Perspectivas actuais da cirurgia ambulatória em Ginecologia

P. Ambrosio [1], A. Ambrosio [1], L. Moniz [1]

OBJECTIVOS

A cirurgia ambulatória é uma área em franco desenvolvimento na maioria dos países denominados desenvolvidos. A possibilidade de dar resposta a numerosas intervenções cirúrgicas que não se enquadram nem num contexto de internamento obrigatório nem na tradicionalmente designada "pequena cirurgia" criou um espaço para a cirurgia de ambulatório. Os autores procuram, com este trabalho, rever alguns dos conceitos e terminologia actuais, nomeadamente no contexto da Ginecologia e apresentar, de modo resumido, os passos fundamentais de implementação de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória, bem como a realidade da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

INTRODUÇÃO

A noção de cirurgia de ambulatório surge na literatura no início do século XX, com a apresentação, por Nicholl, em 1909, de uma série com mais de 7000 intervenções realizadas em crianças em regime ambulatório no Hospital de Glasgow[1]. Em 1955, Faquharson publicou um estudo com 600 casos de cirurgia de correcção de hérnia inguinal sob anestesia geral em ambulatório; no entanto, apenas a partir dos anos 70 se começou a realizar este tipo de cirurgia de um modo generalizado e estruturado, particularmente nos países da América do Norte, Europa (Reino Unido, Espanha, Noruega, Dinamarca, Bélgica, Holanda) e Oceania (Austrália), impulsionada pela necessidade de aumentar a eficiência conjuntamente com a premência de racionalização dos custos sanitários. Esta implementação tem sido possível em virtude dos avanços científicos da medicina, em particular na área da Anestesiologia, bem como das técnicas e materiais utilizados em cirurgia. As áreas cirúrgicas com maior desenvolvimento nos últimos anos no nosso país têm sido à Cirurgia Geral, a Ginecologia e a Oftalmologia, ainda que com valores modestos.

O que é a cirurgia ambulatória?

A APCA (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória) e a IAAS (International Association of Ambulatory Surgery) definem cirurgia ambulatória como uma intervenção cirúrgica/procedimento cuja admissão e alta para o domicílio ou unidade não abrangida pelos serviços de saúde ocorre no mesmo dia, até às 20:00 (sem necessidade de pernoita hospitalar e com tempo máximo de hospitalização de 12 horas).

No documento publicado pela Direcção Geral de Saúde intitulado "Cirurgia ambulatória. Recomendações para o seu desenvolvimento", que define a cirurgia ambulatória como "uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora normalmente realizada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com a actual legis artis, em regime de admissão e alta do doente no próprio dia", salienta-se que esta se destina essencialmente à cirurgia major e não, contrariamente à ideia geral, a procedimentos de pequena cirurgia.

Outro conceito a reter é o de cirurgia ambulatória com pernoita hospitalar, definida pela APCA e IAAS como uma intervenção cirúrgica/procedimento cuja admissão e

1. Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal

Trabalho apresentado a 23 de Novembro de 2004 na II Reunião Científica dos Hospitais Civis de Lisboa, Estoril, Portugal

alta para o domicílio ou unidade não abrangida pelo sistema de saúde, ocorre no dia seguinte, após pernoita hospitalar (tempo máximo de hospitalização de 23 horas).

Objectivos e vantagens

Embora inicialmente motivada por aspectos puramente económicos, a cirurgia ambulatória tem outros objectivos para além de diminuir os custos financeiros e aumentar a produtividade, nomeadamente aumentar a eficiência, a acessibilidade, a humanização e a satisfação por parte dos doentes e dos técnicos de saúde.

Com base no relatório do II Congresso Nacional de Cirurgia de Ambulatório, quando se avaliam as vantagens da cirurgia ambulatória, é possível dividi-las em três grupos:

- Sanitárias

a) clínicas – menor incidência de infecções adquiridas em meio hospitalar; menor incidência de complicações pós-operatórias;

b) organizativas – resultante de uma maior eficiência na realização dos programas cirúrgicos, possibilitando a redução sustentada e a longo prazo das extensas e tão mediatizadas listas de espera cirúrgicas existentes.

- Económicas

a) directa, através da redução dos custos hospitalares, ou;

b) indirectamente, resultante da menor morbilidade ou da reintegração sócio-profissional mais rápida.

