

Anestesia para Pacientes de Curta Permanência Hospitalar. Anestesia Ambulatorial

Antonio Leite Oliva Filho, EA[¶]

Oliva Filho A L — Anestesia para pacientes de curta permanência hospitalar. anestesia ambulatorial. Rev Bras Anest 33: 1: 051 - 062, 1983.

A realização de ato anestésico-cirúrgico para pacientes externos traz inúmeras vantagens para todos os que estão envolvidos no sistema de trabalho ambulatorial. Daí o interesse e desenvolvimento de unidades específicas nas últimas décadas. Aparentemente sem grandes riscos, um programa desta ordem se reveste de características peculiares para que seja desenvolvido sem grandes complicações de ordem física ou legal. Esta revisão visa apresentar estas peculiaridades, desde a seleção de pacientes, seleção de atos, seleção de métodos e drogas, critérios de alta, rotinas de serviço, até a organização das unidades para cirurgias de pacientes externos.

Unitermos: ANESTÉSICOS, inalatório, local, venoso; **CIRÚRGIA:** ambulatorial; **TÉCNICAS ANESTÉSICAS:** inalatória, local, regional

SOB o título ambulatorial, entende-se a assistência médica prestada a pacientes que prescindem de hospitalização, quer pelas características próprias da doença, quer pela terapia necessária. Em termos de atendimento sob anestesia, esta definição aplicar-se-ia a procedimentos mínimos sob anestesia locorregional^{3,19}.

Nas últimas décadas, porém, sob a denominação de anestesia ambulatorial ou sinonímia variada (anestesia breve, anestesia de curta duração, "Day clinic anesthesia", "Day care anesthesia", anestesia para pacientes externos, etc), este conceito ampliou-se para os pacientes aos quais se aplicam métodos de anestesia geral ou locorregional, para cirurgias de pequeno porte, ficando o paciente sob controle médico, exclusivamente durante o período de recuperação da anestesia. Este período, invariavelmente, não implica pernoite na unidade de atendimento^{2,6,19}.

O regime de curta permanência hospitalar apresenta algumas vantagens se comparado aos procedimentos anestésico-cirúrgicos sob internamento: o retorno precoce do paciente ao seio familiar, dando suporte à recuperação¹⁴; profilaxia da contaminação hospitalar¹⁴; minimização da agressão do ambiente (particularmente em pediatria^{4,17,52}); economia para o paciente^{4,12,14,17,38} e para a instituição que o assiste^{14,52}; a possibilidade de diminuição do absenteísmo ao trabalho seja do paciente ou de familiares⁴; liberação dos leitos hospitalares para os casos realmente necessários^{4,38}, além da atividade da unidade cirúrgica, eventualmente ociosa, em hospitais onde a média de permanência seja elevada^{12,14,38}. Há vantagens, portanto, para o paciente, para a comunidade, para o hospital e para o próprio serviço de anestesia. Particularmente, num serviço ambulatorial, o relacionamento médico-paciente cresce para o anestesiológico. Mais que em outras atividades, aqui o anestesiológico, como médico, acompanha o paciente desde o preparo pré-operatório até a alta. "Há maior satisfação do que, após algum tempo de relacionamento, o paciente levantar-se, apertar a mão de seu médico e agradecer os cuidados de que foi alvo?¹⁰".

Entende-se, na anestesia para pacientes externos, que o ato cirúrgico em si não deve oferecer risco algum após a alta, que a condição clínica prévia do paciente oferece segurança plena, que a equipe médica e paramédica está habilitada para o tipo de atendimento¹⁴, que o ambiente é adequado para o trabalho ambulatorial e, finalmente, que as drogas e métodos são ideais, por suas características, para uma recuperação plena, breve e segura. É importante, porém, o cuidado em não menosprezar o risco deste tipo de atendimento^{14,15,38}.

Dentro destas premissas, subdividir-se-á o assunto em:

- a) Seleção dos pacientes
- b) Seleção dos atos cirúrgicos
- c) Opção de métodos e drogas
- d) Critério de alta
- e) Orientações pós-anestésicas
- f) Fluxograma de atendimento
- g) Organização de unidade de atendimento de curta permanência.

A) SELEÇÃO DOS PACIENTES

Um dos critérios primários para indicação de intervenção sob anestesia em regime de curta permanência é o estado clínico prévio do paciente. Um estado físico I ou II é o que mormente se recomenda. O comprometimento clínico (diabetes, hipertensão, coronariopatias, pneumopatias etc) do paciente com indicação cirúrgica, mesmo que de pequeno porte, implica um controle médico efetivo e mais prolongado, o que exige internamento hospitalar^{10,12,14}.

[¶] Responsável pelo CET-SBA da Clínica Integrada de Anestesiologia de Curitiba.

Correspondência para Antonio Leite Oliva Filho
Rua Vereador Washington Mansur, 345
80000 Curitiba, PR

Recebido em 18 de maio de 1982
Aceito para publicação em 18 de junho de 1982

© 1983, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Porém o estado físico não pode ser considerado como critério único. O porte da cirurgia, o tipo de anestesia necessária e o grau de estabilidade do controle da doença paralela poderão autorizar o regime ambulatorial, em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sob anestesia em alguns pacientes E. F. III¹⁰.

As idades extremas são apontadas como contra-indicações^{19,52}, mas, pelas características psicológicas, tanto lactentes¹⁷ como pacientes geriátricos¹⁰ podem se beneficiar de um atendimento de curta permanência hospitalar.

Dentro das características de um paciente ideal, inclui-se sua fácil comunicação com o serviço após a alta: distância da residência^{6,17,19,38}, disponibilidade de telefone^{15,38}, acompanhante adulto idôneo¹². Embora os critérios de alta devam ser rígidos tendo em vista a necessidade de absoluta segurança no período pós-anestésico mediato, há sempre uma possibilidade de náusea, vômito, inapetência ou dor. Na dependência do psiquismo do paciente ou de seus familiares, pode, nestas eventualidades, ser exigido o contato com o anestesiolegista. A inexistência deste suporte induz à tensão e risco, o que é indesejável.

O entendimento das orientações médicas é imprescindível para se evitar implicações médico-legais por acidentes ou incidentes, longe do controle médico. O nível cultural do paciente e acompanhante deve, portanto, ser considerado^{14,19}. Arelada à conotação médico-legal, está a aceitação do sistema de atendimento. Apesar de o paciente ser orientado sobre as vantagens, o programa de curta permanência pode ser recusado, com a exigência de um internamento³⁸.

Ainda não está instituído entre nós o hábito de instruções por escrito aos pacientes. O desenvolvimento de jurisprudência na assistência médica vem crescendo em nosso país. Daí a instrução de processo por má prática é questão de tempo. Devemos, por isso, habituarmos-nos a assentar as nossas instruções claramente, exigindo seu conhecimento pelo paciente ou responsável, no intuito de evitar má interpretação, alegação de ignorância ou distorções. Estas instruções devem incluir medicações, jejum e demais cuidados pré e pós-anestésicos¹⁹.

Resumindo, quanto à seleção dos pacientes a serem incluídos em regime de atendimento ambulatorial, apontam-se:

- 1) estado físico
- 2) comunicabilidade: distância da residência
disponibilidade de telefone
acompanhante adulto
nível intelectual
- 3) aceitação pelo paciente

B) SELEÇÃO DE ATOS

O trabalho em serviço ambulatorial é um trabalho de equipe, incluindo desde pessoal de recepção, enfermagem, até o cirurgião e o anestesiolegista. Na dinâmica de um atendimento, indubitavelmente, o cirurgião é o primeiro elo^{4,52}. Procurado pelo paciente, ele diagnostica a doença cirúrgica, indica a terapêutica e seleciona a forma. Deve estar integrado ao sistema ambulatorial, reconhecendo seus méritos e limitações. Nas suas sugestões

para o programa da unidade e no referendo do anestesiolegista²⁶ devem ser considerados:

I) Duração do ato - O tempo de anestesia (particularmente na anestesia geral) é fator limitante de um atendimento externo. Estabelece-se um tempo ideal de 30 a 60' para os procedimentos sob narcose^{7,12}. Quanto mais prolongada a exposição aos agentes anestésicos gerais, maior será o tempo necessário para a sua total eliminação e mais retardadas serão as condições seguras de alta. Entretanto, o risco é independente do tempo e a brevidade não é a garantia de benignidade⁷. Discute-se se esta limitação de tempo é válida para procedimentos sob anestesia locorregional ou procedimentos pediátricos³⁸.

