

RETENÇÃO DE OBJETOS ESTRANHOS EM SÍTIO CIRÚRGICO: AINDA OCORRE?

RETAINED FOREIGN OBJECTS IN SURGICAL SITE: STILL OCCURS?

¿RETENCIÓN DE OBJETOS EXTRAÑOS EN SITIO QUIRÚRGICO: PERSISTE?

Eliane da Silva Grazziano • Aparecida de Cássia Giani Peniche • Soraya Palazzo

RESUMO: Trata-se de uma revisão crítica da literatura, cujo objetivo foi identificar a ocorrência de retenção de objetos estranhos em cavidades e as medidas preventivas. Foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados eletrônicas: MEDLINE, LILACS, SCIELO, com os descritores: *cirurgia and período perioperatório and complicações*, e em material de acervo pessoal das autoras publicados nos últimos 10 anos. O estudo permitiu concluir que os objetos estranhos retidos com maior frequência são as compressas e os instrumentais cirúrgicos; a cavidade abdominal foi a mais envolvida, seguida pela torácica. Os fatores associados ao aumento dos riscos para retenção foram: cirurgias de grande porte, contagem incorreta de compressas, cirurgias de emergência, mudança inesperada de procedimento cirúrgico e pacientes com alto índice de massa corpórea. A conscientização dos profissionais sobre a dimensão do problema é o primeiro passo para motivar as pessoas a executar as ações preventivas, aliado ao desenvolvimento do pensamento crítico e à comunicação interpessoal efetiva.

Palavras-chave: Cirurgia geral. Enfermagem. Assistência perioperatória. Erros médicos. Segurança.

ABSTRACT: This study is a critical review of literature with the objective to identify the retained foreign object occurrence. A search in electronic databases Medline, Lilacs, Scielo was carried through with descriptors: *surgery, perioperative care, errors, safety, and complications*, besides authors's personal

materials published in last 10 years. Concluded that the retained foreign objects most frequently are surgical sponge and surgical instruments; the abdominal cavity was more involved followed by thoracic. Factors associated with increased risk for retention were large surgeries, incorrect count of surgical sponge, emergency surgery, surgical procedure change unexpectedly and patients with high body mass index. Awareness of professionals about the magnitude of the problem is the first step to motivate people to perform the preventive actions ally development of critical thinking and effective interpersonal communication.

Key words: General surgery. Nursing. Perioperative care. Medical errors. Safety.

RESUMÉN: Trata-se de una revisión crítica de la literatura con el objetivo analizar la ocurrencia de los acontecimientos adversos causados por la acción o no acción de los profesionales de la salud en el período del transoperatório y las indicaciones para prevención en literatura. Una búsqueda en bases de datos electrónicas fue llevada a través, a saber, Medline, Lilacs, Scielo con los describers: *cirugía, atención perioperativa, y complicaciones*, y material del acervo personal de los autores publicado en los últimos diez años. El estudio llegó a la conclusión de que los objetos extraños que mantuvo con más frecuencia son las compresas y quirúrgicos; la cavidad abdominal participó más seguido torácica. Factores asociados con el aumento del riesgo para la retención eran grandes cirugías, conde incorrecta

de compresas, cirugía de emergencia, el cambio de procedimiento quirúrgico inesperadamente y pacientes con alto índice de masas. Sensibilización de los profesionales acerca de la magnitud del problema es el primer paso para motivar las personas para realizar las acciones preventivas aliado el desarrollo del pensamiento crítico y la comunicación interpersonal efectiva.

Palabras-clave: Cirugia general. Enfermeria. Atención perioperativa. Errores médicos. Seguridad.

INTRODUÇÃO

A segurança em cirurgia é um tema que vem ocupando destaque, mais intensamente nos últimos anos, e que envolve todos os profissionais da área de saúde que atuam no período perioperatório. Cada vez mais estes profissionais são bombardeados com protocolos, padrões e programas de acreditação, que visam reduzir ou eliminar os riscos de complicações derivadas de inabilidade e falta de preparo dos profissionais, ausência de planejamento cirúrgico adequado, problemas de comunicação e trabalho em equipe, dentre outros.

