4.1. A NÍVEL DE GRADUAÇÃO

Todos os internos do sexto ano médico atuaram com os docentes, em números médios, de quatro procedimentos na função de cirurgião e treze como auxiliares ou instrumentadores, em consultas de vinte e um casos novos, e do acompanhamento dos casos operados.

A análise das avaliações mostrou a revitalização do interesse, por parte dos internos, em procedimentos cirúrgicos e no aprendizado de técnicas cirúrgicas básicas e de antissepsia. Consideraram estágio imprescindível dentro da formação médica. A grande maioria das críticas foram relacionadas à escassez do tempo de permanência no estágio de cirurgia (cinco dias úteis), e do desejo de mais aulas teóricas e seminários, além das seis regulares, mesmo com o esclarecimento de que, a teoria neste programa, vem inserida nas atividades teórico-práticas diárias.

3.4.2. A NÍVEL DE RESIDÊNCIA

Todos os residentes do segundo ano em cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP estagiaram no serviço por dois meses. Em média, realizaram 82 procedimentos de forma ambulatorial e simplificada na função de cirurgiões, participaram de vinte dias de ambulatório com toda a dinâmica de pré e pós-operatório, controle precoce e tardio de pacientes operados, e, principalmente, do controle de infecção cirúrgica.

A análise das avaliações realizadas pelos residentes mostrou que este programa foi fundamental na formação do cirurgião, tanto pela ênfase e atenção aplicadas ao procedimento de menor porte, como pela amostragem das doenças e procedimentos mais frequentes no dia-a-dia do cirurgião brasileiro, pouco notado num hospital terciário como o Hospital das Clínicas da UNICAMP.

4. DISCUSSÃO

4.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A tendência mundial na área médico-cirúrgica nas diferentes especialidades vem apontando, nos últimos trinta anos, a cirurgia ambulatorial e toda a forma de simplificação de procedimentos, como um dos grandes avanços da medicina atual. A crescente solicitação dos pacientes pela forma ambulatorial e simplificações comprova sua ampla aceitação (OLIVEIRA, SPERANZINI, JUNQUEIRA, 1985; LOPES et al., 1988). A cada evento médico, novas técnicas, novas drogas, novos instrumentos são apresentados com o intuito de aumentar a segurança e o conforto do paciente, melhorar o tempo operatório, reduzir a permanência hospitalar e as complicações, retirando um grande número de procedimentos cirúrgicos das congestionadas vias burocráticas hospitalares (OLIVEIRA, SPERANZINI, JUNQUEIRA, 1985). Os custos, se por um lado aumentam na tecnologia aplicada, são reduzidos no menor número de intercorrências e infecções, por gerarem medicações caríssimas e tempo maior de hospitalização (CRUSE, 1975; GUIMARAES et al., 1985; FERRAZ et al., 1989b).

VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ (1978) relataram que 80% dos procedimentos cirúrgicos pertencem aos níveis I e II, portanto passíveis de tratamento sem hospitalizações. Este relato incluiu diferentes programas para nódulos de mama, histerec-tomias vaginais, hérnias e outras especialidades (ECHEVERRI et al., 1972; VÉLEZ-GIL et al., 1976; GONZÁLEZ et al., 1979; FASA,1981). No Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada do Hospital Municipal de Paulínia - UNICAMP, coordenado pela Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Ci-

rurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, desde o início só foram realizados procedimentos pertinentes à Clínica Cirúrgica, dentro de uma contestável denominação de "Cirurgia Geral". Dos 4.227 pacientes operados entre maio de 1986 e setembro de 1990, 3.349 tiveram participação no Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada, resultando em 79,23% dos pacientes operados pela Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia.

A literatura mais rica em Cirurgia Ambulatorial, até com revistas especializadas, vem sendo a norte-americana, e tem preocupação maior com a não hospitalização dos pacientes (LAWRIE, 1964; COHEN & DILLON, 1966; DAVIS & DETMER, 1972; PUTNAM & LANDEEN, 1978; CLOUD, 1986; MITCHELL, 1987), pouco referindo sobre programas que envolvem hospitalização mínima adequada (BOWEN et al., 1978; DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982; YADEGAR, 1986).

Quanto aos termos para designar os tipos de Cirurgia Ambulatorial, como em "menor" ou "pequena", "maior" ou "grande", "dos pacientes externos", "de curta permanência", "do primeiro dia", entre muitos outros, esbarrando em controvérsias dentro das próprias definições utilizadas pelos americanos (DAVIS, 1973; DETMER, 1981; COMMOM..., 1981; AHA..., 1981; DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982; DAVIS, 1984; DAVIS, 1986; WOLCOTT, 1989), desde o início dos trabalhos, em Paulínia, foi procurado utilizar o modelo colombiano como base (VÉLEZ-GIL, WILSON, PELÁEZ, 1975; VÉLEZ-GIL & GONZÁLEZ, 1976; VÉLEZ-GIL et al., 1976), com ampliações (FONSECA & ROCHA, 1987; LOPES et al., 1988). Portanto, o termo "Cirurgia Ambulatorial" foi utilizado para procedimentos sob anestesia local e alta imediatamente após seu término. O termo "Cirurgia Simplificada" envolve a presença do anestesiológico e tempo de recuperação em hospital, o menor permitido. Logo, englobou procedimentos de maior complexidade, com alta no mesmo dia ou com um pernoite, e os casos selecionados de intervenção em cavidade abdominal, torácica e pescoço, necessários nes-

ta demanda. Acredita-se que estas ampliações, no futuro, serão rotineiras, e que os avanços apontarão para a simplificação nos níveis mais complexos ainda.

Nos Estados Unidos, o desenvolvimento das unidades ambulatoriais independentes tem apoio de associações e cooperativas. Em 1981, haviam 270 centros cirúrgicos ambulatoriais privados, em 1985 haviam 330, e calcula-se que no início dos anos 90 já existam 832 unidades independentes (WOLCOTT, 1989). As seguradoras americanas exigem que o desempenho médico tenha aprovação em organizações específicas (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982). Mesmo assim, observa-se que a Cirurgia Ambulatorial encontra-se disponível em 70% de todos os hospitais não federativos e metropolitanos nos Estados Unidos, e que 87% destes utilizam o centro cirúrgico principal, tanto para pacientes internados, quanto externos (AHA..., 1981). No Brasil, ainda não temos estatísticas dirigidas para este tópico, e ainda existem poucas unidades ambulatoriais independentes conhecidas, que ficam limitadas às classes sócio-econômicas mais abastadas, com custos particulares (PINHO, 1987). As unidades ambulatoriais hospitalares autônomas e as satélites são as que mais poderiam ser desenvolvidas nos próximos anos, nos meios universitários e governamentais, em virtude da crise da Previdência, tão notada na atenção cirúrgica primária e secundária (RODRIGUES FILHO, 1989).

A forma adotada no Hospital Municipal de Paulínia, ou seja, a unidade hospitalar integrada, foi a melhor aceita no Brasil nestes últimos anos, assim como fôra nos anos 70 nos Estados Unidos (DAVIS, 1987). Requer escassos custos adicionais para implantação e operacionabilidade, porém inconvenientes podem ser notados, como o aumento dos índices de infecção em ocasiões específicas da vida hospitalar, e o atraso ou suspensão de cirurgias geradas por urgências, como já relatados por DAVIS (1987) e MITCHELL (1987). Portanto, as vantagens e desvantagens vividas em outros programas foram notadas no programa de Paulínia, chamando a atenção na boa receptividade e satisfação dos pacientes,

relatadas no final do tratamento. VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ (1978) comprovaram satisfação em 90% dos 2.832 pacientes não hospitalizados, em cirurgias de nível I e II, na Colômbia.

Cabe lembrar que o programa de Paulínia foi implantado em um hospital recém-inaugurado, sem a ativação de todas as suas alas no início, por uma combinação entre a necessidade cirúrgica da população encaminhada ao serviço e os recursos humanos, físicos e financeiros disponíveis naquele momento, como já acontecera com outros serviços (VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ, 1978; SANTOS, 1984).

Considerada de fundamental importância, como já enfatizado por GONZÁLEZ et al.(1979), foi a padronização de técnicas cirúrgicas e anestésicas, de medicações e fios, e de cuidados entre todos os profissionais de saúde, desde os primeiros procedimentos. Estes protocolos rígidos permitiram homogeneidade nas condutas, apreciados pelos graduandos e residentes, assim como tiveram valor nos levantamentos dos dados para fins de controle de infecção, recidivas e publicações científicas.

Um das deficiências do programa apresentado foi a ausência de enfermeiras com exclusividade. Teria atuação efetiva no pré e pós-operatório (DAVIS, 1987; MITCHELL, 1987), colaboraria na prevenção e controle da infecção cirúrgica (CRUSE & FOORD, 1973; CRUSE, 1975; FERRAZ & LIMA FILHO, 1981), e, sobretudo, nos telefonemas ou visitas domiciliares aos pacientes operados (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982), ao menos nos procedentes de Paulínia. DAVIS (1987) salientou que a enfermeira que participa ativamente neste processo, adquire afinidade especial para este tipo de trabalho e participação.

Outra falha foi a ausência de uma assistente social exclusiva, integrada com outras assistentes de outros municípios e, principalmente, com um sistema de transporte efetivo. Falta de participação familiar, condições precárias de moradia e higiene acabaram sendo detectados pelos membros da equipe médica, algumas vezes tarde demais, gerando preocupações.

Quanto ao transporte, 46 pacientes (1,37%), apesar de solicitado por telefone para parentes, amigos ou ambulâncias do município de origem, ficaram um pernoite no hospital além do tempo programado, após a alta médica. Por convenção municipal, as ambulâncias do hospital não puderam sair dos limites de Paulínia. Isto acarretou incômodos em raras vezes, pois geralmente haviam leitos disponíveis, vantagem esta observada em unidades ambulatoriais hospitalares integradas (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982).

O fato de o paciente residir fora do município da instituição em que foi operado, não implica, necessariamente em diminuição da sua segurança. ECHEVERRI et al. (1972) informaram que 22,4% dos 723 pacientes externos submetidos a procedimentos do nível I e II, na Colômbia, não residiam na cidade em que foram operados, e nem por isto notaram prejuízos. MAIA (1983) considera ideal o tempo de transporte de 90 minutos para que o paciente retorne à instituição, em caso de intercorrência. WHITE (1989) solicita que, os pacientes moradores em municípios distantes, planejem passar sua primeira noite pós-operatória dentro de uma distância razoável do serviço, quando utilizado o anesthesiologista, ou até em um hotel, como sugerido por DAVIS (1987). Na atual casuística, foi constatado que 1.636 pacientes (48,85%) não residiam em Paulínia, não sendo constatado nenhuma intercorrência grave inerente a este fato. Para pacientes com procedimentos menores, sob anestesia local, não houve preocupação com a distância. Para procedimentos que necessitaram de um ou mais pernoites na instituição, este tempo de hospitalização favoreceu um controle mais próximo dos pacientes nos períodos em que algumas complicações pudessem vir a ocorrer. Portanto, as maiores preocupações com os pacientes que não residiam em Paulínia, foram os adultos ou crianças que utilizaram os serviços do anesthesiologista ou sedação, tendo alta no mesmo dia. Neste caso, não só a distancia foi considerada (cerca de 100 Km); mas principalmente o tempo que levaria para trazer o operado até Paulínia (próximo de

90 minutos), se necessário. Somente em duas vezes, de toda a casuística, houve retorno dos pacientes nas primeiras horas pós-operatórias, ambas por retenção urinária, sendo um morador em Paulínia, e o outro não, recebendo alta após cateterização vesical.

A presença de doenças sistêmicas associadas não acarretou em prejuízo à indicação de procedimentos sob anestesia local ou não, nem na alta precoce dos pacientes. Até ao contrário, estes pacientes são beneficiados com o retorno rápido às suas medicações de rotina e alimentação precoce, quando operados de forma ambulatorial e simplificada. MAIA (1983) considera não haver limitações nestes pacientes se avaliados cuidadosamente no pré-operatório. Natof (SYSTEMIC...,1981) já havia constatado que, em ambiente cirúrgico ambulatorial bem controlado, a evolução de pacientes com doenças associadas era satisfatória, e que a ansiedade não aumentava-lhes as taxas de complicações. Em sua casuística, 21% dos pacientes apresentavam alguma doença associada, tendo sido a anestesia local a mais empregada. RIBEIRO & RIBEIRO (1988), em pacientes submetidos a cirurgias ano-retais ambulatorialmente, referia que nem a idade, nem as doenças associadas bem controladas eram fatores de risco aumentados para este processo. Na casuística de Paulínia, 776 pacientes (23,17%) apresentavam, em seus prontuários, indicações de doenças associadas. Dos motivos que suspenderam ou adiaram atos cirúrgicos antes do início, a crise hipertensiva e o broncoespasmo foram os mais frequentes, apesar de não mensurado. Para melhor avaliação e controle pré-operatório, tentando evitar a suspensão do ato no último momento, todo paciente com doença associada moderada ou avançada mereceu internação na tarde da véspera da cirurgia.

Com referência à idade dos pacientes operados, a maior preocupação ficou com os extremos da faixa etária. Não foi sentida dificuldade no paciente idoso, pois a anestesia local foi a mais empregada, com doses anestésicas bem abaixo do limite tóxico, evitando-se a sedação complementar e tornando mais acura-

da a monitorização. Quanto às crianças, foram evitadas as indicações de cirurgia nas prematuras, e nas com doenças de fácil descompensação. Por solicitação do grupo de anesthesiologistas, sempre que possível foi aguardado até o sexto mês de vida. A partir desta idade, promove-se a anestesia epidural sacral que, segundo REIS JR. (1983), tem favorável indicação dos seis meses aos seis anos de idade, com razoável analgesia pós-operatória. DAVIS (1987) afirmou que, como em todas as idades, o estado fisiológico do paciente é mais importante que a idade cronológica.

Quanto ao nível sócio-econômico do paciente operado, ECHEVERRI et al.(1972), com adultos, e SANTOS (1984), com crianças, observaram que o nível econômico baixo parecia não influir negativamente no resultado final do pós-operatório em casa. Esta casuística que, no máximo atingiu pacientes previdenciários, buscando um tratamento cirúrgico ágil, mostrou o mesmo resultado satisfatório.

4.2. DA ANESTESIA

No contexto da cirurgia ambulatorial e de simplificação de procedimentos, a anestesia infiltrativa local deve ser a mais explorada (COHEN & DILLON, 1966), com definidas vantagens no paciente portador de doenças sistêmicas associadas (SYSTEMIC..., 1981). O cloridrato de lidocaína apresenta rapidez, eficiência e segurança. A associação com bupivacaína pode ser utilizada, quando o tempo de anestesia vem a ser longo, evitando-se também a aproximação das doses tóxicas destes agentes. Nesta casuística, não houveram complicações atribuídas ao processo de anestesia local, utilizada em 1.670 pacientes (49,87%). Foi considerada indispensável a linha venosa e a monitorização dos

dados vitais, nos pacientes com procedimentos cirúrgicos sob anestesia loco-regional, e a sedação somente quando necessário (RAMOS et al., 1988 ; WHITE, 1989). WHITE (1989) considera que, o uso de medicações coadjuvantes sedativas e analgésicas durante as infiltrações de anestésicos locais, popularizado com o nome de "técnicas de sedação consciente", tem validade nos pacientes externos.

