

# Saiba + Mais

A SUA NEWSLETTER DA SAESP

Edição número 03  
Setembro de 2020

Conteúdo de autoria SAESP.  
É proibida a reprodução total ou parcial por  
qualquer meio sem prévia autorização.

## #Saesp SempreMais

- |    |           |    |                       |
|----|-----------|----|-----------------------|
| 02 | editorial | 18 | educação 1            |
| 04 | case SBA  | 20 | segurança do paciente |
| 08 | SAESP     | 23 | previdência           |
| 10 | COVID-19  | 25 | educação 2            |
| 16 | história  | 30 | qualidade de vida     |





## O diretor de comunicação

Há 50 anos nasce a Sociedade de Anestesiologia de São Paulo, que com o tempo cresceu e se consolidou no Brasil e internacionalmente, destacando-se em diversos aspectos: workshops, congressos COPA, educação continuada, cursos presenciais e on-line, e na defesa do associado, assim levando em conta um ponto bastante importante: a segurança do médico anestesiológico e do paciente, bem como atividades de saúde social (salve uma vida).

Na busca constante por inovação e melhora contínua, a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo sentiu a necessidade de criar uma diretoria que pudesse elaborar planos estratégicos nas áreas de comunicação, marketing e comercialização. Antes da internet a divulgação era mais restrita aos canais tradicionais — rádio, televisão, jornais e revistas. Atualmente o público se tornou mais seletivo e exigente, pois dispõe de muito menos tempo.

Tendo em mente este grande desafio, que envolve todos os diretores e colaboradores para assegurar os objetivos da SAESP em termos de comunicação com os associados e futuros sócios, estamos planejando a implementação de mudanças na comunicação visual para obter o melhor resultado

possível em termos de divulgação e fixação da SAESP, visando à transmissão de mensagens específicas, e envolvendo a divulgação de produtos, ou mensagens institucionais da SAESP, da forma mais eficaz possível. Nesse sentido, estamos planejando e supervisionando a elaboração e execução de campanhas publicitárias, em conjunto com agências de publicidade, e definindo os veículos de comunicação adequados e o público-alvo, visando obter o retorno ou projeção desejada quanto aos produtos ou à imagem da SAESP.

Pode-se citar ainda outras medidas importantes nesse esforço por uma melhor comunicação: fazer pesquisas de marketing, ajudar a desenvolver novos produtos, apresentar relatórios, lidar com budget para ações, posicionar bem os canais de comunicação (Facebook, Instagram, Youtube).

Cientes destes pontos, almejamos a compreensão das necessidades do associado de maneira atenta e com assertividade para estabelecermos uma real conexão, de forma a reduzir os obstáculos à satisfação dos clientes e sócios, alcançar um verdadeiro equilíbrio e manter uma boa reputação. ■



“ Atualmente o público se tornou mais seletivo e exigente, pois dispõe de muito menos tempo ”



## MUITO OBRIGADA ANESTESIOLOGISTAS!

Nosso mais profundo agradecimento a vocês anestesiólogos, residentes e médicos em especialização, e a todos profissionais de saúde pela atuação na linha de frente ajudando a salvar vidas, durante a pandemia COVID-19.

### VOCÊS FIZERAM A DIFERENÇA!

Vocês se expuseram à uma doença temida, incerta e altamente contagiosa; submeteram-se a jornadas extenuantes de trabalho; vivenciaram tristezas nunca antes imaginadas e sofreram com as perdas pungentes de pacientes, colegas de trabalho, amigos e parentes.

**A SAESP ORGULHA-SE DE VOCÊS, QUE ARRISCARAM A PRÓPRIA VIDA EM FUNÇÃO DE OUTRAS.**

*Rita de Cássia Rodrigues*  
 Presidente da SAESP



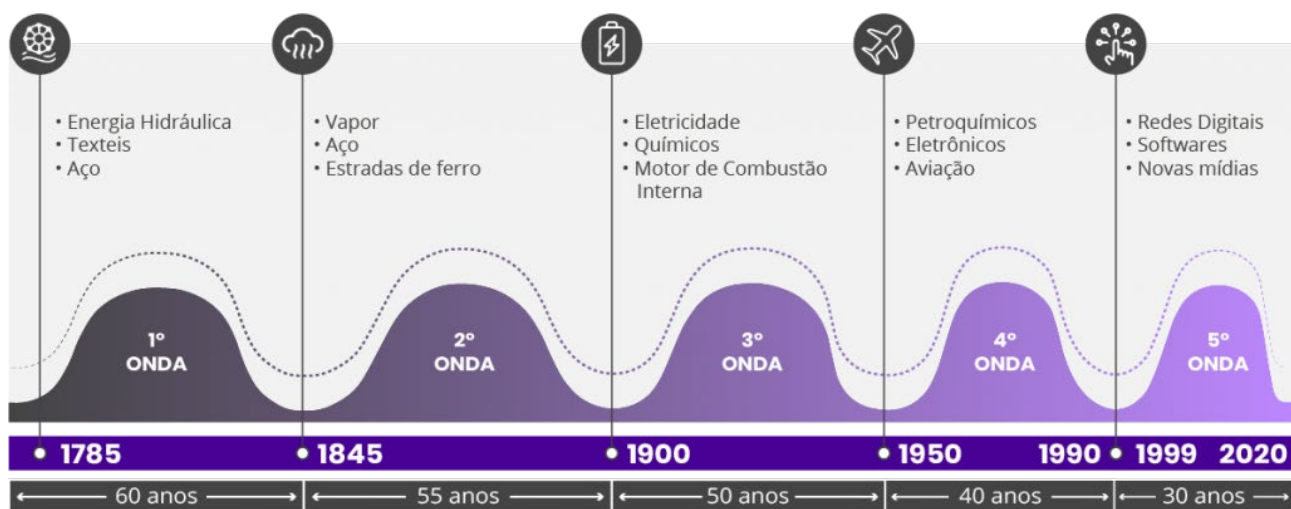
# Planejamento estratégico é importante? O caso da SBA

A sociedade capitalista democrática liberal caracteriza-se pela liberdade individual e pela concorrência entre empresas e profissionais, que incorporam os avanços científicos e técnicos mais atuais para atender as necessidades dos clientes e aumentar sua participação no mercado. Esta livre concorrência é análoga à seleção natural Darwiniana, em que os indivíduos que apresentam maior capacidade de adaptação ao ambiente e às mudanças sobrevivem e transmitem suas características às gerações

futuras. Segundo Schumpeter<sup>1</sup>, economista austríaco, o processo de extinção das empresas que não conseguem se adaptar ao desafio do tempo é denominado de “Destruição Criativa” do Capitalismo. De acordo com este teórico, a tecnologia e os avanços científicos determinam o ambiente de competição em ciclos econômicos que são cada vez mais curtos. As empresas precisam se adaptar sob o risco de desaparecerem caso não consigam efetuar com sucesso as mudanças necessárias (Figura 1).

## As Ondas de Schumpeter

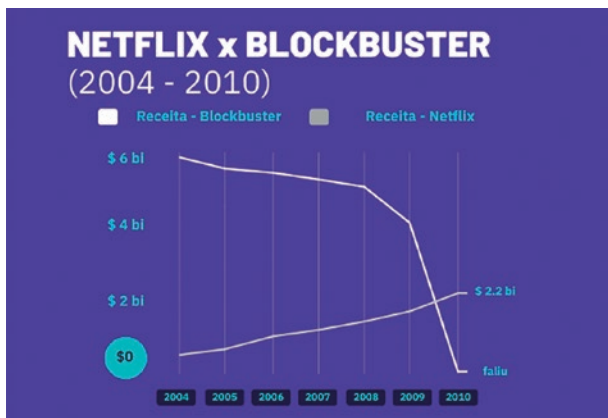
O processo de inovação é cada vez mais rápido em tempos de Internet



**As ondas de Schumpeter e seus marcos** Para Schumpeter, os negócios vivem ondas de inovação, que surgem e desaparecem. No século 18, a primeira leva inovadora veio com a energia hidráulica, a indústria têxtil e o tratamento do aço. Os ciclos eram longos, duravam de 40 a 60 anos - agora encurtaram.

