



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 8 • Março 2009

# Página dos editores

*Eduardo Xavier da Cunha*

Não podia ter sido mais oportuna a escolha da Cirurgia do Ambulatório (CA), como tema principal deste número da Revista Portuguesa de Cirurgia, já que muito recentemente, em Outubro de 2008, o Ministério da Saúde elevou as suas expectativas na execução deste tipo de cirurgia para o ano de 2009, apontando para uma meta de 50% das cirurgias programadas a efectuar neste regímen. Neste sentido, a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia do Ambulatório (CNADCA), propôs 45 medidas, de que se destacam, a redução da taxa moderadora aplicada à CA em 50% e a dispensa gratuita da medicação que o doente necessita de tomar em casa, no período pós-operatório. Para esta meta ser alcançada, mais de 30% dos hospitais terão áreas diferenciadas de cirurgia do ambulatório, estando previstos para essa finalidade 12 milhões de euros no orçamento de 2009. Também revelador deste esforço, programado para os próximos três anos, é a intenção de que esta cirurgia venha a pesar na avaliação dos currícula em concursos das carreiras médicas.

Demonstrativo do interesse em desenvolver e expandir esta cirurgia, o Ministério da Saúde solicitou informação às Faculdades de Medicina se no seu programa de ensino constavam os fundamentos e indicações da CA, com a finalidade de sensibilizar os futuros médicos para as suas vantagens.

Recorde-se que entre nós o seu início teve lugar na década de 90 em alguns Hospitais (Santo António, Porto, e São Pedro, Vila Real), tendo sido fundada a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória em 1998.

Os números oficiais da CA em Portugal, são de 29% da cirurgia programada em 2006 e de 38% em 2007, pressupondo-se que em 2008 tenha sido ultrapassada a barreira dos 40%. Aliás, curiosamente e reportando-nos a 2006, a partir da informação constante do SIGIC, a CA apenas teria sido efectuada em 16% dos casos programados, valor este muito diferente do obtido pela Administração Central do Serviço de Saúde (ACSS) e no inquérito da CNADCA. A realidade é que, embora em crescimento, os nossos valores ficam ainda distantes da taxa de penetração noutros países da Europa e dos Estados Unidos, onde a CA constitui a resposta em quase todas as áreas cirúrgicas.



Porém quando a CNADCA pensa ser possível atingir a “mágica” barreira dos 50% (sic), refere-se à globalidade das intervenções cirúrgicas efectuadas em toda e qualquer unidade Hospitalar que possua ou venha a possuir uma unidade funcional e polivalente de CA, sem discriminar os valores a atingir pelas diferentes especialidades que dela venham a beneficiar e que, dificilmente, serão análogos. Deste modo, ao afirmar que em 2009 mais de metade das cirurgias programadas serão efectuadas sem o internamento dos doentes, facto que permitirá diminuir as listas de espera, está a induzir o grande público em erro, pois cada doente que aguarda por uma intervenção cirúrgica é um caso distinto e na dependência da patologia e da especialidade em que está inserido. Estes números, repita-se, são sempre considerados no universo de todas as especialidades e de todos os hospitais e isso nunca é devidamente sinalizado. A informação a veicular para o exterior deveria ser mais concreta, explicitando em que hospitais e em que especialidades é a CA mais frequente e dentro delas quais as patologias que são particularmente propícias para a sua execução.

Sem querer parecer “velho do Restelo”, parece-me muito difícil atingir valores de 50% na área da cirurgia geral e, assim, conseguir os objectivos da CA, que são fundamentalmente, procurar transferir um número apreciável de doentes cirúrgicos antes operados em regime de internamento para o verdadeiro ambulatório, tratando-os com idêntica segurança e qualidade. A sua generalização à maioria dos nossos hospitais, teria também um efeito positivo na redução de camas, no tempo de internamento e das listas de espera (redução do numero de doentes e do tempo de espera), com consequentes benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para os doentes, para além de, eventualmente, reduzir custos.

Nos hospitais que ainda não possuem unidades funcionais dedicadas à CA, verificamos, que existindo diferentes tipos de CA e que são: a cirurgia *minor* ou pequena cirurgia, a cirurgia ambulatória com pernoita hospitalar (estadia inferior a 24 horas de pós-operatório) e finalmente a cirurgia ambulatória (“*major*”), com estadia inferior a 12 horas de pós-operatório e sem pernoita hospitalar, todos, quase sem excepção, executam os dois primeiros tipos.

Esta última, e que constitui, de facto, a grande aposta da tutela, apresenta múltiplos requisitos que vão desde a consulta pré-operatória, fundamental para a avaliação do risco operatório e para informação e esclarecimento do doente, até critérios a intra-operatórios. Estes últimos correspondem a intervenções de curta ou média duração (menos de 120 minutos), com perdas sanguíneas previsíveis até 500 ml e com baixa probabilidade de complicações no peri-operatório. Deve ainda ter acompanhamento de um adulto nas primeiras 24 horas, sendo o regresso ao domicílio feito em transporte próprio e nunca em transporte público. É fundamental a análise das condições de habitabilidade do doente e fácil acesso ao telefone. Por fim a sua residência não deve situar-se a mais de 60 km do hospital e o tempo de regresso ao hospital, em caso de necessidade, não deverá ultrapassar os 60 minutos.