De qualquer forma, é imprescindível a existência de leitos hospitalares disponíveis à unidade de curta permanência para as recuperações excessivamente retardadas, mesmo que, nos vários serviços, o índice de hospitalização seja baixo¹⁰. De outro lado, a cirurgia ambulatorial não pode ser vista como válvula de escape na vigência de falta de vaga hospitalar.

II) Extensão e qualidade da cirurgia - Diz-se que o atendimento a pacientes externos é inapropriado a cirurgias em treinamento⁴. Só o cirurgião experiente poderá levar em conta o grau de sofrimento pós-operatório do ato, sua potencialidade de complicações^{4,31}: hemorragias, infecção, dor, comprometimentos locais ou sistêmicos.

O maior contingente das cirurgias realizadas ambulatorialmente são cirurgias superficiais¹⁴ ou orificiais. A dor pós-operatória não deve impedir a deambulação do paciente⁴.

A suposição de benignidade de um ato cirúrgico não implica igual suposição quanto à anestesia. Esta se ocupa das constantes vitais e tem uma abrangência muito maior quanto às repercussões sistêmicas da indicação⁷. O referendo do anestesiolegista a um programa ambulatorial é, portanto, incontestável²⁶.

III) Urgências ou cirurgias infectadas - Nas situações de urgência, particularmente na falta de vaga hospitalar, alguns dos pré-requisitos podem ser, voluntariamente, omitidos (falta de acompanhante, distância da moradia etc), aumentando a potencialidade de riscos. Por isso, alguns serviços, rotineiramente, induzem ao internamento as situações de urgência¹⁴. Contudo, desde que a estruturação da unidade o permita e se cumpram as exigências do programa, grande número de intervenções urgentes menores podem ser incluídas (redução de fraturas fechadas em extremidades, reduções de luxações, suturas etc)³⁸.

A existência de infecção manifesta na área cirúrgica (abscessos, p. ex.) gera discussão quanto ao procedimento em regime ambulatorial, diante da necessidade de isolamento e de enfermagem própria, o que onera a unidade¹⁴. O estabelecimento de horários específicos para este tipo de atendimento pode solucionar o problema. Isto preveniria, ainda que modestamente, a disseminação de uma infecção pelo hospital.

IV) Seleção de atos propriamente dita - Com o crescimento da atividade hospitalar e a centralização de recursos materiais e humanos de alto custo (aspiração, R. X., eletrocautério etc), foram carreados para os hospitais os pequenos atendimentos outrora realizados em ambulatórios médicos. Com isso, em algumas situações, houve saturação na atividade do bloco cirúrgico, gerando

o desenvolvimento de unidades específicas para o atendimento ambulatorial. Com o progresso da tecnologia em termos de assistência anestésica dirigida a um atendimento de curta permanência, a resultante foi a ampliação da

gama de procedimentos passíveis de execução, sem o internamento do paciente. Praticamente todas as especialidades cirúrgicas e algumas clínicas podem se beneficiar do programa em alguns de seus atos (Quadro I).

Quadro I – Seleção de procedimentos ambulatoriais (4,6,9,11,12,14,17,18,19,25,32,37,38,44,46 e 54)

ANESTESIOLOGIA	Bloqueios terapêuticos
CARDIOLOGIA	Cardioversões, troca de gerador de marcapasso
CIRURGIA GERAL	Laparoscopia, biópsias, exérese de lesões circunscritas de pele, dilatação anal, tratamento de trombose hemorroidária; o tratamento de fissura anal, drenagem de abscessos superficiais, excisão ganglionar, retirada de corpo estranho, safenectomias parciais.
CIRURGIA PLÁSTICA	Liberação de bridas, enxertos circunscritos, plásticas palpebrais, tratamento cirúrgico de enfermidade de Dupuytren, "Peeling", plásticas de cicatrizes menores, curativos de queimaduras menores.
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	Curetagens, cerclagens de colo, laparoscopia, bartolinetomia, himenotomias, biópsias de mama, biópsia de colo, toque sob narcose.
NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA	Neurorrafias periféricas, neurólises, punção com raquimanometria.
ODONTOLOGIA	Dentística (pediatria ou excepcionais), exodontias múltiplas, dentes inclusos ou impactados, gengivoplastias, torus palatino, cirurgia pré-protética, apicectomias.
OFTALMOLOGIA	Tonometria, estrabismo, pterígio, corpo estranho de córnea, calázio, dilatação de canal lacrimal, correção de ptose palpebral.
ORTOPEDIA	Tenorrafias, manipulação articular, cisto sinovial, biópsias, trocas de gesso, artrografias.
OTORINOLARINGOLOGIA	Miringotomia, aspiração, dreno em carretel, corpo estranho de ouvido, limpezas e curativos em ouvido, punção sinusal, polipectomias nasais, redução de fraturas de nariz, massagem tubária, exame de cavo, adenoamigdalectomia (*), drenagem de fleimão de faringe, dilatação de esôfago, esofagoscopia, biópsia de esôfago, papilomectomia de laringe, biópsia de laringe, laringoscopias, traqueoscopias, biópsias traqueais ou brônquicas.
PEDIATRIA	Hernioplastias, postectomias, exames endoscópicos, exérese de cisto ou apêndice supranumerário periféricos, biópsias, retirada de material de osteossíntese, curativos, tonometria ocular, orquiopexia, sigmoidoscopia, frenulectomia, frenectomia, tratamento cirúrgico de sindactilia única.
PSIQUIATRIA	Electroconvulsoterapia
RADIOLOGIA	Arteriografias periféricas, histerosalpingografia, galactografia, pelviperitoneugrafia, artrografias.
TRAUMATOLOGIA	Redução incruenta de fratura em extremidades, redução cirúrgica de fraturas ao nível da mão, osteoclasias em extremidades, suturas de cortocontusões, trocas de gesso, manipulações articulares.
UROLOGIA	Cistoscopias, meatotomias uretrais, dilatação uretral, cauterizações, vasectomias, postectomias, hidrocelectomias, biópsias.
VASCULAR	Safenectomias parciais, cauterizações de microvarizes, ligaduras venosas superficiais, biópsias, arteriografias periféricas.

(*) As adenoamigdalectomias não são consideradas cirurgias ambulatoriais por vários serviços^{38,53}.

Resumindo, a seleção dos atos passíveis de execução ambulatorial dependem de:

- 1) habilidade e experiência do cirurgião
- 2) extensão do ato
- 3) índice de complicações da terapêutica cirúrgica indicada
- 4) tipo de anestesia requerida

C) OPÇÃO POR MÉTODOS E DROGAS

O pré-requisito fundamental para a anestesia ambulatorial é, basicamente, a recuperação breve. A permanência do paciente sob supervisão médica restringe-se ao tempo necessário para a recuperação plena da anestesia.

Obviamente, ainda não se dispõe de métodos ou drogas ideais, porém vários dos atuais métodos de anestesia balanceada e os bloqueios locorreionais têm permitido resultados altamente satisfatórios.

Pré-Medicação - A necessidade de pré-medicação anestésica fundamenta-se em diminuição da ansiedade, atenuação da hiperatividade nociceptiva, alívio da dor, potencialização da analgesia e bloqueio da resposta hipersecretora à exposição a agentes inalatórios irritantes. Os agentes inalatórios modernos não têm promovido esta resposta hipersecretora. Ao mesmo tempo, sua potência e baixa solubilidade permitem uma indução rápida até o plano cirúrgico, o que, com associação ou não de potentes analgésicos⁵³, diminui a grau desprezível as respostas nociceptivas. Um bom preparo pré-operatório do ponto de vista emocional e a informação objetiva do plano anestésico cirúrgico geram menos angústia¹. Isto tudo permite a abolição da medicação pré-anestésica em boa parte dos pacientes^{10,14,17,32,44,50}. Do ponto de vista de atendimento de curta permanência, há o interesse por breve recuperação da psicomotricidade para um desenvolvimento dinâmico da atividade da unidade ambulatorial. Qualquer droga administrada, mesmo como ansiolítico, pode potencializar a depressão e retardará a recuperação³.