Figura 1 – Ciclos de Schumpeter

Fonte: [https://inventta.net/impactos-da-crise-do-coronavirus-para-o-esforco-de-inovacao-nas-empresas/?utm\\_source=rss&utm\\_medium=rss&utm\\_campaign=impactos-da-crise-do-coronavirus-para-o-esforco-de-inovacao-nas-empresas](https://inventta.net/impactos-da-crise-do-coronavirus-para-o-esforco-de-inovacao-nas-empresas/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=impactos-da-crise-do-coronavirus-para-o-esforco-de-inovacao-nas-empresas).



**Figura 2 – Ascensão da Netflix X Queda da Blockbuster**  
 Fonte: <https://www.startse.com/noticia/startups/falencia-blockbuster-netflix>.

Dentro deste contexto competitivo há exemplos clássicos de empresas que não conseguiram se adaptar aos “novos tempos”. A Kodak e a Blockbuster são dois exemplos do impacto negativo da miopia do marketing. Ambas não conseguiram entender as mudanças que estavam surgindo no horizonte e não implementaram ajustes na estratégia de suas empresas. Esta miopia mostrou-se fatal tanto para a Kodak como para a Blockbuster, que sofreram a destruição criativa do capitalismo em virtude da concorrência de seus competidores dentro de um novo ciclo: a fotografia digital e os serviços de *streaming* de filmes (Figura 2).

## “ Para alcançar este objetivo, Collis sugere uma abordagem de planejamento estratégico. Inicialmente se determina a missão, valores e visão da empresa ”

Todos estão sujeitos a este processo, tanto empresas como prestadores de serviços. O grande desafio é se preparar para as mudanças. Não sabemos como será o futuro, mas teremos que nos adaptar a ele. A SBA entende este cenário de mudança e tenta criar mecanismos de adaptação para este futuro incerto, definindo a estratégia que considera ser a mais compatível com o momento técnico-científico do atual ciclo de competição econômico. Quando a SBA foi fundada em 1948, vivia-se em um mundo analógico no qual a base da educação estava nos eventos presenciais e em materiais impressos, como livros e revistas. No atual ciclo o processo de transmissão de conhecimento é predominantemente digital, com eventos virtuais e educação on-line. Adaptar-se a esta nova realidade é o desafio do qual depende a sobrevivência da empresa.

É relevante destacar que um grande número de empresas não compartilha de forma prática sua perspectiva sobre o atual ciclo econômico e tampouco sua estratégia com seus funcionários. Em artigo publicado na *Harvard Business Review*, Collis afirma que grande parte dos funcionários de qualquer companhia não sabem definir em poucas palavras qual é a estratégia de sua companhia. Este desconhecimento prejudica a execução dos projetos necessários para a implantação do plano estratégico.

A falta deste conhecimento dentro das empresas reflete por um lado uma deficiência de comunicação, mas acima de

tudo o fato de que o processo do planejamento estratégico é encarado meramente como um evento formal destituído de relevância. Esta é a mudança-chave que Collis propõe: desenvolver uma estratégia prática e conhecida por todos os envolvidos. Se todos compartilham desta informação, torna-se mais eficaz a implantação das ações estratégicas.

Para alcançar este objetivo, Collis sugere uma abordagem de planejamento estratégico. Inicialmente se determina a missão, valores e visão da empresa. Com base nestes conceitos define-se a estratégia da empresa, buscando atender três elementos: o objetivo da estratégia, seu escopo e a vantagem competitiva da empresa (Figura 3).



**Figura 3 – Elementos do Planejamento Estratégico**  
 Fonte: Collis, D.J., and Rukstad, M.G. (2008, April). Can You Say What Your Strategy Is? *Harvard Business Review*, 1-10.

# Case SBA



Tomemos o caso da SBA como referência de Estudo. A missão da SBA é formar, educar, certificar e representar todos os anesthesiologistas brasileiros. Seus valores são respeito, tradição, inovação e sustentabilidade. Como dissemos acima, em um mundo analógico a estratégia da SBA sustentava-se em eventos presenciais e em livros e revistas. A mudança digital e o mundo pós-COVID-19 impulsionaram a necessidade da SBA de adaptar-se a uma nova realidade. Em relação à visão da empresa, podemos para este artigo definir, então, que o propósito pós-pandemia é tornar a SBA em cinco anos um *hub* digital de conhecimento, formação e identidade da anestesia brasileira. Para transformar esta visão em realidade, é necessário desenvolver uma estratégia específica para este fim (Figura 4).

<b>MISSÃO DA SBA</b>
Formar, educar, certificar e representar todos os anesthesiologistas brasileiros.
<b>VALORES DA SBA</b>
História, respeito, tradição, inovação e sustentabilidade.
<b>VISÃO DA SBA</b>
Tornar-se um hub digital de conhecimento, formação e identidade da anestesia brasileira.

**Figura 4 – Sugestão de Missão, Valores e Visão da SBA após a Pandemia de COVID-19**

Como já mencionamos, os três elementos para a construção da estratégia são Objetivo, Escopo e Vantagem Competitiva. Vamos discutir cada um deles levando em consideração o caso da SBA. É importante deixar claro que estamos discutindo tal tema em caráter ilustrativo para este artigo, embora muitos destes elementos possibilitem uma reflexão concreta sobre os possíveis desdobramentos de nossa entidade para os próximos anos.

O objetivo deve ser conciso e claro, não se confundindo com a missão e visão. No caso da SBA, podemos definir como objetivo estratégico da SBA para os próximos anos tornar-se referência em educação digital e eventos virtuais. Quando comparamos a missão e a visão da SBA com o objetivo estratégico, percebemos que a estratégia é mais específica e conectada com o momento do ciclo atual e a necessidade de adaptação do período.

O segundo elemento é o escopo: quais os limites da estratégia e os clientes que buscamos atender? Limites são importantes, pois a estratégia implica também em decidir em quais áreas não iremos agir. Para o objetivo estratégico da SBA nossos clientes são todos os anesthesiologistas brasileiros, quer sejam sócios ou não da Sociedade. Por vezes, mesmo não sócios consomem produtos da SBA, e alguns são representados pela Sociedade mesmo sem ter um vínculo efetivo com ela. A limitação do escopo é importante, pois permite focar nos próximos cinco anos este público

específico. Note-se que a prioridade neste momento são os anesthesiologistas do Brasil, tanto sócios como não sócios da SBA. As ações desenvolvidas pela SBA devem privilegiar o escopo da estratégia. É uma questão de disciplina e foco.

Por fim, o terceiro elemento é a determinação da vantagem competitiva da empresa. Se considerarmos a intersecção dos interesses e necessidades dos clientes com os produtos e serviços oferecidos por uma empresa, encontraremos o ponto onde está nossa vantagem competitiva, ou seja, onde não há interação com a concorrência (Figura 5). É importante correlacionar este contexto com o do ciclo econômico de Schumpeter. Há um caráter dinâmico e competitivo nesta disputa pela atenção do cliente, o que demanda uma reavaliação periódica da estratégia das empresas.



**Figura 5 – Determinação da Vantagem Competitiva pela Intersecção entre Produtos da Empresa, Necessidades do Cliente e Oferta dos Competidores**

Fonte: Collis, D.J., and Rukstad, M.G. (2008, April). Can You Say What Your Strategy Is? *Harvard Business Review*, 1-10

Para a SBA, a vantagem competitiva está no fato de que somos a única grande Sociedade de Anestesiologia do mundo responsável por representar, formar, certificar e educar os anesthesiologistas de seu

próprio país. Nos outros países estes processos são conduzidos por entidades distintas, independentes e com regulação própria. No Brasil, a SBA assume estas tarefas, o que constitui uma vantagem competitiva. Temos a chance de desenvolver atividades sinérgicas, reforçando o caráter único de nossa sociedade. A grande questão é conciliar a vantagem competitiva com a estratégia da SBA.