A anestesia geral, com uso mais regular do que os bloqueios nos Estados Unidos (COHEN & DILLON, 1966), teve participação maior, nesta casuística, nos procedimentos do grupo infantil e nos de pacientes com cirurgias de pescoço e da cavidade abdominal, sendo aplicada em 319 vezes exclusivamente (9,52%), e associada a bloqueio peridural em 97 vezes (2,9%). Esta associação revelou analgesia mais prolongada e menor utilização do volume de drogas inalatórias. A duração da operação e a necessidade de tubação traqueal foram fatores considerados para alta no mesmo dia. MAIA (1983) e SANTOS (1984) determinam que o tempo de duração dos procedimentos nos pacientes externos sob anestesia geral, não deva exceder a 90 minutos, o que implica em rapidez, habilidade e experiência da equipe cirúrgica. PEREIRA (1983), com anestesia geral ambulatorial, informa que, em média, seus pacientes permanecem por uma hora e quarenta e cinco minutos em período de recuperação anestésica. COHEN & DILLON (1966) só liberam seus pacientes após três horas de terminado o ato.

A anestesia peridural, utilizada em 832 pacientes (24,84%) desta casuística, tem a conveniência de liberar a deambulação em menos de seis horas, sem o risco aumentado de cefaléia. SANTOS, DAMASCO, CECATTI (1984) consideraram útil o bloqueio epidural sacral em crianças, pela analgesia pós-operatória propiciada, promovendo despertar tranquilo e sem dor, justificando o emprego de lidocaína pela curta duração dos atos. Fôra o observado nesta casuística.

A raquianestesia deve ser evitada nos pacientes com alta precoce, pelo risco de cefaléia e por não permitir a

deambulação precoce (REIS JR., 1983; WHITE, 1989). Pode ser utilizada em pacientes acima de 50 anos, ou na impossibilidade técnica da realização do bloqueio peridural, guardados os devidos cuidados (WHITE, 1989).

Uma alternativa utilizada em crianças submetidas a postectomias, foi a anestesia local associada à complementação por via muscular, venosa ou inalatória com ventilação espontânea, realizada pelo anestesiológico, em 16 vezes (0,48%).

CLARKE & HURTIG (1981) relataram que a medicação pré-anestésica via muscular com meperidina (1 mg/kg) e atropina (0,01 mg/Kg) não prolongou a recuperação para "aptidão para rua", após procedimentos em pacientes externos. SILVA JR. (1983) e REIS JR. (1983), em concordância entre anesestesiologistas, consideram melhor não utilizar medicação pré-anestésica em adultos ou crianças operados sem hospitalização, no sentido que os riscos excedem os benefícios. Quando imprescindível, deve ser administrada até uma hora antes do procedimento, em salas especiais, e sem tumulto. WHITE (1989) considera o midazolam (benzodiazepina hidrossolúvel de ação rápida e curta com efeito sedativo-ansiolítico) pré-medicação de administração muscular ou oral potencialmente útil para pacientes externos, e gera amnésia ao término do procedimento. O diazepam, contudo, ainda é um dos mais utilizados na prática diária.

Nesta casuística, foi preferido não utilizar medicação pré-anestésica nos pacientes acima de 60 anos, pelo risco de depressão respiratória ou de agitação psico-motora de difícil controle. Quando necessária medicação no intra-operatório, foi utilizada a meperidina na dose de 20 mg por via venosa. Em adultos jovens, a medicação pré-anestésica de escolha utilizada foi o midazolam, por via oral na dose de 10 a 15 mg, ingeridos com pouca água, com efeitos satisfatórios, quando da anestesia loco-regional, ou por via muscular, quando por bloqueio ou geral.

As possibilidades sempre presentes de náuseas, vômitos, inapetência e dores são comuns a qualquer tipo de procedi-

mento anestésico-cirúrgico, o que determinam a necessidade fundamental da participação familiar no entendimento das orientações médicas pós-operatórias no paciente externo, ou de curta permanência (OLIVA FILHO, 1983; MAIA, 1983). WHITE (1989) observou náuseas em 12 a 22% e vômitos em 4 a 8% em pacientes externos submetidos a anestesia geral.

Em suma, deve-se adequar novas drogas e novos métodos anestésicos a procedimentos de curta duração, principalmente no paciente externo, para a evolução da cirurgia de curta permanência (OTHERSEN & CLATWORTHY, 1968; REIS JR., 1983; SILVA JR., 1983; WHITE, 1989).

4.3. DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

4.3.1. O AMBULATÓRIO

O Ambulatório de Cirurgia no Centro de Saúde-Escola de Paulínia, trouxe a presença diária do cirurgião, com ênfase nas doenças de resolução cirúrgica a nível primário e secundário, na Rede Básica de Saúde, considerada proveitosa para todas as áreas. A existência do Ambulatório de Triagem em Cirurgia trouxe uma série de benefícios, principalmente na rapidez do agendamento da consulta dos casos novos, no pronto re-encaminhamento para um serviço específico quando não era de interesse ou capacidade do serviço, e na agilização de procedimentos cirúrgicos, para diagnóstico ou tratamento.

Quanto aos exames pré-operatórios em cirurgia ambulatorial e simplificada, é consenso da literatura que a solici-

tação destes venha a ser a mínima adequada. Nos procedimentos sob anestesia local, a anamnese e o exame físico acurados, questionamento sobre seus antecedentes, doenças associadas e comportamento da coagulação sanguínea, podem dispensar os exames laboratoriais (LEITE SOBRINHO, 1987). Nos que vieram a necessitar a intervenção do anestesiológico, foi solicitado a dosagem do hematócrito e da hemoglobina, e a análise da urina. Quando acima de 45 anos, foi realizado o eletrocardiograma. MELO et al. (1987) consideraram que, apesar de imprescindíveis, o hemograma e o exame de urina apresentaram altos índices de normalidade nos pacientes assintomáticos. Relataram que, apesar de todos os pacientes portarem exames laboratoriais, somente um terço apresentaram exames clínicos adequados, sugerindo a retomada da anamnese e do exame físico como o principal instrumento da avaliação pré-operatória. CLOUD (1987) considerou o exame de urina obrigatório em todas as crianças para procedimentos ambulatoriais. BRANDT (1988), em crianças, considerou o hemograma desnecessário na ausência de sinais clínicos de anemia, pois só veio a suspender 40,1% das cirurgias eletivas nos casos considerados clinicamente anêmicos.

Para as cirurgias torácicas, abdominais e de pescoço, ou qualquer paciente com doença sistêmica associada, houve solicitação adequada de exames, visando a segurança do paciente, do anestesiológico, do cirurgião e dos familiares no pós-operatório. Quando os pacientes eram procedentes da própria rede de Paulínia, seguiu anexo o prontuário do paciente com o relatório de todas as consultas próprias e de seus familiares, além de observações, sugestões, cuidados e exames já realizados. Esta integração entre clínicas mereceu relevância, pois também atuou como referência e contra-referência internas da Rede de Saúde. Com pacientes de outros municípios, as dificuldades foram maiores, com encaminhamentos incompletos, falta de avaliações clínicas, principalmente as cardiológicas, liberações para atos cirúrgicos e anestésicos, doenças sistêmicas não controladas, desprezo com

vacinações, prevenção do câncer ginecológico, e obesidade. Sempre percebidos no Ambulatório de Triagem da Cirurgia, foram acionados os órgãos responsáveis dos próprios municípios de origem, e, somente na falta absoluta de recursos destes, os requisitos foram cumpridos em Paulínia.

Outro ponto falho no sistema, foi a presença de dois prontuários para o paciente operado, um no Centro de Saúde e outro no Hospital. Enquanto este impasse perdurar, a solução adotada pela Clínica Cirúrgica foi a utilização da ficha "Arquivo de Cirurgia" (anexo III), que é o prontuário cirúrgico completo do paciente, contendo a história, exame físico, antecedentes, exames, ato cirúrgico e anestésico, e a evolução até a alta, ficando arquivada com os cirurgiões para levantamentos. DAVIS (1987) admitiu que a maioria dos serviços ambulatoriais utilizam formulários resumidos, práticos e próprios. Quando o paciente adentrou ao Hospital de Paulínia para o tratamento cirúrgico, portava a ficha "Pré-Operatório da Clínica Cirúrgica" (anexo IV), contendo seus antecedentes, diagnósticos, exames, e a programação anestésico-cirúrgica discutida no Ambulatório. Esta ficha ficou em definitivo no prontuário hospitalar, integrando-o ao do Ambulatório. Finalmente, o paciente já operado retorna ao Ambulatório de Egressos, portando a ficha "Pós -Operatório da Clínica Cirúrgica" (anexo V), que ficou em caráter definitivo com o mesmo quando de sua alta, tornando-se um completo relatório sobre seu tratamento, para onde e quando precisar.

4.3.2. SALAS DE CIRURGIA

A Sala de Cirurgia Ambulatorial Externa, fora do Centro Cirúrgico, equipada até para uma parada cárdio-respirató-

ria, foi interessante para o programa, pois apresentou disponibilidade maior e custos operacionais menores. Foram realizados 1.023 procedimentos (29,59%) e até poderiam ter sido feitos mais, não fossem os períodos de diminuição de funcionários do Hospital em épocas de dificuldades financeiras nos setores públicos.

As salas de cirurgia do Centro Cirúrgico, totalmente equipadas, foram utilizadas em 2.343 procedimentos (70,41%). A rotina de pré-agendamento permitiu o uso constante das salas nos períodos programados. Houveram inconvenientes que suspenderam ou atrasaram as cirurgias programadas, como cirurgias de urgências ocupando a sala ou o anestesiológico, falta de funcionária circulante em dias de maior movimento em todas as áreas, limites de horário de funcionamento do Centro Cirúrgico, entre outros. Estes fatores, já discutidos por DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON (1982) e DAVIS (1987) são inerentes às unidades ambulatoriais hospitalares integradas, não se notando em unidades independentes.

VÉLEZ-GIL et al. (1976), em 123 biópsias de mama em pacientes externos, na Colômbia, realizaram duas intervenções em uma mesma sala cirúrgica, com vantagens de custos em 80% e aumento da cobertura de atendimento em cinco vezes. Nesta casuística não foram operados dois pacientes concomitantemente em uma mesma sala, por convenção, mas não será descartada a hipótese em um futuro breve, quando das ampliações.

4.3.3. CONCOMITÂNCIA DE PROCEDIMENTOS

Dos pacientes operados, 108 (3,22%) foram submetidos a dois procedimentos ao mesmo tempo, e não houve nenhuma complicação por esta concomitância. Quando sob anestesia local, em nenhum momento foi atingida a dose tóxica, preferindo-se maior

diluição ou associação de dois agentes. Quando por anestesia espinal ou geral, evitou-se prorrogar o ato cirúrgico por mais de noventa minutos, quando de programação de alta no mesmo dia, conforme sugerido por COHEN & DILLON (1966).

4.3.4. LIBERAÇÃO DO PACIENTE PARA O DOMICÍLIO

Uma exigência adotada nos pacientes que tiveram alta no mesmo dia, foi a do consenso para liberação, tanto por parte do anestesilogista, como do cirurgião, assim como relatado por MITCHELL (1987). O horário da cirurgia, quando operado um paciente sem hospitalização, é um forte fator a ser considerado, para que haja tempo suficiente de recuperação (ACS..., 1980). SILVA JR. (1983) estimula, ao máximo, a realização de anestésias ambulatoriais no período da manhã, principalmente nas crianças, como já salientado por SANTOS (1984). Portanto, uma criança ou um adulto com procedimento maior, que receberam alta no mesmo dia, obrigatoriamente permaneceram por mais de duas horas em recuperação; apresentavam níveis de consciência e dados vitais normais; foram re-alimentados, sem apresentar vômitos; tiveram micção espontânea; receberam orientações pós-operatórias por escrito juntamente com um acompanhante; e partiram com um acompanhante responsável idôneo em transporte previamente estabelecido.

Neste sistema adotado, existe a programação específica para o tratamento cirúrgico no período vespertino, incluindo um pernoite no Hospital. Portanto, esta ampliação, possível por estar inserida em um sistema hospitalar integrado, permitiu otimizar todos os períodos cirúrgicos vespertinos, aumentando a produtividade e contribuindo para diminuir as listas de espera. Neste caso, a liberação por parte do anestesilogista

limitou-se à sala de recuperação anestésica, e a liberação final do paciente para seu domicílio ficou a cargo do cirurgião, já sem riscos aumentados, mas com as mesmas responsabilidades dos acompanhantes.

4.3.5. COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

As complicações intra-operatórias não podem ocorrer desde que tenha havido prévia seleção do paciente e tempo anestésico-cirúrgico compatível com os padrões de normalidade (LAWRIE, 1964; OLIVA FILHO, 1983; PEREIRA, 1983; SANTOS, 1984; FONSECA & ROCHA, 1987). As técnicas perfeitas de antisepsia e de cirurgia são fatores determinantes na ocorrência e frequência da infecção cirúrgica, fenômeno este complexo, real, significativo, contínuo e sujeito à alterações (ALTEMEIER, 1978).

4.3.5.1. COMPLICAÇÕES GERAIS

Das 30 complicações gerais percebidas (0,90%), apenas oito (0,24%) foram atribuídas ao Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada.

A lipotímia em cinco casos, observada na saída do Hospital, gerou temores nos familiares para consolidar a alta. Em todos foi constatada a falta de alimentação obrigatória no pós-operatório, quer por descuido da instituição, quer por não aceitação por parte do paciente, no período de recuperação. Corrigi-

da, tiveram alta minutos após.

Um caso de crise hipertensiva foi atribuída à falta de sedação adequada, somada à dor durante a aplicação do anestésico local. Tratada, não gerou hospitalização adicional.

Um caso de cefaléia foi atribuído ao bloqueio, pois faltou comunicação detalhada entre a equipe cirúrgica e anestésica, para uma provável punção de dura-mater. Esta paciente foi re-internada no terceiro dia pós-operatório para tratamento adequado.

Um caso de crise histérica foi observado no pós-operatório de uma cirurgia ano-retal sob peridural, já no quarto, necessitando sedação e um pernoite no Hospital.

As intercorrências anestésicas per-operatórias existem em qualquer programa cirúrgico. As mais frequentes são náuseas e vômitos, de fácil controle, também notados nesta casuística, sem mensuração.

O único caso considerado grave, com risco de vida, foi de uma criança de um ano com broncoespasmo severo, seguido de depressão cardíaca. Todos os cuidados iniciais foram prontamente realizados no Hospital Municipal de Paulínia, porém a continuidade do tratamento mereceu a transferência para a terapia intensiva do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Houve recuperação total da criança. SANTOS (1984), em 1.235 crianças operadas em sistema ambulatorial, relata broncoespasmo em 5 destas (0.4%), sem mortalidade. REED & FORD (1969), DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON (1982), DAVIS (1987) indicam que, todo serviço que se propõe a realizar cirurgia ambulatorial, necessita respaldo de um hospital de grande porte para as raras eventualidades graves, de pronta disponibilidade e elevado grau de profissionalismo, associado a um transporte efetivo de paciente de risco. O Hospital Municipal de Paulínia tem ampla integração com o Hospital das Clínicas da UNICAMP, inclusive para transferências de urgência e, se necessário, terapia intensiva.

4.3.5.2. COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOSES

Dentre as complicações locais precoces observadas (145 - 4,80%), onze (0,36%) foram consideradas intercorrências técnicas, sendo nove hemorragias e duas fístulas biliares.

