



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 8 • Março 2009

Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório

Sofia Coutinho

Mestre Arquitecta Sofia Coutinho
 Coordenadora da Unidade Funcional de Gestão de Projectos
 e Instalações da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

1. INTRODUÇÃO

É possível afirmar que a génese de uma unidade de cirurgia de ambulatório (UCA) que garanta simultaneamente a qualidade e a humanização do serviço (potenciando as respectivas eficiência, eficácia e produtividade), a qualidade de tratamento e satisfação dos utentes, a participação activa dos acompanhantes no processo e ainda a satisfação dos profissionais, está efectivamente no planeamento e no desenho dessa UCA.

Dois conceitos básicos presidem à organização e desenho de uma UCA: ela deve obedecer tanto às regras de bloco operatório convencional como às de um serviço de ambulatório, o que parece contraditório e de difícil gestão, situação que se torna ainda mais complicada quando se equaciona a criação de uma UCA em instalações já existentes.

Num bloco operatório convencional é preciso garantir a assepsia, assegurando percursos diferenciados e sequenciais para profissionais, utentes e materiais; num serviço de ambulatório, é preciso garantir a ligação ao exterior e o acompanhamento dos utentes por familiares ou amigos. Para ser intervencionado num bloco operatório convencional, o utente é admitido numa unidade de internamento, é sujeito ao procedimento e retorna à unidade de internamento para convalescença durante mais de um dia; para ser intervencionado numa UCA, o utente é admitido de manhã, é sujeito ao procedimento e tem alta para convalescença em casa no mesmo dia.

Assim, de forma a dar resposta a estas diferentes questões, o desenho de uma UCA deve considerar três áreas distintas – zona de recepção/espera, zona cirúrgica e zona de recobro/alta (todas estas áreas têm apoios diferenciados); e quatro circuitos distintos – circuito de utentes, circuito de acompanhantes, circuito de pessoal e circuito de sujios/limpos.

2. AS TRÊS ÁREAS QUE COMPÕEM UMA UCA

2.1. Zona de recepção/espera/consulta

Área destinada à admissão, espera dos utentes e acompanhantes e preparação dos utentes, constituída por dois núcleos distintos: zona de recepção/admissão, sala de espera e instalações sanitárias e vestiários de utentes; e zona de consulta pré e pós-operatória, com gabinetes de consulta e sala de tratamentos (em unidades construídas em hospitais, pode ser utilizado o serviço de consultas externas para este efeito).

Esta área pode ser considerada de livre circulação, isto é, de circulação sem restrições por pessoal, utentes e acompanhantes.

2.2. Zona cirúrgica

Área destinada às salas de operações, salas de pequena cirurgia e de anestesia (caso se opte pela sua existência) e respectivos apoios: vestiários de pessoal; em zona aberta, as áreas para desinfeção do pessoal (1/2 salas de operações); a área destinada ao autoclave



flash e ao raio-x portátil; uma sala de pessoal com as funções de pausa, realização de reuniões e elaboração de relatórios; uma sala para armazenagem de equipamentos, uma sala de material de consumo e uma de arsenal cirúrgico e ainda uma sala para sujos e despejos (incluindo depósito de sacos e armazém de material de limpeza).

Esta área deve ser considerada de circulação restrita a pessoal e utentes preparados.

2.3. Zona de recobro

Área destinada às salas de recobro (cuidados pós-anestésicos, recobro em cama, adaptação ao meio em cadeirão), ao gabinete de alta e respectivos apoios: copa, instalação sanitária de utentes, armazenagem de roupa limpa e de medicamentos.

Esta área deve ser considerada de circulação semi-restrita, já que os acompanhantes só se podem dirigir aos recobros devidamente autorizados.

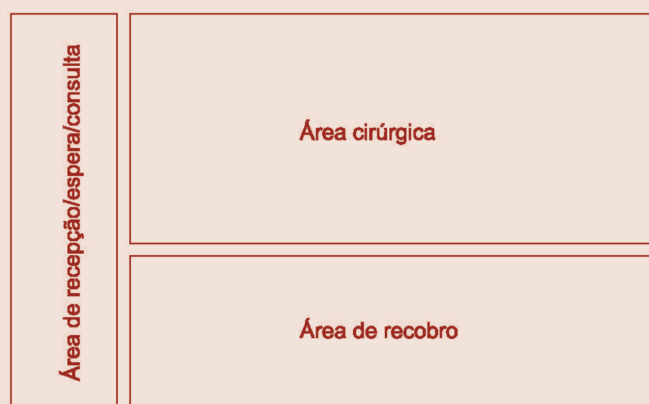


FIG. 1 - ÁREAS DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

3. OS CIRCUITOS

A forma mais eficaz de compreender o funcionamento de uma UCA é descrever os circuitos diferenciados que a compõem e que permitem conhecer a sequência das acções e das funções de cada um dos compartimentos que compõem as diferentes zonas.