O *Institute of Medicine* (USA), em seu relatório de 1999, divulgou que de 2 a 4% dos pacientes hospitalizados sofrem alguma injúria como resultado de tratamentos médicos e 7 a 14% morrem como resultado destes erros.⁽¹⁾ O *Harvard Medical Practice Study*, do mesmo ano, destaca que o evento adverso mais comum entre todos os pacientes hospitalizados está relacionado a erros de medicação (19%),

mas as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) correspondem a 14% e as complicações técnicas a 13%.⁽¹⁾

Estima-se que anualmente sejam realizadas 234 milhões de cirurgias em todo o mundo⁽²⁾ e que pelo menos a metade de todas as complicações cirúrgicas são evitáveis.⁽³⁾ Dados sobre complicações pós-operatórias são subestimados, porém, estudos em países industrializados mostram que a taxa de morte de pacientes no período perioperatório é de 0,4 a 0,8% e a taxa de complicações maiores é de 3 a 17%.⁽³⁾ Quando comparadas a estes números, as taxas em países em desenvolvimento são ainda maiores.⁽⁴⁻⁵⁾

No início do século passado, o óbito e as complicações pós-operatórias decorrentes da anestesia, bem como as ISC eram frequentes. Ao longo das décadas, foram realizados esforços no sentido de implantar práticas visando reduzir a incidência de ISC e/ou os eventos adversos relacionados à anestesia, tendo demonstrado uma redução significativa de complicações no pós-operatório.⁽⁶⁻⁷⁾ Estes resultados demonstraram que há uma ligação entre o desempenho da equipe de profissionais que atuam na cirurgia e a incidência de complicações no pós-operatório.

Entretanto, o aumento significativo de procedimentos cirúrgicos, a maior complexidade técnica, o aumento dos custos hospitalares, a redução do período de internação pré-operatória e, consequentemente, do tempo destinado ao preparo pré-operatório dos pacientes e familiares, aliados aos processos de trabalho fragmentados dentro da equipe de saúde contribuíram para o aumento da incidência de complicações pós-operatórias.

O aumento da ocorrência de complicações devido a atos inseguros levou a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* a manter um canal aberto com os hospitais acreditados por ela, para que todos os “eventos inesperados envolvendo morte ou danos físicos ou psicológicos sérios” (conhecidos como eventos sentinela), causados aos pacientes devido à assistência

à saúde, fossem reportados, cadastrados e fizessem parte de um banco de dados. A partir deste, foi possível realizar uma análise mais profunda sobre os tipos de evento, sua frequência e dos mecanismos envolvidos na sua ocorrência, de modo a propor medidas visando evitá-los.

Considerando o período perioperatório, vários protocolos e padrões de melhores práticas foram elaborados focando a ISC, a hipotermia perioperatória, as úlceras por pressão, as Infecções de Trato Urinário (ITU) adquiridas por cateter, as infecções de corrente sanguínea adquirida por cateter venoso central e o tromboembolismo venoso. Tais ocorrências possuem um risco mensurável, pois estão relacionadas diretamente às condições clínicas do paciente. Outros três eventos adversos, a saber retenção de objetos estranhos, erros de lateralidade e erros de medicação, por sua vez, ocorrem por única influência dos profissionais que assistem o paciente. Esta constatação, em primeira análise, entra em conflito com a alta performance exigida dos profissionais que atuam no ambiente cirúrgico, uma vez que os procedimentos aí realizados exigem equipes compostas por profissionais especializados, que trabalhem de forma integrada e façam uso de processos de comunicação eficientes, procedimentos técnicos padronizados e precisos, entre outros.

Entretanto, devido à diversidade de profissionais no Centro Cirúrgico (CC), e cada um deles com o seu potencial para erros na oferta do cuidado, às dificuldades nos processos de comunicação e à alta tecnologia envolvida, o ambiente cirúrgico proporciona condições favoráveis para a ocorrência de eventos adversos.

