

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Bruno da Silva Pedro

Orientador:

Dr. Carlos Magalhães

Porto 2012/2013

Agradecimentos:

Terminado este estágio, quero agradecer a todas as pessoas que me orientaram e ajudaram para que esta experiência tivesse sido tão agradável e proveitosa.

Começo por enumerar as seguintes pessoas e instituição:

Ao meu tutor, Dr. Carlos Magalhães, por ter aceite ser o meu tutor e me ter orientado no estágio, pela sua disponibilidade, pela sua maneira agradável, e sobretudo pelo seu profissionalismo, sempre disposto a explicar e a esclarecer alguma dúvida. Os meus sinceros agradecimentos.

À restante equipa Médica e internos de cirurgia, com quem tive o prazer de contactar e que sempre se demonstrou disponível para esclarecer qualquer dúvida.

À equipa de Enfermagem, que tão bem me acolheu e que sempre me ajudou em tudo o que foi necessário.

Ao Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, por me ter proporcionado fazer este estágio nas suas instalações, o meu muito obrigado.

Aos meus Pais e Irmã, por todo o apoio e força que me têm dado. Um Muito Obrigado!

À Ana Luísa, por tudo o que és e representas, pela força e apoio incondicional.

Resumo

Objectivos: Conhecer a realidade da Cirurgia de Ambulatório em particular no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do Porto. Aprofundar conhecimentos, fomentando a aprendizagem prática sobre as patologias tratadas, na área de cirurgia de ambulatório.

Descrição: Este estágio prático, realizado no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do Porto, teve a duração de 85 horas, das quais 70 horas foram realizadas no bloco cirúrgico repartidas entre o bloco com anestesia local e o bloco com presença de anestesista. Acompanhando o tutor assim como outros especialistas e internos de especialidades cirúrgicas, em diversos procedimentos cirúrgicos, tais como correções de hérnias, excisão de quistos pilonidais, correção de patologia ano rectal, assim como lesões cutâneas e subcutâneas. Compreendendo os procedimentos e intervindo sempre que possível nos mesmos, enquanto cirurgião auxiliar.

As restantes 15 horas do estágio foram realizadas nas consultas (primeiras consultas, consultas pré-cirúrgicas, pós- cirúrgicas), percebendo a dinâmica das mesmas.

Conclusão: Concluído o estágio, considero que os objectivos inicialmente delineados foram cumpridos. A unidade curricular “Dissertação/ Projeto/ Relatório de Estágio” ofereceu-me a oportunidade de melhorar o meu conhecimento nesta área vasta que é a cirurgia de ambulatório. Pude verificar as vantagens da organização da unidade de cirurgia de ambulatório centrada no doente, assim como as vantagens em comparação à cirurgia tradicional, tais como tempos de recuperação mais rápidos, menor gastos de internamento, menor dor referida pelo paciente, assim como um retorno mais rápido à sua atividade laboral. A cirurgia de ambulatório apresenta atualmente um futuro promissor.

Abstract

Objectives: It's expected to know more about ambulatory surgery, particularly in CICA, Integrated Center of Ambulatory Surgery of Porto.

Acquire new knowledge about the various techniques and processes used in the treatment of ambulatory pathologies.

Description: An internship realized in the Integrated Center of Ambulatory Surgery of Porto with a total duration of 85 hours. 70 hours were dedicated to surgery with local anesthesia or with the presence of an anesthetist. By following the tutor and other specialists in surgical processes, such as hernias correction, cysts excision, cutaneous injuries and others it was possible to understand the dynamic of service and sometimes participate in the interventions while auxiliary surgeon. The others 15 hours were dedicated to consultation.

Conclusion: By the end of the internship it's possible to say that objectives initially established were fulfilled. This internship allowed me knows more about ambulatory surgery and about its dynamics and advantages. Comparatively to traditional surgery, ambulatory surgery presents a less time of recovery, less costs with after surgery cares and less pain to patient.

In the last years, the expansion and development of ambulatory surgery was great and the prospective is a major growth and popularity in future.

Índice:

Introdução	1
Atividades desenvolvidas	6
A. Bloco operatório com presença de anestesista	6
1. Correção de Patologia Herniária	7
2. Quistos sacrococcígeos (sua exérese)	8
3. Hemorróides (hemorroidectomia)	9
4. Patologia Biliar (colecistectomia)	9
B. Bloco operatório com anestesia local	10
1. Quistos sebáceos (exérese)	10
2. Lipomas (exérese)	10
3. Nevos cutâneos (exérese)	11
4. Cateteres Venosos Centrais (implantação)	11
C. Consulta externa (de cirurgia geral)	12
Discussão	13
Considerações finais	17
Bibliografia	19
Anexos	
Anexo 1	I
Anexo 2	V

Introdução

A International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)^[1] define cirurgia de ambulatório como qualquer procedimento cirúrgico programado, tradicionalmente efectuado em regime de internamento, cuja alta ocorre poucas horas após a cirurgia, sem necessidade de pernoita hospitalar. No entanto, caso o doente no pós-operatório tenha a necessidade de ficar internado a primeira noite no hospital, tendo alta até 24 horas após o procedimento, passa então a designar-se por cirurgia de ambulatório com pernoita hospitalar.

Com base na revisão histórica efetuada verifica-se que a cirurgia de ambulatório não se trata de um conceito recente. No entanto, é no final do século XIX, início do século XX que esta área da medicina viu possibilitado o seu desenvolvimento com a introdução da anestesia, técnicas de assepsia e salas de recobro para os doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Foi-se assim modificando a imagem concebida acerca dos hospitais, que era a de edifícios de higiene duvidosa e de tratamento de doentes indigentes para locais que oferecem condições de assepsia e de novas técnicas cirúrgicas e indolores.

James Nicoll foi um dos pioneiros no estabelecimento do conceito de cirurgia de ambulatório, atribuindo-lhe a mesma taxa de sucesso que a cirurgia dita de internamento. Realizou em 1909 diversas cirurgias de correção de hérnias, fenda palatina, fracturas cranianas, entre outras patologias, por forma a comprovar valor da cirurgia de ambulatório. No entanto, apesar dos resultados promissores obtidos por Nicoll, este conceito foi um pouco esquecido ao longo dos anos, até à década de 70 em que volta a luz dos projetores^[2].

É então desde a década de 70 que cirurgia de ambulatório apresenta grande crescimento e desenvolvimento a nível mundial, com a abertura crescente de unidades de cirurgia de ambulatório. Este crescimento impressionante é observado à escala mundial, com destaque para a América do Norte, Europa e Austrália.