3.1. O circuito dos utentes

Por questões funcionais e de humanização do ser-

viço, atendendo especialmente aos níveis de stress que os utentes apresentam no dia das intervenções, o circuito dos utentes deve ser simples e de fácil apreensão. É fundamental que todas as áreas de permanência de utentes respeitem a legislação em vigor para pessoas com mobilidade condicionada.

Após realizar a admissão no balcão de recepção, o doente e respectivo acompanhante aguardarão na sala de espera. Apesar de ter uma função única – espera –, a função é diversificada: esta sala acolhe os utentes enquanto aguardam pelos vários procedimentos que podem efectuar na unidade (consultas pré-operatórias, cirurgias, consultas pós-operatórias e tratamentos) e ainda os acompanhantes. Por esta razão, a sala deve estar dotada de apoios fundamentais (instalação sanitária com fraldário e zona para crianças) e de sistema de audiovisuais, bem como de condições ambientais adequadas. A sala deve ser projectada com dimensões generosas, de acordo com o fluxo expectável de utentes para os diferentes actos acima referidos.

O segundo passo dos utentes será nos vestiários. Esta área tem como função permitir que os utentes troquem a roupa de rua pela roupa do bloco. Será também a área onde os pertences dos utentes ficam armazenados em cacifos até o utente se encontrar no recobro III, caso a unidade não opte pela utilização de *trolleys* (para guarda dos pertences) que ficarão à responsabilidade do acompanhante, até este se poder dirigir ao recobro III. Os vestiários deverão ter instalação sanitária com duche e a sua ligação à zona de *transfer* para a área cirúrgica deverá ser realizada por uma porta específica para o efeito, assegurando uma ligação directa e independente. Não se encontram razões para que os vestiários sejam separados por sexos, uma vez que as cabines para troca de roupa são individualizadas. Por outro lado, os vestiários devem ser dimensionados considerando uma cabine por sala de operações e uma cabine extra com dimensões para pessoas com mobilidade condicionada.

Depois de preparado, o utente passa pela zona de transferência ou *transfer*, que dá acesso à zona cirúrgica e que se caracteriza por ser a zona de transição entre as áreas consideradas “sujas” e a área limpa do



bloco. Não se considera necessário existir um *transfer* mecânico neste tipo de unidade mas é fundamental que a área de *transfer* tenha dimensões suficientes para se realizar a transferência de um utente em maca para o tampo cirúrgico, apesar de grande parte dos utentes entrarem na zona limpa pelo seu próprio pé.

O utente entrará de seguida na zona que podemos apelidar de coração da unidade, pela sua função: a zona operatória constituída pelas salas de operações, pela sala de indução anestésica e respectivos apoios.

Do ponto de vista da rotação e rentabilização das salas de operações bem como dos tempos de bloco, a existência da sala de indução anestésica é fortemente aconselhável, apesar de consumir mais recursos humanos. Permitindo a preparação final e a administração da anestesia ao utente, esta sala deve ter um mínimo de 15m².

As dimensões das salas de operações dependem do tipo de cirurgias a realizar, considerando-se para as de menor dimensão um mínimo de 24m², sendo que a maior parte são projectadas com 36m² e, em casos de cirurgias diferenciadas e complexas, as salas devem ter 40m². Assim, conclui-se que a dimensão das salas depende da complexidade das cirurgias e dos equipamentos e recursos humanos que aquelas mobilizam.

A área cirúrgica pode ainda incorporar uma sala de pequena cirurgia. A introdução de uma sala de pequena cirurgia dentro de uma UCA é uma opção de gestão e organização, que deverá ponderar as vantagens de existir uma sala de dimensões reduzidas para realização de procedimentos pouco invasivos (pequenas intervenções cirúrgicas realizadas sob anestesia local ou meios complementares de diagnóstico que precisem de anestesia) e que têm lugar em serviços como os exames especiais, as urgências ou as consultas externas, no interior de um bloco que será dotado com as condições de um bloco operatório convencional. A existir, esta sala deverá ter um mínimo de 16m².