Das nove hemorragias, dois pacientes após hernioplastias e dois após colecistectomias ainda permaneciam em recuperação, e foram re-operados no mesmo dia, aumentando um pernoite no tempo programado de hospitalização. Dois pacientes, já em casa, foram re-internados e re-explorados cirurgicamente, sob peridural, por hemorragia após hemorroidectomia. RAMOS et al. (1988) re-interviram em dois casos por hemorragia (0,21%) em 954 cirurgias ano-retais. MEDEIROS & PERES (1988) necessitaram de re-exploração por hemorragia em 9 pacientes (0,99%) dos 906 submetidos a hemorroidectomias sob anestesia local, sem hospitalização. Finalmente, os outros três pacientes desta casuística com hemorragias (dois após postectomia e um após ressecção de cisto pilonidal sacro-coccígeo) foram tratados conservadoramente. Todos apresentaram boa evolução.

WHITE (1989), em revisão, notou que a maioria dos serviços cirúrgicos de pacientes externos bem organizados apresentam taxa de hospitalização por complicações menor que 1% .

4.3.5.3. COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

Dos pacientes seguidos, 23 (0,92%) apresentaram complicações locais tardias, e em nenhum destes foi atribuída, como causa, o tipo de anestesia ou a alta hospitalar precoce.

A atrofia testicular após a hernioplastia inguinal, segundo WANTZ (1986), é uma seqüela que pode ocorrer em qualquer idade, decorrente da trombose vascular do cordão espermático por traumatismo durante a dissecação cirúrgica, com incidência variando de 0,06 a 7,9%. Não mais se atribui à reconstrução incorreta do anel inguinal interno ou à infecção. De rotina, no Ambulatório de Cirurgia de Paulínia, anota-se pré-operatoriamente, dados sobre o tamanho e presença de dor testicular, principalmente nas hérnias recidivadas, como preconizado por WANTZ (1986) e SPERANZINI et al. (1989). Tal observação, nesta casuística, foi de três casos (0,52%), todos adultos, entre 575 hernioplastias de homens.

A recidiva herniária inguinal varia conforme o tipo de técnica escolhida, idade do paciente, bilateralidade do correção cirúrgica, e experiência do cirurgião (ASMUSSEN & JANSEN, 1983). Nesta casuística, seis recidivas após hernioplastias inguinais (0,89%) foram observadas nos 673 procedimentos, embora o tempo de seguimento tenha sido curto, com três destas ocorrendo até o sexto mês pós-operatório, sugerindo problemas técnicos.

Dois pacientes submetidos à herniorrafia incisional apresentaram recidivas (1,74%), embora o tempo de observação tenha sido curto. A infecção notada em 20 casos (17,39%), considerada alta neste tipo de procedimento, favoreceu em um caso, além da recidiva herniária, a eliminação parcial da prótese.

Nos dois casos de recidiva de cisto pilonidal sacro-coccígeo, a cirurgia inicial realizada foi a incisão e curetagem. A técnica de ressecção do cisto, quando utilizada, não apresentou recidivas, embora o tempo de cicatização tenha sido maior. Em ambas as técnicas utilizadas, a anestesia local e a alta precoce pôde ser exequível.

A cicatriz anal fissurária é uma complicação que ainda gera, no seu tratamento, controvérsias e resultados variáveis. RAMOS et al. (1988) observaram dois casos (0,21%) em 954

cirurgias ano-retais. Nesta casuística foram registrados três casos, sendo dois destes entre os 239 pacientes submetidos a hemorroidectomias (1,25%), e um entre os 69 submetidos a esfincterotomias (1,45%). Todas de localização posterior, foram tratadas cirurgicamente, necessitando, em um dos casos, calibrações com velas a nível de ambulatório.

4.3.6. PERNANÊNCIA HOSPITALAR PÓS-OPERATÓRIA

Considerando pacientes sob anestesia local, loco-regional, geral ou por bloqueio, com alta no mesmo dia, não houve necessidade de pernoite em 1.855 pacientes (55,39%).

Considerando pacientes que necessitaram apenas um pernoite, operados no período vespertino, com doenças associadas operados em qualquer período, e os selecionados de maior complexidade, foram referidos 1.196 pacientes (37,31%). Houve diminuição de, pelo menos, 70% no tempo de permanência hospitalar pós-operatória, quando comparado com métodos convencionais.

Necessitando dois pernoites, foram referidos 200 pacientes (5,97%), representados pelas cirurgias com alguma complicação ou controle mais rígido, e pelos selecionados de intervenção em cavidade abdominal. Houve diminuição de, pelo menos, 50% no tempo de permanência hospitalar pós-operatória, quando comparado com métodos convencionais.

Por fim, necessitando três a cinco pernoites, foram referidos 98 pacientes (2,93%), com intervenção em cavidade abdominal e drenagens, havendo diminuição de, pelo menos, 40% no tempo de permanência hospitalar pós-operatória, quando comparado com métodos convencionais. Vale lembrar que, em pacientes com intervenção em cavidade peritoneal, a sonda naso-gástrica não foi

utilizada de rotina, como sugerido por JOEL et al. (1985), ou somente utilizada, quando essencial, após a indução anestésica e removida antes da extubação traqueal, como preconizado por FERRAZ et al., (1989a), pois sua presença não diminui a incidência de vômitos no pós-operatório, e gera aumento no tempo de permanência hospitalar.

Se somados os pacientes que tiveram alta no mesmo dia e os que necessitaram apenas de um pernoite, foi alcançada a cifra de 3.051 pacientes (90,1%). Deve ser salientado que o Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada de Paulínia tem particularidades próprias. Por ser considerado centro de referência para o tratamento das doenças de resolução cirúrgica primária e secundária da região, como das hérnias, das doenças anorretais, das doenças do sistema urogenital masculino, das varizes dos membros inferiores, além de servir à comunidade de Paulínia, em muitas vezes deparou-se com pacientes de risco, obesos, com doenças associadas de fácil descompensação, e que ali era o seu único recurso. Portanto, não obteve-se as cifras de 80% de alta no mesmo dia como descrito por VELEZ-GIL & GONZÁLEZ (1976) em casos selecionados do nível I e II, devido ao fato de que esta casuística foi lidada com a demanda. Mas, sem hospitalização ou com um pernoite, com permanência entre 16 e 20 horas, foi alcançada, nesta casuística, a marca de 90,1%, próxima a marcas relatadas em serviços que mantêm o paciente, por convenção, um pernoite na instituição, como em 91% dos casos relatados por GILBERT (1987). DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON (1982) consideram que a coordenação de serviços com alta após um pernoite, a chamada "cirurgia do primeiro dia", constitui o maior desafio para a adoção desta rotina nos Estados Unidos.

Contribuíram para a diminuição da permanência hospitalar, nesta casuística, a técnica cirúrgica e anestésica precisas, os baixos índices de infecção cirúrgica, a adequação de transporte, a participação familiar, a experiência e a coragem da equipe cirúrgica e anestésica.

4.3.7. ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL EFETIVO

O número de pacientes (328 - 9,80%) com fichas sem dados no pós-operatório a nível ambulatorial, foi considerado alto para este programa. Não se sabe quantos não retornaram, e quantos foram atendidos e não registrados, em pronto-socorro, nos fins de semana e feriados, ou até mesmo no ambulatório, por falta do prontuário naquele momento. Porém, observou-se que a quase totalidade pertencia a procedimentos sob anestesia local, e de ferida operatória considerada limpa, sendo o grupo que menos complicações apresentou. Dados de entrevistas posteriores ou por cartas revelaram que a ablação dos pontos foi realizada em seus municípios, por algum conhecido com experiência em enfermagem ou farmácia, e que não retornaram devido à ausência de complicações, dificuldade de transporte ou financeira. Acredita-se que a simplificação na execução de procedimentos tenha-lhes suposto uma complexidade menor, gerando menores cuidados e responsabilidades, o que não é salutar.

Após o primeiro retorno, o número de pacientes que não possuem mais dados registrados aumentou em 504 (16,68% dos seguidos), sugerindo que, não só a ausência de complicações, a dificuldade de transporte e financeira vieram a corroborar, como também a falsa idéia que o tratamento termina com a ablação dos pontos.

PARDO-DE-VÉLEZ (1979), relatou a taxa de 17% dos pacientes submetidos a herniorrafias em pacientes externos que não retornaram para controle, embora conste em seu programa a visitadora domiciliar para estes casos. Em nosso meio, CAPELLA et al. (1982), com 192 crianças operadas por hérnias inguinais sem hospitalização, informou que 20,86% não mais retornaram após o ato cirúrgico, e, no segundo retorno, voltaram apenas 40%. MITTELSTAEDT et al. (1986), analisando 228 herniorrafias incisio-nais, notou que 33,8% não mais retornaram após a alta, e que

47,8% abandonaram o seguimento após o sexto mês. MARCAPITO, BARUZZI, SNITCOVSKY (1988), utilizando o correio para recuperar pacientes ambulatoriais faltosos, concluiu que são geralmente migrantes internos, e que a maioria da população atendida em instituições não vive em pobreza absoluta, mas seu grau de escolaridade não permite afirmar que seja bem provida de recursos financeiros.

4.3.8. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

4.3.8.1. A CIRURGIA NA CRIANÇA

É consenso geral que o paciente pediátrico é um grande favorecido no tratamento cirúrgico com curta permanência hospitalar. POTTS, RIKER, LEWIS (1950) salientaram a importância e o desenvolvimento do tratamento da hérnia inguinal na infância, e as vantagens do método ambulatorial. MORSE (1972) e CLOUD (1986) referiram que 60% das cirurgias infantis podem ser realizadas sem a hospitalização das crianças. SANTOS, DAMASCO, CECCATI (1984) afirmaram que o método de cirurgia ambulatorial, em nosso meio, não é de maior uso pelo desconhecimento de suas vantagens, sobretudo o grau de segurança, economia, conforto, e conveniência familiar.

Os critérios de LAWRIE (1964) foram os dogmas das décadas vindouras, ao estipularem que, em cirurgia ambulatorial, nada deve existir antes que possa dar errado após o ato anestésico e cirúrgico; nada deve ser necessário e nenhum cuidado especial no pós-operatório, além do carinho materno; nenhuma droga

especial deve ser necessária; e nenhuma restrição deve ser necessária, além daquela que for iniciativa da própria criança.

ALVES, ALBUQUERQUE, TUBINO (1974) ressaltaram o papel do cirurgião para a criança operada, mostrando a diminuição do trauma psicológico com o método ambulatorial, através do tempo mínimo de separação dos pais. SANTOS et al. (1984), apresentando modificações no atendimento cirúrgico ambulatorial infantil, introduziram uma psicóloga em contato com a mãe e a criança no pré-operatório, revelando boa aceitabilidade do método sem internação em 85% dos familiares. LABBATE et al. (1991) relataram boa aceitabilidade e baixa morbidade em 162 crianças operadas por anestesia geral ou bloqueios, com alta no mesmo dia.

Nesta casuística, foram operadas 241 crianças até doze anos de idade, sendo 46% por anestesia geral e 22,8% por bloqueio. Não houve disponibilidade de psicóloga. Apenas uma criança não teve alta no mesmo dia, devido a infecção precoce com produção de gases no subcutâneo. Duas crianças apresentaram infecção cirúrgica, sendo uma submetida à postectomia, e uma após correção de hérnia inguinal. Portanto, foi observada a taxa de infecção de 1,24% na casuística infantil. MEJDAHL, GYRTRUP, KVIST (1989) relataram ausência de infecção em 496 crianças submetidas a 527 herniorrafias inguinais na Dinamarca, sem internação. SANTOS (1984), em 1235 crianças submetidas a 1259 variados procedimentos, sem internação, informou a taxa de 0,5% de infecção em nosso meio.

4.3.8.2. A CIRURGIA DAS HÉRNIAS DA REGIÃO ÍNGUINO-CRURAL

O tratamento cirúrgico da hérnia inguinal sob anestesia local, de forma ambulatorial (VATER & GONÇALVES, 1986;

LICHTENSTEIN, 1987; BOWEN et al., 1978; ABDU, 1983; MORRIS & JARRET, 1987; WANTZ, 1989), ou de curta permanência hospitalar com apenas um pernoite (ABDU, 1983; YADEGAR, 1986; GILBERT, 1987), limita os custos hospitalares (COE, 1978; BOWEN et al., 1978; ABDU, 1983; LICHTENSTEIN, 1987; GILBERT, 1987), reduz os índices de complicações (GLASSOW, 1986; LICHTENSTEIN, 1987) e recidivas (BOWEN et al., 1978; GLASSOW, 1986; ALEXANDER, 1986; LICHTENSTEIN, 1987), terminando por permitir ao paciente retornar às suas ocupações mais precocemente (ABDU, 1983; GILBERT, 1987). A retenção urinária pós-operatória foi observada em cifras desprezíveis de 0,04% quando da anestesia local (ALEXANDER, 1986).

LICHTENSTEIN (1987) afirma que a recidiva herniária varia entre 1% e 10% nos Estados Unidos, salientando que os números nunca são fiéis, porque incluem questionários, tempo insuficiente de seguimento, e a falsa idéia que o paciente que não mais retorna, não tem recidiva, como reforçado em nosso meio por SPERANZINI et al. (1989). A anestesia local trouxe importante contribuição na queda dos índices de infecção e recidiva (PONKA, 1963). Menos infecções pela possibilidade de alta no mesmo dia, portanto menor contato com o ambiente e pessoal hospitalar. Menos recidivas pelo menor número de infecções (0,5% segundo ALEXANDER, 1986) e pela facilidade do teste de esforço no intra-operatório aliada à técnicas cirúrgicas que registraram índices menores de recorrência (SHOULDICE, 1953; FLANAGAN & BASCOM, 1981; ABDU, 1983; GLASSOW, 1986; LICHTENSTEIN, 1987), e encorajando-se a deambulação precoce. ABDU (1983) relatou 0,5% de infecção em 400 herniorrafias sob anestesia local. SISLEY et al. (1987) observaram taxa de 1,9% de infecção em herniorrafias inguinais, embora tenham utilizado mais anestesia geral do que a local. PIRES et al. (1986) relataram taxa de 1,94% de infecção em 360 herniorrafias em nosso meio, sendo a maioria sem hospitalização. A taxa de infecção das herniorrafias inguinais desta casuística foi de 1,8%.

Adeptos da técnica de Shouldice relatam recidivas menores que 1% em hérnias primárias e 2 a 4% em hérnias recidivadas, por corrigir estruturas semelhantes (GLASSOW, 1986). A técnica de McVay detém taxas de recidiva local de 4,9%, por ser extra-anatômica, e implementar tensão em linha de sutura (SHOULDICE, 1953; GLASSOW, 1976). embora proteja melhor contra a recidiva femoral. SISLEY et al. (1987), com a técnica de Shouldice realizada por cirurgiões em treinamento, relata recidiva de 1,3%. PIRES et al. (1986), com a técnica de Bassini, informaram 3,2% de recidivas em nosso meio. MORRIS & JARRET (1987), com a técnica de Bassini e a forma ambulatorial, relataram 4,2% de recidivas. A taxa de recidiva desta casuística de Paulínia foi de 0,89%, lembrando que os melhores resultados foram obtidos com a técnica de Shouldice, que o tempo de seguimento foi curto, e que esta taxa será maior no futuro, semelhante ao encontrado por SILVA et al., 1990.