Em suma, da mesma forma que empresas de produtos ou serviços precisam de uma estratégia, a SBA também compartilha desta necessidade, sob pena de perder relevância e sustentabilidade. Ao longo deste texto sugerimos uma estratégia que permita à SBA se preparar para este futuro (Figura 6).

<b>OBJETIVO</b>
Tornar a SBA nos próximos 5 anos referência em educação digital e eventos virtuais.
<b>ESCOPO</b>
Anesthesiologistas brasileiros.
<b>VANTAGEM COMPETITIVA</b>
Material produzido para formação dos médicos em especialização (mes) pode ser usado para a educação continuada dos especialistas já formados.

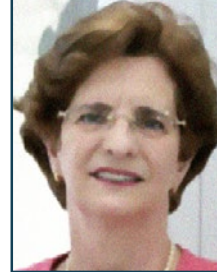
**Figura 6 – Elementos da Estratégia da SBA**

É claro que este planejamento estratégico é uma reflexão e sugestão que precisa ser amplamente discutida com os principais envolvidos. A adoção de um caráter democrático, participativo e sólido permitirá que a SBA encontre o melhor caminho estratégico. Com base no que discutimos, sugerimos que os leitores do artigo reflitam sobre a estratégia da SBA, bem como em seu planejamento estratégico pessoal e no das empresas onde trabalham. Estamos preparados para o futuro? ■

**Referências e sugestão de leitura**

- 1) Zook, C. (2012, June). When "Creative Destruction" Destroys More than It Creates. <https://hbr.org/2012/06/when-creative-destruction-dest>.
- 2) Collis, D.J., and Rukstad, M.G. (2008, April). Can You Say What Your Strategy Is? *Harvard Business Review*, 1-10.

“ A adoção de um caráter democrático, participativo e sólido permitirá que a SBA encontre o melhor caminho estratégico ”



# Rede SAESP: a integração da capital com o interior por meio das Secretarias Regionais

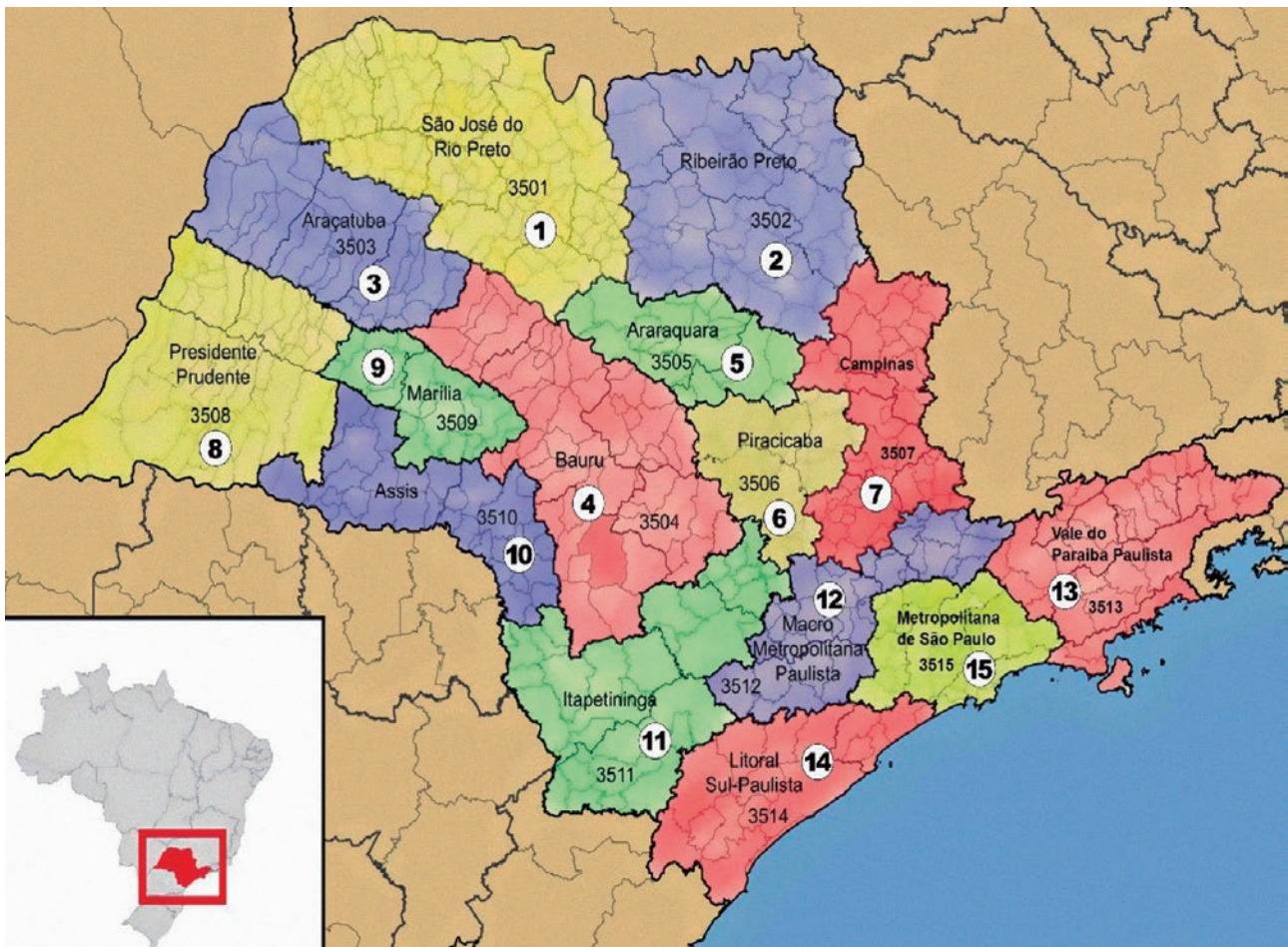
O estado de São Paulo tem em torno de 3.500 anesthesiologistas associados à SAESP, sendo que 22,6% deles atuam no interior. O interior e o litoral se destacam por possuírem um conjunto cultural característico, com boa infraestrutura e economia diversificada, fortemente industrializada, com um agronegócio altamente desenvolvido, constituindo assim um polo de atração de investimentos. Apesar de apresentar assimetrias econômicas e na assistência à saúde, o interior é uma das regiões mais ricas da América Latina e possui universidades classificadas entre as melhores do Brasil. Berço de vários ex-presidentes da SAESP e de membros da atual diretoria, o interior abarca 17% dos CETs (Centros de Ensino e Treinamentos) do estado, entre eles professores universitários de destaque internacional, além de editores de revistas e livros.

A atual distribuição das Secretarias Regionais da SAESP fundamenta-se na divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, ou seja, os Departamentos Regionais de Saúde — DRS —, que impulsionam a dinâmica administrativa e opera-

cional, a fim de servir cada vez mais e melhor aos interesses dos associados. Cada uma das 15 Secretarias é composta de um grupo de municípios contíguos da mesma microrregião e os secretários representam a SAESP em cada uma das cidades do estado de São Paulo.

Embora as demandas dos associados possam ser feitas diretamente à diretoria, o secretário pode orientar e auxiliar o seu encaminhamento, otimizando e acelerando os resultados. Segundo o artigo 98 do Estatuto da SAESP, o Secretário Regional é o anesthesiologista escolhido para auxiliar na interface dos associados locais com a diretoria da SAESP, intermediando solicitações e demandas regionais. Além da liderança e encaminhamento de assuntos assistenciais e de defesa profissional, as RAIESPs (Rodas de Anestesiologia do Interior de São Paulo) são eventos tradicionais no estado, em que os secretários regionais têm papel fundamental na solicitação e definição dos temas de interesse dos associados locais e na execução do evento em parceria com a diretoria e os colaboradores da SAESP.

“ Visando ao aumento da representatividade e à contínua otimização das Secretarias Regionais, está em discussão a possibilidade de que a eleição dos secretários seja feita pelos sócios locais, em conjunto com a eleição da Diretoria ”



Compõem suas atribuições estatutárias as previstas nas alíneas do artigo 98 do Estatuto Social:

(...)