A eliminação da pré-medicação, porém, não deve ser considerada como premissa para este tipo de anestesia. A avaliação do estado emocional do paciente é que vai orientar a necessidade de tranquilizantes. O "estresse" do paciente externo tem sido citado como causa de aumento de conteúdo gástrico com pH baixo³⁹.

Para o paciente adulto, a utilização de diazepínicos, particularmente o diazepam (0,2 a 0,4 mg. kg⁻¹), tem validade, administrados por via oral, uma hora antes do horário previsto para a cirurgia. Isso obrigará a uma chegada mais precoce à unidade e prolongará a recuperação plena^{21,23}.

Em pediatria, acima dos 6 meses de idade, o jejum, o ambiente estranho, a presença de desconhecidos, a ligação com experiências anteriores negativas e a separação dos familiares são os maiores geradores de angústia. Portanto, até a idade de 10 a 12 anos, é importante alguma atenção especial - escolha do horário ideal (matutino para não alargar o tempo de jejum) e presença de familiares (particularmente da mãe) até a indução do sono³⁸. Este pode ser alcançado na sala de preparo, sob narcose de base, com barbitúricos, via retal⁵². Tionembutal (30 a 40 mg. kg⁻¹) ou metohexital (8 a 10 mg. kg⁻¹) têm sido indicados. Acima daquela idade, se preciso, utiliza-se a mes-

ma conduta que a preconizada para os adultos.

O uso de sialíticos tem sido proscrito no pré-anestésico pelo mal-estar que gera o ressecamento da orofaringe; nas situações onde for necessário (uso de quetamina, uso de esteróides, halotano ou succinilcolina, p. ex.) sua administração poderá ser venosa, imediatamente antes da indução da anestesia²⁵ ou associada à droga indutora^{46,50}. Eventualmente a via retal tem sido utilizada, na dosagem usual, associada a barbitúricos, na anestesia de base⁵⁰. A atropina continua sendo a droga de eleição na dosagem de 0,1 a 0,15 mg. kg⁻¹. O uso de antiácidos é sugerido na pré-medicação de pacientes externos, como prevenção de pneumonite química por aspiração³⁹.

Indução - Dentro do interesse básico de reversão precoce dos efeitos das drogas anestésicas, o ideal seria a indução com agentes de pronta recuperação⁷, sem efeitos adversos. Na verdade o ideal para a anestesia ambulatorial inexistente.

Na anestesia pediátrica, a indução inalatória com a associação de monóxido de nitrogênio (50 a 70%), com halotano⁶ ou enflurano¹⁷, parece não gerar discussões, embora haja quem preconize a indução venosa com tiobarbiturato, metohexital⁴⁸ ou Alfatesin(R). Comparativamente, halotano ou enflurano não têm apresentado grandes diferenças⁹, inclusive quanto à psicomotricidade²². Se a criança chega à sala de cirurgia sob narcose de base, a complementação da indução com agentes inalantes parece mais maleável, segura e suave.

No adulto, a indução venosa continua sendo a mais indicada. Dentre os agentes disponíveis, todos apresentam qualidades positivas e negativas.

Propanidide - Seria o agente ideal para a indução^{5,24,34,38,43}, se estivesse à disposição em nosso meio. Indução rápida e recuperação plena rápida^{19,34}. A psicomotricidade se mostra normal de 30 minutos⁴⁷ a 2 horas²⁰ após sua administração. É irritante venoso e pode desenvolver "rush" cutâneo⁴³.

Tionembutal - Ação indutora rápida, retardo na recuperação da psicomotricidade plena (além de 8 horas)²⁰ após doses clínicas, desenvolvimento de "rush" cutâneo, depressão cardiocirculatória em indução rápida, hipervagotonia³, manifestação de ressaca no pós-anestésico tardio⁵.

Metohexital - Ação indutora rápida, desenvolvimento de tosse e soluços quando injetado rapidamente³, recuperação breve da consciência^{7,8,36} com retardo na recuperação da psicomotricidade (além de 8 horas)²⁰.

Alfatesin(R) - Indução lenta, broncoespasmo e soluços²⁷, "rush" cutâneo²⁷, hipotensão arterial em injeções rápidas³, mioclonias^{7,8} e recuperação da consciência breve^{7,8}. Recuperação da psicomotricidade em três tempos normalização após 2 a 4 horas, recrudescimento nas 6 horas e reversão plena após 8 horas²⁰. E. E. G. normal após 3 horas²⁸. Apesar da psicomotricidade alterada por longo tempo, tem sido indicado com agente de escolha^{10,11,38}.

Quetamina - Indução lenta, excelente analgesia, hipertensão arterial, rigidez muscular e alucinações durante a recuperação³. Psicomotricidade com recuperação tardia, náusea e mal-estar prolongado⁵⁵.

Diazepam - Indução lenta, irritação venosa³, psicomotricidade alterada por tempo alargado (2 a 3 horas)²¹.

Etomidato - Assemelha-se ao metohexital na ação, su-

perajuntando-se uma intensa mioclonia³³.

O controle da psicomotricidade - interesse maior em anestesia de curta permanência - é dose dependente. Uma indução lenta, com soluções diluídas até a instalação da hipnose, complementada com agentes inalatórios, permite a redução da dosagem desses agentes. O tionembutal, o metohexital e o Alfatesin (R) têm sido indicados para a clínica ambulatorial. A quetamina como agente de indução ambulatorial tem caído em descrédito, embora seja uma droga relativamente nova, ainda sob pesquisa. Sua grande desvantagem é o comprometimento da psicomotricidade por longo tempo¹⁹. Também tem sido citado como desvantagem o clima criado pelos pacientes que desenvolvem alucinações na sala de recuperação¹⁴.

Manutenção - É indubitável que qualquer droga utilizada em anestesia, após cessada sua administração, sofrerá um retardo em sua eliminação tanto mais prolongado quanto maior o tempo de exposição^{3,4}. Até quando ou até que nível plasmático continuará agindo em funções especializadas no Sistema Nervoso Central, ainda é uma incógnita. James define que a intelectualidade fica prejudicada por semanas após uma anestesia de curta duração¹⁵.

As associações de N₂O - Enflurano e N₂O - Halotano não apresentam diferenças significativas à recuperação^{9,19,22,50}, sendo seu reflexo sobre a psicomotricidade menor que o das drogas venosas²². Para diminuir a concentração alveolar mínima de qualquer uma das associações acima, tem sido recomendado o uso do Fentanil (R)^{10,55}. Sua biotransformação é rápida e o seu efeito sob a corticalidade é desprezível após uma hora de aplicação. Outra forma de diminuir a quantidade de drogas sistêmicas, venosas ou inalatórias, é a associação com bloqueios locorreionais^{38,46}. Outros autores utilizam a associação N₂O - O₂ - Fentanil (R) ou meperidina, encontrando recuperação idêntica à dos grupos que utilizam halotano ou enflurano, duas horas após cessada a administração¹³. Propanidide associado a pentazocina também tem sido indicado⁴².

A enorme gama de associação de drogas demonstra que a solução ideal ainda está por vir. Efetivamente qualquer que seja a solução encontrada, o cuidado maior estará no critério de avaliação de condições de alta. O tipo de droga ou o método utilizado poderá antecipar ou prolongar a alta.

Relaxantes musculares - A utilização de relaxantes musculares em anestesia ambulatorial é discutível. A absoluta maioria dos procedimentos neste campo prescinde do uso de bloqueadores neuromusculares, exceto se houver indicação de intubação traqueal³⁸. Nestas circunstâncias, o relaxante indicado é succinilcolina, na dosagem habitual^{4,32}. A incidência de dor muscular após seu uso pode ser aliviada por uma dose precurarizante de agentes adespolarizantes^{14,52}. O uso de agente adespolarizante para relaxamento muscular implica um prolongamento dos cuidados pós-anestésicos, dado o tempo necessário para a sua eliminação segura, e o uso rotineiro de anticolinesterásicos¹⁰.