Neste artigo discute-se somente a Retenção de Objetos Estranhos, sendo os demais eventos adversos, a saber, erros de lateralidade e erros de medicação abordados em publicação posterior.

OBJETIVO

Este estudo tem por finalidade identificar a ocorrência de retenção de objetos

estranhos em sítio cirúrgico e as práticas utilizadas para evitá-la, segundo recomendações da literatura.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão crítica da literatura. Os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica em bases de dados informatizadas, utilizando-se os seguintes recursos eletrônicos: *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e *Bases de Dados de Literatura em Ciências Biomédicas (MEDLINE)*. Foram também incluídos textos de material bibliográfico do acervo pessoal das autoras. O recurso utilizado na busca foram os descritores em português: *Cirurgia, Assistência perioperatória e Segurança* e em inglês: *Surgery, Perioperative care, Errors, Safety, and Complications*, utilizando-se a lógica booleana “and”. Foram incluídos no estudo os artigos relacionados ao tema, publicados nos idiomas português e inglês entre 1998 e 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os eventos adversos ocorridos no intraoperatório, a retenção de objetos estranhos *Retained Foreign Object (RFO)* é um dos mais comuns.

O esquecimento de objetos estranhos dentro de cavidades corpóreas após cirurgias tem sido relatado na literatura desde 1884 e ainda apresenta uma alta incidência: 1:100 a 1:18.000 laparotomias⁽⁸⁻¹¹⁾ e com um alto índice de morbi-mortalidade devido às complicações, tais como: formação de abscessos, infecção e sepsis, obstrução e/ou fístula intestinal e morte.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Outros fatores que tornam a RFO um evento de grande impacto, não somente para o paciente quanto para a equipe cirúrgica, é o seu difícil diagnóstico, o alto custo no tratamento das complicações pós-operatórias e as implicações ético-legais envolvidas. O aumento no tempo de internação hospitalar, a realização de outro procedimento cirúrgico para remoção do objeto estranho, bem como

o tratamento das complicações associadas apresentam um custo estimado de US\$ 50.000,00 por caso.⁽¹⁵⁾

Estimativas apontam que ocorra um caso de objeto estranho retido no pós-operatório pelo menos uma vez ao ano em qualquer hospital que realize entre 8.000 a 18.000 cirurgias de grande porte anualmente.⁽¹⁵⁾ Cerca de dois terços dos objetos esquecidos são compressas cirúrgicas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e formam o *Gossypiboma* (do latim *gossypium* = algodão, e do *kiswahili boma* = lugar oculto), também conhecido como textiloma ou tecido.⁽¹⁸⁾

Objetos com matriz têxtil retidos na cavidade abdominal produzem reação tissular que envolve uma resposta fibrinogênica asséptica, levando à aderência e ao encapsulamento, formando um granuloma com calcificação e reação inflamatória que pode evoluir para um abscesso. Deste processo, decorrem as ISC profundo e a sepsis. A obstrução intestinal e a formação de fístulas intestinais são decorrentes da tentativa do organismo em expulsar o corpo estranho pela via luminal de uma víscera oca, por meio da erosão da parede intestinal através do processo inflamatório e penetração na luz do órgão.⁽¹²⁾

Os pacientes com corpos estranhos retidos podem permanecer assintomáticos por meses ou anos ou, ao contrário, referirem dor constante, sem alívio por analgésicos e quadro clínico de ISC. Se uma marca radiopaca não está presente no material ou ele não é radiopaco, a precisão do diagnóstico por exames de imagem fica comprometida.^(12,19)

Entretanto, objetos radiopacos, tais como: instrumentais (pinças hemostáticas e afastadores maleáveis), agulhas (tamanhos variam de 4 a 64mm), lâminas e fragmentos de artigos (pedaços de fios ou cateteres), também foram encontrados em pacientes vítimas de RFO,⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ porém apresentam menor potencial para retenção de bactérias e, conseqüentemente, menos quadros infecciosos.⁽¹³⁾