I. *Receber eventuais denúncias, solicitações de pareceres técnicos ou jurídicos dos associados da região e encaminhá-las à Diretoria da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo; e*

II. *Auxiliar a Diretoria, a Comissão de Pesquisa Científica e a Comissão de Eventos na organização de eventos que forem realizados na região.*

O Estatuto social da SAESP, em seu artigo 97, dispõe sobre a escolha do Secretário Regional:

*A Secretaria Regional será representada por um sócio ativo ou remido, indicado pela diretoria SAESP com mandato de dois anos, podendo ser reconduzido.*

Ao lado estão os nomes dos atuais Secretários Regionais e da Região que representam, sendo que a lista de municípios que compõem cada região pode ser consultada no site da SAESP <https://saesp.org.br/institucional-saesp/secretarias-regionais/>:

Visando ao aumento da representatividade e à contínua otimização das Secretarias Regionais, está em dis-

cussão a possibilidade de que a eleição dos secretários seja feita pelos sócios locais, em conjunto com a eleição da Diretoria. Tal alteração do estatuto societário deverá ser amplamente debatida e votada na próxima assembleia geral da SAESP. A pujança da Anestesiologia Paulista e a busca pelo contínuo fortalecimento das Secretarias Regionais dão força à SAESP, criando uma rede de colaboração que impulsiona a melhoria contínua. ■

André Ribeiro Miguel – Assis
Antonio Julião Bezerra Damásio Filho – Itapetininga
Bruno Tadashi Misumi – Vale do Paraíba
Claudia Alves de A. Prado Rocchi Fogagnolo – Jaú
Denise Daher Anbar – São José do Rio Preto
Eduardo Helfenstein – Ribeirão Preto
Leonardo de Andrade Reis – Campinas
Luciane Lavall Saraiva Meirelles – Litoral Sul Paulista
Marcus Vinicius Platzer do Amaral – Araraquara
Maria Luiza Miayesi Barra – Piracicaba
Michel Fukusato – Metropolitana de São Paulo
Rosa Maria Fontana Velludo – Araçatuba
Sandra Regina Junqueira Gerbasi – Presidente Prudente
Teófilo Augusto Araújo Tiradentes – Marília
Valter Moreno Guasti – Macro Metropolitana Paulista



## O que muda nos fluxos assistenciais hospitalares para minimizar o risco de transmissão da COVID-19 para pacientes e profissionais da saúde

O primeiro registro de infecção pelo novo coronavírus se deu em 17 de novembro de 2019 na cidade de Wuhan, região central da China. Até o final de dezembro de 2019, muitos casos de pneumonias graves foram atendidos nos hospitais de Wuhan e a maior parte desses pacientes trabalhava ou frequentava um mercado de frutos do mar e animais vivos na cidade. A relação epidemiológica entre os casos e a possível exposição no mercado foi confirmada, e esse estabelecimento foi fechado no início de janeiro de 2020.<sup>(1)</sup> O surto se expandiu, atingindo outras cidades da China, Ásia e Europa. Em 30 de janeiro, a Organização Mundial da Saúde reconheceu a infecção pelo novo coronavírus, posteriormente denominada COVID-19, como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Em fevereiro de 2020, cresceu o número de casos na Europa, principalmente na Itália, e este aumento teve um forte impacto sobre o Brasil. Estávamos no final de fevereiro, férias escolares, carnaval, com muitos italianos vindo para o Brasil e muitos brasileiros retornando de viagens do exterior. Em 25 de fevereiro de 2020 foi identificado o primeiro caso brasileiro, em São Paulo, e em 17 de março de 2020 ocorreu o primeiro registro de óbito por COVID-19.<sup>(2)</sup> Em 20 de março de 2020 foi declarada a transmissão comunitária sustentada do SARS-CoV-2 no Brasil.

Ninguém poderia prever que a partir de então, viveríamos a mais importante pandemia da história mundial recente, causada por um novo coronavírus, com significativo impacto na economia, na saúde pública e mental de toda a sociedade.

O novo coronavírus é altamente transmissível por gotículas e contato. Estima-se que cada pessoa infectada transmita o vírus a 2-4 pessoas.<sup>(2)</sup> A enzima conversora da angiotensina II (ECA2), encontrada no trato respiratório inferior de humanos, foi identificada como receptor celular para SARS-CoV-2 e tem importante papel na patogênese e na transmissão do vírus. O período de incubação é de em média 5 dias, podendo variar de 2 a 14 dias.<sup>(1)</sup>

A COVID-19 é uma síndrome complexa. Nenhum sinal ou sintoma específico pode discriminar de forma confiável a COVID-19 de outras doenças respiratórias, embora a anosmia, a disgeusia e a dispneia silenciosa sejam muito características desta síndrome. É uma doença sistêmica potencialmente fatal.

Entretanto, a maioria das pessoas se recuperará espontaneamente após cuidados gerais, 10 a 15% vão necessitar de internação e 5% dos doentes serão internados em unidades de tratamento intensivo com complicações típicas que incluem insuficiência respiratória, sepse, além de complicações neurológicas e vasculares. Em alguns indivíduos, especialmente idosos e aqueles com comorbi-

dades, como doença cardíaca, vascular ou pulmonar crônica, diabetes, hipertensos, obesos, imunodeprimidos, a doença pode evoluir para quadros graves.<sup>(1)</sup>

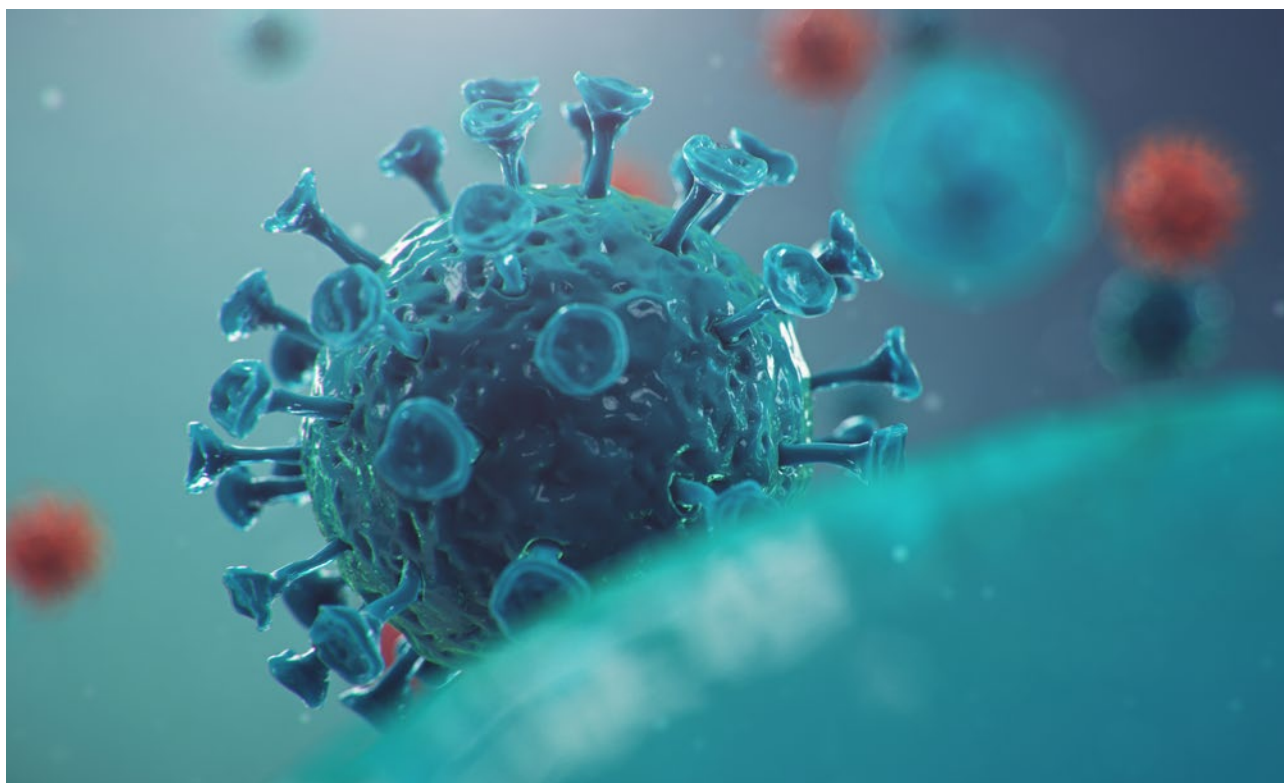
Neste momento, em que muitos hospitais estão retornando às rotinas de atendimento, o risco aumenta para profissionais e pacientes internados com outras doenças crônicas descompensadas. Os cuidados para evitar a transmissão no ambiente hospitalar devem ser redobrados. Na prática clínica, no dia a dia dos serviços de emergência, a COVID-19 pode estar relacionada à descompensação de doenças crônicas como insuficiência cardíaca, doença pulmonar, diabetes, além de poder causar acidente vascular encefálico ou tromboembolismo pulmonar.