Resumindo, em anestesia geral:

1) os agentes ideais inexistem, tanto para a indução como para a manutenção, dada a prolongada recuperação sobre as atividades encefálicas mais elaboradas. O bom

senso, no momento da avaliação das condições de alta, substitui, ainda que parcialmente, estas desvantagens;

2) em pediatria, o resultado é próximo do ideal com indução e manutenção inalatórias com monóxido de nitrogênio associado a halotano ou enflurano;

3) a indução venosa deve procurar exclusivamente a hipnose sem vantagens particulares a qualquer um dos agentes: tionembutal, metohexital ou Alfatesin (R). Todos, indistintamente, deprimem a psicomotricidade por tempo prolongado (dose dependente). O propanidide seria o agente mais próximo do ideal;

4) a manutenção, após indução venosa, como em pediatria, é obtida com uso criterioso de N₂O associado a halotano ou enflurano, eventualmente potencializados com doses parcimoniosas de Fentanil®. A associação com anestesia locorreional possibilita bons resultados;

5) a curarização resume-se à succinilcolina, quando a intubação traqueal se faz necessária.

Anestesia locorreional - Não há ainda estudo minucioso e objetivo quanto ao tempo de repercussão do anestésico local sobre a intelectualidade ou a psicomotricidade. Esta prática, já milenar, tem demonstrado sua inocuidade em uso ambulatorial. Se somarmos o número de bloqueios locorreionais, tanto os realizados pelos cirurgiões como pelos anestesiológicos, em termos ambulatoriais, estes superarão grandemente o número de anestésias gerais com o mesmo objetivo. Há uma tendência a menosprezar suas repercussões sistêmicas, embora em cirurgias maiores os cuidados tendam a se assemelhar àqueles tomados frente à anestesia geral. Excluídas, porém, as complicações mediatas à aplicação do anestésico local (seja pelo agente ou pela técnica) e a eventual dificuldade de execução do método, é nítida a vantagem de um bloqueio regional sobre a anestesia geral⁴³.

Mesmo havendo citações de raquianestesia para procedimentos de curta permanência¹⁰, esta prática deve ser limitada, dada a potencialidade de cefaléias tardias. Como o sucesso da prevenção desta complicação pautase no cuidado técnico e na orientação pós-anestésica mediata, a alta precoce poderá causar problemas.

Nas epidurais, o bloqueio simpático mais prolongado que o bloqueio motor pode levar à hipotensão postural e/ou dificuldade de micção, o que retarda a alta³⁰. Se indicada, deve ser feita com anestésico de curta duração, estabelecendo-se como critério de alta a reversão total do bloqueio do sistema nervoso autônomo. Outra limitação da peridural é o risco de punção da dura com agulha de grosso calibre¹⁰.

Feitas as exceções, todos os demais métodos de bloqueio regional são exequíveis em pacientes ambulatoriais³. Isoladamente, permitem mobilização e altas precoces. A analgesia residual resultante do uso de agentes de ação prolongada só valoriza o atendimento³⁸.

Se os bloqueios forem associados à anestesia geral, a quantidade de drogas sistêmicas é diminuída e há compensação da falta de analgesia residual de boa parte dos agentes propostos³⁸. Em pediatria, principalmente, a associação de anestesia geral com bloqueios regionais tem vasto campo, fazendo ampliar, sobremaneira, o número de procedimentos de curta permanência hospitalar^{38,46}. Muitas das internações eram geradas pela necessidade de

controle da dor no pós-operatório. Os bloqueios com bupivacaína, praticamente, eliminaram o sofrimento maior das primeiras 12 horas.

Alguns cuidados merecem atenção:

1) em bloqueios de plexo braquial ou cervical, o comprometimento do frênico homolateral limita a abordagem interescalênica ou perivascular subclávia³⁸;

2) quando houver indicação de imobilização gessada, os bloqueios prolongados eliminarão um dos alarmes preventivos de uma contratatura isquêmica - a dor da compressão do gesso³⁸. Nestes casos, são preferíveis os bloqueios com lidocaína;

3) em pediatria, nas postectomias, o bloqueio do nervo dorsal do pênis pode gerar hematoma ou edema local, o que habitualmente preocupa o cirurgião e a família. É importante alertá-los sobre o edema e aliviar o hematoma tão logo ele ocorra, antes da alta;

4) pela inocuidade aparente dos métodos de anestesia locorregional, os mesmos necessitam uma vigilância pós-operatória de pelo menos 2 horas. A alta exige os mesmos critérios que uma anestesia geral;

5) desde que o paciente ou seus familiares sejam bem orientados e a comunicabilidade com o serviço exista, não há porque aguardar a reversão total do bloqueio para autorizar a alta³⁸.

Até que se reconheça definitivamente o grau de prolongamento da atuação central dos anestésicos locais, os critérios de avaliação das condições físicas e psicomotoras para a alta devem ser seguidos cuidadosamente.

Com relação aos métodos locorregionais para anestesia ambulatorial:

1) as anestésias na raque-peridural ou subdural-devem ser evitadas. A peridural é exequível, porém requer uma maior permanência na unidade;

2) todos os demais métodos de anestesia locorregional são aplicáveis em anestesia para pacientes de curta permanência hospitalar, tanto isoladamente como associados com anestesia geral;

3) as vias de abordagem do bloqueio de plexo braquial ficam restritas à via axilar;

4) eventualmente, os bloqueios prolongados precisam ser evitados, quando a dor for alarme importante de complicação pós-operatória;

5) exceptuando-se as anestésias na raque, a alta pode ser precoce em torno de duas horas após a instalação do bloqueio, mesmo que ainda esteja atuando. Nesses casos, o paciente deve ser submetido aos mesmos critérios de avaliação que os aplicados após a anestesia geral, instruído dos mesmos cuidados e informado das possíveis ocorrências.

D) CRITÉRIOS DE ALTA

A avaliação das condições oportunas de alta cabe exclusivamente ao anesthesiologista uma vez que a cirurgia, quando bem indicada, não é um fator limitante. Esta avaliação deve ser criteriosa e deve ficar registrada em prontuário do serviço como documento legal.

Dois são os tópicos que merecem atenção: a recuperação física e a recuperação da psicomotricidade. A primei-

ra, óbvia, pois o paciente deixará de estar sob controle médico ou paramédico. A segunda, obrigatória, pois, após a alta, o paciente terá que estar a salvo dos compromettimentos físicos, psíquicos ou jurídicos da vida em sociedade. A exposição ao tráfego, ao relacionamento social e à burocracia poderá estar comprometida por alheamento, incompetência ou embotamento diante de eventual retardo na recuperação das funções cerebrais.

O reconhecimento de que algumas atividades psicossociais ficam alteradas por longo tempo (intelectualidade, memória etc)¹⁵, induzem à exigência de um acompanhamento adulto idôneo no momento da alta^{15,31}.

1) Avaliação da recuperação física.

Os critérios de avaliação das funções orgânicas de um paciente ambulatorial seguem as mesmas normas de controle da recuperação de um paciente internado, exigindo, porém, uma condição de maior estabilidade antes da alta da unidade^{31,53}. Os critérios clássicos de Aldrette e Kroulik podem ser utilizados com a finalidade de facilitar o serviço da enfermagem e de tornar possível o registro e o acompanhamento gráfico da recuperação. Steward⁴⁹ estabeleceu um escore mais simplificado (Quadro II) que preenche as necessidades básicas de um serviço ambulatorial.

Atingidos 9 ou 10 pontos nos critérios de Aldrette e Kroulik, ou os 6 pontos nos escores de Steward, o paciente deve ser submetido a um exame clínico final: estabilidade cardiocirculatória em ortoposição, quadro térmico, função ventilatória, etc. Este estudo final deverá ser feito, no mínimo, duas horas após administração de qualquer droga, inclusive estimulantes centrais³⁰.