- Sociais

a) menor ruptura do normal ambiente sócio-familiar dos doentes, em especial nas faixas etárias extremas;

b) integração socioprofissional mais rápida, com repercussão mais importante na população adulta profissionalmente activa;

c) maior humanização através de unidades específicas e funcionais para a realização de programas de cirurgia ambulatória onde o doente é o objectivo principal.

Como implementar uma Unidade de Cirurgia Ambulatória?

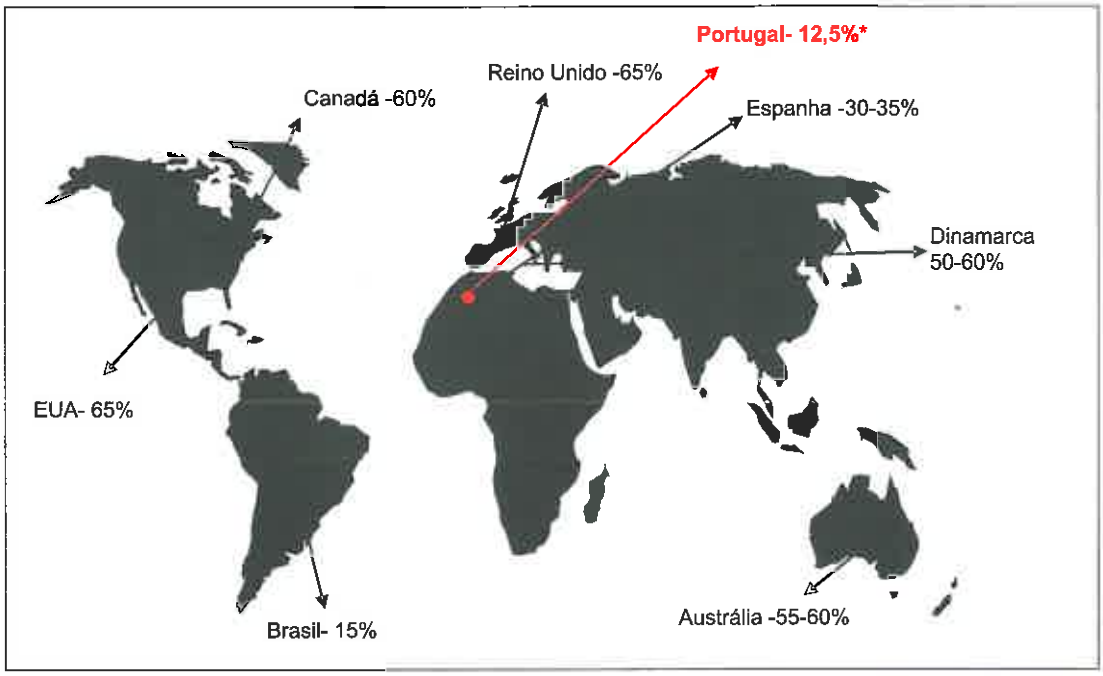
Vistos os objectivos e vantagens da cirurgia de ambulatório, torna-se necessário seguir vários passos e directivas de modo a assegurar os requisitos mínimos de qualidade e segurança. A Cirurgia Ambulatória é uma área de grande risco inerente ao facto de não ser possível monitorizar o pós-operatório de uma cirurgia major, pelo que os profissionais de saúde têm uma responsabilidade acrescida na altura de dar a alta e enviar o doente para o domicílio. Os requisitos mínimos de qualidade e segurança de um programa de cirurgia de ambulatório incluem uma criteriosa selecção dos doentes e procedimentos, a inclusão de folhetos informativos para o pré e pós-operatório quanto ao modo de proce-dimento e contactos a estabelecer em caso de determinadas situações/ complicações, uma ligação estreita aos Cuidados de Saúde Primários, o envolvimento de profissionais sensibilizados e com experiência em Cirurgia Ambulatória, a criação de áreas estruturais com dimensões e equipamento da actual *legis artis*.