A reestruturação dos serviços hospitalares, nesse cenário de retorno das atividades de rotina, deve ser muito bem coordenada, progressiva e frequentemente analisada de acordo com a evolução da epidemia. É importante avaliar a manutenção de fluxos separados (COVID-19 e Não COVID-19) no período pós-pandemia, pelo menos até o primeiro semestre de 2021 nos serviços de emergência, enfermarias e unidades de terapia intensiva. A epidemia também nos fez refletir sobre a necessi-

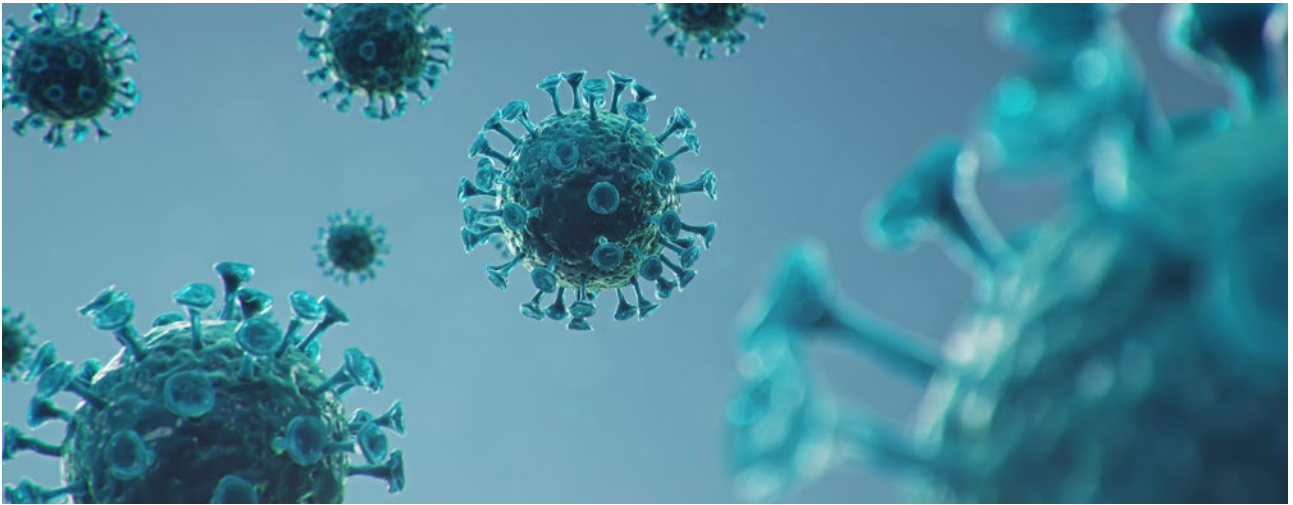
dade de um maior número de leitos de isolamento nos hospitais (especialmente nos serviços de emergência), de atenção aos sistemas de ventilação do ambiente de modo a permitir trocas de ar adequadas com o exterior, controle rigoroso de visitas e de acompanhantes para detectar rapidamente sinais e sintomas da COVID-19.

O centro cirúrgico deve ser reorganizado. De acordo com o cenário epidemiológico, será necessário manter sala exclusiva para atendimento dos pacientes suspeitos de COVID-19 e daqueles confirmados e, se possível, manter fluxo separado. É preferível que a sala exclusiva para o paciente com COVID-19 tenha antessala para favorecer os diferenciais de pressão do ar condicionado e paramentação adequada. O ar condicionado é um ponto crítico: manter a sala com temperatura adequada e pressão negativa ou, se não for possível, conservar a pressão neutra. A sala cirúrgica com paciente com diagnóstico ou suspeita de COVID-19 não pode ter pressão positiva, habitual no centro cirúrgico. Durante os procedimentos, devem ser mantidas as portas fechadas e as precauções recomendadas (contato e aerossol) devem ser reiteradas.<sup>(4)</sup>

“ É preferível que a sala exclusiva para o paciente com COVID-19 tenha antessala para favorecer os diferenciais de pressão do ar condicionado e paramentação adequada ”



# COVID-19



Durante a intubação e extubação do paciente, deve permanecer na sala cirúrgica a equipe mínima necessária. A equipe cirúrgica deve estar restrita a um número essencial para o procedimento, e deve-se evitar ao máximo sair da sala cirúrgica após o início deste. As limpezas terminais e concorrentes devem ser otimizadas, móveis e equipamentos desnecessários devem ser retirados das salas e as equipes não devem levar pertences para dentro da sala.

Com o retorno das cirurgias eletivas, é importante o contato telefônico ou presencial prévio com o paciente nas 48 horas antes do procedimento, para avaliação de qualquer sintoma relacionado à COVID-19 ou notificação de contato nos últimos 14 dias com outro paciente que esteja infectado. Protocolos devem ser feitos para a coleta de RT-PCR 48 a 72 horas antes da cirurgia eletiva, e o paciente deve ser orientado a permanecer em sua residência até a determinação do resultado.

O diagnóstico da infecção aguda pelo SARS-CoV-2 requer um teste molecular como RT-PCR (*Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*). O exame deve ser colhido por swab de naso/orofaringe entre o terceiro e o sétimo dia após o início dos sintomas ou em situações específicas em assintomáticos, como no pré-operatório de cirurgias eletivas com protocolos específicos.

Atualmente, diversos testes diagnósticos têm sido utilizados para identificar a infecção recente ou progressiva pelo SARS-CoV-2, tanto na prática clínica como em estudos soropidemiológicos. Esses testes diagnósticos têm suscitado muitas discussões, havendo dificuldade na interpretação dos dados. A determinação de anticorpos (IgG, IgM ou IgA), através da coleta de sangue

e realização da sorologia, tem um objetivo epidemiológico: estimar a proporção de indivíduos expostos ao SARS-CoV-2. O exame sorológico não é indicado para o diagnóstico da infecção aguda. Apesar das limitações desses testes — que, em geral, têm baixa sensibilidade e dependem do momento da coleta em relação à infecção —, eles auxiliam na avaliação do perfil epidemiológico de uma população, como em unidades de saúde e em locais onde se pretende avaliar a exposição prévia ao SARS-CoV-2. Os Testes Rápidos realizados pelo método de imunocromatografia permitem a determinação de IgG, IgM ou de IgG junto com a IgM sem discriminar a classe da imunoglobulina. Existem diversas marcas no mercado, e recomendamos que o procedimento sempre seja avaliado e realizado por um profissional habilitado. Estes testes, de forma geral, têm menor sensibilidade quando comparados com os sorológicos. A presença de IgM isolada pode estar relacionada com um falso positivo e, em raros casos, infecção aguda. Logo, este exame deve ser repetido 7 a 14 dias depois para avaliar a existência ou não de falso positivo. A detecção de anticorpos pelos métodos sorológicos tem início entre o oitavo e o décimo quarto dia após a infecção e atinge o pico entre os dias 21 e 28. Esse é o período ideal para a coleta da sorologia. Alguns pacientes, entre 20 e 30%, não apresentam sorologia positiva, mesmo com diagnóstico de COVID-19 pelo método molecular (RT-PCR). Atualmente, não se sabe quanto tempo os anticorpos persistem após a infecção e se estes conferem imunidade duradoura (proteção) contra uma nova infecção. Assim, os trabalhadores da saúde e demais indivíduos que apresenta-