Ainda na recuperação, o paciente deve reiniciar ingestão de líquidos e apresentar micção espontânea antes de lhe ser autorizada a alta.

2) Avaliação da recuperação da psicomotricidade.

A recuperação da psicomotricidade é o critério mais importante a ser avaliado e registrado, antes da alta, do ponto de vista legal. É fundamental o reconhecimento do retorno das habilidades psicomotoras no intuito de preservar o paciente de danos causados pelo meio. Devem ser testadas a coordenação motora grosseira, a coordenação motora fina, o equilíbrio, a acuidade sensorial, a fixação de atenção, a capacidade de concentração, a memória, o nível intelectual, etc.

Vários testes têm sido aplicados na prática (Apêndice pag 61) tanto com finalidade clínica como acadêmica. Para que tenham validade a nível de clínica ambulatorial, os testes devem apresentar⁴¹:

— rapidez: se for um teste prolongado, a característica de curta permanência ficará comprometida;

— facilidade de execução: para que possa ser compreendido por todos os pacientes, mesmo que tenham níveis diferentes de inteligência;

— dificuldade de agilização ou memorização: para evitar que, com a repetição do teste, o paciente se automatize, deteriorando o seu valor;

— condições de registro ou gráfico: para ter valor legal, para ser mensurável em qualquer tempo e para poder ser anexado ao prontuário;

— facilidades de aplicação: para que sua aplicação e lei-

Quadro II – Avaliação quantitativa de recuperação pós-anestésica (simplificada)⁴⁹

FATOR	NÍVEL	NOTA	ADMISSÃO	5'	15'	30'	ALTA
Consciência	Acordado	2					
	Sonolento	1					
	Inconsciente	0					
Vias aéreas	Tosse ou gritos sob comando	2					
	Boa estabilidade Ventilatória	1					
	Necessidade de instrumentação	0					
Movimentos	Mov. voluntários e coordenados	2					
	Mov. involuntários	1					
	Imobilidade	0					
		TOTAL					
AVALIAÇÃO FINAL	Deitado	Sentado	Em pé				
P. A. S.							
P. A. D.							
F. C.							
Temperatura							
Tempo de apnéia voluntária							
Hora da alta							
							Anestesiologista

tura não necessitem de pessoal altamente especializado;

– baixo custo: para não onerar o atendimento de curta permanência em que a economia é uma das vantagens;

– valor médico legal reconhecido.

Dois ou três testes devem ser aplicados ao paciente externo antes e depois da anestesia. A avaliação prévia fundamenta-se no estabelecimento do nível basal do paciente. Em clínica ambulatorial, parece preencher os requisitos acima a associação de alguns dos seguintes testes: andar em linha reta²¹, teste do labirinto^{8,41}, teste do liga pontos^{8,21,29,35}, teste de caça às letras^{8,29,41} e pega moedas⁴⁷.

Para uso pediátrico, ainda não se tem um teste apropriado que seja abrangente a todas as faixas etárias⁵². A avaliação da psicomotricidade, porém, não é necessária em cirurgia ambulatorial pediátrica, uma vez que a integração ao meio será orientada pelos acompanhantes. De qualquer forma, ao se liberar uma criança da unidade de curta permanência, deve ser recomendado aos pais o cuidado com algumas atividades: bicicleta, escadas, janelas

altas, tráfego, etc.

Em casos de recuperação física ou psicomotora retardada ou diante de qualquer complicação clínica ou cirúrgica que obriguem a permanência do paciente além do horário de funcionamento da unidade ambulatorial, este deverá ser internado^{12,14,38,53}. Isto sugere que as cirurgias de pacientes externos devam ser matinais³¹.

E) ORIENTAÇÕES PÓS ANESTÉSICAS

No momento da alta, o paciente e seu acompanhante devem ser instruídos quanto a:

1) Realimentação - Mesmo que se tenha iniciado na unidade ambulatorial com a administração de líquido (caldo de sopa, água)³⁸, o paciente deve ser orientado no sentido de evitar abusos alimentares. Deverá manter dieta líquida ou pastosa, gradual, até que seu apetite retorne à normalidade⁵². Deve, ainda, ser informado de eventual inapetência, náusea ou vômito nas primeiras horas. Na vigência de vômito repetidos, deve-se comunicar o plantão da unidade de curta permanência. O número do telefone do serviço deve ser fornecido⁵².

2) Dor - Se bem selecionados, os atos cirúrgicos de clínica ambulatorial cursam com pouco sofrimento. Ainda assim deve ser prescrita uma medicação analgésica de fácil aplicação e sem riscos. O acetaminofem tem tido preferência⁵². A aspirina tem sido contra-indicada pela possibilidade de facilitar sangramentos.

3) Medicamentos - As medicações prescritas pelo cirurgião devem ser referendadas pelo anestesiológico no sentido de evitar interação com as drogas anestésicas. Recomendações no sentido de abstinência de tranquilizantes, bebidas alcoólicas, pela mesma razão, devem ser reforçadas^{14,19,53}.

4) Outras complicações - Hemorragias, desenvolvimento de febre, prostração, etc, devem ser comunicadas ao serviço imediatamente. Nestas circunstâncias, algumas instruções podem ser dadas por telefone, mas o paciente é convidado a retornar à unidade para reavaliação.

5) Comprometimento de funções intelectuais - Devem ser proibidas a condução de veículos, a travessia de ruas, a assinatura de documentos importantes, as atividades com máquinas ou instrumentos que exijam a atenção e coordenação, nas primeiras 24 horas de pós-anestésico^{14,38,53}.

No caso de paciente pediátrico, se o retorno ao lar for em condução própria do acompanhante, deve-se exigir a presença de um segundo adulto para atender ao paciente no trajeto⁵².

F) FLUXOGRAMA DE UMA UNIDADE AMBULATORIAL

Para um programa eletivo de curta permanência, o encaminhamento do paciente poderá cumprir as seguintes etapas:

1) avaliação clínica pelo cirurgião e solicitação de exames complementares^{12,14,19,38,52}. O cirurgião poderá, diante de necessidades, solicitar um resumo de antecedentes clínicos e terapêuticos ao clínico do paciente⁵³. Os exames complementares rotineiros variam de um serviço a outro. A rotina de exames poderá ser elaborada pelo corpo clínico da unidade ambulatorial. Comumente, são solicitados hemograma e urinálise. Em pacientes com idade superior a 35 anos adiciona-se um RX de campos pleuropulmonares. Acima de 40 anos também é solicitado E. C. G.^{12,14,19,52}. Os exames podem, também ser condicionados à avaliação clínica do paciente³⁸.

2) o paciente comparecerá ao consultório de serviço de anestesiologia, no mínimo, 24 hs antes da realização da cirurgia. Aí será avaliado com vistas à anestesia. Deve se apresentar com a solicitação do cirurgião, onde o plano terapêutico deve estar assentado com a sugestão de hora e local. Deve trazer também o resultado dos exames complementares. Estando apto, receberá instruções, por escrito, em impresso próprio, quanto ao tempo de jejum, pré-medicações, hora e data de apresentação à unidade ambulatorial. Neste mesmo formulário, devem constar informações quanto ao período pós-anestésico: necessidade de acompanhante adulto, sugestão para que não assuma outros compromissos para a data de cirurgia, não dirija veículos, não ingira bebidas alcoólicas ou drogas tranquilizantes. Cópia deste formulário deverá ser assinada pelo paciente e anexada ao prontuário^{12,14,19,31,38,40,52,53}.

3) na data e hora determinadas, o paciente apresentar-se-á à unidade ambulatorial (30 a 60 minutos antes do horário programado para a cirurgia). O prontuário será levantado pela secretária. O paciente com seu prontuário e encaminhado à sala de preparo. A enfermagem aferirá os dados vitais, fará a anti-sepsia e tricotomia necessárias e orientará o esvaziamento vesical e intestinal. O anestesiológico deve revisar o exame físico e a história do paciente desde a consulta anterior, e checar as informações de jejum. Nesta oportunidade poderá ser efetuada a primeira avaliação de psicomotricidade, determinando-se os parâmetros basais^{12,14,19,31,38,53}. Nos casos pediátricos, a mãe acompanha a criança até a sala de preparo, onde ajudará a enfermagem na aplicação de anestesia de base⁵².