Dentro dos chamados critérios sociais, é necessário que o doente aceite ser operado nas condições oferecidas, que tenha transporte assegurado em veículo automóvel, área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital, condições de adequada habitabilidade do local de pernoita, acesso a comunicações telefónicas e a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas após a intervenção (**Quadro 1**)

Quadro 1. Critérios Mínimos para cirurgia de ambulatório

Critérios Sociais	
Aceitação da intervenção nas condições oferecidas	Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita
Transporte assegurado em veículo	Acesso a comunicações (telefone)
Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital	Assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas

Figura 1. Incidência mundial da Cirurgia Ambulatória



*Projecção de 2003

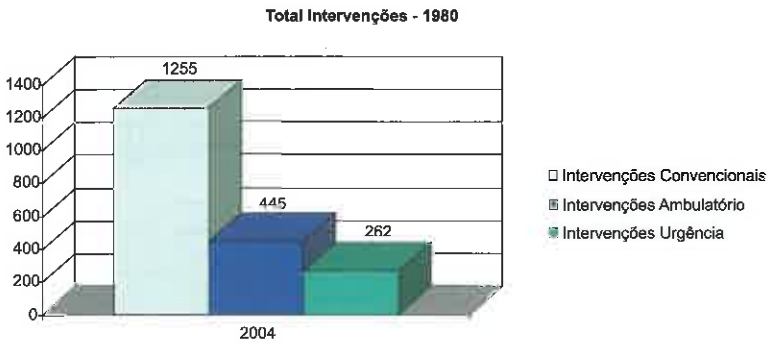
A evolução da Cirurgia Ambulatória em Portugal

Com base numa projecção dos dados do II Inquérito Nacional de Cirurgia Ambulatória, de 2003, a cirurgia ambulatória situa-se actualmente nos 12,5% em relação ao total de cirurgias major realizadas no nosso país. Este número, embora distante do verificado em outros países, como por exemplo a Dinamarca, com valores entre 50-60%, consiste num aumento considerável em relação a dados anteriores, nomeadamente aos de 2002, em que este número se cifrava em 7,2% (**Figura 1**)

A evolução da cirurgia ambulatória na Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Até ao final de 2003, as cirurgias na Maternidade eram codificadas como cirurgias Major, Minor e Endoscópica. É a partir de 2004 que se inicia a codificação dos procedimentos e cirurgias realizadas em regime ambulatório e com a qual foi possível analisar a posição actual da MAC no panorama nacional de cirurgia ambulatória. Como é possível analisar no gráfico 1, no primeiro semestre de 2004 realizaram-se 1980 cirurgias, das quais 445 foram realizadas em regime de ambulatório, o que corresponde a 23%. Este número coloca a Maternidade Dr. Alfredo da Costa numa confortável posição a nível do ranking nacional, o que justifica e impõe a criação de uma verdadeira Unidade de Cirurgia Ambulatória. Se considerarmos o vasto leque de cirurgias passíveis de serem realizadas em ambulatório constatamos que há ainda um longo caminho a percorrer até nos aproximarmos dos números verificados nos restantes países do mundo "civilizado".

Gráfico 1. Cirurgia ambulatória – Estatística da MAC



UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATÓRIA

Até ao final de 2004 as cirurgias ambulatórias realizadas na MAC distribuíam-se por três locais distintos: a Unidade de Histeroscopia/Laser, a Unidade FIV e o Bloco central de Ginecologia. Após a reestruturação do Bloco central, a Unidade de Cirurgia Ambulatória passou a ser constituída por uma sala de admissão, onde as doentes são preparadas para a cirurgia, uma sala de cirurgia (reservadas nos dias em questão apenas para cirurgia ambulatória), um recobro primário (comum ao bloco central) e um recobro secundário, exclusivo da Unidade (**Figura 2**).

Todas as doentes seleccionadas para cirurgia ambulatória (de acordo com os critérios cirúrgicos e anestésicos previamente estabelecidos) recebem, no dia da selecção, um guia explicativo que inclui orientações relativas aos dias que antecedem e se seguem ao procedimento (**Figura 3**).

No dia da cirurgia, a doente apresenta-se na Unidade, onde é recebida e preparada pelo pessoal de enfermagem, seguindo-se a intervenção cirúrgica em questão. Após esta, a doente é transferida para o recobro primário, onde é avaliada segundo o score de Aldret (**Figura 4**). Preenchidos os critérios de transferência, passa de seguida para o recobro secundário e deste, para o domicílio, após alta dada pelo Anestesista responsável.

A implementação desta Unidade tem como objectivos quantitativos o aumento da eficiência e acessibilidade, juntamente com a redução das listas de espera, o que se deverá traduzir, em 2005, por um aumento significativo do número de cirurgias ambulatórias realizadas na MAC.