GLASSOW (1986), ao descrever que 20% das hérnias inguinais são bilaterais, relata que não realiza ambas ao mesmo tempo, mas com um intervalo de 48 horas, devido à maior taxa de recidivas observadas. ABDU (1983) e WANTZ (1989), também adeptos a esta rotina, realizam o segundo procedimento dentro de um intervalo mínimo de uma semana. Nesta casuística, foram operados 37 pacientes de ambos lados concomitantemente, até que fosse tomado conhecimento destes trabalhos. A partir de então, no Serviço, todos os pacientes portadores de hérnias inguinais bilaterais foram operados de um lado de cada vez, com um intervalo de dois dias a dois meses.

YOUNG (1987), comparando anestesia local, espinal e geral em 400 adultos submetidos à herniorrafias inguinais, mostrou maior satisfação dos pacientes e menos complicações quando utilizada a anestesia local, utilizando questionários. Esta casuística encontrou a mesma observação.

4.3.9. INFECÇÃO CIRÚRGICA, CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS E USO DE ANTIBIÓTICOS

FONSECA E ROCHA (1987) isentam o risco de infecção hospitalar no paciente externo, notado por CAPELLA et al. (1982) principalmente na criança. FERRAZ et al. (1989b) afirmam que 35% das infecções podem ser evitadas com medidas adequadas de profilaxia, e que representa enorme economia de custos.

No tocante a métodos de prevenção da infecção cirúrgica, deve ser salientado a forma de preparo do paciente, as técnicas de antisepsia e cirurgia precisas, diminuição do uso de sondas e drenos, uso de antibióticos com rigor na indicação, deambulação e alta precoce. GUIMARÃES et al. (1985), e FERRAZ et al. (1989b) indicaram as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar como instrumentos importante neste papel. Na detecção da infecção, o controle sistemático deve ser realizado até, pelo menos, quatro semanas de pós-operatório (CRUSE & FOORD, 1973)

Quanto ao preparo do paciente, SEROPIAN & REYNOLDS (1971) notaram o dobro do índice de infecção em pacientes com tricotomia na véspera, com lâmina, em relação aos com realização próxima ao procedimento. CRUSE & FOORD (1973) observaram que a tricotomia com lâmina gerava maior índice de infecção (2,3%) do que aparamento dos pelos com tesoura (1,7%), ou mesmo sem tricotomia (0,9%). KOOS & MAC COMAS (1983) afirmaram que a remoção dos pelos da área cirúrgica é aceita na maior parte dos hospitais americanos, e que a depilação química com cremes gerou menor índices de reações alérgicas e abscessos para-foliculares, embora os índices de infecção não tenham atingido diferenças significativas. Nesta casuística, a padronização do serviço consistiu na realização de tricotomia, com lâmina, cerca de duas horas do início do procedimento, da mesma forma utilizada por LEITE SOBRINHO (1987).

O banho, momentos antes do ato cirúrgico, fora estudado por CRUSE & FOORD (1973), revelando que a infecção atingiu índices de 2,3% na sua ausência e 1,3%, quando presente. Nesta casuística, consideramos o banho obrigatório, sendo realizado antes do paciente sair de casa, ou então no hospital.

A antissepsia pré-operatória, nas duas últimas décadas, vem apontando o polivinil-pirrolidona-iodo como o produto de predileção (BARROS, DELMONTE, EVANGELISTA, 1989), e foi o utilizado nesta casuística. CRUSE & FOORD (1973) observaram índices de infecção de 1,2% com este produto, em contraste aos 2,0% quando utilizado o sabão associado ao álcool iodado.

A curta permanência pré-operatória influi positivamente na prevenção da contaminação do paciente com germes hospitalares, como referido por CRUSE & FOORD (1973), GUIMARÃES et al. (1985), CAVALCANTE et al. (1986), FERRAZ et al. (1989b). A infecção do trato urinário é a mais frequente infecção adquirida no hospital (KRIGGER, KAISER, WENZEL, 1983). LEITE SOBRINHO (1987) salientou que o prematuro, o recém-nascido e crianças até um ano de idade são mais susceptíveis à infecções por germes gram-negativos, pois só possuem traços de IgM e IgA; e que os velhos acima de 66 anos são mais susceptíveis à infecções da ferida limpa (porcentagens seis vezes maiores que num jovem de 14 anos), bem como cicatrização mais lenta. Portanto, a não internação nos extremos de vida evita o contato maior com germes. Nesta casuística, 482 pacientes foram internados na tarde da véspera do dia do procedimento (14,39%), enquanto 2.867 (85,61%), foram recebidos no dia do ato, sempre com o intuito de minimizar as taxas de infecção.

Quanto ao uso de antibióticos em cirurgia, BURKE (1961) estabeleceu o limite de quatro horas como o período de maior ação das drogas antimicrobianas, dada a contaminação. Era o início do conceito de antibioticoprofilaxia. STONE et al. (1978) lançaram nova ênfase no período de profilaxia e na seleção de agentes específicos, sugerindo não mantê-las além da sala de

recuperação anestésica. RONALD (1983) propôs que a prorrogação do uso de antibióticos fosse além de doze horas, preferindo as cefalosporinas pelo considerável sucesso. JONES et al. (1987) reforçava o uso de cefalosporinas de forma profilática, pelo amplo espectro, observando que 60,8% das infecções cirúrgicas originavam de *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, e *Enterococci*. SOBRINHO LEITE (1987), em cirurgia ambulatorial de nível I e II, relatou que um quinto das infecções cirúrgicas são geradas por *Staphylococcus aureus*, considerando as cefalosporinas potentes fármacos de uso profilático. LEONARDI (1985), em nosso meio, indicou a administração de antibióticos juntamente com a medicação pré-anestésica, ou seja, uma a duas horas antes da cirurgia, prorrogando por 12 a 24 horas. Preferiu as cefalosporinas, e dispensou o uso de antibióticos em cirurgias limpas, muitas limpas-contaminadas do trato gastro-intestinal, e nas vias biliares não infectadas, prática esta adotada nesta casuística, e na Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia.

FARBER, KAISER, WENZEL (1981), em estudo de 22.941 cirurgias realizadas em 22 hospitais na Grã-Bretanha, notaram que o volume alto de um mesmo procedimento em um Serviço, exhibe menores taxas de infecção, complicações, morbidade, mortalidade e recidivas. Hospitais maiores e de ensino podem comportar taxas de infecção e mortalidade geralmente piores que seus equivalentes comunitários. Com esta mentalidade, em particular no tratamento das hérnias, o Serviço tornou-se o centro de referência para doenças de resolução a nível primário e secundário, inclusive com o pronto encaminhamento dos casos consultados nos ambulatórios da UNICAMP.

CRUSE (1975) e CAVALCANTE et al. (1986) apontam que a infecção em cirurgia limpa é o indicador mais sensível da técnica cirúrgica. Por isto, pela indicação do uso de antibióticos, e pelo controle dos índices de infecção, foi utilizada a classificação da ferida operatória em relação com a contaminação e o risco crescente de infecção, dividindo as feridas em limpas,

limpa-contaminadas, contaminadas, e suja-infectadas, como disseminado por CRUSE & FOORD (1973).

As taxas de infecções globais em cirurgia, em ambiente hospitalar, variam de 2 a 15% (CRUSE, 1975; ZILLOTTO JR., KUNZLE, GUERRA, 1985; GUIMARÃES et al., 1985; CAVALCANTE et al., 1986, LEITE SOBRINHO, 1987; ZILLOTTO JR. et al., 1989), podendo passar de 20% nas cirurgias de urgência (GUIMARÃES et al., 1985). FERRAZ & LIMA FILHO (1981), em inquérito nacional, apontaram índices de 18,59% entre todos os tipos de cirurgia. Em cirurgia ambulatorial, estes índices variam de zero (MEJDAHL, GYRTRUP, KVIST, 1989), com hérnias em crianças a 1,6% (SISLEY et al., 1987), com hérnias em adultos, em instituição de ensino. Esta casuística, que lidou com a forma ambulatorial e a forma simplificada, e com diversos tipos de cirurgia, apresentou índice global de 4,4% .

Em cirurgia limpa, é ideal o índice de 2% de infecção, e níveis maiores merecem reflexão (SOBRINHO LEITE, 1987), embora DOLAN (1984) tenha encontrado índice de 4% em zona rural brasileira. Nesta casuística, 1.962 pacientes foram considerados portadores de feridas limpas (64,95%), com taxa de infecção de 3,11%. Colaborou, de forma mais efetiva no aumento desta taxa, a inclusão das herniorrafias incisionais, o que pouco se observa em outras publicações. Considerada limpa quando não identificados granulomas por fios de sutura, e limpa-contaminada quando identificados, mereceram uso de antibióticos, ao menos de forma profilática, e, mesmo assim, apresentaram os maiores índices de infecção para um procedimento, a saber, 17,39% (20 casos). CRUSE (1975), em revisão, observou taxas de infecção, em herniorrafias incisionais, acima de 20%.

Em cirurgia limpa-contaminada, são aceitáveis taxas de infecção entre 7,5 e 10% (CRUSE, 1975; SOBRINHO LEITE, 1987). Nesta casuística, 758 pacientes foram considerados portadores de feridas limpas-contaminadas (25,09%), e a taxa de infecção foi de 5,15% . Esta taxa mais baixa foi atribuída ao pe-

queno número de infecções em cirurgias ano-retais. Colaboraram, de forma mais efetiva nesta taxa, as infecções em ressecções dos cistos sebáceos.

Quando analisamos as taxas de infecções em relação ao uso de antibióticos, esta casuística revelou que, dos 133 pacientes que infectaram (4,40% do total), 76 pertenciam ao grupo dos 2.613 que não fizeram uso de antibiótico (2,91%); 33 pertenciam ao grupo dos 246 que o fizeram de forma profilática (13,41%); e 24 pertenciam ao grupo dos 162 que o fizeram de forma terapêutica (14,81%). Portanto, 2.888 pacientes foram considerados isentos de infecção (95,60%) com o esquema de indicação e uso de antibióticos apresentados.

4.4. DOS CUSTOS

Um dos pilares do desenvolvimento da cirurgia ambulatorial e toda sua forma de simplificação é, sem dúvida, a redução de custos (DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON, 1982). Alguns autores relatam esta redução dentro de programas específicos, outros dentro de determinadas especialidades, ou até procedimentos únicos. Os informes, muitas vezes, são aproximados, em cifras, em porcentagens, ou por número de vezes menor.

Nesta casuística, foram realizados cálculos mediante dados colhidos de gastos desprendidos durante a hernioplastia inguinal do adulto, por ser o procedimento isolado mais frequente, permitir formas diferentes de anestesia e de permanência hospitalar, e já ter sido utilizada por outros autores para análises (VÉLEZ-GIL, WILSON, PELÁEZ, 1975; COE, 1978; BOWEN et al., 1978; FLANAGAM & BASCON, 1981; VATER & GONÇALVES, 1986). Os cálculos foram realizados em cruzeiros, no início do mês de de-

zembro de 1990, e transformados em porcentagens, devido à falta de um indicador econômico estável em nosso país.

As maiores economias nos gastos extra-operatórios foram conseguidas com o paciente operado sob anestesia local, sendo que o método convencional foi 269,4% maior do que no paciente externo, e 166,0% maior do que no paciente que utilizou um pernoite. Quando realizada anestesia peridural, o método convencional foi 76,0% maior do que no paciente externo, e 61,9% maior do que no paciente que utilizou um pernoite.

Quando analisados os custos totais do tratamento cirúrgico, observou-se que os gastos do intra-operatório, independente do tipo de anestesia ou tempo de estadia, foram maiores do que os gastos extra-operatórios. Portanto, nos custos globais, quando operado sob anestesia local, o método convencional foi 35,2% maior do que no paciente externo e 28,7% maior do que quando utilizado um pernoite. Sob peridural, o método convencional foi 18,2% maior no paciente externo e 15,8% maior quando utilizado um pernoite.

Portanto, fica mais esclarecido o fato de a literatura médica informar índices tão díspares de custos em cirurgia ambulatorial e simplificada, pois não há especificações da coleta dos dados, nem padronizações de métodos. COHEN & DILLON (1966) relataram economia de 28.000 dólares em um ano, com 1.523 cirurgias de pacientes externos na Califórnia. DAVIS & DETMER (1972), com 367 pacientes externos, informam economia de 25,2% , em 43 diferentes procedimentos. DAVIS (1973) informou economia de 25% dos custos hospitalares em 1.000 pacientes operados sem hospitalização, o mesmo índice observado por PUTNAM & LANDEEN (1978). ECHEVERRI et al. (1972), com 723 pacientes operados do nível I e II, liberados no mesmo dia, referiam economia de 50% . SANTOS, DAMASCO, CECATTI (1984) informaram economia de 70% dos gastos hospitalares globais com cirurgia ambulatorial e de curta permanência na infância, quando comparados com os da medicina previdenciária. MEJDAHL, GYRTRUP, KVIST (1989) economizaram

300.000 libras esterlinas com 527 herniorrafias inguinais em 496 crianças, na Dinamarca.

DETMER & BUCHANAN-DAVIDSON (1982) e WOLCOTT (1989) afirmaram que 60 a 70% dos custos da assistência médica americana em cirurgia estão sob controle do médico, em unidades ambulatoriais independentes e privadas. Logo, os custos com as cirurgias de pacientes externos diminuem de 11 a 55% neste setor. Em instituições municipais, estaduais, federais, a economia fica mais restrita aos materiais utilizados, e os ganhos com o maior volume operado em um mesmo período, pois são menores as limitações.

Tão importante quanto a pura redução dos gastos, são as análises do custo-benefício e do custo-eficiência em cirurgia. A análise do custo-benefício avalia todos os custos e benefícios em termos monetários, define os "custos líquidos", se os benefícios de um programa excedem os custos, se a execução de um programa é desejável, ao menos pela perspectiva da análise. A análise do custo-eficiência avalia todos os custos em termos monetários para obter efeitos previamente definidos, ou seja, define "o custo por unidade de efeito" (BARNES, 1977; WARNER & HUTTON, 1980; BARNES, 1982). Em Cirurgia Ambulatorial e Simplificada, a relação custo-benefício foi favorecida pelos menores gastos, como já demonstrado, e pelos benefícios aumentados por abranger uma população maior em um determinado tempo, visto que a limitação do número de procedimentos por dia independia do número de leitos disponíveis. A relação custo-eficiência também foi favorecida, tanto pela redução de dias de morbidade, pois o programa ambulatorial e simplificado apresentou baixos índices de infecção e hospitalizações por complicações, como também pela diminuição de dias perdidos de trabalho, pois a recuperação foi mais rápida, com retorno precoce às atividades.

4.5. DA LIBERAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES

VAYDA, MINDELL, RUTKOW (1982) informaram que o número de cirurgias no Canadá, Grã-Bretanha e Estados Unidos vem crescendo progressivamente, sem o aumento correspondente do número de leitos hospitalares, e que a cirurgia ambulatorial e a de curta permanência podem ser a causa ou a solução para evitar transtornos, principalmente na Grã-Bretanha.

RODRIGUES FILHO (1989), utilizando dados do INAMPS, constatou que 70% dos leitos hospitalares no Brasil pertencem ao setor privado. De todas internações, 80% estão no setor privado, e 20% nos hospitais públicos. Casos de média e alta complexidade têm sido transferidos de hospitais privados para os institucionais, principalmente os universitários, prejudicando-os financeiramente no processo de aumento de internações.

O método de alocação de recursos financeiros adotado pelo INAMPS durante estes últimos anos, não criou e jamais criará condições para que os recursos sejam distribuídos de acordo com as necessidades, ainda mais em um país cuja população é carente dos mais elementares cuidados de saúde (RODRIGUES FILHO, 1989). Notória é a falta de preocupação com programas de atenção cirúrgica aos procedimentos de nível primário e secundário.