4) o ato cirúrgico é realizado conforme o programado. O paciente, logo após, é encaminhado à sala de recuperação.

5) na sala de recuperação, é acompanhada a evolução física e psicomotora do paciente, com avaliações intermitentes, até o mesmo apresentar condições de alta (retorno às condições basais). Receberá as instruções para o período pós-anestésico, em impresso próprio, onde, além da ratificação das informações dadas no período pré-anestésico, constem instruções sobre a realimentação, as medicações e o telefone a ser chamado em caso de dúvidas ou complicações^{19,37,38,52 e 54}.

Nos casos de atendimento de urgência, desde que o serviço o permita, o fluxo se faz de forma direta. O paciente é encaminhado pelo plantão do pronto-socorro do hospital à unidade de curta permanência. Aí é avaliado pelo anestesiológico, preparado e encaminhado à sala de operações. O pré-requisito essencial para incluí-lo no esquema ambulatorial é a existência de um acompanhante adulto. Caso não seja preenchido, o paciente deve ser internado. Após a cirurgia os cuidados são semelhantes aos das situações eletivas^{38,53}.

G) ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO DE CURTA PERMANÊNCIA

No Brasil, desde o parecer 851/78 do Conselho Federal de Medicina cabe ao anestesiológico a responsabilidade sobre:

— avaliação pré-anestésica, programa e execução do ato anestésico e os cuidados pós-anestésico até condições de total recuperação das funções orgânicas. A responsabilidade se estende às condições de segurança que o ambiente de trabalho oferece ao paciente. A necessidade potencial de um leito hospitalar para internamentos de casos ambulatoriais que se compliquem e a necessidade de retaguarda com equipamentos ou serviços que completem a segurança (RX, desfibrilador, Banco de Sangue, ventiladores mais completos, farmácia etc.) obrigam-nos a desenvolver este tipo de trabalho dentro do hospital ou em anexo ao mesmo. É mais ilícito ainda conceber uma anestesia ambulatorial em consultórios médicos ou ambulatórios despreparados. Onde a legislação permite, existem unidades ambulatoriais autônomas "Day clinic", "Day care", "Surgicenter"^{12,14,19,53}. Entre nós, duas formas de concepção de organização ambulatorial são possíveis:

1) unidade ambulatorial independente, anexa ao hospital;

2) serviço ambulatorial integrado ao hospital, com alguns recursos independentes e outros divididos com a atividade hospitalar normal^{12,14,19,38,52,53}.

1) A UNIDADE AMBULATORIAL INDEPENDENTE

O hospital dispõe de todo um bloco com recepção, secretaria, consultórios, sala de preparo, sala de recuperação, sala de espera, centro cirúrgico e serviços de anestesia independentes de atividade interna, dedicado ao paciente ambulatorial.

Esta estrutura é utilizada em hospitais providos de recursos, com grande potencialidade de pacientes de curta permanência e uma intensa atividade cirúrgica com internados. Sua concepção facilitará o andamento do serviço ambulatorial em um ambiente apropriado e preparado, em seu todo, para esta forma de trabalho. Todos os casos indicados para a terapia cirúrgica sem internamento serão encaminhados para esta unidade, desafogando a atividade interna do hospital.

2) SERVIÇO AMBULATORIAL INTEGRADO À ATIVIDADE INTERNA DO HOSPITAL

Esta organização pode ser desenvolvida em hospitais já estruturados, sem grandes áreas físicas disponíveis, com um centro cirúrgico ocioso³⁸. Destinar-se-ão algumas salas para o atendimento ambulatorial: uma para preparo pré-operatório e recuperação definitiva, outra para sala de espera dos acompanhantes e uma terceira para consultório do serviço de anesthesiologia. Este consultório tanto servirá para avaliação pré-anestésica de pacientes externos como para avaliação pré-internação¹⁶ dos demais pacientes. O pessoal de secretaria e recepção deve receber treinamento específico para o encaminhamento dos pacientes externos. Um serviço de enfermagem será treinado para atuar na sala de preparo e recuperação de pacientes externos.

Neste modelo, o paciente, encaminhado pelo cirurgião, apresentar-se-á a secretaria do hospital para registro. Daí passa ao consultório do serviço de anestesia para avaliação e instruções. No dia da cirurgia apresenta-se à recepção de onde é encaminhado à sala de preparo. É preparado e levado ao centro cirúrgico, onde segue a rotina normal de serviço. Quando liberado do centro cirúrgico, vol-

ta à sala de preparo e recuperação, onde é submetido aos testes de avaliação psicomotora, além da avaliação de recuperação física. Quando apto, tem alta do hospital. Seu acompanhante recebe instruções e aguarda sua alta na sala de espera.

Com esta estruturação, não há necessidade de grandes investimentos materiais e o centro cirúrgico do hospital será dinamizado ocupando seus horários ociosos com o atendimento de pacientes externos.

CONCLUSÕES

Os pacientes selecionados para um atendimento de curta permanência hospitalar devem estar em boas condições clínicas. Os atos cirúrgicos a serem realizados não devem causar complicações após a alta da unidade: hemorragias, infecção ou sofrimento intenso.

Praticamente todos os métodos de anestesia podem ser úteis nos serviços de curta permanência: bloqueios locorreionais, anestésias venosas, anestésias inalatórias ou combinações destas. Ainda não se dispõe de drogas ideais, por isso, antes de receber alta, o paciente deve estar fisicamente apto e totalmente restabelecido nas suas atividades psicomotoras. Ainda assim, na alta, deve estar acompanhado por adulto idôneo.

Na prevenção de implicações de ordem legal, todas as observações, registro e orientações da terapia anestésico-cirúrgica ambulatorial devem ficar arquivadas em prontuário médico.

É necessária a integração dos vários setores envolvidos no atendimento do paciente: serviços burocráticos, corpo clínico e enfermagem. Um fluxograma deve ser estabelecido para orientar a rotina de atendimento.

Uma unidade ambulatorial pode ser uma estrutura totalmente autônoma, ou vinculada a um hospital, dispondo de área física e recursos independentes, ou ser integrada ao hospital, ocupando os mesmos recursos que os pacientes internados, exceto algumas salas destinadas especificamente ao atendimento de paciente externo.

Preenchidos todos esses requisitos, a anestesia para cirurgias de pacientes externos torna-se segura e altamente benéfica para todos os setores envolvidos: paciente, hospital, corpo clínico e comunidade.

Ao anesthesiologista traz uma satisfação particular: um maior contato com o paciente e o reconhecimento, por este, da especialidade como uma atividade médica.

Oliva Filho A L – Outpatient anesthesia. Rev Bras Anest 33: 1: 051 - 062, 1983.

Outpatient anesthesia offers advantages for all those who work in this area. For this reason, many specialized units have been organized in the last two decades. This activity appears to be simple but it has some peculiarities in order prevent organics or legals complications. This paper presents these peculiarities - the patient's selection, the surgical procedures, drugs and methods, the recovery orientation, the routines, including the organization of the outpatient surgical facility.

Key - Words: ANESTHETICS: inhalation, intravenous, local; ANESTHETIC TECHNIQUES: inhalation, intravenous, regional; SURGERY: outpatient

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beetschen A – Les détresses psychologiques du reveil post opératoire - Cah. Anesthésiologie, 24: 8, 889 - 899, 1976.
2. Bimar J – Les problèmes de l'anesthésie ambulatoire - Ann. Anesth. Franç. 15: 9, (int. jaune), 1974.