Em termos qualitativos, e não esquecendo os critérios de qualidade, é essencial assegurar a formação contínua de todos os profissionais envolvidos, bem como os projectos de investigação.

Assim sendo, da Unidade de Cirurgia Ambulatória da MAC, espera-se mais eficiência com qualidade, mais eficácia com segurança e, acima de tudo, mais humanização efectiva.

Figura 2. Unidade de Cirurgia Ambulatória

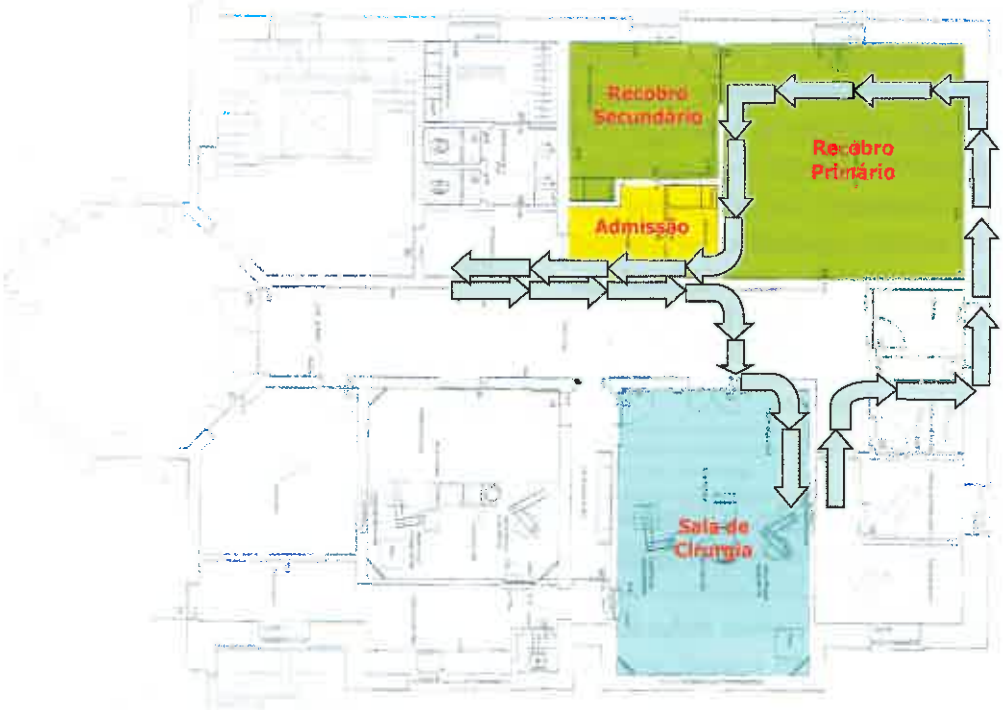


Figura 3. Cirurgia Ambulatória - Guia do Utente

Antes da Intervenção

Acompanhamento
Deve ser sempre acompanhado por um adulto, que lhe seja capaz de prestar apoio nas primeiras 24 a 36 horas após a cirurgia.

Documentos que deve trazer
Bilhete de Identidade, Cartão do utente, exames recentes (RX, análises de sangue, Electrocardiograma, Ecografia) e carta de marcação de cirurgia.

Vestuário
Use roupa e calçado prático e confortável.
Não traga anéis, brincos, colégio, pulseiras, relógios, ou outros objectos de valor.

Cuidados com a pele
No dia da cirurgia deve tomar um banho completo e retirar toda a maquilhagem (verniz e outra pintura).

Alimentação
Dieta pobre em resíduos 72 horas antes da cirurgia.
Na véspera da intervenção não coma nem beba a partir das 00h, caso por distracção ingerir alimentos ou bebidas além da hora permitida, avise a equipa de saúde da unidade.

Medicação
Há medicamentos que não devem ser interrompidos. Deverá informar a equipa médica de todos os medicamentos que toma habitualmente para que o possam aconselhar.

Aviso de Imediato
Se antes da data marcada para a intervenção ocorrer alguma alteração (constipação, tosse, febre etc.) que o impossibilite de comparecer, telefone e avise.

Dia da Intervenção

Compareça na Unidade às 8 horas.

