

Cirurgia Ambulatória Pediátrica Experiências e Projectos

António Gentil Martins

Introdução:

A Cirurgia pediátrica é sem dúvida um campo privilegiado para a implementação de actividades de Cirurgia Ambulatória.

São bem conhecidos os inconvenientes para a criança da sua inserção em meio hospitalar. Embora tenha havido um notável progresso legal ao permitir, e mesmo tentar promover, a presença dos pais junto das crianças 24 horas por dia, a verdade é que tal é muitas vezes apenas teórico e, na generalidade, pode dizer-se que os pais não usufruem das condições mínimas de conforto e dignidade que a lei faria pressupor. Isto, sobretudo, porque as instalações não foram programadas para esse efeito e, algumas vezes, porque falta aos próprios profissionais de saúde a compreensão do problema ou a simples vontade e interesse real de, pelo menos, o minimizar.

Acresce que, sobretudo nas crianças mais pequenas, com uma imunidade ainda incipiente, o perigo de contrair uma infecção cruzada hospitalar, habitualmente causada por bactérias altamente resistentes à maioria dos antibióticos, não pode ser esquecido.

Experiências:

Como a nossa própria experiência (no IPOFG e no H. D. Estefânia) demonstra, e as estatísticas internacionais confirmam, com uma selecção criteriosa, que tenha em consideração, nomeadamente, o tipo de intervenção, a sua duração e riscos previsíveis, a idade e as doenças eventualmente coexistentes, o meio sócio-cultural e familiar e as possibilidades de contacto e acesso atempado ao hospital, o número de complicações não é superior ao que seria num doente hospitalizado.

E as eventuais complicações, que possam requerer internamento pós-operatório nunca excederão 1 a 2%. Para esses casos, de excepção, contar-se-á com a garantia do apoio da estrutura hospitalar em que essa actividade está inserida.

1 - IPOFG - L:

Quando, em 1960, abriu no Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, em Lisboa, a 1ª Unidade Multidisciplinar que, a nível mundial, juntou Pediatras Cirúrgicos e Médicos para o tratamento das crianças com Cancro, a maioria das intervenções era constituída por Cirurgia Ambulatória.

Nessa época, as crianças com cancro dispersavam-se por vários Hospitais e Serviços, o diagnóstico era muitas vezes tardio (impossibilitando a cirurgia), e as possibilidades de cura (sobretudo nas leucémias e linfomas) muito limitada, reduzindo as necessidades de ocupação de camas hospitalares.

Em duas tardes por semana, eram operadas em média 7 ou 8 crianças, com patologia variada, e das quais, menos de metade, era internada. As restantes, submetidas a intervenções de menor duração e risco, e a anestésias de mais curta duração (das quais já haviam, em regra, recuperado, logo após o acto cirúrgico), quedavam-se duas ou três horas antes de regressar a casa, instruídos os Pais a contactar (ou até a regressar) ao Instituto, se notassem algo de anormal na criança.

Por cada tumor maligno operado (neuroblastoma, nefroblastoma, sarcomas das partes moles ou dos ossos, tumores da cabeça e pescoço, etc.), eram operadas 5 ou 6 lesões benignas, nomeadamente nevos, angiomas, quistos dermoides, do canal tireoglossal ou branquiais, papilomas, ranulas, etc, bem como se efectuavam biópsias cirúrgicas, sobretudo ganglionares...

Apesar do actual Serviço de Pediatria Oncológica ter cerca do dobro da lotação inicialmente existente, o aumento da curabilidade dos tumores infantis (que atinge hoje em dia já cerca de 2/3), obrigando a internamentos múltiplos e por vezes longos, bem como a redução do tempo operatório disponível, para uma só tarde por semana, fez com que se tornasse difícil, para não dizer

Correspondência: António Gentil Martins
Cirurgião Pediatra e Plástico
Rua D. Francisco Manuel de Melo 1 3º Dto.
1070-85Lisboa
Telefs.: 213 851 436 - 939 555 162
e-mail: agentilmartins@netcabo.pt

impossível, cuidar das lesões benignas, pelo que o número das intervenções cirúrgicas feitas em regime ambulatorio viesse a diminuir significativamente.

2. Hospital de D. Estefânia:

No Hospital de D. Estefânia, a partir de 1968, iniciou-se de forma mais estruturada, a Cirurgia Ambulatória, com os doentes a recuperarem da anestesia em dois pequenos quartos existentes à entrada do Bloco Operatório. Infelizmente, mais tarde, e por longos e demasiados anos, condicionalismos administrativos absurdos (como o não pagamento das intervenções cirúrgicas quando os doentes não eram internados), veio comprometer gravemente o manter e até, se possível, desenvolver a Cirurgia Ambulatória, situação que veio a ser ultrapassada com os GDAs e agora finalmente atingiu foros de cidadania, com o apoio do actual Conselho de Administração do hospital.

Considerações Gerais:

Sem a existência de camas próprias, especificamente consignadas à Cirurgia do Ambulatório, um Hospital aberto às admissões pela Urgência Externa, não pode programar adequadamente os seus mapas de internamento e operatórios, pois está sempre sujeito à possibilidade dos doentes urgentes virem a ocupar as camas previstas para aquele efeito.