3. Bouyard P, Blanc-Bimar M C – Critères pharmacologiques et classification des drogues utilisables en anesthésie ambulatoire - Ann. Anesth. Franç. 15: 9, 803 - 805, 1974.
4. Brindle G F, Lamarche Y, Soliman M – L' anesthésie du malade ambulatoire. Expérience de 2.500 cas. - Ann. Anesth. Franç. 15: 9, 829 - 833, 1974.
5. Brogly G, Voluter G, – Étude comparative de la durée d'action de deux agents anesthésiques de brève durée (propanidide et thiopental) - Ann. Anesth. Franç. 9: 3, 584 - 586, 1968.
6. Cahier S – Indications de l'anesthésie ambulatoire en O. R. L. Ann. Anesth. Franç. 15: 9, 807 - 812, 1974.
7. Campan L – Comment définir l'anesthésie ambulatoire, Ann. Anesth. Franç. 15: 9, 799 - 802, 1974.
8. Carson I W – Recovery from Anaesthesia, Proc. Roy. Soc. Med. 68: 108 - 110, 1975.
9. Davidson S H – A comparative study of halothane and enflurane in paediatric outpatient anaesthesia, Acta Anaesth. Scand. 22: 1, 58 - 63, 1978.
10. Dawson B, Reed W A – Anaesthesia for Adult Surgical outpatients, Anaesthesia for day-care surgery: A Symposium (III); Canad. Anaesth. Soc. J. 27: 4, 409 - 411, 1980.
11. Dunn G L, Houlton P J, Morison D H, Rajagoplan R – A comparative assessment of alfatesin for use in outpatients anaesthesia, Canad. Anaesth. Soc. J. 25: 2, 125 - 129, 1978.
12. Edelist G, Urbach G – Organization of the outpatient surgical facility, Anaesthesia for day-care surgery: A Symposium (II), Canad. Anaesth. Soc. J. 27: 4, 406 - 408, 1980.
13. Enright A C, Pace-Florida A – Recovery from anaesthesia in outpatients: a comparison of narcotic and inhalational techniques, Canad. Anaesth. Soc. J. 24: 5, 618 - 622, 1977.
14. Epstein B S – Outpatient Anesthesia; Refresher courses in Anesthesiology, Vol 2, 81 - 96, 1974.
15. Epstein B S – Recovery from anesthesia. Anesthesiology, 43: 3, 285 - 288, 1975.
16. Frost E A M – Outpatient evaluation: a new role for the Anesthesiologist, Anesth. Analg. 55: 3, 307 - 310, 1976.
17. Gemperle G – Indications et impératifs de l'anesthésie ambulatoire en pédiatrie. Méd. et Hyg. 32: 1121, 1704 - 1705, 1974.
18. Gemperle M – L'anesthésie ambulatoire en Suisse, Ann. Anesth. Franç. 15: 9, 835 - 837, 1974.
19. Granthil C, Gemperle M – Anesthésie chez le malade ambulatoire, Encycl. Med. Chirug. Paris, Anesthésie, 36660-Alo, 1 - 6, 1980.
20. Kortilla K, Linnoila M, Ertama P, Hakkinen S – Recovery and simulated driving after intravenous anesthesia with thiopental, methohexital, propanidid or alphadione, Anesthesiology, 43: 3, 291 - 299, 1975.
21. Kortilla K – Recovery after intravenous sedation: A comparison of clinical and paper and pencil test used in assessing late effects of diazepam, Anesthesia, 31: 6, 724 - 731, 1976.
22. Kortilla K, Tammisto T, Ertama P, Pfaffli P, Blomgren E, Hakkinen S, – Recovery, Psychomotor skills, and simulated driving after brief inhalational anesthesia with halotane or enflurane combined with Nitrous oxide and oxygen; Anesthesiology, 46: 1, 10 - 27, 1977.
23. Kortilla K, Groneim M M, Jacobs L, Lakes R S – Evaluation of instrumented force platform as a test to measure residual effects of anesthetics; Anesthesiology, 55: 6, 625 - 630, 1981.
24. Langrehr D – Aspectos farmacológicos e clínicos do propanidid; Rev Bras Anest, 20: 1, 130 - 137, 1970.
25. Lassner J, Tardieu M TH; Tardivel J, Les anesthésies de courte durée et l'hospitalisation, Cahiers Anesth, 14: 7, 885 - 893, 1966.
26. Lavoges M – Structure privée en anesthésie ambulatoire, Ann. Anesth. Franç. 15: 9, 849 - 851, 1974.
27. Laxenaire M C, Kurtz M, Comte P, Boileau S – L'Alfatésine en anesthésie ambulatoire, Cahiers Anesthésiologie, 27: 4, 419 - 423, 1979.
28. Laxenaire M C, Picard J M, Schmitt J, Kurtz M, Devaux C – CT 1341 en anesthésie ambulatoire: corrélations entre tests de réveil et E. E. G. - Etude préliminaire, Ann. Anesth. Franç. 15: 9, 817 - 821, 1974.
29. Laxenaire M C, Weber M, Probst A, Lefèvre J C, Kurtz M – Étude du réveil après neuroleptanalgesie antagonisée par la naloxone. Ann. Anesth. Franç. 19: 3, 179 - 187, 1978.
30. Lecron L – Appréciation clinique du réveil, Anesth. Analg. Réanim, 35: 5, 909 - 916, 1978.
31. Loder R E – Day case anesthesia. Problems of organization. Proc. roy. Sec. Med. 68: 7, 413 - 414, 1975.
32. Mangiavacchi E, Busoni P, Gianfranchi M, Vagelli A – L' anesthésie ambulatoria, Minerva Anest. 32: 8, 410 - 414, 1966.
33. Miller B M, Hendry V G B, Lees N N – Etomidate and methohexitone, a comparative study in outpatient anaesthesia; Anaesthesia, 33: 450 - 453, 1978
34. Moine M – Contribution à l'étude clinique d'un nouvel anesthésique d'action brève: le propanidide (à propos de 53 cas) Ann. Anesth. Franç., 9: 3, 587 - 597, 1968.
35. Newman M G, Trieger N, Miller J C – Measuring recovery from anesthesia - a simple test, Anesth. Analg., 48: 1, 136 - 140, 1969.
36. Nicoletti R L, Curti C J, Soares P M – Metohexital sódico nas anestésias endovenosas de ambulatório. Rev Bras Anest Vol 12: 349 - 353, 1962.
37. Ogg T W – Day case surgery: Problems related to recovery, Proc. Roy. Soc. Med., 68: 7, 414 - 415, 1975.
38. Oliva F.º A L, Araujo J T V, Boza J C, Almeida N.º M A – Anestesia para cirurgia ambulatorial, Rev Bras Anest, 26: 6, 828 - 840, 1976.
39. Ong B Y, Palahniuk R J, Cumming M – Gastric volume and PH in out-patients - Canad. Anaesth. Soc. J. 25: 1, 36 - 39, 1978.
40. Park G R, Outpatient anaesthetic instructions, Anaesthesia, 34: 4, 372, 1979.
41. Picard J M, Laxenaire M C, Weber C, Critères de réveil d'une anesthésie générale, Ann. Anesth. Franç. 15: 9, 823 - 828, 1974.
42. Poisvert M, Debras C, Galinski R, Millet D – Notre expérience de l'utilisation de la pentazocine en association pour l'anesthésie prolongée, L'anesthésie brève et l'analgésie chez l'adulte et l'enfant, Ann. Anesth. Franç. 10: 4, 613 - 618, 1969.
43. Regent M – Progrés en anesthésiologie ambulatoire, 6: 1, 187 - 193, 1965.
44. Resta M, Gullo A, Minnitti G, Romano E – La nostra esperienza in tema di anestesia brevi, Minerva Anest 41: 10, 445 - 448, 1975.
45. Ritter J G, Anderson N – Comparison of dot test and digit symbol test for street fitness of outpatients. Anesth. Analg 55: 6, 883 - 884, 1977.
46. Shandling B, Steward D J – Regional analgesia for post operative pain in pediatric outpatient surgery, Journal of Pediatric Surgery, 15: 4, 477 - 480, 1980.
47. Sikh S S, Dhulia P N – Recovery from general anesthesia: a simple and comprehensive test for assessment. Anesth. and Analg. 58: 4, 324 - 326, 1979.
48. Steward D J – Experiences with an outpatient anesthesia service for children, Anesth. and Analg. 52: 6, 877 - 880, 1973.
49. Steward D J – A simplified scoring system for the post-operative recovery room, Canad. Anaesth. Soc. J. 22: 1, 111 - 113, 1975.
50. Steward D J – A trial of enflurane for paediatric outpatient anaesthesia, Canad. Anaesth. Soc. J. 24: 5, 603 - 608, 1977.
51. Steward D J, Volgyesi G – Stabilometry a new tool for the measurement of recovery following general anaesthesia for out-patients. 25: 1, 4 - 6, 1978.
52. Steward D J – Anaesthesia for pediatric out-patients, Anaesthesia for day-care surgery: a symposium (IV) Canad. Anaesth. Soc. J. 27: 4, 412 - 416, 1980.
53. Thompson G E, Remington J M, Millman B S, Bridenbaugh L D – Experiences with outpatient anesthesia, Anesth and Analg 52: 6, 881 - 887, 1973.
54. Thompson P W – Day case anaesthesia in the Dental Hospital Proc. Roy. Soc. Med. 68: 7, 415 - 416, 1975.
55. Urbach G M, Edelist G – An evaluation of the anaesthetic techniques used in an outpatient unit. Canad. Anaesth. Soc. J. 24: 3, 401 - 407, 1977.