Traga um livro, revista ou jornal.
Ajuda-lo-á a manter-se calmo enquanto aguarda a sua intervenção cirúrgica.

Dirija-se à secretária de unidade da UCA, entregue a sua documentação aproveite para se informar dos documentos que necessitará após a alta (atestado, atestado de assistência à família), para que na altura da sua saída tudo esteja devidamente preparado.

Aguarde que a enfermeira que o irá preparar para a cirurgia o chame. Nessa altura será conduzido ao vestiário onde trocará a sua roupa por vestuário próprio para entrar no bloco operatório.
Também lhe será pedido que coloque uma toca nos seus cabelos.

Antes da cirurgia ser-lhe-ão avaliados os sinais vitais (Tensão arterial, pulso, temperatura e respiração), colocado o soro e administrada medicação se for necessário. Nessa altura poderá esclarecer eventuais dúvidas.

Durante a cirurgia o seu acompanhante poderá obter informações através da secretária de unidade.

Depois da Intervenção

Terminada a cirurgia, será transferido para uma sala de recobro, onde ficará até recuperar da anestesia (Recobro Primário). Passadas 2 ou 3 horas, se reunir determinadas condições passará ao Recobro Secundário, após o qual terá alta.

Ante de sair da Unidade, levará consigo um folheto com as indicações de como proceder no domicílio (dieta, actividade, medicação, indicações para o pessoal) e como proceder em caso de complicações.

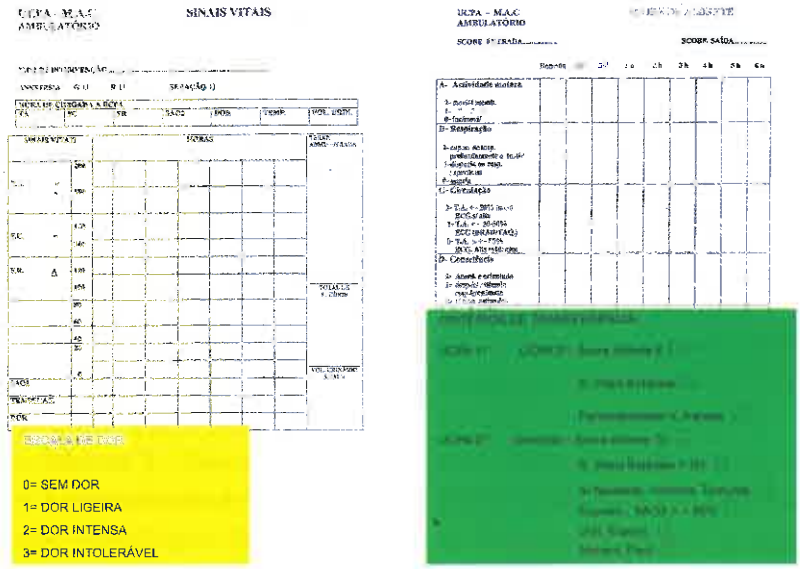
Levará também os atestados e receituários que necessitar, assim como a marcação da consulta de vigilância pós - operatória.

Não poderá conduzir, o seu transporte para casa deverá ser assegurado pelo seu acompanhante.

24/36 HORAS APÓS A INTERVENÇÃO
- Cumpra todas as indicações que lhe foram dadas.
- Caso tenha alguma dúvida contacte de imediato a unidade.
- Evite fumar ou consumir bebidas alcoólicas.
- Evite tomar decisões importantes e não conduzir.

APOIO TELEFÓNICO
No dia seguinte à cirurgia e ao 7.º dia será contactado pela Enfermeira da Unidade com o objectivo de saber se está recuperar bem e esclarecimento de eventuais dúvidas.

Figura 4. Critérios de Alta – Score de Aldret



BIBLIOGRAFIA

1. Figueiredo D. "Cirurgia de Ambulatório". Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 1998; vol. 9.

2. "Cirurgia ambulatória. Recomendações para o seu desenvolvimento ". DGS, 2000.

3. "La chirurgie ambulatoire". Agence Nationale d'Accreditation et d'evaluation en santé. Maio 1997.

4. P. Lemos et al, Rev Port Cirurgia Ambulatória, 2002;3:5-13.

Trabalho apresentado a 23 de Novembro de 2004 na II Reunião Científica dos Hospitais Civis de Lisboa, Estoril, Portugal.