Esta modalidade cirúrgica conhece uma tal expansão, que em 2005 já representava mais de metade das cirurgias programadas em alguns países desenvolvidos, como é o caso dos EUA com 75% das cirurgias programadas a serem realizadas em regime de ambulatório, da Suécia com 70%, Canadá 65%, Noruega e Dinamarca com 61%, Inglaterra 60%, e Holanda com uma taxa de 58%, aproximando-se desse valor a Itália, Finlândia, Austrália e a Bélgica^[3].

Em Portugal, a cirurgia de ambulatório tem uma história relativamente recente com início na década de noventa. No final do século XX, a cirurgia de ambulatório apenas representava 5,5% das cirurgias realizadas a nível nacional. O Hospital Geral de Santo António no Porto e o Hospital de São Pedro em Vila Real, foram os que mais se destacaram pelo desenvolvimento de programas nesta modalidade cirúrgica^[4].

Importa salientar o crescimento impressionante que se tem observado ao longo dos anos, sendo que em 2005 representava cerca de 22% de toda a cirurgia feita em Portugal, ou seja, de um universo de 344656 cirurgias programadas, 75935 foram realizadas em regime de ambulatório^[5].

Em 2009, a cirurgia de ambulatório representava 43,7% das cirurgias realizadas a nível nacional, ou seja de um universo de 411173 cirurgias, 179646 foram realizadas em regime de ambulatório. Representado um crescimento de 22,5% relativamente a 2005^[6].

Esta aproximação de Portugal aos países que apresentam taxas mais elevadas de cirurgia de ambulatório, resulta sobretudo do investimento e criação de condições adequadas para a realização deste tipo de cirurgia, como políticas e programas de incentivo do Ministério da Saúde aos Hospitais Públicos para que estes aumentassem a sua atividade cirúrgica em regime de ambulatório^[7].

Com cerca de trinta anos de evolução nos países desenvolvidos, a cirurgia de ambulatório tem demonstrado resultados de excelência com elevados índices de satisfação dos pacientes e cirurgiões, com incremento da qualidade, personalização e humanização dos cuidados de saúde, utilizando para isso um modelo centrado no utente.

A cirurgia de ambulatório tem evidenciado inúmeras vantagens tanto a nível da evolução das técnicas cirúrgicas, como a nível social, através da melhoria da organização e gestão económica. Segundo a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, a cirurgia de ambulatório apresenta as seguintes vantagens^[3]:

Clínicas – diminuição do número de complicações observadas, quer no ambiente em que os doentes se encontram (menor probabilidade de contraírem infeções de origem hospitalar, pois há um menor tempo de contacto com outros doentes que possam ser portadores de infeções graves), quer pelo próprio procedimento cirúrgico (a rápida recuperação evita que estes doentes fiquem tempos prolongados no seu leito, diminuindo a incidência de complicações cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, entre outras).

Organizativas – redução das listas de espera, melhoria do acesso dos doentes à cirurgia, ganho significativo da eficiência hospitalar comparativamente à cirurgia de internamento.

Sociais – Regresso rápido às atividades diárias habituais, a nível familiar e profissional, devido a uma mais rápida recuperação pós-cirúrgica. Redução do tempo de afastamento dos pacientes ao seu ambiente familiar e social, com especial importância para os extremos etários.

Económicas – Redução dos custos hospitalares e dos restantes subsistemas de saúde em virtude de uma correta reorientação das despesas hospitalares, especialmente quando em presença de elevados índices de substituição da cirurgia convencional, dita de internamento, pela cirurgia de ambulatório.

Deste modo, salientam-se os benefícios deste tipo de intervenção, tanto para a comunidade científico-médica como para os gestores da saúde, mas sobretudo para os doentes. No entanto, a sua aplicabilidade só é permitida pelo avanço da ciência médica, das novas técnicas e matérias aplicadas em cirurgia e analgesia.

A aplicabilidade deste modelo de intervenção, sobretudo nos países desenvolvidos, permitiu verificar que o tratamento dos doentes em regime de ambulatório comporta benefícios sociais, familiares e económicos para o paciente, assim como, a redução dos custos de internamento e as das listas de espera, mostrando uma melhor relação custo-benefício.

O Centro Hospitalar do Porto foi pioneiro em Portugal na criação de programas de cirurgia de ambulatório, apostando assim nessa área cirúrgica.

A unidade de cirurgia de ambulatório do Centro Hospitalar do Porto iniciou a sua atividade em 1991, utilizando instalações do EX-CICAP, onde dispunha de uma sala operatória e de quatro camas de recobro num total de 60 m². Contava na altura com as seguintes valências: cirurgia geral, cirurgia vascular, ginecologia, urologia e ortopedia.

Em 1998 muda de instalações para o piso 1 do novo edifício, Dr. Luís de Carvalho, dispondo de duas salas operatórias, dezasseis camas de recobro, num total de 340 m². Foi adicionada a valência de neurocirurgia.

A 20 de Maio de 2011 é inaugurado o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) graças ao forte investimento do Centro Hospitalar do Porto feito nesse sentido, tornando-se num centro pioneiro e de referência a nível nacional. Encontra-se situado nos terrenos posteriores ao edifício das consultas externas do Hospital Geral Santo António, na rua D. Manuel II, freguesia de Vitória, concelho do Porto. A inauguração deste novo

Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, foi objeto de interesse e notícia a nível dos media [14,15].

O edifício é composto por oito pisos, quatro dos quais subterrâneos destinados a estacionamento. Os restantes quatro pisos encontram-se acima do solo e serão descritos de seguida.



Fig. 1 e 2: Entrada e Estacionamento do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

No piso 0 encontra-se a receção para atendimento e informações, espaço para instalação futura de um bar e acessos para os elevadores e escadas para os andares superiores, assim como uma zona de tratamento de sujios e resíduos.