Dados coletados em registros médicos sobre RFO em cirurgias de 1996 a 2005

indicaram a ocorrência de 30 casos de RFO em pacientes. Dentre os RFO encontrados, 52% eram compressas e 43% instrumentos; a cavidade abdominal foi a mais comumente envolvida (46%), seguida da torácica (23%), embora outras cavidades tenham sido envolvidas. Dos pacientes vítimas de RFO, oito (30%) necessitaram de reinternação, 25 (83%) de reoperação e houve taxa zero de mortalidade.⁽¹¹⁾

O mesmo estudo demonstrou que, quando comparados aos demais pacientes, os que sofreram RFO foram submetidos a um número maior de cirurgias de grande porte no mesmo período de tempo; suas cirurgias tiveram a participação de equipes cirúrgicas de outras especialidades e, mais frequentemente, tinham registros de contagem incorreta de instrumentais e compressas.

Os fatores associados ao aumento significativo dos riscos para RFO em cirurgias foram o número total de cirurgias de grande porte realizadas (odds ratio de 1.6 – p = 0.008) e contagem incorreta de compressas (odds ratio de 15.2 – p = 0,02).

Gawande et al,⁽¹⁵⁾ em seu estudo sobre os fatores de risco para RFO após cirurgias, em levantamento realizado de 1985 a 2001 no estado de Massachussets (EUA), encontraram 54 pacientes com um total de 61 RFO (dos quais 69% eram compressas e 31% instrumentos) e os compararam a um grupo controle de 235 pacientes.

Os pacientes com RFO tinham sido submetidos com mais frequência a cirurgias de emergência (33% contra 7% do grupo controle, com odds ratio de 8.8) ou ocorreu uma mudança inesperada no procedimento cirúrgico (34% contra 9% no grupo controle; odds ratio de 4.1), pacientes com índice alto de massa corpórea (odds ratio de 1.1).

Bani-Hani ET al,⁽¹⁰⁾ ao rever os registros de 11 pacientes que tiveram o diagnóstico de compressas cirúrgicas retidas no período de 1990 a 2003, encontraram uma incidência de 1:5.027 pacientes cirúrgicos; quatro das cirurgias foram gi-

necológicas, quatro cirurgias gerais, duas urológicas e uma laminectomia. Cirurgias de emergência ocorreram em sete casos; cinco pacientes eram obesos e registros de contagem de compressas presumivelmente corretas foram encontrados em oito prontuários. O tempo médio entre a primeira cirurgia e o diagnóstico de RFO foi de 12 meses.

Os autores concluíram que, embora sejam utilizadas compressas com fio radiopaco e a contagem intraoperatória seja realizada, a retenção de compressas cirúrgicas ainda ocorre.⁽¹⁰⁾

Devido a diversas variáveis que não podem ser controladas durante a cirurgia, a contagem de instrumentos e compressas cirúrgicas é um procedimento que permite erros e estes ocorrem com maior frequência quando não há uma política para a contagem na instituição.

A pressa na contagem de materiais, as interrupções durante a contagem, compressas que não são separadas quando abertas, a não atualização do número correto no campo operatório, a contagem que ocorre durante mudança de equipes de enfermagem e a fadiga de um ou mais membros da equipe cirúrgica são os maiores fatores para ocorrência de erros.⁽²⁰⁾

Segundo a Association of periOperative Registered Nurses (AORN),⁽²⁰⁾ a contagem de compressas deveria ser realizada sempre:

- no início do procedimento cirúrgico, para se estabelecer a quantidade oferecida;
- antes do fechamento da cavidade;
- antes do início do fechamento da cavidade cirúrgica;
- durante e ao final da sutura da pele;
- nas trocas entre circulantes de sala ou componente da equipe cirúrgica.

O Quadro 1 resume as principais Recomendações da AORN para contagem de compressas e instrumentais cirúrgicos.