Na literatura médica, são variáveis os índices de liberação de leitos dentro de programas de cirurgia ambulatorial, diferentes especialidades ou até procedimentos exclusivos. COHEN & DILLON (1966) referem economia de 1.000 dias hospitalares em um ano, com 1.523 pacientes operados sem hospitalização. DAVIS & DETMER (1972), com 367 pacientes externos, economizaram 2,68 leitos por dia por paciente em nove meses de observação. DAVIS (1973), em 1.000 procedimentos ambulatoriais, observou economia de 2 leitos por dia por paciente, o mesmo índice observado por PUTANAN & LANDEEN (1978). VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ (1978) conseguiram aumentar o atendimento em 80% das cirurgias, sem in-

ternação ao operarem 2.832 casos de nível I e II.

O importante é o fato que, leitos e enfermagem são liberados para servir pacientes com problemas mais complexos, quando se utiliza a forma ambulatorial e de curta permanência (REED & FORD, 1969).

Nesta casuística, computou-se o número de pernoites utilizados e o número de pernoites que seriam utilizados, se os mesmos procedimentos fossem realizados por métodos convencionais. A liberação foi 1.016 leitos por ano, equivalente a 2,74 leitos por dia por paciente. Colaboraram com este índice, não só a liberação do paciente no mesmo dia do ato, como também a otimização do Centro Cirúrgico com procedimentos no período vespertino. A utilização de um pernoite, quando necessário, pouco influenciou.

4.6. DO ENSINO

DAVIS (1987) referiu que, em Cirurgia Ambulatorial, cada membro da equipe deve sentir entusiasmo e fazer parte do projeto que proporciona assistência segura, mais conveniente e mais econômica. SILVA (1984) sugeriu que o docente deve estar preparado para a função e convencido do importante papel que desempenha no aprendizado dos internos em medicina, com a Cirurgia Ambulatorial.

O desenvolvimento constante das técnicas cirúrgicas, ensino a nível de graduação e de residência, atualização na literatura médica, implantação de modelos, publicações e apresentações em congressos, palestras em cursos e jornadas, e, sobretudo, a satisfação da carente população beneficiada, são constantes que mantêm vivo o entusiasmo da equipe em Paulínia.

4.6.1. A NIVEL DE GRADUAÇÃO

Acompanhando o ensino do graduando nas diversas disciplinas cirúrgicas, na última década, os alunos vem se distanciando cada vez mais do Centro Cirúrgico, em trocas de visitas em enfermarias e seminários teóricos. As cirurgias de níveis terciário e quaternário dominam as escalas cirúrgicas, nos hospitais universitários, com procedimentos altamente especializados e equipes complexas, sem lugar para o graduando, sem chance para os procedimentos primários e secundários.

A Clínica Cirúrgica de Paulínia veio preencher esta lacuna, trazendo de volta o graduando ao Centro Cirúrgico, às técnicas básicas de antissepsia e cirurgia, com função de cirurgia e auxiliar, independente do seu futuro em especialidade cirúrgica ou não, mas dentro da formação do médico geral.

Esta experiência vem sendo altamente salutar, tanto ao graduando como ao docente, oferecendo sugestões aos demais centros universitários do país a formarem unidades cirúrgicas autônomas ou satélites, ou mesmo a conveniarem-se com hospitais próximos, para o ensino do aluno em atenção cirúrgica primária e secundária. No contexto social, na Colômbia, VÉLEZ-GIL & PARDO-DE-VÉLEZ (1982) sugeriram que a capacitação em cirurgia do graduando em medicina se fizesse em três anos seguidos, com ênfase à atenção cirúrgica primária.

SILVA (1984) salientou que a Cirurgia Ambulatorial deveria fazer parte do currículo escolar das várias especialidades. Dentro da atual organização do currículo escolar, de estrutura dos serviços cirúrgicos dos hospitais de ensino, a cirurgia no paciente externo passa a ser uma das poucas oportunidades em que o interno sente a plenitude do ato médico, desde o diagnóstico, execução, acompanhamento até a cura e alta do paciente, sempre sob orientação docente (OLIVEIRA, SPERANZINI, JUNQUEIRA, 1985).

Nesta casuística, cada graduando realizou, em média, quatro procedimentos na função de cirurgião, e participou, em média, de treze procedimentos como auxiliares ou instrumentadores. Este número só não foi ampliado devido ao escasso tempo de estágio, a saber, de cinco dias úteis, amplamente criticado pelos graduandos em suas avaliações, sentindo a necessidade de maior permanência.

4.6.2. A NÍVEL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A própria residência médica em cirurgia sofreu o impacto da adequação dos procedimentos terciários e quaternários nos hospitais universitários, pois os procedimentos cirúrgicos primários e secundários ficaram em número reduzido, em segundo plano de atenção, e na eventualidade de disponibilidade de vagas.

Com a Cirurgia Ambulatorial e Simplificada, o saldo para o residente é altamente positivo, pois, enquanto tem a oportunidade de realizar um certo número, seguramente restrito, de operações em pacientes internados, e nos quais aprimora sua destreza, tem, pelo contrário, a possibilidade de realizá-las em número muito maior nos pacientes externos (SPERANZINI, 1981), em concordância com nossa observação.

VÉLEZ-GIL, PARDO-DE-VÉLEZ, PEREZ (1983), na Colômbia, notaram que o cirurgião não recebe capacitação convencional para praticar operações pouco complexas, que são muito mais comuns no desempenho de seu trabalho. E ainda que os cirurgiões e anestesistas só se estabeleciam em grandes cidades, ocasionando ausência quase total de especialistas em zona rural e mesmo em zona marginal de grandes cidades.

Na programação do residente do segundo ano em cirurgia na UNICAMP, o estágio no Serviço é aquele em que mais opera, participa, discute e se integra com o graduando e o docente. Muito importante é o aprendizado e a sedimentação das técnicas mais preconizadas no Departamento de Cirurgia, em procedimentos primários e secundários, tão frequentes na vida médica prática futura.

Nesta casuística, os residentes realizaram, em média, 82 procedimentos em dois meses de estágio, além de considerarem de fundamental importância em sua formação.

5. CONCLUSÕES

A análise dos resultados desta casuística permitiu as seguintes conclusões:

1. foi viável a implantação de um Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada em hospital comunitário, conveniado com a Universidade, otimizando recursos hospitalares pré-existentes, e participando o cirurgião na rede básica de saúde em doenças de tratamento cirúrgico a nível primário e secundário;
2. foi pertinente o método de cirurgia para pacientes externos, assim como para os de maior complexidade que necessitaram de hospitalização mínima adequada, pela sua abrangência, segurança, e receptividade; apresentou reduzida morbidade, não atribuída à alta precoce, e baixas taxas de infecção cirúrgica;
3. foi observada redução de custos de forma substancial no Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada, quando comparado com métodos convencionais, e envolvimento de gastos mínimos para implantação e operacionabilidade;
4. foi promovida a liberação de leitos hospitalares com este Programa;

5. inserido no contexto universitário, o Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada permitiu a participação ativa do graduando em medicina e a capacitação do residente em clínica cirúrgica, fornecendo estímulo e experiências saudáveis para promoverem serviços e programas semelhantes onde vierem a atuar.

6. RESUMO

A cirurgia ambulatorial e suas formas de simplificação apresentaram constantes avanços nas últimas três décadas.

Com objetivo de analisar a viabilidade da implantação, os resultados do tratamento cirúrgico, os gastos, a liberação de leitos, e a contribuição no ensino de alunos e residentes em clínica cirúrgica, foram observados 3.349 pacientes operados pelo Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada no Hospital Municipal de Paulínia, sob orientação do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, entre maio de 1986 e setembro de 1990. A idade variou de 1 mês a 91 anos (média: 38,1), predominando o sexo masculino (61,24%) e a raça branca (75,9%), sendo 1.503 (44,88%) procedentes do município de Paulínia.

Não houve óbitos. Complicações gerais ocorreram em 30 pacientes (0,9%), sendo grave em apenas um caso, representado por bronco-espasmo e depressão miocárdica durante a indução anestésica em criança. Complicações locais precoces foram observadas em 145 pacientes (4,80%) e tardias em 23 (0,92%) dos seguidos, não atribuídas a curta permanência na instituição. A taxa global de infecção foi de 4,4%, sendo que em 2.537 pacientes (83,98%) não foi empregado antibiótico, 213 (7,05%) utilizaram-no de forma profilática e 138 (4,57%), terapêutica.

Os custos para implantação e operacionabilidade foram mínimos, por otimizar recursos pré-existentes. Quanto ao tratamento cirúrgico, métodos convencionais podem ser 15 a 35% mais dispendiosos quando comparados com os de alta precoce.

Não necessitaram permanência hospitalar 1.855 pacientes (55,39%), e necessitaram um pernoite 1.196 (35,71%). A liberação de leitos hospitalares foi de 2,74 leitos por dia por

paciente.

O Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada foi abrangente, seguro e com boa aceitação, permitindo a participação ativa do graduando em medicina e capacitação do residente em clínica cirúrgica, a nível de atenção primária e secundária.

7. ABSTRACT

OUTPATIENT AND SHORT-STAY SURGERY IN A COMMUNITY HOSPITAL.

The work is based on 3,349 patients who were operated as outpatients or were discharged as early as possible, in Paulinia City Hospital, under supervision of the Department of Surgery, UNICAMP, between May 1986 to September 1990. The aims were to study the advantages, costs, surgical results, and the increased availability of beds, as well as the contribution to training of students and results. Patient age varied from 1 month to 91 years old (average 38.1); 61,24% were males, 75,9% whites, and 44,88% from Paulinia.

There were no deaths. Systemic complications occurred in 30 patients (0,9%), and were severe in only one (a child with bronchospasm and myocardial depression following anesthesia). Early local complications were found in 145 (4,8%) and late ones in 23 (0,92%) patients, but none could be attributed to the short hospitalization. Infection occurred in 4,4% . For 2,537 (83,98%) patients, no antibiotics were given; 213 (7,05%) received prophylactic antibiotics and in 138 (4,57%) were given as therapeutic measure.

Costs for setting up and operating outpatient surgery were kept at a minimum, because basic facilities available were already optimized. On the whole, the expenses remained 15 to 35% lower than with conventional methods.

On the same day of surgery, 1,855 patients (55,39%) were discharged, while 1,196 (35,71%) stayed only one night. The free beds promoted by the program were from 2,74 beds

by day per patient.

In conclusion, the outpatient and short-stay surgery program was successful because it served a large population, with high standards of safety and good acceptance. The students and residents involved also benefited from a greater participation in patient care at primary and secondary levels.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDALLA, P.; PEREIRA, J.C.S.; ROCHA, H.C.; KABOVK, N.;
NEPOMUCENO, M.C. - Hérnias abdominais: análise de incidência
de 2.000 casos. Rev. Col. Bras. Cir., 8:67-9, 1981.
- ABDU, R.A. - Ambulatory herniorrhaphy under local anesthesia in a
community hospital. Am. J. Surg., 145:353-6, 1983.
- ACS statement on ambulatory surgery. Same-Day Surg.,
4:125, 1980.
- AHA survey defines status of hospital based programs. Same-day
Surg., 5:112, 1981.
- ALEXANDER, M.A.J. - How to select suitable procedures for
outpatient surgery: the Shouldice Hospital experience.
A.C.S. Bulletin, 71(5):7-11, 1986.
- ALTEMEIER, W.A.; BURKE, J.F.; PRUITT JR., B.A.; SANDUSKY, W.R. -
Manual de Controle da Infecção em Pacientes Cirúrgicos. Colé-
gio Americano de Cirurgiões. 1.ed. São Paulo, Manole, 1978.
333p.

ALTEMEIER, W.A. - Perspectives in surgical infections. Surg. Clin. North Amer., 60(1):5-13, 1980.

ALVES, E.; ALBUQUERQUE, R.L.M.; TUBINO, P. - A criança operada: papel do cirurgião no suporte psicológico. A Folha Médica, 69:17, 1974.

AMBULATORY surgery promoted at national surgeons congress. Same-day Surg., 4:125, 1980.

ASMUSSEN, T. & JENSEN, F.V. - A follow-up study on recurrence after inguinal hernia repair. Surg. Gynecol. Obstet., 156:198-200, 1983.

ATHIE, E.; PAN CHACON, J.; FARIA, P.A.J.; PEDROSO, G.; PACHU, C. - Considerações sobre 2.800 herniorrafias. Cirurgia, 8:541-7, 1960.

BARNES, B.A. - Cost-benefit analysis of surgery: current accomplishments and limitations. Am. J. Surg., 133:438-46, 1977.

BARNES, B.A. - Análise do custo-benefício e do custo-eficiência em cirurgia. Clin. Cir. Am. Norte, 62(4):809-21, 1982.

- BARROS, M.A.; DELMONTE, M.C.C.; EVANGELISTA, S.R.P. - Considerações gerais sobre soluções germicidas de uso hospitalar. Rev. F.C.M. UNICAMP, 1(1):58-60, 1989.
- BOWEN, J.R.; THOMPSON, W.R.; DORMAN, B.A.; SODERBERG JR., C.H.; SHAHINIAN, T.K. - Change in the management of the adult groin hernia. Am. J. Surg., 135:564-9, 1978.
- BRANDT, C.T. - Avaliação laboratorial pré-operatória em cirurgia ambulatorial pediátrica. J. Pediatr., 64(4):107-10, 1988.
- BURKE, J.F. - The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. Surgery, 50:161-8, 1961.
- CAPELLA, M.R.; GOLDBERG, P.; QUARESMA, E.; RUIZ, J.S.; KANDER, S.L.; ARAUJO, E.J. - Tratamento cirúrgico ambulatorial da hérnia inguinal na criança: estudo comparativo. J. Pediatr., 52(4):216-22, 1982.
- CAVALCANTE, M.D.A.; AGUIAR, E.; CARNEIRO, D.M.N.; FERREIRA, M.A. - Infecções cirúrgicas no Hospital de Base do Distrito Federal: estudo prospectivo de 200 casos. Rev. Col. Bras. Cir., 13(4): 168-72, 1986.
- CLARK, A.J.M. & HURTIG, J.B. - Premedication with meperidine and atropine does not prolong recovery to street fitness after outpatient surgery. Can. Anaesth. Soc. J., 28:390, 1981.

CLOUD, D.T. - Major ambulatory surgery of the pediatric patient.
In: DAVIS, J.E., ed. - Major ambulatory surgery. Baltimore,
Williams & Wilkins, 1986. p.367.

CLOUD, D.T. - Grande cirurgia ambulatorial do paciente pediátri-
co. Clin. Cir. Am. Norte, 67(4):829-42, 1987.

COE, R.C. - Inguinal herniorrhaphy under local anesthesia. Arch.
Surg., 113(7):905, 1978. [Letter]

COHEN, D.D.; DILLON, J.B. - Anesthesia for outpatient surgery.
J.A.M.A., 196(13):1114-7, 1966.

COMMON ambulatory surgery terms defined by A.H.A. Same-day
Surg., 5:72, 1981.

CORDEIRO, F. - Tratamento cirúrgico em regime ambulatorial da
fissura anal crônica por esfínterectomia lateral interna
subcutânea - Análise dos resultados. Campinas, 1989.
[Tese - Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Univer-
sidade Estadual de Campinas].

CRUSE, P.J. - Incidence of wound infection on the surgical ser-
vices. Surg. Clin. North Am., 55:1269-75, 1975.