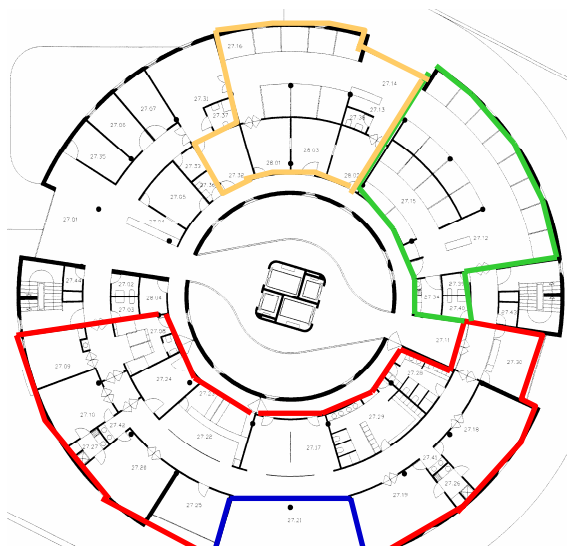
Fig. 3 e 4: Espaço de espera e Receção

O piso 1 é dedicado à cirurgia Oftalmológica e Cirurgia Maxilo-Facial. Este piso é composto por blocos cirúrgicos especializados e consultórios devido a especificidade destas especialidades. Para além de oftalmologia, funciona ainda neste piso a consulta das outras valências. Este piso conta ainda com salas de recobro, sala de espera, receção e equipamentos necessários à prática clínica, tais como vestuários, sala de pré-lavagem, armazém de consumíveis, zona de tratamento de sujo, entre outros.

No piso 2 encontram-se as especialidades cirúrgicas da Unidade Geral e, à semelhança do piso 1, apresenta consultórios, cinco blocos operatórios, salas dedicadas ao recobro pós-operatório, receção, sala de pré-lavagem e restantes equipamentos necessários à prática clínica.



Fig. 5 e 6: Bloco Cirúrgico e Sala de Recobro



Legenda:

- Vermelho - Blocos operatórios
- Verde - Recobro
- Azul - Unidade de cuidados pós anestésicos
- Amarelo - Unidade de gastroenterologia

Fig. 7 : Planta do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório - Piso 2

O piso 3 é dedicado à vigilância pós-operatória e aos serviços administrativos. A unidade de vigilância pós-operatória é composta por dez quartos, que permitem a pernoita dos doentes, caso seja necessário. Ainda neste piso encontram-se os gabinetes da administração do CICA.

O Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório apresenta uma área total de 5.540 m². Conta com as valências de Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Dermatologia, Estomatologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia ^[8,9].

O presente relatório de estágio em cirurgia de ambulatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular “ Dissertação/ Projeto/ Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) no ano lectivo 2012/2013.

A escolha pela área cirúrgica, foi uma escolha fácil, por ser uma área que considero fascinante, e que é pouco aprofundada ao longo do curso, principalmente a nível prático. Decidi então realizar o meu estágio no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, centro de referência a nível nacional, que recebe internos de várias especialidades cirúrgicas de toda a região Norte.

Este trabalho visa descrever sucintamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado no CICA, com duração de 85 horas, e apresentar a discussão e considerações finais do aluno.

Atividades desenvolvidas

Durante este estágio foi-me possível compreender a dinâmica do serviço, através do acompanhamento do meu orientador assim como de outros especialistas e internos de especialidades cirúrgicas. Estive no bloco operatório, onde assisti a cirurgias com anestesia geral e também com anestesia local, acompanhei o processo de alta dos pacientes e tive oportunidade de assistir a diversas consultas pré-cirúrgicas, pós-cirúrgicas e de seguimento.

As atividades desenvolvidas serão descritas com mais pormenor de seguida. Encontrando-se de forma resumida no anexo 1 e 2.

A) Bloco operatório com presença de anestesista

O bloco operatório com presença de anestesista tinha lugar às quartas-feiras de manhã e quintas-feiras durante todo o dia. Às quartas atuava apenas uma equipa enquanto que às quintas-feiras existiam três equipas, uma de manhã e duas durante a tarde, havendo necessidade de em cada uma delas existir um anestesista, uma enfermeira instrumentista e uma enfermeira circulante.

Os pacientes após as cirurgias ficam durante algum tempo na unidade de recobro, sob vigilância da equipa de enfermagem e anestesista, sendo posteriormente avaliados pelo cirurgião que fez a intervenção que decide depois a hora a que terão alta após uma rigorosa avaliação. Para tal é utilizada a escala de PADSS, que avalia os sinais vitais, a deambulação, a existência de náuseas e vômitos, a presença de dor e a existência de hemorragia. Cada critério varia de 0 a 2 pontos, tendo o paciente de ter um mínimo de 9

pontos para ter alta. Os doentes operados durante a tarde geralmente pernoitam tendo alta no início do dia seguinte pelas 8 horas.

O contacto com o bloco cirúrgico exige uma revisão dos cuidados de lavagem das mãos, condições de assepsia, assim como o respeito pelas áreas de esterilização que se encontram ligadas a este ambiente. Foi assim sempre que necessário corrigido pelos elementos que se encontravam no bloco operatório relativamente aos cuidados de lavagem das mãos, que sublinhavam as vantagens de boas condições de assepsia.

Durante o tempo que passei no bloco cirúrgico foi-me possível assistir e integrar algumas vezes a equipa, como ajudante do cirurgião principal, afastando as margens dos campos cirúrgicos para que o cirurgião principal tivesse as melhores condições de trabalho e de visibilidade para operar.

Assisti com maior frequência à correção cirúrgica de quatro patologias:

1. Patologia herniária;
2. Quistos sacrococcígeos;
3. Hemorróides;
4. Patologia biliar.

1. Correção de Patologia Herniária

No âmbito desta patologia observei e auxiliei diversas hernioplastias, principalmente hernioplastias inguinais. Durante o tempo que estive no bloco constatei a utilização de duas técnicas diferentes.

A técnica preferencialmente utilizada na unidade de cirurgia de ambulatório é a de *Lichtenstein*, pelo facto de ser uma técnica livre de tensão, de rápida execução, que apresenta uma curva de aprendizagem relativamente curta e uma taxa de complicações pequena.

A segunda técnica observada no bloco, foi a hernioplastia por laparoscopia totalmente extraperitoneal. Nesta técnica o cirurgião faz uma incisão infra-umbilical, realizando a dissecação roma do reto lateralmente, por forma a criar um espaço para a introdução de um balão dissecante até a sínfise púbica. Dependendo da experiência do cirurgião este pode optar por não usar balão dissecante, procedendo depois à insuflação com CO₂ sob visão através de monitor graças à óptica introduzida no trocar periumbilical e introduz os demais *trocars* na linha média. Após a dissecação do espaço extra-peritoneal, o cirurgião procede à identificação das estruturas anatómicas, tais como a púbis, o cordão

espermático (ligamento redondo nas mulheres), anel inguinal interno, vasos epigástricos inferiores, além do defeito herniário. Após a redução do defeito herniário, realiza-se a colocação da prótese de polipropileno de forma a cobrir os espaços direto, indireto e femorais, podendo ou não fixar a prótese com cliques ao ligamento de *Cooper*. Tendo-se colocado devidamente a prótese procede-se à desinsuflação da cavidade sob visão direta para verificar a posição correta da prótese. Por fim encerra-se as aberturas por onde se introduziram os *trocars*. Este procedimento apresenta como vantagens a menor dor, menor persistência de dor, menor lesão tecidual, menor hemorragia, tempo de incapacidade laboral menor, menor incidência de hematomas, de infeções da ferida cirúrgica, possibilidade de identificar e corrigir hérnias contra laterais subclínicas e melhores resultados estéticos.