Depois de percorrer o coração da unidade, o utente irá atravessar as várias fases de recobro.

A primeira fase de recobro é o recobro anestésico, equivalente a uma unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) de um bloco convencional. A necessidade

de um utente realizar esta primeira fase de recobro depende do tipo e complexidade de intervenção a que foi sujeito. Esta UCPA deve situar-se em área imediatamente anexa à zona cirúrgica, sendo, no entanto, fundamental a existência de uma adufa entre estas duas áreas. Para o correcto dimensionamento desta sala, deverão ser considerados os rácios de duas camas por sala de operações e 12m² por cama.

Tal como numa UCPA convencional, esta UCPA deverá ter acompanhamento permanente de pessoal de enfermagem, pelo que deverá ser projectada um posto de controlo de enfermagem anexo à UCPA e com ligação directa para a mesma. Tendo em vista a maximização dos recursos humanos, este posto de controlo deverá também visualizar o recobro II e monitorizar a UCPA e os recobros II e III, pelo que se justifica que a sua localização se situe entre a UCPA e o recobro II.

A etapa seguinte da recuperação do utente é o recobro II ou recobro em cama. Uma vez que esta é a fase mais prolongada de recuperação, o dimensionamento desta área deverá considerar os seguintes rácios: quatro camas por sala de operações e 10m² por cama. Esta área pode estar organizada em boxes individuais mas, por questões de flexibilidade e capacidade de resposta da área de recobro aos diferenciados números e tipos de cirurgias que não são diariamente constantes, considera-se que deverá ser projectada em *open space* com a área do recobro III (contemplando sempre a separação por cortinas), com o objectivo de absorver as pequenas variações diárias das necessidades de recuperação dos utentes. A hipótese de o acompanhante estar presente já nesta fase do processo de recuperação depende da política da unidade e de indicação médica.

O recobro III é a sala de adaptação ao meio em cadeirões, onde os utentes deverão ter, de preferência, a presença dos acompanhantes. Nesta fase, são verificados os requisitos pré-alta (capacidade de deambulação, capacidade de ingestão de alimentos líquidos e sólidos e capacidade miccional), para o que é fundamental assegurar o fornecimento de refeições ligeiras (através de máquinas dispensadoras de alimentos e líquidos ou da existência de um pequeno balcão de



copa com frigorífico, a abastecer pela unidade) e ainda garantir uma instalação sanitária. É também nesta área que o utente deverá substituir a roupa do bloco pela roupa de rua, trazida pelo acompanhante no *trolley* ou fornecida pela auxiliar que a terá ido buscar aos cacos do vestiário. O dimensionamento desta área deverá considerar os seguintes rácios: dois cadeirões por sala de operações e 6m² por cadeirão.

A saída da zona de recobro deverá ser realizada através de um gabinete de alta, onde são efectuadas as acções que permitem dar alta ao utente, incluindo o esclarecimento de dúvidas e as recomendações para a recuperação em casa que deverão ser do conhecimento do utente e do acompanhante. Este procedimento pode ser efectuado em zona independente do recobro III mas, do ponto de vista da humanização da prestação dos cuidados e da privacidade do utente, considera-se uma mais valia a existência de um gabinete exclusivo para este efeito.

Caso a unidade realize intervenções de pediatria, o circuito dos utentes mantém-se, uma vez que projectar e construir um circuito exclusivo para crianças revelar-se-ia muito dispendioso, quer do ponto de vista do consumo de recursos, quer do ponto de vista do consumo de áreas e consequentes custos de construção. A opção que se afigura mais viável e funcional é programar tempos cirúrgicos exclusivos para crianças, durante os quais as zonas de permanência das mesmas (vestiários, gabinetes de consulta e alta e salas de recobro) podem sofrer pequenas alterações de ambiente,

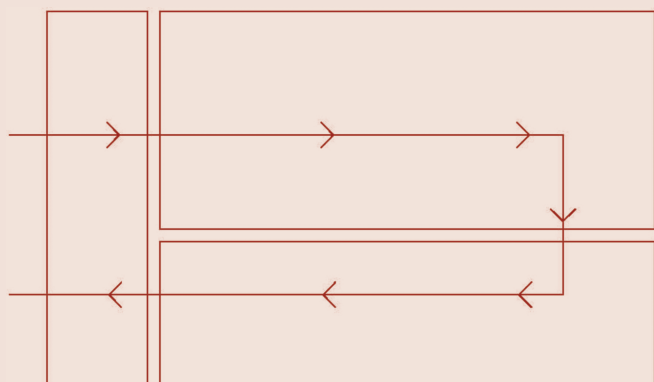


FIG. 2 - CIRCUITO DE UTENTES

de acordo com critérios de humanização e conforto de espaços infantis.