CRUSE, P.J.E. & FOORD, R. - A five year prospective study of
23,649 surgical wounds. Arch. Surg., 107:206, 1973.

DAVIS, J.E. - Ambulatory surgical care: basic concept and review of 1,000 patients. Surgery, 73(4):483-5, 1973.

DAVIS, J.E. - The need to redefine levels of surgical care. J.A.M.A., 251(19):2527-8, 1984.

DAVIS, J.E., ed. - Major ambulatory surgery. Baltimore, Williams & Wilkins, 1986. 367p.

DAVIS, J.E. - O grande centro cirúrgico ambulatorial e como é elaborado. Clin. Cir. Am. Norte, 4:691-713, 1987.

DAVIS, J.E. & DETMER, D.E. - The ambulatory surgical unit. Ann. Surg., 175(4):856-62, 1972.

DAVIS, J.E. & SUGIOKA, K. - Seleção do paciente para a grande cirurgia ambulatorial. Clin. Cir. Am. Norte, 67(4):743-54, 1987.

DETMER, D.E. - Ambulatory surgery. N. Engl. J. Med., 305(23):1406-9, 1981.

DETMER, D.E. & BUCHANAN-DAVIDSON, D.J. - Simpósio sobre sistemas de assistência cirúrgica: cirurgia ambulatorial. Clin. Cir. Am. Norte, 62(4):755-76, 1982.

- DOLAN, W.V. - Elective surgery in a rural primary medical care program in the Central Amazon Valley. J.A.M.A., 251(4): 498-501; 1984.
- ECHEVERRI, O.; MONZANO, C.; COBO, A.; GÓMEZ, A.; QUINTERO, M.; FERNÁNDEZ, J. - Postoperative care: in hospital or home? A feasibility study. Int. J. Health. Serv., 2:101-10, 1972.
- ESPÍNDULO, O.L.B.; SARAIVA, C.F.S.S.; MORENO, C.G.; CASTRO, J.C.C. - Hérnia incisional: análise de 146 casos. Rev. Col. Bras. Cir., 6(6):283-6, 1979.
- FARBER, B.F.; KAISER, D.L.; WENZEL, R.P. - Relation between surgical volume and incidence of postoperative wound infection. New Engl. J. Med., 305(4):200-4, 1981.
- FARGUHARSON, E.L. - Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an out-patient procedure. Lancet, 2:517, 1955.
- FASA statistics reveal top 10 procedures. Same-day Surg., 5:47, 1981.
- FERRAZ, E.M. & LIMA FILHO, J.F.C. - Inquérito nacional sobre infecção pós-operatória. Rev. Col. Bras. Cir., 5:253-62, 1981.

FERRAZ, E.M.; MENEZES, P.P.B.; MATHIAS, C.A.; ALBUQUERQUE FILHO, P.C.; FERRAZ, A.A.B.; AGUIAR, J.L.A.; LIMA, F.E.B.A.; FERREIRA FILHO, H.A.F.; SOUZA, A.P.; COELHO, A.R.B. - Estudo prospectivo e randomizado da utilização de sonda nasogástrica no pós-operatório imediato da cirurgia geral. Rev. Col. Bras. Cir., 16(4):152-5, 1989a.

FERRAZ, E.M.; VASCONCELOS, M.D.M.M.; VIANA, V.P.; FERRAZ, A.A.B.; COELHO, A.R.B.; SOUZA, A.P. - Infecção da ferida cirúrgica: avaliação do custo e da permanência hospitalar. Rev. Col. Bras. Cir., 16(6):253-5, 1989b.

FLANAGAN JR., L. & BASCOM, J.V. - Herniorrhaphies performed upon outpatients under local anesthesia. Surg. Gynecol. Obstet., 153:557-60, 1981.

FONSECA, F.P. & ROCHA, P.R.S. - Cirurgia Ambulatorial. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987. 536p.

GILBERT, A.J. - Overnight hernia repair: updated considerations. South. Med. J., 80(2):191-5, 1987.

GLASSOW, F. - Inguinal hernia repair: a comparison of the Shouldice and Cooper ligament repair of the posterior inguinal wall. Am. Surg., 131:306-11, 1976.

GLASSOW, F. - Inguinal hernia repair using local anesthesia. Ann. Royal Col. Surg. Engl., 66:382-7, 1984.

- GLASSOW, F. - The Shouldice Hospital technique. Int. Surg., 71:148-53, 1986.
- GONZÁLEZ, A.; ZUÑIGA, J.E.; ECHEVERRI, O.; VELÁSQUEZ, L.; VÉLEZ-GIL, A.; VERNAZZA, A. - Cirugia ambulatoria, alternativa de aumento de cobertura: analisis de 723 pacientes con cuidado post-operatorio en casa. Acta Med. del Valle, 10(1):134-7, 1979.
- GUIMARÃES, R.X.; GUERRA, C.C.C.; HAYASHI, F.; MEDEIROS, G.M.; CATUNDA, M.B.R.; MALUVAYSHI, C.H.; VALLS, A.P.; SILVA, N.C.L. F. - Infecção hospitalar: estudo realizado no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Rev. Paul. Med., 103: 156-63, 1985.
- HERZFELD G. - Hernia in infancy. Am J. Surg., 39:422, 1938
- JOEL, J.B.; IRWIN, M.G.; BARRY, A.; SALKY, I.K. - Is routine postoperative nasogastric decompression really necessary ? Ann. Surg., 201:233-6, 1985.
- JONES, R.N.; WOJESKI, W.; BAKKE, J.; PORTER, C.; SEARLES, M. - Antibiotic prophylaxis of 1,306 patients undergoing elective surgical procedures. Am. J. Surg., 153(4):341-6, 1987.
- KOOS, P.T. & MCCOMAS, B. - Shaving skin depilatory cream for preoperative skin preparation: a prospective study of wound infection rates. Am. J. Surg., 145(3):377-8, 1983.

- KRIEGER, J.N.; KAISER, D.L.; WENZEL, R.P. - Nosocomial urinary tract infections cause wound infections postoperatively in surgical patients. Surg. Gynecol. Obstet., 156:313-8, 1983.
- LABBATE, D.V.; OLIVEIRA, C.; BARCELOS NETO, H.S.; SEABRA, J.C.T.; PERES, M.A.O.; ARANHA, N.C.; LEONARDI, L.S. - Cirurgia ambulatorial na infância: avaliação de casuística. Rev. bras. Cir., 81(5):235-8, 1991.
- LAWRIE, R. - Operating on children as days-cases. Lancet, 2:1289-91, 1964.
- LEITE SOBRINHO, G.B. - Pré-Operatório. In: FONSECA, F.P. & ROCHA, P.R.S. - Cirurgia Ambulatorial. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987. p.5-21
- LEONARDI, L.S. - Antibioticoterapia profilática na cirurgia do aparelho digestivo. Rev. Bras. Cir., 75(4):279-82, 1985.
- LICHTENSTEIN, I.L. - Herniorraphy: a personal experience with 6,321 cases. Am. Surg., 153:553-9, 1987.
- LOPES, L.R.; LABBATE, D.V.; BARCELOS NETO, H.S.; PERES, M.A.O.; LEONARDI, L.S. - Cirurgia ambulatorial e simplificada: um ano de experiência. Rev. Col. Bras. Cir., 15(2):148, 1988.

- LUFT, H.S.; BUNKER, J.P.; ENTHOVEN, A.C. - Should operations be regionalized ? : the empirical relationship between surgical volume and mortality. New Engl. J. Med., 301:1364-9, 1979.
- MAIA, C.P. - Seleção dos pacientes: anestesia ambulatorial - Fase pré-operatória. Rev. Bras. Anest., 33(2):108-9, 1983.
- MARCAPITO, L.F.; BARUZZI, M.; SNITCOVSKY, M. - Estudo preliminar sobre o paciente ambulatorial faltoso e o uso do correio para recuperá-lo. Rev. Ass. Med. Bras., 34(3):101-5, 1988.
- MEDEIROS, R.R. & PERES, M.A.O. - Tratamento ambulatorial das doenças anais. Rev. Bras. Colo-Proct., 8(4):133-4, 1988.
- MEDWELL, S.J. & FRIEND, W.G. - Outpatient anorectal surgery. Dis. Colon Rectum, 22:480, 1979.
- MEJDAHL, S.; GYRTRUP, H.J.; KVIST, E. - Outpatient operation of inguinal hernia in children. Br. J. Surg., 76(4):406-7, 1989.
- MELO, C.M.L.; SILVA, M.P.R.; SILVEIRA, M.; KELNER, S. - Uso e abuso dos exames pré-operatórios. Rev. Col. Bras. Cir., 14(2):63-8, 1987.
- MITCHELL, R.T. - Organização de um programa para cirurgia ambulatorial. Clin. Cir. Am. Norte, 67(4):715-30, 1987.

- MITTELSTAEDT, W.E.M.; ANDRADE, A.C.H.; FONTES, W.; FESTA, E.; MESTER, M.; PIRES, P.; DEUSTSCH, C.; SPERANZINI, M.B.; OLIVEIRA, M.R. - Herniorrafias incisionais: revisão de 228 casos operados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev. Paul. Med., 104:117-27, 1986.
- MORRIS, G.E. & JARRETT, P.E.M. - Recurrence rates following local anaesthetic day case inguinal hernia repair by junior surgeons in a district general hospital. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 69:97-9, 1987.
- MORSE, T.S. - Pediatric outpatient surgery. J. Pediatr. Surg., 7(3):283-6, 1972.
- NICOLL, R. - The surgery infancy. Br. Med. J., 1:753, 1909.
- OLIVA FILHO, A.L. - Anestesia para pacientes de curta permanência hospitalar: anestesia ambulatorial. Rev. Bras. Anest., 33(1):51-62, 1983.
- OLIVEIRA, M.R.; SPERANZINI, M.B.; JUNQUEIRA JR., A.R. - A atualidade da cirurgia ambulatorial. R. Bras. Educ. Med., 9(1):52-4, 1985.
- OTHERSEN, H.B. & CLATWORTHY, H.J. - Outpatients herniorraphy for infants. Am. J. Dis. Child., 116:78, 1968.

PARDO-DE-VÉLEZ, G. - Comparación de dos métodos para aprendizaje de los cuidados post-operatorios en casa. Acta Méd. del Valle, 10(3,4):108-11, 1979.

PEREIRA, J.B. - Critérios de recuperação cardiocirculatória: anestesia ambulatorial e a alta. Rev. Bras. Anest., 33(2):114, 1983.

PINHO, M. - Cirurgia anorretal ambulatorial: uma evolução necessária. Rev. Bras. Colo-Proct., 7(1):5-6, 1987.

PIRES, P.W.A.; MITTELSTAEDT, W.E.M.; FUJIMURA, J.; CUNHA, J.C.; BRANCO, P.D.; SPERANZINI, M.B.; OLIVEIRA, M.R. - Hérnias inguino-crurais: análise crítica de 416 casos. Rev. Paul. Med., 104(4):203-8, 1986.

PONKA, J.L. - Seven steps to local anesthesia for inguinofemoral hernia repair. Surg. Gynecol. Obstet., July:115-20, 1963.

POTTS, W.J.; RIKER, W.L.; LEWIS, J.E. - The treatment of inguinal hernia in infants and children. Ann. Surg., 132(3):566-76, 1950.

PUTNAN, L.P. & LANDEEN, F.H. - Outpatient anesthesia at the ambulatory surgery center, Tucson Medical Center. In: BROWN Jr, B.R., ed. - Outpatient Anesthesia. Philadelphia, F.A., Davis Co., 1978.

- RAMOS, J.R.; PINHO, M.; VALORY, E.; NASCIMENTO, M.L.; SOUZA, P.C.T. - Cirurgia ambulatorial em colo-proctologia. Rev. Bras. Colo-Proct., 8(1):11-3, 1988.
- REED, W. & FORD, F. - The Surgicenter: an innovation in the delivery and cost of medical care. Ariz. Med., 26:801-4, 1969.
- REED, W. & LORD, J.L. - The Surgicenter: an ambulatory surgical facility. Clin. Obst. Gynecol., 17:217, 1974.
- REIS JR, A. - O ato anestésico ambulatorial: métodos loco-regionais em anestesia ambulatorial. Rev. Bras. Anest., 33(2):112-3, 1983.
- RIBEIRO, P.C. & RIBEIRO, M.C. - Cirurgia proctológica em consultório. Rev. Bras. Colo-Proct., 8(2):59-61, 1988.
- RISTOW, A.B.; ARRUDA, A.M.; ALBUQUERQUE, J.T.; MEDINA, A.L. - Varizes primárias: dez anos de experiência com o tratamento cirúrgico. Rev. Ass. Med. Bras., 25(6):216-8, 1979.
- RODRIGUES FILHO, J. - Utilização hospitalar no Brasil e o efeito da medicina de contenção no crescimento de hospitalizações. Rev. Ass. Med. Brasil, 35(5):197-201, 1989.
- RONALD, A.R. - Antimicrobial prophylaxis in surgery. Surgery, 93(1):172-3, 1983.

- SANTOS, H.O. - Cirurgia ambulatorial em pediatria. Campinas, 1984. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].
- SANTOS, H.O.; DAMASCO, R.T.; CECCATI, J.G. - Cirurgia ambulatorial em pediatria. J. Pediatr., 56:21-24, 1984.
- SANTOS, H.O.; LINO, J.E.O.; LARA, C.S.; CRUZ, M.M. - Contribuições ao emprego da cirurgia ambulatorial em pediatria. J. Pediatr., 57(2):140-4, 1984.
- SEROPIAN, R. & REYNOLDS, B. - Wound infection after preoperative depilatory versus razor preparation. Am. J. Surg., 121:251-4, 1971.
- SHOULDICE, E.E. - The treatment of hernia. Ont. Med. Rev., 1-14, 1953.
- SILVA, A.L. - Cirurgia em nível ambulatorial. Rev. Assoc. Med. Bras., 30(7/8):170-1, 1984.
- SILVA, N.C.; LANNA SOBRINHO, J.M.D.; SANYOS, R.I.C.; SOARES, J.L.; VIEIRA, M.S.; CLAURE, G.S. - Tratamento cirúrgico da hérnia inguinal pela técnica de Shouldice. Rev. Col. Bras., 17(5):94-8, 1990.

SILVA JR, C.A. - Anestesia ambulatorial: fase pré-operatória e pré-medicação. Rev. Bras. Anest., 33(2):110, 1983.

SISLEY, J.F.; SCARBOROUGH, C.S.; MORRIS, R.C.; JENNINGS, W.D. - Shouldice hernia repair: results at a teaching institution. Am. Surg., 53:495-6, 1987.

SPERANZINI, M.B. - Residência em cirurgia: uma visão crítica. Rev. Col. Bras. Cir., 8(1):1-3, 1981.

SPERANZINI, M.B.; MITTELSTAEDT, W.E.M.; FUJIMURA, J.; PIRES, P.W. A.; REBELATO, F.J.; RODRIGUES JR., A.J.; DEUTSCH, C.R.; SOUZA, J.F.T. - Hérnias inguinais recidivadas: estudo de 87 casos. Rev. Paul. Med., 170(2):97-104, 1989.

STONE, H.H.; HANEY, B.B.; KOLB, L.D.; GEHEBER, C.E.; HOOPER, C.A. - Prophylactic and preventive antibiotic therapy: time, duration and economics. Ann. Surg., 189:691-8, 1978.

SYSTEMIC disease patients proven acceptable for ambulatory surgery. Same-day Surgery, 5:41-3, 1981.