Consideram-se elegíveis para esta cirurgia as patologias que pesam nas listas de espera dos serviços de cirurgia geral com consequentemente sobrecarga no internamento e que são: a cirurgia da hérnia inguino-femoral, a patologia ano-rectal benigna, as varizes, a cirurgia da tiróide e ainda a colecistectomia laparoscópica. O seu tratamento, encontra-se contemplado neste regímen pelas unidades hospitalares que possuem experiência nesta área, mas tememos que nos hospitais de referência, ainda sem CA, conjugando todos os factores que pesam na selecção destes casos, seja difícil nestas patologias atingir percentagens tão elevadas, como as esperadas pelo Ministério.

Na experiência nacional e com dados de 2006, 23,4% das hérnias inguinais foram operadas em ambulatório, a lobectomia unilateral da tiróide foi efectuada em 5,93% e a colecistectomia laparoscópica em apenas 3,38%. Estas intervenções atingiam, então em França e Inglaterra respectivamente 38% e 42% para a hérnia inguinal, e 2% para a colecistectomia laparoscópica. Sobre a cirurgia da tiróide não existem dados, mesmo em países de grande penetração da CA. (Dinamarca e Canadá-província de Alberta)

Se analisarmos a lista de espera de um Serviço referente a um Hospital Central e Universitário e que ainda não possui uma unidade de CA, verificamos que em 350 doentes que aguardam por uma intervenção cirúrgica, 304 apresentam patologias passíveis de serem operados em CA, sem pernoita hospitalar. Refira-se que, sempre que possível, alguns destes doentes já são operados no regímen de CA, ou com anestesia loco-regional ou com anestesia geral, mas com pernoita hospitalar, e internamento de duração inferior a 24 horas.

Perspectivando neste grupo de doentes a possibilidade de CA sem pernoita, constatamos que 37% residem a mais de 60 km do Hospital. Se a este factor considerado impeditivo daquela cirurgia, adicionarmos o factor segurança (co-morbilidades que elevam o risco de complicações no pós-operatório), conclui-se que apenas poderíamos operar 100 doentes em CA, (33% dos casos), caso já existisse uma unidade funcional. As percentagens ficariam assim distribuídas em função da patologia em apreço: hérnias inguino-fémorais 38%, patologia anorectal 41%, cirurgia da tireoide 8,7% e colecistectomia laparoscópica 41%. Seria ainda necessário avaliar quais os doentes que aceitariam este tipo de cirurgia e ainda as condições logísticas de cada um (qualidade da habitação, transporte próprio, telefone e adulto responsável para acompanhamento), pelo que teríamos assim, naturalmente, uma acentuada redução nos números atrás perspectivados uma vez que, por exemplo, a colecistectomia laparoscópica mantém taxas muito baixas de CA, quer entre nós quer noutros países europeus, excepção feita para a Dinamarca (18,8%) e para a Suécia (11%).

Esta análise deixa-nos distantes dos 50% de doentes operados em CA sem pernoita, não só nesta patologia, mas por maioria da razão quando considerada toda a casuística, da cirurgia programada, dum serviço de cirurgia geral.



Sendo a CA, não a cirurgia do futuro mas sim a do presente, é óbvio que a aposta em criar unidades funcionais em quase todos os hospitais é correcta, mas as suas expectativas devem ser analisadas por cada especialidade, sendo difícil de admitir que uma meta tão elevada como a anunciada, seja exequível na área da cirurgia geral sem mudança de mentalidade dos médicos, dos doentes e das administrações ( Hospitalares e ARS), que permitam corrigir pelo menos a referenciação dos doentes.

Na realidade não é a cirurgia que é ambulatória é o doente! Assim a sua selecção e referenciação torna-se fulcral e nela devem ser tido em conta critérios não só cirúrgicos e médicos (co-morbilidades) mas também sociais, e logísticos. Como vimos a distância ao domicílio, a solidão ou as más condições de habitabilidade, constituem uma barreira muito importante que nos EUA e na Suécia foram ultrapassadas, com a implantação de hospitais hotéis. O 1º passo a dar no sentido de corrigir o problema da distância, é existir uma proximidade do doente com a unidade de CA. Sem uma racionalização da referenciação destes doentes, com patologias, cujo tratamento é tecnicamente viável na maioria dos hospitais do País, não será possível aumentar a CA sem pernoita, e assim aliviar a pressão que estes casos exercem no internamento e nas listas de espera, de hospitais distantes dos seus domicílios. É que, para além de cirurgia do ambulatório ela deverá ser também uma cirurgia de proximidade.