3.2. O circuito dos acompanhantes

O circuito dos acompanhantes cinge-se à área de recepção/espera/consulta e à área dos recobros, pelo que a unidade deve ser desenhada de forma a garantir a inexistência de cruzamentos entre estes circuitos e o circuito de limpos da área cirúrgica. Com este objectivo, deverá ser acautelado um acesso directo da área de recepção/espera à área dos recobros II e III, uma vez que a UCPA (recobro I) será de acesso muito condicionado (normalmente, apenas os pais de crianças intervencionadas têm acesso à UCPA, para que as crianças possam ter perto uma cara familiar quando acordam).

Assim, numa UCA, o acompanhante tem acesso, na área de recepção/espera, aos vestiários de utentes para auxiliar o utente na troca de roupa e aos recobros II e III (quando solicitado por um profissional de saúde), para acompanhar o utente a atravessar essas duas fases de recobro e participar na consulta de alta. No entanto, de forma a garantir o nível adequado de assepsia da área dos recobros, o acesso dos acompanhantes a esta área deverá ser efectuado através de uma adufa de transição, a partir da área de recepção/espera.

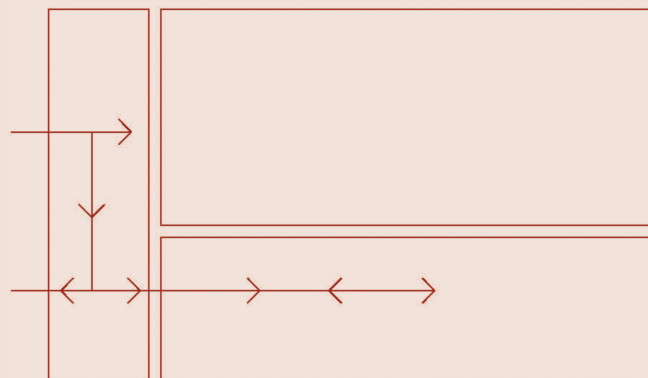


FIG. 3 - CIRCUITO DE ACOMPANHANTES

3.3. O circuito de pessoal

As zonas de maior permanência dos profissionais de saúde serão a área cirúrgica e a área dos recobros (aqui, especialmente, no que respeita ao pessoal de enfermagem).



O percurso de pessoal tem início no vestiário de pessoal que dará acesso à zona cirúrgica através de uma zona de transfer ou banquetta. Tal como no vestiário dos utentes, este acesso deverá ser efectuado através de ligação directa e independente. O vestiário de pessoal deverá ser separado por sexos, ser dimensionado de acordo com as necessidades de recursos humanos da unidade e possuir instalação sanitária, cabine de duche e zona de cacifos.

Dentro da área cirúrgica, os profissionais têm livre circulação. Para além da actuação nas salas de anestesia e nas salas de operações, os profissionais dispõem de uma sala própria, específica para trabalho de preparação de cirurgias, reuniões e elaboração de relatórios mas que funcionará também como sala de pausa, pelo que deverá estar equipada igualmente de acordo com este requisito, de forma a permitir a humanização e o conforto que um espaço com estas características deve proporcionar.

Na área dos recobros, a grande permanência dos profissionais de enfermagem verifica-se nas zonas de recobros I e II para vigilância dos utentes, pelo que se justifica a criação do posto de controlo de enfermagem entre estas duas zonas (em vez de inserido na UCPA, como é usual verificar-se nos blocos convencionais), para rentabilização dos recursos humanos da unidade, conforme referido anteriormente. Esta sala deverá ter, no mínimo, 10m², e assegurar uma ligação directa à UCPA e outra ligação ao acesso das salas de recobro II e III.