Idealmente, cada Hospital Pediátrico, deverá ter uma Unidade autónoma, para Cirurgia Ambulatória (verdadeiro Hospital de Dia), devidamente equipado, com cerca de 12 camas e dois Blocos Operatórios. Alguns terão, até hoje, considerado que seria um luxo desnecessário e que as limitações financeiras impõem outras prioridades. Não repararam, certamente, que isso permitiria facilmente fazer uma recuperação significativa (senão efectivamente completa) das malfadadas listas de espera. E que também se reduziriam marcadamente os custos de internamento.

Parece-nos claro que estes não são problemas da responsabilidade dos Médicos, mas sim, e fundamentalmente, das condições de trabalho que lhes são facultadas e que resultam directamente das opções de quem manda.

Como a Cirurgia Ambulatória, mais ainda do que instalações próprias é um conceito técnico, filosófico e até financeiro, até se construirmos, de raiz, instalações próprias (para o que não parece ter-se encontrado ainda suficiente receptividade, eventualmente financeira) podem, na prática, excluir-se de uma Enfermaria de um Serviço com internamento, um certo número de camas, que passariam a ser exclusivas para doentes programados para a Cirurgia Ambulatória. Do mesmo modo, no Bloco Operatório central seriam programados os tempos operatórios para esse efeito.

É evidente que uma Unidade de Cirurgia Ambulatória, mesmo quando ainda apenas funcional, requer sempre pessoal de Enfermagem, de Secretariado, de Apoio Geral, e até de Serviço Social, a ela expressamente vinculado e estável. Será esse o "problema insolúvel", que bloqueia em tantos hospitais, a acção dos Conselhos de Administração? Quanto a Médicos interessados e disponíveis (Cirurgiões e Anestesiastas) seguramente não haverá problemas.

Seria aliás um erro grave limitar qualquer cirurgia apenas à Cirurgia Ambulatória Pediátrica. Esta deve ser praticada por todos, já que, quem aquilo fizesse, perderia progressivamente, e com o passar do tempo, a sua capacidade técnica.

Por outro lado seria também um erro (e esse ainda mais grave), pensar que, quer a Cirurgia quer a Anestesia do Ambulatório são técnicas para principiantes ou de menor responsabilidade, nomeadamente na selecção dos casos.

Exemplos práticos:

Tomando como exemplo os mapas operatórios do Hospital de D. Estefânia, correspondentes a um período restrito, no início do ano 2000, e tomando como parametros a idade, o tipo de cirurgia e a distância ao hospital, chegámos aos seguintes números:

Ortopedia Pediátrica (amostragem de seis semanas) = 72 doentes

Impossibilidade: Técnica: 34 (47%) Social: 7 (10%)

Possível: 31 (34%)

(exemplos: remoção de material de osteosíntese, biópsias ósseas, tenotomias sub-cutâneas, correcção de dedos em mola, sobreposições dos quintos dedos dos pés. "calcaneo-stops", artrografias, redução de luxações da anca sob anestesia geral, etc.)

Cirurgia Pediátrica Geral (amostragem de quatro semanas) = 77 doentes

Impossibilidade: Técnica: 20 (27%) Social: 22 (28%)

Possível: 35 (45%)

(exemplos: herniorrafias inguinais, umbilicais e epigástricas, excisão de quistos do cordão ou hidrocelos, excisão de quistos vários, remoção de corpos estranhos, fistulas e fissuras anais, pólipos rectais, pequenas bridas, biópsias ganglionares ou noutras, colocação de catéteres venosos centrais, observações sob Anestesia Geral, endoscopias, etc.)

Cirurgia Plástica e Urologia (amostragem de 7 semanas) = 124 doentes

Impossibilidade: Técnica 48 (39%) Social 27 (21%)

Possível: 49 (40%)

(exemplos: extracções dentárias, pequenas plastias, pequenas bridas, excisão de nevus e de angiomas, onicogripes, orquidopexias, cistoscopias, meatotomias,

circuncisões e incisões dorsais do prepúcio, etc.)

ORL Pediátrica (amostragem de quatro semanas) = 81 doentes

Impossibilidade: Técnica 13 (16%) Social 26 (32%)

Possível: 42 (52%)

(exemplos: amigdalectomias, adenoidectomias, colocação de tubos de Shepard, otocenteses, mudança de cânulas, remoção de corpos estranhos, correcção de fracturas nasais, etc.)

Totais: 354 doentes

Impossibilidade: Técnica 115 (32%)

Social 82 (23%)

Possível: 157 (45%)

Conclusões:

Uma Cirurgia Ambulatória correcta pressupõe um trabalho de Equipa Multidisciplinar, devidamente

estruturada e estável, utilizando critérios bem definidos e protocolizados, sem prejuízo do respeito pelo princípio de que cada caso é um caso, e cada doente alguém que importa respeitar na sua individualidade e condicionalismos.

É uma Cirurgia segura, quando respeitados os seus princípios fundamentais, mais satisfatória para Doentes e Pais e até mais económica, possível em perto de metade dos doentes em idade pediátrica (0 aos 18 anos).

Como compreender então que não seja mais difundida, promovida, apoiada, em termos objectivos e não apenas em declarações de intenção, por quem o pode e deve fazer (as estruturas oficiais de saúde, nomeadamente as Administrações hospitalares, em geral)?

Resta-nos esperar que o bom senso prevaleça, surgindo uma verdadeira e eficaz mudança ao nível de todas as Instituições que se ocupam da Patologia Cirúrgica Pediátrica, sendo dado, urgentemente, à Cirurgia Ambulatória Pediátrica, o lugar que se justifica e que merece.