>> continua na página 16

# NOVABUPI<sup>®</sup>

cloridrato de levobupivacaína  
em excesso enantiomérico de 50%

Todas as apresentações embaladas em estojos esterilizados Sterile Pack<sup>®</sup> são<sup>(1)</sup> rastreados pelo código DataMatrix.<sup>(2)</sup>



**Anestésico loco-regional em estojos esterilizados<sup>(1,3)</sup> que oferece maior tempo de analgesia, menor latência no aparecimento do bloqueio motor e menor neuro e cardiotoxicidade.\*<sup>(4)</sup>**

**ANALGESIA** mais prolongada (de até 15 horas) em relação à ropivacaína em bloqueios periféricos.<sup>(5)</sup>

**Reduz o consumo de analgésicos pós-operatório.**<sup>(6)</sup>



**0,25%**  
com e sem vaso

**Infiltração local.<sup>(6)</sup>  
Dor pós-operatória.<sup>(6)</sup>  
Analgesia do trabalho de parto.<sup>(7)</sup>**

**0,50%**  
isobárica

**Raquianestesia.<sup>(8)</sup>**

**0,50%**  
com e sem vaso

**Epidural:<sup>(9,10)</sup>  
Bloqueios dos nervos periféricos.<sup>(11,12,13)</sup>**

**0,75%**  
com e sem vaso

**Anestesia Oftálmica.<sup>(14)</sup>**

\*em relação à mistura racêmica

**Contraindicações:** Hipersensibilidade ao fármaco ou a qualquer anestésico do tipo amida. **Interações medicamentosas:** Anestésicos locais ou substâncias relacionadas estruturalmente aos anestésicos locais do tipo amida podem ter seus efeitos tóxicos aumentados.

**Referências Bibliográficas:** 1. Fernandes CR, Fonseca NM, Rosa DM, Simões CM, Duarte NMC. Brazilian Society of Anesthesiology Recommendations for Safety in Regional Anesthesia. Rev Bras Anestesiol 2011; 61(5): 668-94.2. Resolução-RDC Nº 54 de 10 de dezembro de 2013 [Internet]. Ministério da Saúde. 2013 [citado 04 dez 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0054\\_10\\_12\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0054_10_12_2013.pdf) 3. Novabupi<sup>®</sup> - com e sem vasoconstritor e Novabupi<sup>®</sup> isobárica: cloridrato de levobupivacaína em excesso enantiomérico de 50%. Bula do medicamento. 4. Gonçalves RF, Lauretti GR, de Mattos AL. Estudo Comparativo entre Bupivacaína a 0,5% e Mistura Enantiomérica de Bupivacaína (S75-R25) a 0,5% em Anestesia Peridural. Rev Bras Anestesiol 2003; 53: 2: 169 - 176. 5. Hamaji A, de Rezende MR, Mattar R Jr, Vieira JE, Auler JO Jr. Comparative study related to cardiovascular safety between bupivacaína (S75-R25) and ropivacaína in brachial plexus block. Braz J Anesthesiol. 2013 Jul-Aug;63(4):322-6. 6. Imbelloni LE, Beato L, Beato C, Cordeiro JA, Souza DD. Analgesia pós-operatória com bloqueio bilateral do nervo pudendo com bupivacaína S75-R25 a 0,25%. Estudo piloto em hemorroidectomia sob regime ambulatorial. Rev Bras Anestesiol 2005; 55: 6:614-621. 7. Duarte NMC, Caetano AMM, Lima LC, Chagas AS. Estudo comparativo entre bupivacaína racêmica (S50-R50) a 0,125% e Bupivacaína em excesso enantiomérico de 50% (S75R25) a 0,125% e 0,25% em anestesia peridural para analgesia de parto. Rev Bras Anestesiol 2008; 58: 1:5-14. 8. Imbelloni LE, Lúcia B. Comparação entre bupivacaína racêmica (S50-R50) e mistura enantiomérica de bupivacaína (S75-R25), ambas isobáricas, a 0,5 por cento em raquianestesia. Rev Bras Anestesiol; 2001. 51(5):369-376. 9. Côrtes CAF, Oliveira AS, Castro LFL, Cavalcanti FS, Seratim MM, Taia C, Filho ST. Estudo Comparativo entre Bupivacaína a 0,5% Mistura Enantiomérica de Bupivacaína (S75-R25) a 0,5% e Ropivacaína a 0,75% Associadas ao Fentanil em Anestesia Peridural para Cesarianas. Rev Bras Anestesiol 2003;53:2:177-187. 10. Tanaka PP, Souza RO, Salvalaggio MFO, Tanaka MAA. Estudo Comparativo entre a Bupivacaína a 0,5% e a Mistura Enantiomérica de Bupivacaína (S75-R25) a 0,5% em Anestesia Peridural em Pacientes Submetidos a Cirurgia Ortopédica de Membros Inferiores. Rev Bras Anestesiol 2003;53:3:331-337. 11. Volpato MA, Ranali J, Ramacciato JC, et al. Anesthetic Efficacy of bupivacaína solutions in inferior alveolar nerve block. Anesth Prog. 2005; 52:132-135. 12. Soares LF, Barros ACM, Almeida BP, Boos GL, Oliveira Filho GR. Volume Anestésico Mínimo para bloqueio retrobulbar extraocular: comparação entre soluções a 0,5% de bupivacaína racêmica, de levobupivacaína e da mistura enantiomérica S75/R25 de bupivacaína. Rev Bras Anestesiol 2005; 55:3: 263- 268. 13. Cangiani LH, Cangiani LM, Pereira AMSA. Bupivacaína com Excesso Enantiomérico (S75-R25) a 0,5%. Bupivacaína Racêmica a 0,5% e Lidocaína a 2% no Bloqueio do Nervo Facial pela Técnica de O'Brien: Estudo Comparativo. Rev Bras Anestesiol 2007; 57: 2: 136-146. 14. Canedo JLP, Sarcinelli AC, Silva MLH, Miglioli R. Comparação entre a Levobupivacaína S75-R25 a 0,75% e Ropivacaína 1% na anestesia para cirurgia de catarata. Resultados Parciais: Estudo Comparativo. Rev Bras Anestesiol 2004; 54 (Supl 33): CBA 133.

Material destinado a publicações exclusivas ao profissional médico, dispensadores e prescritores.

Para acessar informações da Bula



SAC  
0800 7011918

[www.cristalia.com.br](http://www.cristalia.com.br)

CRISTÁLIA  
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA.

## “ Não há outro caminho que não o da Ciência para enfrentar esta pandemia ”

>>

rem sorologia positiva devem manter suas práticas de prevenção contra a COVID-19. Estes temas têm sido muito debatidos, bem como o papel da imunidade celular na resistência à infecção pelo novo coronavírus, papel que realmente parece ser muito importante. A reinfeção já foi registrada e descrita, embora seja um evento infrequente.<sup>(6)</sup>

Não há recomendação de testes sorológicos (incluindo os Testes Rápidos) como estratégia para retorno das atividades profissionais após a infecção pelo SARS-CoV-2 ou para o diagnóstico da infecção aguda.

Os dados disponíveis até o momento indicam que pessoas com COVID-19 leve a moderada podem transmitir a infecção por até 10 dias após o início dos sintomas. Pacientes com doenças mais graves que necessitam de UTI ou imunocomprometidos provavelmente permanecem transmitindo a doença por até 20 dias após o início dos sintomas. Entretanto, em algumas pessoas o exame de RT-PCR continua detectando a infecção por até 12 semanas, mas com o vírus inativo, sem potencial de transmissão e com concentrações consideravelmente mais baixas do que durante a doença.<sup>(3)</sup>

Nenhum país estava preparado para enfrentar uma epidemia de COVID-19. No Brasil, especialmente em São Paulo, apesar das milhares de mortes, o Sistema Único de Saúde respondeu fornecendo uma assistência digna e humanizada aos doentes. Infelizmente, tivemos sérios problemas assistenciais em locais onde o sistema de saúde já se encontrava desestruturado, como algumas cidades do Norte do país.