2. Quistos sacrococcígeos (sua exérese)

Esta patologia resulta de um processo inflamatório crónico que decorre na região sacrococcígea, no início da fenda interglútea. Sempre que este processo se torne sintomático é necessário tratamento cirúrgico, mesmo que a sintomatologia seja mínima é aconselhável optar pela excisão cirúrgica de forma a evitar a fistulização secundária que implicaria uma cirurgia mais agressiva que passaria pela excisão de toda a lesão e assim evitar a recidiva.

Quando ocorre a formação de abscesso, o tratamento e a exérese cirúrgica do quisto pode ser mais ou menos agressiva dependendo da extensão do abscesso. O tratamento consiste na pesquisa de todos os trajetos fistulosos e respetiva curetagem dos mesmos até à parede posterior removendo assim todo o cisto, com o objetivo de evitar recidivas. Após a exérese é revista a hemóstase, podendo o cirurgião optar por duas situações. Encerrar a ferida cirúrgica, utilizando encerramento direto ou com retalho ou optar por deixar a ferida cirúrgica aberta tamponando com gaze gorda, promovendo a cicatrização por segunda intenção. A melhor opção terapêutica parece ser o tratamento cirúrgico fechado.

Das seis intervenções que assisti, participei em três como ajudante na exérese de quistos sacrococcígeos. Todos foram encerrados após a sua excisão, excepto um em que o cirurgião optou por deixar a ferida aberta para cicatrização por segunda intenção, devido ao volume que o quisto sacrococcígeo apresentava e também por estar muito inflamado e com extenso processo fistuloso.

3. Hemorróides (hemorroidectomia)

No meu período de estágio tive apenas oportunidade de assistir a duas hemorroidectomias. Nesta técnica o doente é colocado em posição ginecológica, para que o cirurgião identifique os pedículos hemorroidários, procedendo depois à sua excisão através de laqueação e cauterização.

Não me foi possível durante o estágio assistir a outras cirurgias do foro da patologia ano-rectal como correções de fistulas, fissuras ou abscessos perianais, que apesar de serem patologias comuns na consulta externa, não ocorreu nenhuma intervenção cirúrgica deste tipo durante o tempo de estágio.

4. Patologia biliar (colecistectomia)

Assisti a uma cirurgia de remoção da vesícula biliar, a qual foi realizada por via laparoscópica.

A colecistectomia por via laparoscópica é realizada sob anestesia geral. O cirurgião insere o *trocar* pela cicatriz umbilical, através do qual insufla o abdómen com CO₂. Este *trocar* permite a adaptação de uma câmara de vídeo através da qual o cirurgião pode observar o interior do abdómen. Seguidamente procede à inserção dos dois outros *trocars* que lhe vão permitir introduzir os instrumentos para a realização do procedimento.

Identificada a vesícula biliar que se encontra por baixo do fígado, o cirurgião procede à laqueação da artéria cística e do canal cístico, que excreta a bÍlis da vesícula biliar. Após realização destes passos, o cirurgião realiza o descolamento da vesícula biliar do fígado, sendo depois removida através do *trocar* de maior diâmetro que se encontra inserido na cicatriz umbilical. Removida a vesícula faz-se a revisão da hemóstase à desinsuflação do abdómen e encerramento das incisões por onde se introduziram os *trocars*. É indicada a realização de colecistectomia na presença de litíase, pólipos ou tumor biliar.

B) Bloco cirúrgico com anestesia local

As cirurgias com anestesia local realizam-se de segunda a quinta-feira durante o horário da tarde. Normalmente são realizadas pelos internos das diferentes áreas cirúrgicas com a supervisão do especialista da sala.

Esta organização do bloco operatório com anestesia local, permitiu-me auxiliar inúmeras cirurgias, tendo-me sido dada por diversas vezes a oportunidade de suturar as feridas cirúrgicas.

A pequena cirurgia com anestesia local, realiza essencialmente procedimentos para exérese de lesões cutâneas e subcutâneas como quistos sebáceos, lipomas, nevos cutâneos e onicomicoses.

1. Quistos sebáceos (exérese)

Os pacientes neste tipo de cirurgia são apenas anestesiados localmente na região da lesão, recorrendo-se geralmente à lidocaina. Uma vez anestesiado o local, realiza-se uma incisão de acordo com as linhas de força da pele, longa e profunda o suficiente para identificar a cápsula do quisto. Identificada a cápsula tenta-se fazer a dissecação dos tecidos aderentes à cápsula sem romper a mesma, para evitar a recidiva. No final atesta-se a inexistência de vestígios do quisto e lava-se a ferida cirúrgica com soro fisiológico, verifica-se a hemostasia e sutura-se a pele. Se a loca for grande pode optar-se suturar por planos ou colocar um dreno.

2. Lipomas (exérese)

É um tumor benigno composto por células adiposas, que pode aparecer em qualquer parte do corpo onde existe tecido adiposo.

O procedimento cirúrgico para a exérese dos lipomas é o mesmo utilizado para a exérese de quistos sebáceos. Sendo que estes tumores são normalmente menos aderentes aos tecidos envolventes, pelo que a sua remoção é em regra fácil. No entanto no caso de lipomas profundos, estes podem ser mais aderentes e de difícil remoção.

3. Nevos cutâneos (exérese)

Lesão cutânea composta por depósitos de pigmento melânico. Existem vários subtipos sendo que alguns são lesões pré-malignas e por isso devem ser excisadas.

Depois de devidamente anestesiada a zona onde se encontra a lesão é realizada uma incisão em forma de fuso envolvendo o nevo. Nas cirurgias que assisti era feita especial atenção às margens cirúrgicas, as quais eram de pelo menos 5 milímetros, removendo-se também tecido subcutâneo em profundidade.

4. Cateteres venosos centrais (implantação)

Às quartas-feiras no período da tarde havia uma sala de bloco operatório dedicado à implantação de cateteres venosos centrais de longa duração para realização de quimioterapia. Assisti a um total de vinte procedimentos tendo auxiliado em cerca de quinze .