VATER, J. & GONÇALVES, M.C.V. - Ampliação do binômio anestesia local - paciente externo: enfoque especial para as hérnias inguino-crurais. Res. Méd., 15(5):10-22, 1986.

VAYDA, E.; MINDELL, W.R.; RUTKOW, J.M. - A decade of surgery in Canada, England and Wales, and United States. Arch. Surg., 117:846-52, 1982.

VÉLEZ-GIL, A. & GONZÁLEZ, A. - Nueva clasificación de niveles de atención quirúrgica. Acta Med. del Valle, 7(3):80-8, 1976.

VÉLEZ-GIL, A. & PARDO-DE-VÉLEZ, G. - Investigación de modelos de atención en cirugía. Programa "Sistema de Cirugía Simplificada". Programa de investigación auspiciado por la Universidad del Valle, el Hospital Universitario del Valle y las Fundaciones Rockefeller y Kellog. Cali, 1978.

VÉLEZ-GIL, A. & PARDO-DE-VÉLEZ, G. - Programa de atención quirúrgica primaria. Programa de investigación auspiciado por la Universidad del Valle y la Fundación Kellog. Cali, 1982.

VÉLEZ-GIL, A.; PARDO-DE-VÉLEZ, G.; PEREZ, C. - La capacitación del médico cirujano según un modelo epidemiológico. Educ. Méd. Salud, 17(2): 129-35, 1983.

VÉLEZ-GIL, A.; VILARREAL, R.; FERRADA, R.; GONZÁLEZ, A. - Experiencia con biopsias de seno en el programa de cirugía simplificada. Acta Méd. del Valle, 7(4):18-20, 1976.

VÉLEZ-GIL, A.; WILSON, D.; PELÁEZ, R.N. - A simplified system for surgical operations: the economics of the treating hernia. Surgery, 77(3):391-4, 1975.

- WANTZ, G.E. - Testicular atrophy as a sequela of inguinal hernioplasty. Int. Surg., 71(3):159-63, 1986.
- WANTZ, G.E. - Ambulatory hernia surgery. Br. J. Surg., 76(12):1288-9, 1989.
- WARNER, K.E. & HUTTON, R.C. - Cost-benefit and cost effectiveness analyses in health care: growth and composition of the literature. Med. Care, 18:1069, 1980.
- WHITE, P.F. - Anestesia para pacientes externos. In: MILLER, R.D., ed. - Tratado de Anestesia. 2.ed. São Paulo, Manole, 1989. p.1957-83.
- WOLCOTT, M.W. - Cirurgia Ambulatorial - Parte da Revolução na Medicina. In: _____ - Cirurgia Ambulatorial e os Elementos Básicos da Assistência Cirúrgica de Emergência. 2.ed. Rio de Janeiro, Interlivros, 1989. p.1-8.
- YADEGAR, J. - Outpatient herniorraphy: pitfalls and precautions. Hospital Practice, 15:80, 1986.
- YOUNG, D.V. - Comparison of local, spinal and general anesthesia for inguinal herniorraphy. Am. J. Surg., 153:560-3, 1987.

ZILIOUO JR., A.; KUNZLE, J.E.; GUERRA, P.C.M. - Incidência de infecção em cirurgia geral. Rev. Col. Bras. Cir., 12(3): 101-4, 1985.

ZILIOUO JR., A.; KUNZLE, J.E.; MENDES, J.A.M.; FERREIRA, J.L.P.- Infecção hospitalar em hospital privado de Ribeirão Preto, São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bras., 35(1):29-33, 1989.

9. TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO 1
CASUÍSTICA E MÉTODOS 33

TABELA 01 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES
CONFORME O GRUPO ETÁRIO

em anos	número de pacientes	%
até 10	167	4,99
11-20	350	10,45
21-30	627	18,72
31-40	650	19,41
41-50	513	15,32
51-60	495	14,78
61-70	275	8,21
71-80	93	2,78
> 81	23	0,69
ignorado	156	4,56
TOTAL	3.349	100

TABELA 02 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES
CONFORME O SEXO

	número de pacientes	%
masculino	2.051	61,24
feminino	1.298	38,76
TOTAL	3.349	100

TABELA 03 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES
CONFORME O GRUPO ÉTNICO

	número de pacientes	%
branco	2.542	75,90
pardo	344	10,27
negro	261	7,79
amarelo	21	0,63
ignorado	181	5,41
TOTAL	3.349	100

TABELA 04 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME
A PROCEDÊNCIA

	número de pacientes	%
município de Paulínia	1.503	44,88
outros municípios	1.636	48,85
ignorado	210	6,27
TOTAL	3.349	100

TABELA 05 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME O NÚMERO DE DOENÇAS ASSOCIADAS IDENTIFICADAS

	número de pacientes	%
hipertensão arterial sistêmica	178	5,32
pneumopatas	108	3,22
afecções da próstata	94	2,81
cardiopatas	86	2,57
hepatopatas	51	1,52
obesidade	50	1,49
diabetes	38	1,13
alergias	27	0,81
artropatas	14	0,42
outras	130	3,88
TOTAL	776	23,17

TABELA 06 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME
O AGRUPAMENTO POR DOENÇAS OU AFINS

	número de pacientes	%
doenças da pele e tecido celular subcutâneo	733	21,89
hérnias da região inguino- crural	636	18,99
contracepção e doenças do sistema uro-genital masculino	574	17,14
doenças ano-retais, região perineal e sacro-coccígea	542	16,18
hérnias da parede abdominal (exceto inguino-crurais)	294	8,78
varizes dos membros inferiores	252	7,52
doenças da vesícula biliar	170	5,08
doenças esôfago-gastro- duodenais	59	1,76
doenças agrupadas como miscelânea	89	2,66
TOTAL	3.349	100

TABELA 07 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CONFORME
O AGRUPAMENTO POR DOENÇAS OU AFINS

	número de procedimentos	%
doenças da pele e tecido celular subcutâneo	733	21,20
hérnias da região inguino- crural	673	19,47
contracepção e doenças do sistema uro-genital masculino	598	17,30
doenças ano-retais, região perineal e sacro-coccígea	557	16,11
hérnias da parede abdominal (exceto inguino-crurais)	326	9,43
varizes dos membros inferiores	252	7,29
doenças da vesícula biliar	170	4,92
doenças esôfago-gastro- duodenais	59	1,71
doenças agrupadas como miscelânea	89	2,57
TOTAL	3.457	100

TABELA 08 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CONFORME
A CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS OPERATÓRIAS
EM RELAÇÃO COM A CONTAMINAÇÃO E O RISCO
CRESCENTE DE INFECÇÃO

	número de procedimentos	%
ferida limpa	2.296	66,42
ferida limpa-contaminada	840	24,30
ferida contaminada	211	6,10
ferida suja e infectada	110	3,18
TOTAL	3.457	100

TABELA 09 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME
O PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

	número de pacientes	%
local	1.670	49,87
peridural	832	24,84
raquídea	308	9,20
geral	319	9,52
peridural + geral	97	2,90
local + sedação	16	0,48
ignorado	107	3,19
TOTAL	3.349	100

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME
O USO DE ANTIBIÓTICOS

	número de pacientes	%
sem antibióticos	2.927	87,40
antibioticoprofilaxia	258	7,70
antibioticoterapia	164	4,90
TOTAL	3.349	100

TABELA 11 - PERMANENCIA PÓS-OPERATORIA EM PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PROGRAMA DE CIRURGIA AMBULATORIAL NO HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNIA EM CONFRONTO COM METODOS CONVENCIONAIS, PARA CALCULOS

	Cirurgia ambulatorial e Simplificada no Hosp. Mun. Paulínia	Cirurgia sem programação de alta precoce *
doenças na infância	sem pernoite	1 pernoite
hérnias umbilicais e epigástricas	0 a 1 pernoite	1 a 2 pernoites
varizes nos membros inferiores	0 a 1 pernoite	1 a 2 pernoites
hérnias inguino-crurais	0 a 1 pernoite	2 a 4 pernoites
doenças ano-retais	0 a 1 pernoite	2 a 4 pernoites
hérnias incisionais	0 a 2 pernoites	4 a 6 pernoites
colecistectomias e vagotomias gástricas	1 a 2 pernoites	3 a 6 pernoites
gastrectomias e vagotomias com drenagem	5 pernoites	7 a 9 pernoites

* Fontes: ATHIE et al., 1960
 VELEZ-GIL, WILSON, PELAEZ, 1975
 COE, 1978
 ESPINDULO et al., 1979
 RISTOW et al., 1979
 ABDALLA et al., 1981
 MITTELSTADT et al., 1986
 CLOUD, 1986
 VATER & GONÇALVES, 1986

**10. TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO
RESULTADOS**

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME
O NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS
CONCOMITANTEMENTE

	número de pacientes	%
um procedimento	3.241	96,78
dois procedimentos	108	3,22
TOTAL	3.349	100

TABELA 13 - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME
AS COMPLICAÇÕES GERAIS

	número de pacientes	%
lipotímia	5	0,15
infecção pulmonar	4	0,12
atelectasia pulmonar	3	0,09
infecção do trato urinário	3	0,09
crise hipertensiva	2	0,06
retenção urinária	2	0,06
flebite em membro superior	2	0,06
trombose venosa profunda em membro inferior	2	0,06
cefaléia após punção de dura-máter	2	0,06
hemorragia digestiva alta	2	0,06
crise histérica	1	0,03
arritmia cardíaca	1	0,03
broncoespasmo com depressão cardíaca	1	0,03
TOTAL	30	0,90

TABELA 14 - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME
AS COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOSES

	número de pacientes	% (*)
infecção supurativa da ferida operatória	130	4,30
hemorragia	9	0,30
infecção loco-regional por germe anaeróbio sem necrose	2	0,07
fístula biliar	2	0,07
infecção perineal por germe anaeróbio com necrose	1	0,03
evisceração	1	0,03
TOTAL	145	4,80

(*) relativo aos 3.021 seguidos.

TABELA 15 - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME
AS COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

	número de pacientes	%(*)
recidiva da doença primária	13	0,52
atrofia testicular com dor crônica	3	0,12
cicatriz fissurária anal	3	0,12
eliminação parcial da prótese de polipropileno	2	0,08
dor crônica em parede abdominal	1	0,04
retração cicatricial em pênis	1	0,04
TOTAL	23	0,92

(*) relativo aos 2.517 seguidos.

TABELA 16 - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME A
NECESSIDADE DE PERNOITES NA PERMANÊNCIA
HOSPITALAR POS-OPERATÓRIA

	número de pacientes	%
alta no mesmo dia	1.855	55,39
um pernoite	1.196	35,71
dois pernoites	200	5,97
três a cinco pernoites	98	2,93
TOTAL	3.349	100

TABELA 17 - NÚMERO DE PACIENTES SEGUIDOS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO
DA FERIDA OPERATÓRIA E A PRESENÇA DA INFECÇÃO
CIRÚRGICA (PORCENTAGEM RELATIVA)

	sem infecção (%)	com infecção (%)	TOTAL (%)
limpa	1.901 (96,89)	61 (3,11)	1.962 (64,95)
limpa-contaminada	719 (94,85)	39 (5,15)	758 (25,09)
contaminada	182 (92,39)	15 (7,61)	197 (6,52)
suja e infectada	86 (82,70)	18 (17,30)	104 (3,44)
TOTAL	2.888 (95,60)	133 (4,40)	3.021 (100)

TABELA 18 - NÚMERO DE PACIENTES SEGUIDOS CONFORME O USO DE ANTIBIÓTICOS E A PRESENÇA DE INFECÇÃO CIRÚRGICA (PORCENTAGEM GLOBAL)

	sem infecção (%)	com infecção (%)	TOTAL (%)
sem antibiótico	2.537 (83,98)	76 (2,52)	2.613 (86,50)
antibioticoprofilaxia	213 (7,05)	33 (1,09)	246 (8,14)
antibioticoterapia	138 (4,57)	24 (0,79)	162 (5,36)
TOTAL	2.888 (95,60)	133 (4,40)	3.021 (100)

TABELA 19 - CUSTOS EXTRA-OPERATÓRIOS NO TRATAMENTO
CIRÚRGICO DA HÉRNIA INGUINAL NO ADULTO

	em cruzeiros (dez/90)	variação maior em porcentagem
método convencional	5.710,68	---
paciente externo e anestesia local	1.546,05	249,4
paciente com um pernoite e anestesia local	2.146,86	166,0
paciente externo e anestesia peridural	3.243,94	76,0
paciente com um pernoite e anestesia peridural	3.527,02	61,9

TABELA 20 - CUSTOS INTRA E EXTRA-OPERATÓRIOS NO TRATAMENTO
CIRÚRGICO DA HÉRNIA INGUINAL NO ADULTO

	em cruzeiros (dez 90)	variação maior em porcentagem
método convencional	15.979,97	---
paciente externo e anestesia local	11.815,34	35,2
paciente com um pernoite e anestesia local	12.416,15	28,7
paciente externo e anestesia peridural	13.513,23	18,2
paciente com um pernoite e anestesia peridural	13.796,31	15,8

11. ANEXOS

" SISTEMA DE CIRURGIA SIMPLIFICADA "

CRITÉRIOS E CLASSIFICAÇÃO DE ATENÇÃO CIRÚRGICA POR NÍVEIS (VÉLEZ-GIL & GONZÁLEZ, 1976)

VARIÁVEIS	NÍVEL I	NÍVEL II	NÍVEL III	NÍVEL IV
PESSOAL	CIRURGIÃO OU MÉDICO/ AUXILIAR/ENFERMEIRA (CIRCULANTE)	CIRURGIÃO/ANESTESISTA/ AUXILIAR/ENFERMEIRA (CIRCULANTE)	CIRURGIÃO/ANESTESISTA/ AUXILIAR/ENFERMEIRA (CIRCULANTE)	CIRURGIÃO/CIRURGIÃO AUXILIAR/ ANESTESISTA/INSTRUMENTADORA/ ENFERMEIRA (CIRCULANTE)
ANESTESIA	LOCAL	EPIDURAL OU GERAL OU LOCAL	EPIDURAL OU GERAL	GERAL
MATERIAL E EQUIPAMENTO	BÁSICO	BÁSICO E AUXILIAR	BÁSICO E AUXILIAR	BÁSICO E AUXILIAR
SALA DE CIRURGIA	DUAS OU MAIS CIRURGIAS	DUAS OU MAIS CIRURGIAS	DUAS OU MAIS CIRURGIAS	UMA CIRURGIA
HOSPITALIZAÇÃO	NAS HORAS DE CIRURGIA	NAS HORAS DE CIRURGIA E RECUPERAÇÃO	DOIS DIAS EM MÉDIA	CINCO DIAS EM MÉDIA

ANEXO II

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NA CLASSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO CIRÚRGICA
POR NÍVEIS, SEGUNDO VÉLEZ-GIL & GONZÁLEZ, 1976.

NÍVEL I - em lesões de pele e subcutâneo, linfonodos, unhas, cisto sinovial, biopsias superficiais, orquiectomia, vasectomia, postectomia, cistostomia, mama e dedo extranumerário, pterígeo e outros.

NÍVEL II - em cisto tireoglosso, varizes, hérnias inguinais, epigástricas, umbilicais, doenças anais, cisto pilonidal, enxertos, rinoplastia, cesariana, amigdalectomia, laqueadura, ooforectomia, orquidopexia, nódulos de mama, e outros.