Os grandes desafios para os hospitais foram se reorganizar no atendimento, ampliar leitos de unidade de terapia intensiva, realizar contratações emergenciais, abastecer os funcionários com equipamentos de proteção individual, especialmente máscaras e aventais de proteção em escassez no mercado, e dispor de testes moleculares suficientes para o diagnóstico. Muitos profissionais de saúde ficaram doentes e foram afastados de suas atividades profissionais, e um número significativo dos que atuavam na linha de frente no combate à epidemia morreu. No Brasil, até agosto de 2020, registrou-se um número de 1.093 profissionais de saúde com COVID-19, e ocorreram 241 óbitos, sendo 48 médicos.<sup>(5)</sup> Porém, estas situações não levaram ao colapso do sistema e ao atendimento desumanizado. Pelo contrário, elas nos estimularam a trabalhar e nos deram forças para enfrentar a epidemia. Foi assim em muitos dos hospitais brasileiros.

Não há outro caminho que não o da Ciência para enfrentar esta pandemia. Nesse ponto, as universidades, as instituições de ensino e pesquisa são fundamentais no estudo de novas alternativas de tratamento e de prevenção. O fomento à pesquisa é fundamental para que consigamos medicamentos eficientes, até o momento em fase de protocolos clínicos, e vacinas que provavelmente só estarão disponíveis após o término do pico desta pandemia, somente em 2021.

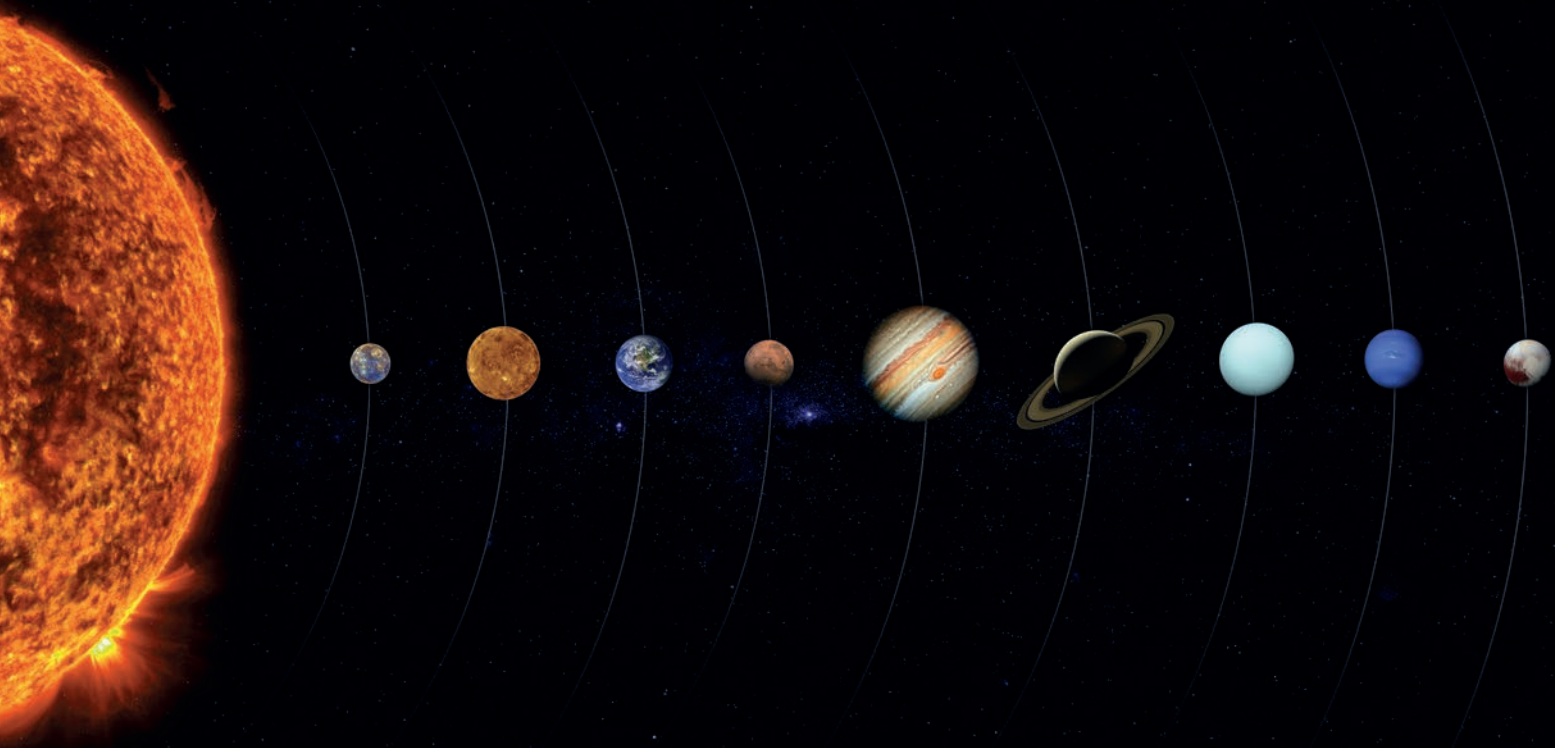
Como profissionais de saúde, continuamos na luta, mas precisamos nos proteger e ter esperança, contribuindo neste importante momento histórico para a erradicação desta pandemia. ■

### Referências

1. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [published correction appears in Lancet. 2020 Jan 30]. Lancet. 2020;395(10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
2. de Souza WM, Buss LF, Candido DdS, et al. Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil. Nat Hum Behav. 2020;4(8):856-865. doi:10.1038/s41562-020-0928-4.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde - 05/08/2020.
4. Cunha AG, Peixoto TL, Gomes LCP et al. Como preparar o centro cirúrgico para pacientes COVID-19. Rev. Col. Bras. Cir., 47: 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20202575>.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 28, Doença pelo Coronavírus COVID-19, Semana Epidemiológica 34 (16 a 22/08/2020).
6. Parry J. Covid-19: Hong Kong scientists report first confirmed case of reinfection. BMJ. 2020 Aug 26;370:m3340. doi: 10.1136/bmj.m3340.

# SIMPÓSIO INTERNACIONAL SAESP 50 ANOS

*Online*



**SAVE THE DATE**  
**24 de outubro**



**INSCRIÇÕES GRATUITAS**



## Ser anesthesiologista, ser médico

A expressão “anaesthesia” foi cunhada por **Oliver Wendell Holmes** (1809-1894), médico (formado em Harvard), professor, importante reformador da Medicina e um dos melhores escritores do século XIX. Ela surgiu como sugestão a **William Thomas Morton** (1819-1868), quando de sua menção em uma carta datada de 21 de novembro de 1846 endereçada a Morton.

Posteriormente, **James Young Simpson** (1811-1870), professor de obstetrícia da Universidade de Edinburgh, na Escócia, adotou os termos “anaesthesia” e “anaesthetic”, e seu prestígio contribuiu bastante para a difusão deles.

Entretanto, muito antes dele, a expressão “ANESTESIA” foi mencionada por outros, como Pedânio Dioscórides, médico greco-romano, formado em Tarsos e Alexandria, e que acompanhou as legiões romanas à época do imperador Nero, no século I d.C. Ao referir-se à “Pedra de Mênfis”, ele indicava suas propriedades da

seguinte forma: “[...] provoca uma segura anestesia local”. **Dioscórides** escreveu (em grego) a obra *De materia medica*, consistindo de cinco volumes, na qual listou 600 plantas, 35 fármacos de origem animal e 90 de origem mineral, dos quais 130 já se encontravam no *Corpus hippocraticum* e 100 ainda são considerados fármacos ativos hoje em dia. Dioscórides teve grande influência na ciência médica até o século XVIII.