Os doentes neste tipo de cirurgia são colocados em posição de *Trendelenburg*, encontrando-se conscientes, sendo apenas anestesiados localmente na região onde irá ser implantado o cateter venoso central.

O cirurgião após identificar os pontos de referência clavícula e o manúbrio, calcula o trajeto da veia subclávia que se encontra normalmente no ponto médio da clavícula. Depois de calculado o ponto médio da clavícula punciona-se com a agulha de *Seldinger* 2 a 3 cm caudal ao ponto médio em direção ao manúbrio, mantendo a seringa em aspiração, verificando-se retorno de sangue se a punção for bem sucedida, caso contrário repete-se a punção angulando mais a agulha.

O cirurgião após a punção introduz um fio guia através da agulha de *Seldinger*, verificando se este se encontra na posição correta através da realização de radioscopia. Depois de verificado a correto posicionamento do fio guia, o cirurgião realiza uma incisão e cria uma loja perto do fio guia onde irá ser implantada a câmara do cateter. Em seguida é passado um dilatador rígido e a bainha destacável. Retirado o dilatador é introduzido o cateter através da bainha destacável. Estando o cateter em posição é retirada a bainha destacável, corta-se o excesso de cateter, procede-se à união do cateter à câmara do cateter utilizando o anel de conexão e faz-se um teste a fim de verificar que o cateter está funcional.

Por fim coloca-se a câmara do cateter no espaço criado pelo cirurgião para a sua implantação, fixando o mesmo com dois pontos para evitar que a câmara do cateter se desloque, encerrando depois a pele.

c) Consulta externa (de cirurgia geral)

Segundo os objetivos traçados para este estágio, assisti a várias consultas de cirurgia de ambulatório pré-operatórias, pós-operatórias e de seguimento, num período aproximado de quinze horas.

Esta componente do estágio permitiu-me compreender o circuito da consulta, desde que o doente se apresenta na primeira consulta, referenciado pelo seu médico assistente ou instituição, até ao período de acompanhamento pós-operatório. Qualquer que fosse a consulta (primeira, pré-operatório ou pós-operatória), o doente era sempre encorajado a falar acerca do motivo pelo qual procurou ajuda médica e a descrever os sintomas e preocupações que sentia.

Na primeira consulta, era identificada a patologia que tinha motivado a consulta, verificando-se se o doente apresentava critérios de seleção para cirurgia de ambulatório, que passo a enumerar:

1. Idade compreendida entre os 6 meses e os 70 anos;
2. Doente saudável ou com doença pré existente estável ou bem controlada;
3. Doentes classificados como A.S.A (American Society of Anesthesiologists) I ou II podendo ser A.S.A III se estáveis;
4. Domicílio próprio;
5. Ausência de barreira linguística;
6. Possibilidade de hospitalização em caso de urgência;
7. Presença de acompanhante que saiba ler;
8. Consulta de anestesia;
9. Tempo de cirurgia menor que 120 minutos;
10. Tempo de deslocamentos do domicílio à unidade de cirurgia de ambulatório entre os 35 e 45 minutos.

Cumpridos estes critérios era marcada consulta pré-operatória, onde o doente era informado sobre a data da realização da cirurgia, as possíveis complicações decorrentes do procedimento cirúrgico, assim como os cuidados a ter antes da cirurgia.

As consultas pós-operatórias têm como objetivo avaliar o doente, verificar a boa evolução do quadro clínico, nomeadamente da ferida cirúrgica, a persistência de dor,

fornecendo igualmente informação relativa aos cuidados que o doente deve ter durante o período pós-operatório.

Adquiri ainda algumas noções sobre a elaboração de pensos e seguimento de pacientes com feridas cirúrgicas. Daria especial atenção aos doentes que necessitam de vigilância da evolução cicatricial, como por exemplo os doentes que foram submetidos a cirurgia de exérese de cistos pilonidais, os quais não foram encerrados, deixando a ferida cirúrgica aberta para ocorrer a cicatrização por segunda intenção.

Discussão

No âmbito da Unidade Curricular “Dissertação/ Projeto / Relatório de Estágio” do 6º Ano do Curso de Mestrado Integrado em Medicina foi-nos proposto a opção por uma destas três modalidades. Desde logo o meu interesse focou-se na especialidade de cirurgia, mais precisamente na área de cirurgia de ambulatório. Aproveitando a possibilidade de escolha dada por esta unidade curricular, ao invés de fazer uma revisão teórica do que existe publicado sobre a área, ou fazer um trabalho de investigação manipulando números e estatísticas, escolhi realizar um estágio prático em cirurgia de ambulatório, no Centro Integrado em Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto, referência a nível nacional.

A realização deste estágio permitiu-me acompanhar e compreender melhor a dinâmica do serviço de cirurgia de ambulatório, realizar alguns procedimentos práticos com a devida orientação dos especialistas ou internos complementares de cirurgia.

A excelência da unidade de cirurgia de ambulatório deve-se à boa organização da mesma, a qual é centrada no doente, procurando responsabilizar o doente, fazendo com que este seja parte ativa na decisão do seu tratamento, o que implica a partilha da responsabilidade entre doentes e prestadores de cuidados em aspectos tão importantes como o auto-cuidado. Também a experiência da equipa de profissionais de saúde que dão apoio à unidade, também é uma das variáveis importantes na obtenção de bons resultados.

A cirurgia de ambulatório tem vindo a apresentar um desenvolvimento impressionante nas últimas décadas, sendo que as antigas instalações onde operava o serviço de cirurgia de ambulatório no Hospital Geral Santo António estavam a ter dificuldades em expandir-se e responder à cada vez maior procura, o que motivou a construção de um edifício moderno para acolher o Centro Integrado de Cirurgia de

Ambulatório. Este projecto foi pioneiro a nível nacional por criar uma unidade totalmente autónoma, permitindo dar uma resposta mais ampla às necessidades do doente e reduzir a lista de espera cirúrgica a nível nacional. Estima-se que possa atingir 65% do volume total de cirurgias realizadas no Centro Hospitalar do Porto.

Este centro é composto por oito blocos operatórios, treze gabinetes de consulta, cinco salas de tratamento e três unidades de recobro. Conta com as seguintes valências: - Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Dermatologia, Estomatologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neuropatologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

Com duração de quinze horas a consulta externa foi um componente deste estágio essencial para compreender todo o processo do doente, desde da primeira consulta, referenciado pelo médico assistente, até à consulta de seguimento pós-operatório.