NÍVEL III - gastrectomia, colecistectomia, histerectomia, prostatectomia, apendicectomia, vagotomia, tireoidectomia, mastectomia, nefrectomia, simpatectomia, e outros

NÍVEL IV - pancreatectomia, gastrectomia total, artrodese de coluna, colectomia total, transplantes, revascularização cardíaca, e outros

ANEXO III : FICHA "ARQUIVO DE CIRURGIA"

HMPHOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNIA
ARQUIVO DE CIRURGIA

NUMCIR.: _____

M. H. : _____

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ Idade: _____

Sexo: () M () F Cor: _____ Est. Civil: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

II - ANAMNESE

QP + HPMA: _____

INTERROGATÓRIO COMPLEMENTAR

Cabeça e pescoço: _____

Cardio-vascular: _____

Respiratório: _____

T. G. I. : _____

T. G. U. : _____

Locomotor : _____

Neurológico: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Tabagismo () Etilismo () Alergia () Diabete ()

H. A. S. () Prostatismo () Inf. Pulmonares () Tbc ()

Medicamentos em uso/usados: _____

Outros: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

III - EXAME FÍSICO

P. A = _____ x _____ P = _____ Peso: _____ Est.: _____

Geral: _____

Especial: Cab. Pesc.: _____

Coração: _____

Pulmões: _____

Abdomen: _____

Procto. . _____

T. G. U. : _____

Membros: _____

ANEXO IV : FICHA "PRÉ-OPERATÓRIO DA CLÍNICA CIRÚRGICA"

HMP**HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNIA**
CLÍNICA CIRÚRGICA — PRÉ-OPERATÓRIO

NOME: IDADE:

SEXO: () M () F COR: ESTADO CIVIL:

PROCEDÊNCIA:

ANTECEDENTES: TABAGISMO () ALERGIA ()
ETILISMO () OUTROS ()

PATOLOGIA DE BASE**EXAMES SUBSIDIÁRIOS**

SANGÜÍNEA ()
DIABETE ()
H. A. S. ()
I. T. U. ()
CARDIOPATIA ()
D. P. O. C. ()
OBESIDADE ()
VERMINOSE ()
OUTROS ()

Hb: Htc:

GLICEMIA:

U: C: Na: K:

URINA I:

ECG: Rxt:

Rx TÓRAX:

PESO:

PROTO:

OUTROS:

EXAMES REALIZADOS**DATA****RESULTADOS**

ENDOSCOPIA

...../...../.....

E. E. D.

...../...../.....

ECOGRAFIA

...../...../.....

COLECISTOGRAMA

...../...../.....

R. S. S.

...../...../.....

OUTROS

...../...../.....

DIAGNÓSTICOS CIRÚRGICOS**CIRURGIAS PROGRAMADAS**

1.

1.

2.

2.

3.

3.

DATA:/...../.....

HORA:

ANESTESIA PROGRAMADA:

GRAU DE CONT. PRÉ-OP.: () L () LC () C () S

EXAMINADOR: ORIENTADOR:

ANEXO V : FICHA "PÓS-OPERATÓRIO DA CLÍNICA CIRÚRGICA"

HMPHOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNIA
CLÍNICA CIRÚRGICA – PÓS OPERATÓRIO

NOME:

MH: NUMCIR:

Cirurgia Realizada:

Equipe: Anestesia:

Graucont: () L () LC () C () S Local: () CC () C. Amb

ANTIBIOTICOTERAPIA: () Não () Profilático () Curativo

Qual:

Internação ____/____/____ Cirurgia ____/____/____ Alta: ____/____/____

EVOLUÇÃO P. O. IMEDIATO :

RETORNAR NO CENTRO DE SAÚDE DE PAULÍNIA, PARA REVISÃO CIRÚRGICA:

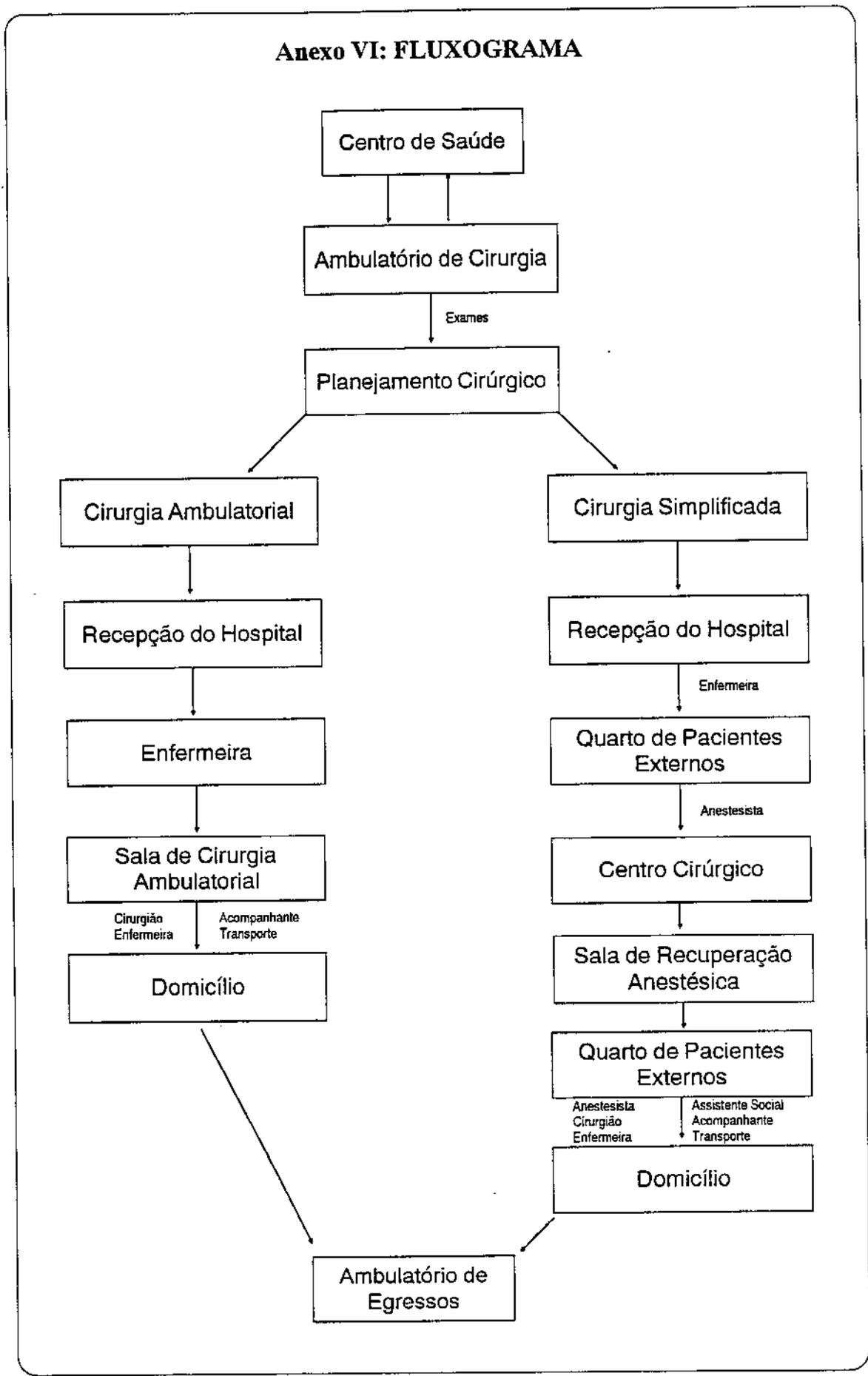
Data	Hora	Evolução
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____

OS RETORNOS PROGRAMADOS SÃO OBRIGATÓRIOS E IMPORTANTES PARA SUA SAÚDE. COLABORE E TRAGA ESTA FICHA NO RETORNO.

Examinador:

Orientador :

Anexo VI: FLUXOGRAMA



12. DADOS GERAIS DA CASUÍSTICA

DOENÇAS DA PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO

(PROCEDIMENTOS EM)

cisto sebáceo	= 175
verruca	= 99
hiperqueratose	= 81
granuloma	= 56
lipoma	= 56
câncer de pele	= 51
nevus	= 50
nódulo	= 26
abscesso e lesão necrótica	= 25
lesão ulcerada	= 13
tumor benigno de pele	= 11
hemangioma	= 10
cicatriz hipertrófica	= 9
ginecomastia	= 8
quelóide	= 7
outras	= 56

total de pacientes = 733
total de procedimentos = 733

Sexo masculino = 357
feminino = 376

Residência em Paulínia = 427
fora = 219
ignorada = 87

Anestesia local = 678
peridural = 12
raquídea = 9
geral = 8
local + sedação = 13
ignorada = 13

Idade

até 10 = 15
11-20 = 63
21-30 = 135
31-40 = 133
41-50 = 78
51-60 = 140
61-70 = 63
71-80 = 23
> 81 = 7
ignorada = 76

DOENÇAS DO SISTEMA URO-GENITAL MASCULINO E CONTRACEPÇÃO

(PROCEDIMENTOS)

postectomia	= 197
frenuloplastia	= 118
vasectomia	= 116
hidrocelectomia	= 67
varicocelectomia	= 41
orquidopexia	= 31
orquiectomia	= 13
cistostomia	= 4
outras	= 11

total de pacientes = 574
total de procedimentos = 598

Sexo masculino = 574
feminino = 0

Idade

até 10 = 66
11-20 = 144
21-30 = 132
31-40 = 96
41-50 = 37
51-60 = 35
61-70 = 43
71-80 = 7
> 81 = 1
ignorada = 13

Residência em Paulínia = 247
fora = 299
ignorada = 28

Anestesia local = 364
peridural = 86
raquidea = 25
geral = 38
peridural + geral = 51
ignorada = 10

DOENÇAS ANO-RETAIS. DA REGIÃO PERINEAL E SACRO-COCCÍGEA

(PROCEDIMENTOS)

hemorroidectomia	= 239
fistulotomia anal	= 91
esfincterotomia anal interna	= 69
tratamento cirúrgico do cisto pilonidal	= 59
drenagem de abscesso anal	= 51
biópsia sob anestesia	= 11
resseccão de plicoma anal	= 10
resseccão e/ou cauterização de condiloma	= 10
tratamento cirúrgico da cicatriz fissurária ...	= 5
anoplastia	= 4
outras	= 8

total de pacientes = 542

total de procedimentos = 557

Sexo masculino = 302
feminino = 240

Idade

até 10 = 6
11-20 = 44
21-30 = 150
31-40 = 123
41-50 = 82
51-60 = 65
61-70 = 13
71-80 = 6
> 81 = 2

Residência em Paulínia = 293
fora = 207
ignorada = 42

ignorada = 51

Anestesia local = 207
peridural = 190
raquidea = 104
geral = 7
peridural + sedação = 5
ignorada = 29

HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL (EXCETO ÍNGUINO-CRURAIS)

(PROCEDIMENTOS EM)

hérnia umbilical	= 114
hérnia incisional	= 103
hérnia epigástrica	= 72
hérnia umbilical + epigástrica	= 16
hérnia associada a abdominoplastia	= 13
hérnia associada a correção de diástase ...	= 3
hérnia de Spiegel	= 3
hérnia lombar	= 2

total de pacientes = 294
total de procedimentos = 326

Sexo masculino = 127
feminino = 167

Idade

até 10 = 10
11-20 = 15
21-30 = 27
31-40 = 63
41-50 = 74
51-60 = 55
61-70 = 34
71-80 = 3
> 81 = 1

Residência em Paulínia = 102
fora = 178
ignorada = 14

ignorada = 12

Anestesia local = 106
peridural = 102
raquidea = 31
geral = 38
peridural + geral = 6
ignorada = 11

HERNIAS DA REGIÃO ÍNGUINO-CRURAL

(PROCEDIMENTOS)

hernioplastia unilateral = 599
 hernioplastia bilateral = 37

total de pacientes = 636
 total de procedimentos = 673

Característica primária = 560
 recidivada = 76

Sexo masculino = 541
 feminino = 95

Residência em Paulínia = 169
 fora = 456
 ignorada = 11

Anestesia local = 189
 peridural = 276
 raquidea = 103
 geral = 32
 peridural + sedação = 24
 ignorada = 12

Idade
 até 10 = 45
 11-20 = 56
 21-30 = 80
 31-40 = 75
 41-50 = 105
 51-60 = 120
 61-70 = 97
 71-80 = 45
 > 81 = 9
 ignorada = 4

VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES

(PROCEDIMENTOS)

safenectomia unilateral com fleboextração = 63
safenectomia bilateral com fleboextração = 29
fleboextração uni ou bilateral = 160

total de pacientes = 252
total de procedimentos = 252

Sexo masculino = 46
feminino = 206

Residência em Paulínia = 128
fora = 96
ignorada = 28

Anestesia local = 65
peridural = 125
raquidea = 30
ignorada = 28

Idade
até 10 = 0
11-20 = 9
21-30 = 39
31-40 = 95
41-50 = 67
51-60 = 35
61-70 = 7
71-80 = 0
> 81 = 0

DOENÇAS ESÔFAGO-GASTRO-DUODENAIS

(PROCEDIMENTOS)

gastrectomia parcial	= 22
vagotomia gástrica proximal	= 16
vagotomia gástrica proximal + drenagem	= 7
gastrostomia	= 5
jejunostomia	= 3
esôfago-fundo-gastro-plicatura	= 3
vagotomia troncular + gastroenterostomia	= 2
cardiomiectomia	= 1
total de pacientes	= 59
total de procedimentos	= 59

Sexo masculino = 47
feminino = 12

Residência em Paulínia = 19
fora = 40

Anestesia local = 2
peridural = 2
raquídea = 3
peridural + geral = 8
geral = 44

Idade
até 10 = 0
11-20 = 1
21-30 = 11
31-40 = 18
41-50 = 12
51-60 = 10
61-70 = 2
71-80 = 4
> 81 = 1

DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR

(PROCEDIMENTOS KM)

colecistopatia crônica calculosa = 167
 falsa colelitíase à ecografia = 2
 septo em vesícula biliar = 1

 total de pacientes = 170

Sexo masculino = 15
 feminino = 155

Idade

até 10 = 0
 11-20 = 4
 21-30 = 35
 31-40 = 38
 41-50 = 51
 51-60 = 28
 61-70 = 11
 71-80 = 2
 > 81 = 1

Residência em Paulínia = 69
 fora = 101

Anestesia peridural + geral = 32
 geral = 138

DOENÇAS AGRUPADAS COM MISCELÂNEA

(PROCEDIMENTOS)

ressecção de linfonodos	= 18
fechamento tardio da parede abdominal	= 9
amputação de artelhos	= 9
frenulectomia lingual	= 8
ressecção de cisto de cordão inguinal	= 8
tireoidectomias	= 7
ressecção de cisto tireoglosso	= 6
ressecção de cisto sinovial	= 6
ressecção de cisto ônfalo-mesentérico	= 5
ressecção de dedo ou artelho extra-numerário	= 4
tratamento cirúrgico da rânula	= 4
retirada de projétil de arma de fogo	= 2
biópsia pleural	= 2
ressecção de cisto branquial	= 1
total de pacientes	= 89
total de procedimentos	= 89

Sexo masculino = 42
feminino = 47

Idade

até 10 = 25
11-20 = 14
21-30 = 18
31-40 = 9
41-50 = 7
51-60 = 7
61-70 = 5
71-80 = 3
> 81 = 1

Residência em Paulínia = 49
fora = 40

Anestesia local = 59
peridural = 10
raquidea = 3
geral = 14
local + sedação = 3