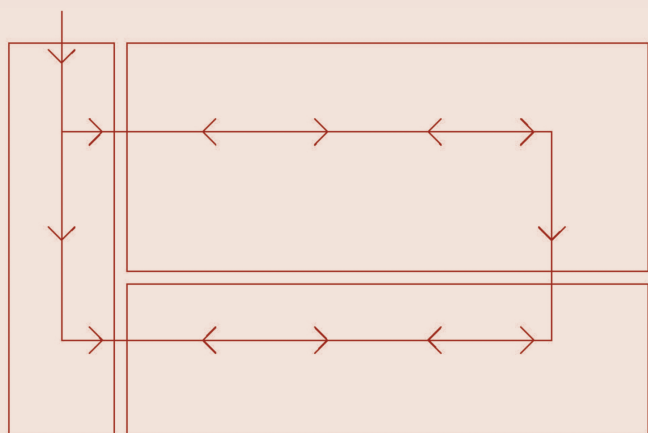


FIG. 4 - CIRCUITO DE PESSOAL

3.4 O circuito de limpos

A opção de tipo de esterilização dos materiais e equipamentos de uma UCA deverá ser tomada de acordo com o tipo de unidade em questão. No entanto, se for uma unidade inserida num hospital, julga-se que deverá ser utilizada o serviço de esterilização do mesmo para dar apoio à UCA; caso a UCA seja independente, será, por ventura, mais rentável e prático dispor deste serviço em *outsourcing*.

Em qualquer das opções acima indicadas, a unidade deverá sempre possuir, em área central na zona cirúrgica e acessível a partir de todas as salas de operações, de um equipamento de esterilização (tipo *autoclave flash*) para dar resposta a qualquer situação mais premente, tal como é usualmente previsto num bloco convencional.

Da mesma forma, quer o serviço de esterilização seja interno ou externalizado, a unidade deverá dispor de uma zona de recepção de material de consumo e esterilizado, com área adequado para realização do devido *transfer* para a zona limpa da unidade, onde será armazenado em zonas próprias. Assim, a zona cirúrgica deverá contar com uma sala para material de consumo e outra sala de arsenal cirúrgico, que servirá também como sala de preparação de mesas para as cirurgias, caso seja essa a opção de gestão da unidade. Outra opção será a existência de armários de dupla face em cada uma das salas de operações.

No que respeita ao fornecimento de roupa limpa e material de consumo para as áreas de recobro, este deverá ser realizado através da adufa de entrada de acompanhantes, fora das horas de funcionamento da unidade.

3.5. O circuito de sujos

Tanto a área cirúrgica como a área de recobros de uma UCA irão produzir sujos de diferentes tipos, pelo que o desenho de uma UCA deverá assegurar que, em ambas as zonas, existam salas que permitam o respectivo armazenamento.

Na zona cirúrgica, os sujos resultantes das intervenções são ensacados e selados nas salas de operações, pelo que deverá existir uma sala de sujos para recolha



destes tipos de material cirúrgico e resíduos, enquanto aguardam reencaminhamento para as unidades de esterilização e de tratamento de resíduos; e uma sala para despejos e arrumação do material de limpeza da unidade.

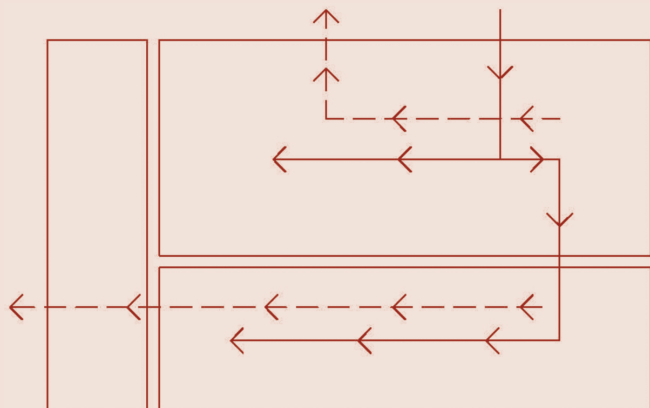


FIG. 5 - CIRCUITO DE LIMPOS —————
CIRCUITO DE SUJOS - - - - -

Os sujos resultantes da área de recobros são apenas quase roupa suja, pelo que uma pequena sala de depó-

sito de sacos à saída da unidade será suficiente para garantir o circuito de sujos nesta área.

4. CONCLUSÃO

Devido às suas especificidades e características únicas e modo de funcionamento diferente de qualquer outro serviço de um hospital, uma UCA, seja qual for a sua dimensão, deverá ser planeada e desenhada com especial atenção quer no que respeita à humanização e conforto para utentes e profissionais, quer no cumprimento das regras básicas de diferenciação de circuitos que permitem garantir a segurança dos procedimentos praticados nessa UCA.

Para informação e esquemas detalhados, consultar o “Relatório da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório – 2008”, onde é possível encontrar layout e respectivo programa funcional para uma UCA com duas salas de operações e uma sala de pequena cirurgia.