CÁLCULOS MENTAIS (5)	O paciente é convidado a efetuar subtrações, mentalmente, ex.: 100 - 83, 100 - 74 etc. Avalia-se o número de erros
CONDUÇÃO SIMULADA DE VEÍCULOS (8,20,22,41)	Aparelhagem eletrônica mais sofisticada, idêntica àquelas atualmente utilizadas em auto-escolas. É avaliado o número de erros.
TROCA - PINOS (8)	Mudança de pinos encaixados, de uma base à outra, seguindo desenho pré-fixado, com cronometragem de tempo. É avaliado o número de erros ou omissões.
LIGA - PONTOS (8,21,29,35,45)	É um teste gestaltiano adaptado por Newman-Trieger, em que o paciente é solicitado a traçar uma linha cheia entre pontos pré-desenhados em papel. O número de desvios dos pontos e a fuga do desenho básico fazem o escore.
LABIRINTO (8,41)	O paciente deve percorrer, com um traço sólido, um labirinto desenhado em papel, com tempo cronometrado. O número de desvios da rota e o espaço não completado são analisados.
CAÇA - LETRAS (8,29,41)	O paciente localiza e faz a contagem do número de vezes que uma letra determinada aparece em um texto simples, com tempo cronometrado. Analisa-se o índice de acerto.
CONTROLE MANUAL DE ESTÍMULOS AUDITIVOS (8)	Aparelhagem complexa, na qual o paciente pode controlar a intensidade de estímulos auditivos aplicados a seus ouvidos (fone de ouvido) através do manuseio rápido de um seletor.
LEITURA DE TEXTO (8)	O paciente deve ler um texto simples com tempo cronometrado.
CITAÇÃO DO ALFABETO (8)	O paciente é convidado a soletrar uma fração do alfabeto.
CONTAGEM REGRESSIVA (8,21,29,41)	Solicita-se ao paciente enunciar uma contagem regressiva a partir do número 100.
CONFECÇÃO DE COLAR DE CONTAS (8)	Fornece-se ao paciente um fio e contas perfuradas para que ele, com tempo cronometrado, confeccione um colar.
E. E. G. (8)	Avaliação da atividade elétrica cerebral.
TESTE DE ROMBERG (15,19,21)	O paciente é solicitado a assumir a ortoposição, com os olhos fechados, com os braços abertos em abdução de 90°. Analisa-se a sustentação da posição. Vickers ⁴¹ desenvolveu uma forma de graduar e registrar este teste, denominado Medida da Ataxia Estática.
FORMAÇÃO DE PARES (21)	Sete pares de objetos diversos são misturados em área de meio metro quadrado. O paciente é solicitado a, usando uma só mão, formar os pares, tomando os objetos, sem derrubá-los, com tempo cronometrado. É medida a eficiência e o número de erros.
ANDAR SOBRE LINHA RETA (21)	O paciente é solicitado a caminhar sobre uma linha reta, traçada no chão, em toda a extensão da sala de exame.
NISTAGMO HORIZONTAL (21,41)	O paciente com a cabeça fixada acompanha com os olhos um objeto que se move horizontalmente em seu campo visual, a 40 cm de seus olhos. A presença de nistagmo prolongado ou lento na visão lateral ou nistagmo na visão central são evidências de comprometimento de função cerebral.
NISTAGMO PÓS-ROTATÓRIO	Medição do tempo de nistagmo após 5 rotações do paciente, du-

rante 10 segundos, em cadeira rotatória.

TESTE DE BOURDON-WIERSMA (21,22)

Modificação do caça letras em que em uma folha de papel são apresentados vários grupos de pontos (grupos de 2,3,4 ou 5 pontos). O paciente, com tempo cronometrado, é solicitado a traçar linha horizontal ligando os pontos de uma dos grupos (pré-determinado). É medido o índice de erros ou omissões.

TESTES DE COORDENAÇÃO (21)

Com aparelhagens mais complexas, o paciente é solicitado a conduzir um objeto sobre uma linha pré-traçada utilizando comandos a distâncias (como num Flipperama). Outra forma é utilizar um engenho que dispõe de uma vareta metálica, que é pólo de um circuito eletrificado, a qual deverá ser conduzida dentro de um sulco em S, cujos bordos são o outro pólo do circuito. Cada vez que o paciente esbarrar nas bordas do sulco, dispara um sinal luminoso ou sonoro, acusando o erro⁴¹.

TESTE DE ATENÇÃO (21)

O paciente deve informar a qualidade e o número de símbolos predeterminados, colocados em seu campo de visão.

TESTE DE FREQUÊNCIA DE FUSÃO LUMINOSA (21)

É medido o tempo que o paciente leva para anunciar que um estímulo luminoso intermitente de alta frequência passa a ser contínuo. Também são dispositivos complexos que já apresentam medidores acionados por um interruptor controlado pelo paciente.

VELOCIDADE DE TOQUE (22)

O paciente é solicitado a bater com um dos seus dedos sobre uma superfície sensora, o maior número de vezes possível. Num período de 10'' segundos. Este teste deve ser repetido para cada mão.

TESTE DE REAÇÃO

Avaliação da capacidade de reação do paciente a estímulos sonoros (dois tons) ou luminosos (duas cores) diferentes. É instruído a reagir, acionando um interruptor, somente a uma das qualidades de estímulo (uma das cores ou um dos sons). É medido o tempo de reação e o índice de acerto.

ESTABILOMETRIA (23,51)

Variação do teste de Romberg, em que o paciente é colocado em pé, sobre uma plataforma com sensores à pressão. Estes transferem para registro gráfico as variações do ponto de gravidade do paciente.

TESTE DE QUEDA DO BASTÃO (41)

Um bastão de 1 metro de comprimento e 3 cm de diâmetro, graduado em cm, é fixado por um fio que repentinamente é seccionado. O paciente repousa, com uma das mãos à altura da extremidade inferior do bastão, envolvendo-o com os dedos, sem agarrá-lo. A partir da queda do bastão, deve fechar os dedos para segurar o bastão. É medido o tempo de reação, calculando-se a partir da fórmula da lei de queda livre ($H = g \cdot t^2$), onde h é altura percorrida pelo bastão até sua fixação, g é a aceleração da gravidade e t é o tempo.

CORRELAÇÃO DE SÍMBOLOS (45)

O paciente é instruído previamente, correlacionando símbolos entre si (número com letras, p ex.). Após algum treino é solicitado a copiar os símbolos correspondentes aos números indicado, que lhe são apresentados num quadro, durante o tempo pré-determinado. O escore é feito a partir do índice de acertos.

PEGA MOEDAS (47)

Sete moedas de tamanho e valores diferentes são colocadas diante do paciente. Este é solicitado, com tempo cronometrado, a pegá-las uma a uma, somando seus valores. É medido o índice de acertos.