As consultas realizam-se no primeiro piso onde se encontram os gabinetes de consulta, tendo lugar às segundas-feiras durante todo o dia, quartas e sextas-feiras durante a manhã, sendo que os restantes dias são destinados às cirurgias.

Esta componente permitiu-me ter um contacto com o doente que é diferente do que se estabelece no bloco operatório. De notar o número elevado de doentes vistos numa tarde de consulta, em média cerca de trinta a quarenta utentes.

Um dos pontos fortes que saliento nas consultas é a boa articulação da equipa médica com a de enfermagem, tanto a nível das consultas pré-operatórias, pelas informações a dar ao paciente e acompanhantes, como nas consultas pós-operatórias, nos utentes que necessitam de cuidados pós cirúrgicos da ferida cirúrgica, como a troca periódica do penso, exigindo por isso uma excelente coordenação entre o cirurgião e uma equipa de enfermagem competente e informada para os cuidados com o penso, para uma boa evolução da ferida cirúrgica, evitando infeções por falta de cuidados por parte do doente.

As patologias mais observadas durante a consulta foram lesões cutâneas e subcutâneas, patologia da parede abdominal, patologia mamária, patologia proctológica e patologia cervical (ver anexo 2).

A componente principal do estágio foi constituída pelas setenta horas repartidas entre o bloco cirúrgico com anestesia local e o bloco cirúrgico com presença de anestesista. Durante esse tempo pude integrar a equipa de Cirurgia Geral em diversos procedimentos. Isso permitiu-me compreender a dinâmica do bloco e verificar a extrema coordenação necessária entre todos os profissionais de saúde para aproveitar da melhor maneira os recursos disponíveis, beneficiando assim o utente.

O bloco operatório com anestesia local, como descrito no tópico “atividades desenvolvidas” funcionava de segunda a quinta-feira durante a tarde. Eram agendados dez doentes por tarde para excisão de pequenas lesões essencialmente quistos sebáceos, lipomas, nevos, onicomicoses. Consoante as características das lesões, algumas eram enviadas para análise para anatomia patológica.

Devido a serem cirurgias menos complexas e o risco de complicações ser mínimo os doentes tinham alta quase imediatamente após o procedimento, tendo apenas de aguardar pelo relatório do ato cirúrgico para entrega ao seu médico assistente, assim como a receita de um analgésico para as dores quando julgado necessário pelo cirurgião, sendo também explicado ao paciente os cuidados a ter com a ferida cirúrgica.

Às quartas-feiras de tarde havia um bloco cirúrgico reservado para a colocação de cateteres venosos centrais de longa duração para realização de quimioterapia, sendo este procedimento realizado sob anestesia local. Estes doentes na maioria do foro oncológico, permaneciam algum tempo na unidade de recobro devido ao risco de complicações relativas a este procedimento, tais como hematoma, pneumotórax, hemotórax, embolia ou punção acidental da artéria subclávia. Dos vários procedimentos que tive a oportunidade de assistir e dos quais me foi possível participar em alguns como auxiliar do cirurgião principal, não observei qualquer complicação, durante esse período de tempo. De salientar a qualidade e perícia demonstrada pelo cirurgião na execução deste procedimento, dando também formação aos internos complementares de cirurgia, explicando-lhes a técnica e orientando-os sempre que necessário nos passos do processo, até estes serem completamente autónomos na sua execução.

O bloco operatório com presença de anestesista decorria durante dois dias da semana, às quartas de manhã e quintas-feiras durante todo o dia, sendo que os restantes dias o bloco encontrava-se ocupado por outras valências. Durante o tempo que passei no bloco operatório com presença de anestesista pude acompanhar com maior frequência três patologias que já foram descritas anteriormente em “atividades desenvolvidas” são estas a patologia herniária, hemorroides e quistos sacrococcígeos. Curiosamente, apesar de ser um procedimento realizado com alguma frequência no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, apenas consegui assistir a uma colecistectomia por via laparoscópica.

Relativamente à exérese de quistos pilonidais, das cinco intervenções que assisti durante o meu estágio, verifiquei que o tratamento cirúrgico fechado é a opção mais utilizada pelo CICA. Esta opção cirúrgica apresenta melhores resultados, menores tempos de cicatrização e portanto menor tempo em que o doente fica afastado das suas atividades diárias. No entanto existem casos, em que o cirurgião opta por deixar a ferida aberta para cicatrização por segunda intenção, sendo que nesses casos os doentes

exigem cuidados pós-cirúrgicos com os pensos durante um longo período de tempo, permanecendo mais tempo afastados das suas atividades diárias. São por isso acompanhados pela equipa de enfermagem e em consulta externa de cirurgia durante o período pós-operatório, com o objetivo de assegurar uma boa evolução do quadro.

A patologia herniária inguinal consiste na protusão de uma víscera ou tecido através de um ponto de fraqueza ou defeito das camadas musculares do abdómen. Podendo o defeito ser congénito ou adquirido. A fraqueza ou defeito da fáscia transversal está na origem das hérnias inguinais.

Existem dois tipos de hérnias inguinais, as diretas e as indiretas. Nas hérnias inguinais diretas a protusão do saco herniário ocorre medialmente ao anel inguinal interno e aos vasos epigástricos. No caso das hérnias inguinais indiretas o saco herniário atravessa o anel inguinal interno, podendo descer até ao anel inguinal externo e chegar ao escroto. Dos dois tipos de hérnias inguinais as mais comuns são as indiretas representando cerca de dois terços.

O tratamento desta patologia é a cirurgia de correção do defeito, através da colocação de prótese, utilizando técnicas sem tensão. Esta patologia é uma das mais intervencionadas a nível mundial.

Atualmente ainda não se chegou a um consenso sobre qual das técnicas será a melhor opção, se a técnica de *Liechtenstein* ou se o reparo por via laparoscópica.

O procedimento de *Liechtenstein* apresenta a vantagem de ser uma técnica fácil de execução, segura, eficiente, com índices de complicações baixos e baixa taxa de recidiva. Por ser um procedimento relativamente fácil, permite formar rapidamente internos na sua execução ^[10].

No CICA são utilizadas essencialmente duas técnicas, uma mais clássica, a técnica de *Lichtenstein*, e uma segunda técnica por laparoscopia total extraperitoneal, ambas as técnicas livres de tensão.

Por outra perspetiva a cirurgia por via laparoscópica é menos invasiva, uma vez que não lesa a parede abdominal, apresenta menor dor e menor tempo de recuperação, voltando o doente mais rapidamente às suas atividades diárias, em contrapartida é um procedimento mais complexo, apresentando uma curva de aprendizagem maior ^[11,12,13].