Quadro 1 - Principais recomendações da *Association of periOperative Registered Nurses (AORN)* para contagem de compressas e instrumentais cirúrgicos⁽²⁰⁾

Agente (s)	Ação	Observações
Circulante de sala e Instrumentador cirúrgico	Contar todos os itens abertos na mesa de instrumentais.	<ul style="list-style-type: none"> • A contagem não deve ser interrompida; • Materiais fornecidos durante o procedimento também devem entrar na contagem; • Se existir alguma dúvida na contagem, ela deve ser repetida.
Circulante de sala	Registrar a contagem em uma planilha elaborada pela instituição.	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar a quantidade e o tipo de material; • Registrar nome do circulante e do instrumentador; • Contagens adicionais devem ser realizadas sempre que houver troca de pessoal; • Materiais como sacos de hamper, lixo e campos não devem ser removidos da sala de operações até o término do procedimento e até que a contagem tenha sido concluída; • Em cirurgias de emergência, deve-se realizar raio X ao término do procedimento, para identificação de possível objeto retido.

Vale ressaltar que o início do procedimento de contagem de materiais cirúrgicos ocorre no Centro de Material e Esterilização (CME), com a padronização e o controle da quantidade de instrumentais cirúrgicos nas caixas e de seu registro. O trabalho conjunto da equipe de enfermagem do CME e do CC é fundamental para a redução dos erros na contagem.

Formulários para registro fornecidos pela instituição, com o nome dos instrumentais, auxiliam os profissionais e aceleram o processo, reduzindo o tempo gasto na contagem e a margem de erros.

O registro manual do número de instrumentais e compressas já está sendo substituído pelo registro informatizado, por meio da leitura de códigos de barras impressos nestes materiais, realizados no CME e na sala cirúrgica, por meio de scanners manuais. O mercado já disponibiliza compressas cirúrgicas com códigos bi-dimensionais que, segundo um dos fornecedores, foi desenvolvido para eliminar falsas contagens. Cada compressa é “escaneada” individualmente a cada período de contagem e, caso o operador escaneie a mesma compressa duas vezes, um sistema computadorizado instalado na sala operatória informa o circulante de sala com um sinal sonoro, além de não incluí-la na contagem. Ao final do procedimento cirúrgico, um

relatório impresso com a quantidade de instrumentais e compressas, bem como o registro de informações sobre horário de início e término da cirurgia, número de registro do paciente e nome do circulante de sala estará disponível para anexar ao prontuário do paciente.

Outra tecnologia disponível é a detecção por radiofrequência, a qual requer o uso de compressas com chips de identificação (por radiofrequência) incrustados no tecido. Sua utilização requer um “sensor”, que realiza uma “varredura” sobre a superfície do sítio cirúrgico para identificar compressas retidas.⁽²¹⁾

CONCLUSÕES

O estudo permitiu concluir que os objetos estranhos retidos com maior frequência são as compressas e os instrumentais cirúrgicos, respectivamente; a cavidade abdominal foi a mais envolvida, seguida pela cavidade torácica. Os fatores associados ao aumento dos riscos para retenção foram: cirurgias de grande porte, contagem incorreta de compressas, cirurgias de emergência, mudança inesperada de procedimento cirúrgico e pacientes com alto índice de massa corpórea.

Verificou-se que, apesar da busca pela qualidade e implantação de protocolos

para garantir a segurança na assistência ao paciente cirúrgico, os eventos adversos apresentam alta incidência. A retenção de objetos estranhos é um dos eventos adversos mais comuns no intraoperatório, sendo sua ocorrência relacionada exclusivamente à performance dos profissionais envolvidos. A conscientização dos profissionais sobre a dimensão do problema é o primeiro passo para motivar as pessoas a executar as ações preventivas. Entretanto, estratégias para redução de conflitos interpessoais, aliadas ao desenvolvimento de processos de informação, registros e comunicação eficientes, bem como a interação das ações entre os profissionais que assistem o paciente cirúrgico, são fundamentais para a redução deste tipo de ocorrência.

REFERÊNCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. Building a safer health system: to err is human. Washington: National Academy Press; 2000.
2. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372(9632):139-44.
3. Kable AK, Gibbert RW, Spigelman

- AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(4):269-76.
4. McConkey SJ. Case series of acute abdominal in rural Sierra Leone. *World J Surg*. 2002;26(4):509-13.
5. Yii MK, Ng KJ. Risk adjusted surgical audit with the POSSUM score system in a developing country. *Br J Surg*. 2002;89(1):110-3.
6. Dellinger EP, Haussman SM, Bratzler DW, Juhnson RM, Daniel DM, Bunt KM et al. Hospitals collaborate to decrease surgical site infections. *Am J Surg*. 2005;190(1):9-15.
7. Runciman WB. Iatrogenic harm and anaesthesia in Australia. *Anaesth Intensive Care*. 2005;33(3):297-300.
8. Rappaport W, Haynes K. The retained surgical sponge following intra-abdominal surgery: a continuing problem. *Arch Surg*. 1990;125(3):405-7.
9. Yildirim S, Tarim A, Nursal TZ, Yildirim T, Caliskan K, Torer N et al. Retained surgical sponge (gossypiboma) after intra abdominal or retroperitoneal surgery: 14 cases treated at a single center. *Langenbecks Arch Surg*. 2006;391(4):390-5.
10. Bani-Hani KE, Gharaibeh KA, Yaghan RJ. Retained surgical sponges (gossypiboma). *Asian J Surg*. 2005;28(2):109-15.
11. Lincourt AE, Harrel A, Cristiano J, Sechrist C, Kercher K, Heniford BT. Retained foreign bodies after surgery. *J Surg Res*. 2007;138(2):170-4.
12. Carvalho JB, Vinhaes JC. Corpo estranho retido na cavidade abdominal durante onze anos. *Rev Col Bras Cir*. 2004;31(1):68-70.
13. Iglesias AC, Salomão RM. Gossypiboma intra-abdominal: análise de 15 casos. *Rev Col Bras Cir*. 2007;34(2):105-13.
14. Science Daily. Surgical objects accidentally left inside about 1,500 patients in U.S. each year [homepage na Internet]. 2009. [citado 2010 Jul. 3]. Available from: <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/12/071208171847.htm>.
15. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med*. 2003;348(3):229-35.
16. Williamson JE. New gown, drape features have or staff covered. In: *Healthcare Purchasing News* [homepage na Internet]. Louisville; 2005. [citado 2010 Jul. 3]. Available from: <http://www.hpnonline.com/inside/september%2005/0509.html>
17. Association of Surgical Technologists. AST recommended standards of practice for surgical gowns and surgical drapes [homepage na Internet]. Littleton; 2008. [citado 2010, July 3]. Available from: http://www.ast.org/pdf/Standards_of_Practice/RSOP_Surgical_Drapes.pdf
18. Vayre F, Richard P, Olivier JP. Intrathoracic gossypiboma: magnetic resonance features. *Int J Cardiol*. 1999;70(2):199-200.
19. Rosalen Júnior RA, Bosi TCC, Souza RMF, Andrade FCG, Candido D, Fatureto MC et al. Corpo estranho intratorácico: achados radiológicos. *Rev Imagem*. 2006;28(4):281-6.
20. Association of periOperative Registered Nurses. AORN's recommended practices for sponge, sharp, and instrument counts. In: *AORN Recommended Practices*. Atlanta; 2000. p. 107-27.
21. Berger PS, Sanders G. Objects retained during surgery: human diligence meets systems solutions. In: *Patient Safety & Quality Healthcare* [homepage na Internet]. Marietta; 2008. [citado 2010 Jul. 3]. Available from: <http://www.psqh.com/sep0ct08/objects.htm>

AUTORAS

Eliane da Silva Grazziano

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (SP).

Aparecida de Cássia Giani Peniche

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP (SP).

Soraya Palazzo

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Centro Universitário São Camilo (SP).