No espaço de tempo compreendido entre 2001 a 2011, a unidade de cirurgia ambulatória do Centro Hospitalar do Porto realizou cerca de 2185 cirurgias de correção de hérnias da parede abdominal, em que a técnica cirúrgica mais utilizada foi a técnica de *Lichtenstein* aplicada a 1671 cirurgias (90%) ^[11].

Durante o estágio verifiquei que a técnica de *Lichtenstein* continua a ser a técnica mais utilizada atualmente no Centro de Cirurgia de Ambulatório, em detrimento da técnica por via laparoscópica, que se tem mostrado segura, com altos níveis de segurança, sobreponível às técnicas clássicas.

A técnica laparoscópica devido à sua curva de aprendizagem relativamente longa apresenta custos mais elevados quando o cirurgião não tem experiência suficiente na sua realização. No entanto, à medida que o cirurgião ganha experiência, vai encurtar o tempo necessário para a realização da técnica, assim como o número de complicações observadas, fazendo com que os custos da cirurgia por via laparoscópica se aproximem dos custos inerentes às técnicas clássicas. Existe indicação/recomendação para a utilização da via laparoscópica na unidade de cirurgia de ambulatório nas seguintes patologias/casos: hérnias bilaterais, hérnias recidivadas, pacientes jovens e quando a hérnia está associada a outra patologia intrabdominal.

Considerações finais

Finalizado o estágio prático que decorreu no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, é de realçar a experiência extremamente enriquecedora a nível académico, profissional e também a nível pessoal.

Durante o decorrer das 85 horas que constituíram o estágio, foi-me dada a oportunidade de assistir e entrar como ajudante em múltiplas cirurgias no bloco operatório, assim como na consulta externa.

O facto de ter acompanhado vários especialistas e internos de cirurgia, permitiu-me ter uma perspetiva dos diversos modos de atuação, assim como de algumas variações nas técnicas utilizadas pelos diferentes profissionais.

Ao longo do estágio, observei as vantagens que a cirurgia de ambulatório apresenta, nomeadamente:

- Qualidade dos serviços prestados;
- Melhor acesso dos doentes à cirurgia, reduzindo as listas de espera cirúrgica,
- Menor *stress* criado;
- Doente tratado conforme as suas necessidades, regressando a casa no próprio dia da intervenção, apresentando uma recuperação mais rápida em ambiente familiar do que se fosse em regime de internamento;
- Menor risco de infeção adquirida em meio hospitalar;
- Melhor gestão da despesa em saúde.

A organização da unidade de cirurgia de ambulatório centrada no doente permite uma melhor eficiência comparativamente à cirurgia de internamento.

A inauguração do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório – Centro Hospitalar do Porto é uma prova que esta área da cirurgia tem vindo a desenvolver-se e apresenta um futuro promissor, sendo possível o alargamento da cirurgia de ambulatório a novas intervenções e a mais utentes, permitindo reduzir as listas de espera para cirurgias.

Concluído o estágio, considero que os objetivos inicialmente delineados foram cumpridos. A unidade curricular “Dissertação/ Projeto/ Relatório de Estágio” ofereceu-me a oportunidade de melhorar o meu conhecimento nesta área de especial interesse e tão vasta que é a cirurgia de ambulatório e de poder verificar as vantagens que a mesma oferece. Considero que é uma das áreas da medicina que apresenta uma maior expansão e desenvolvimento na atualidade.

Foi uma mais-valia a realização desta formação académica, pela variedade de competências técnicas adquiridas, mas acima de tudo, pessoais que dificilmente esquecerei e que certamente influenciarão as minhas escolhas futuras.

Bibliografia:

1. Toftgaard C, Parmentier G. International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. Day Surgery – Development and Practice. Clássica Artes Gráficas, Porto, Portugal, 2006. Chapter 2: 35-59.
2. P. Lemos. Indicações e Vantagens da Cirurgia Ambulatória. Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 1998; 09: 104-113
3. Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório – relatório preliminar: Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no doente - http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5FC57911-55DB-4ADB-82C4-DCBF330D6B57/0/RelatorioFinalARS_COMPLETO_72dpi.pdf
4. P. Lemos, D. Marques, E. Alves, A. Regalado, J. Soares. A expressão da Cirurgia Ambulatória em Portugal. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2001; 2: 5-15
5. P. Lemos, A. Regalado, J. Soares, E. Alves. A evolução recente da Cirurgia Ambulatória em Portugal. Resultados do IV Inquérito Nacional. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2006; 7: 5-15
6. P. Lemos. Grande Crescimento da Cirurgia Ambulatória em Portugal Resultados do V Inquérito Nacional. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória 2010; 11: 9-20.
7. Cirurgia de Ambulatório em Portugal: ponto de situação 1º semestre 2009 - http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteúdos/Not%C3%ADcias/CNADCA_Julho2009.pdf
8. Cirurgia de Ambulatório no HGSA - uma década de experiência - <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/70A32A38-1752-4874-B892-0BDD23BBDBB0/4074/ACirurgiaRegimeAmbulatorioHGSAdez05.pdf>
9. Sumário executivo - Cirurgia de ambulatório CICA - <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteúdos/GRP/Lançamento%20Novas%20Unidades/Novas%20Unidades%20Hospitalares/Ficheiros/CICA.pdf>

10. M. Peres, T. Nieri, H. Barcelos Neto, N. Andreollo. A técnica de Lichtenstein nas hérnias inguinais primárias e recidivadas- Cirurgia Ambulatorial em hospital universitário. ABCD Arq Bras Cir Dig, 2007; 20(4) : 221-4
11. Carlos Magalhães. Hernioplastia inguinal via Laparoscópica em Cirurgia Ambulatória. Revista Portuguesa Cirurgia Ambulatório, 2011; 12:13-17.
12. J. Graf. Plastia inguinal laparoscópica: Ventajas y complicaciones – Revisión de la literatura. Asociación Mexicana Cirurgia endoscópica, A.C. , 2009; 10(2) : 75-81.
13. Aly O, Green A, Joy M, Wong C.H, Al-Kandari A, Cheng S, and Malik M. Is laparoscopic Inguinal Hernia Repair More Effective than Open Repair ? Journal of the College of Physicians and surgeons Pakistan, 2011(5) : 291-296.
14. <http://www.viva-porto.pt/conteudos/edicoes/pdfs/dezembro-2008/cica.pdf>
15. http://www.jn.pt/paginainicial/pais/concelho.aspx?Distrito=Porto&Concelho=Porto&Option=Interior&content_id=1339726

ANEXOS

Anexo 1: Atividades desenvolvidas no bloco operatório com anestesia local ou geral

Bloco Cirúrgico

1º Dia	2º Dia	3º Dia	4º Dia	5º Dia
1) Nevo braço esq 2) Queratose seborreica tórax, papiloma cervical 3) Papiloma cervicais 4) Quisto sebáceo no couro cabeludo e na região lombar 5) Nevo dorsal 6) Quistos sebáceos couro cabeludo em n° 4	1) <u>Cateter venoso central</u> 2) <u>Cateter venoso central</u> 3) <u>Cateter venoso central</u> 4) <u>Cateter venoso central</u> 5) <u>Cateter venoso central</u>	1) onicomicose do hálux 2) Quisto sebáceo esternal 3) Papiloma cervical 4) <u>Quisto sebáceo região frontal</u> 5) Quisto sebáceo coxa 6) <u>Quisto sebáceo retro auricular</u> 7) <u>Quisto sebáceo abdominal</u> 8) Nevo coxa esq 9) <u>Linfoma frontal</u>	1) Quisto sebáceo cervical 2) <u>Quisto sebáceo dorsal</u> 3) <u>Quisto sebáceo dorsal</u> 4) Papiloma asa direita do nariz 5) Quisto sebáceo 6) <u>Lipoma lombar</u> 7) Lipoma antebraço esq 8) Papiloma face direita 9) Papiloma dorso n°2	1) Queratose dorsal 2) <u>Lipoma antebraço x2</u> 3) Nevo da face x2 4) Quisto sebáceo couro cabeludo 5) Quisto sebáceo 6) Nevo axilar 7) Nevo 8) Lipoma 9) Lipoma antebraço 10) Lipoma dorsal

Sublinhadas= auxiliei na intervenção

Bloco Cirúrgico

6° Dia	7° Dia	8° Dia	9° Dia	10° Dia
1) <u>Hérnioplastia inguinal direita</u> 2) Hérnioplastia epigástrica 3) Hérnioplastia umbilical 4) Colectomia 5) <u>Hérnioplastia inguinal bilateral</u> 6) Hérnioplastia inguinal bilateral	1) quisto sebáceo lombar 2) quisto sebáceo abdominal 3) nevo 4) quisto sebáceo couro cabeludo 5) onicomiose do halux 6) quisto sebáceo auricular 7) <u>onicomicose do halux</u> 8) <u>quisto sebáceo couro cabeludo</u>	1) <u>cateter venoso central</u> 2) <u>cateter venoso central</u> 3) <u>cateter venoso central</u> 4) <u>cateter venoso central</u> 5) cateter venoso central 6) cateter venoso central	1) <u>hérnioplastia umbilical</u> 2) <u>quisto sacro coccígeo</u> 3) lipoma dorsal 4) lipoma escapular 5) cateter venoso central -retirada	1) Quisto sebáceo 2) Quisto sebáceo dorsal x 2 3) Quisto sebáceo coxa 4) Quisto sebáceo na região mentoniana 5) Papilomas face e cervical 6) Onicomiose halux 7) Retirada corpo estranho (parte de cateter) 8) Quisto sebáceo região esternal

Sublinhadas= auxiliei na intervenção

Bloco Cirúrgico

11° Dia	12° Dia	13° Dia	14° Dia	15° Dia
1) <u>cateter venoso central</u> 2) <u>cateter venosos central</u> 3) <u>cateter venoso central</u> 4) <u>cateter venoso central</u> 5) <u>cateter venoso central</u>	1) hérnioplastia inguinal bilateral 2) adenopatia braço direito 3) cateter venoso central 4) <u>quisto sacro coccígeo</u> 5) Quisto sacro coccígeo 6) <u>Hérnioplastia inguinal direita</u> 7) Lipoma submandibular	1) Quisto sebáceo 2) <u>Quisto sebáceo couro cabeludo</u> 3) <u>Quisto sebáceo couro cabeludo</u> 4) Nevo + papiloma tórax 5) Quisto sebáceo 6) <u>Quisto sebáceo dorso</u> 7) Quisto sebáceo coxa 8) <u>Quisto sebáceo cervical</u> 9) Quisto sebáceo cervical	1) retirada de cateter de hemodiálise peritoneal 2) quisto sinovial do polegar esquerdo 3) Hemorroidectomia 4) cirurgia a 3ºdedo esquerdo (a dedo em mola) 5) <u>Hérnioplastia inguinal direita</u> 6) Hemorroidectomia	1) <u>cateter venoso central</u> 2) cateter venoso central 3) cateter venoso central 4) cateter venoso central 5) cateter venoso central

Sublinhadas= auxiliei na intervenção

Bloco Cirúrgico

16° Dia

- 1) Hernioplastia unilateral
- 2) Quisto sacro coccígeo
- 3) Lipoma cervical
- 4) Quisto sacro coccígeo
- 5) Quisto sacro coccígeos

Sublinhadas= auxiliei na intervenção

Anexo 2: Atividades desenvolvidas na Consulta Externa

Consultas

1º Dia	2º Dia	3º Dia	4º Dia
Quisto sacro coccígeo recidivado; Nódulos mamários; Nódulos tireoideus; Nódulos mamários; Lipoma cervical; Nevo no couro cabeludo; Lipoma na região dorsal; Quisto sacro coccígeo; Quisto sebáceo na região lombar; Litíase vesicular; Fissura/ fistula anal;	Hérnia incisional; Hérnia inguinal esquerda; Hemorroides; Hérnia inguinal bilateral; Quisto sebáceo tórax; Hérnia incisional; Quisto sebáceo dorsal; Quisto sacrococcígeo; Abscesso peri rectal/ fistula anal; Hérnia inguinal esquerda; Quistos sebáceos intermamários; Hérnia inguinal bilateral	Hérnia umbilical; Nódulos mamários; Hérnia inguinal esquerda; Quisto sebáceo; Lipoma cervical posterior; Nevo + hemorroides; Quisto sacro coccígeo; Hérnia inguinal bilateral; Quisto sebáceo retro auricular; Nódulos mamários; Nevo no braço	Evolução de cicatriz de retirada de cateter venoso central; Quisto sebáceo dorsal; Lipoma no antebraço; Quisto sebáceo no couro cabeludo; Hérnia inguinal direita; Quisto sacro coccígeo; Onicomicose do halux; Nevos no dorso; Adenopatia cervical;