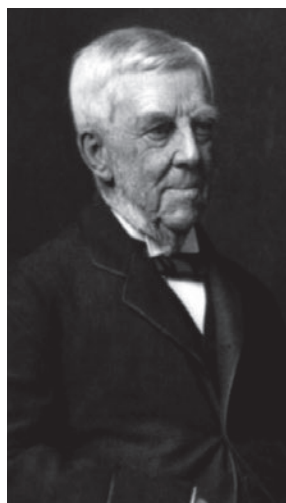
**Johann Bernhard Quistorp** (1692-1761), farmacêutico, médico, professor e reitor da Universidade de Rostock, torna a aludir à anestesia: “De Anaesthesia [...] denegatio sensationis por totum corporis”.

Em 1843, **John Elliotson** (1791-1868), inglês, professor da Universidade de Edinburgh, introdutor do estetoscópio e considerado um mestre na arte do diagnóstico, refere-se à “Anaesthesia” como “perfect loss of the sense of touch”.

E assim temos o que fazemos: ANESTESIA, substantivo feminino, que expressa extinção ou diminuição da



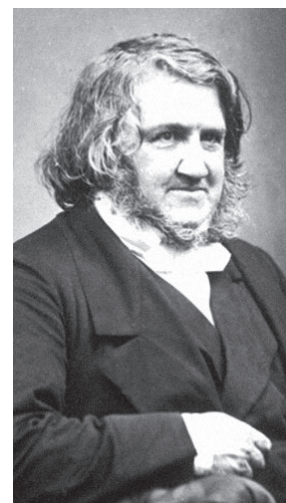
**William Thomas Morton**  
(1819-1868)



**Oliver Wendell Holmes**  
(1809-1894)



**John Elliotson**  
(1791-1868)



**James Young Simpson**  
(1811-1870)



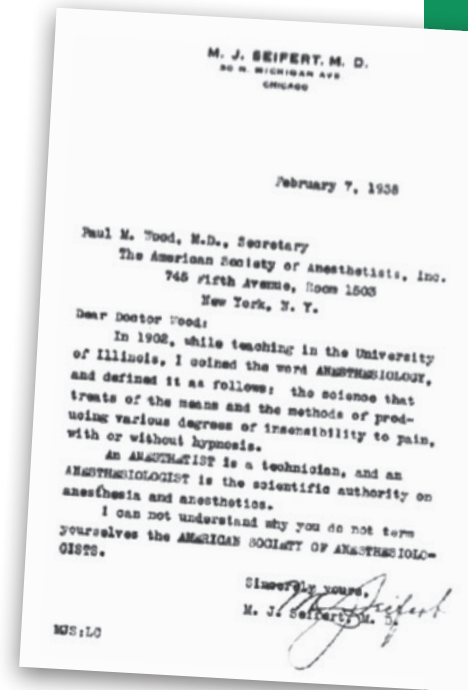
Virginia Apgar  
(1909-1974)



Peter Safar  
(1924-2003)



Bjørn Ibsen  
(1915-2007)



“ Ainda que prover insensibilidade tenha sido e continue a ser foco de nossa atuação, outros aspectos da atenção ao paciente cirúrgico e acometido por processos dolorosos incorporaram-se com naturalidade ao escopo da especialidade que se estruturava ”

sensibilidade [...] (abolição da sensibilidade dolorosa), pela aplicação de anestésicos. Em português, anestesia é uma palavra derivada do grego *anaesthesia*, termo formado pelo prefixo grego αν-, an- (“ausência”) e pela palavra αἴσθησις, ou aisthēsis (“sensação”), o que origina o sentido de “INSENSIBILIDADE”.

Ainda que prover insensibilidade tenha sido e continue a ser foco de nossa atuação, outros aspectos da atenção ao paciente cirúrgico e acometido por processos dolorosos incorporaram-se com naturalidade ao escopo da especialidade que se estruturava.

A seguir, **Mathias Joseph Seifert** (1866-1947), professor da Universidade de Illinois e primeiro professor de Anestesiologia, cunha, em 1902, o termo “anestesiologista” para designar o estudioso da anestesia, diferenciando-o do anestesista, um técnico nesta atividade. Em 7 de fevereiro de 1938, correspondendo-se com Paul M. Wood (1894-1963), então secretário da ASA, à época American Society of ANESTHETISTS, ele lhe apresenta a questão: “Eu não entendo por que vocês não se referem a si mesmos

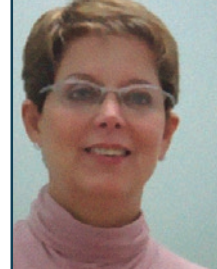
como American Society of ANESTHESIOLOGISTS”. Assim foi feito. E por esse termo denominou-se a WFSA, Federação Mundial de Sociedades de “Anestesiologia”, por ocasião de sua criação, no primeiro Congresso Mundial dos “Anestesiologistas”.

Como já não fosse excepcional a densidade científica e técnica da anestesiologia, nela foram gestadas outras relevantes áreas de atenção médica. Entre elas, vale lembrar a Neonatologia, por **Virginia Apgar** (1909-1974), a reanimação cardiopulmonar, por **Peter Safar** (1924-2003), e a Medicina Intensiva, por **Bjørn Ibsen** (1915-2007), três eminentes “anestesiologistas”.

Ora, se a Medicina é Compaixão e Ciência, mais que legítimo será tomar como exemplo de médico aquele que faz uso da melhor ciência para o alívio do sofrimento do próximo: o Anestesiologista. O anestesiologista é reverenciado em 16 de outubro, em homenagem à primeira demonstração pública de “eterização”, por William Thomas Morton, no “Ether Dome” do Massachusetts General Hospital (Boston, 1846), e em 18 do mesmo mês, no Dia do Médico, referência a São Lucas. ■

### Referências

- Caldas Aulete. Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Delta S.A. 5ª Ed, 1964. p. 259.
- Haridas RP. Origin of the word “anesthesiology”: Mathias J. Seifert, MD. Anaesth Intensive Care 2018|History Supplement, p. 14-17.



## Ensino virtual e tradicional

### Educação tradicional

Se você tem mais de 30 anos, certamente pertence às gerações que cresceram e tiveram contato desde o antigo “ensino primário”, que depois se tornou “ensino fundamental”, com o método de ensino tradicional/presencial. O termo “educação tradicional” é tratado dessa forma, pois é um método que vem sendo utilizado da mesma maneira por professores há décadas. Nele, o centro de tudo é o professor. As aulas são normalmente orientadas ao professor e centralizadas nele, que é a autoridade máxima, com a responsabilidade de repassar aos alunos os conteúdos. As ferramentas de ensino tradicionais mais usadas são quadro-negro, livros, cadernos, experimentos de laboratório, etc. Os alunos são ouvintes passivos, que

apenas recebem a informação, e a interatividade e a participação em sala de aula normalmente não ocorrem ou ocorrem em nível baixo, pois existe o risco e, por conseguinte, o medo do professor de perder o controle sobre as relações entre os alunos. A avaliação envolve a realização de provas que são corrigidas manualmente, o que gera lentidão na entrega dos resultados, além de obrigar os professores a gastar um tempo considerável.

Quadro-negro e giz, depois quadro branco com canetas coloridas, projetores, retroprojetores e, em seguida, novas tecnologias foram dando lugar a equipamentos eletrônicos que levaram à criação de novos ambientes de ensino e de aprendizagem.





Além disso, há muitos estudos que sugerem que os estudantes em sua maioria preferem uma abordagem “mista”, o que significa que muitos aproveitam a aprendizagem em contextos virtuais e também desfrutam do contato na vida real ”

### Educação moderna

A denominada “educação moderna” ou EaD (Educação a Distância) considera o aluno o personagem principal dentro das salas de aula virtuais, sendo ele responsável por construir sua própria aprendizagem, interagindo com o meio em que se encontra. Conceitos como experimentação, curiosidade, estímulos externos, dúvidas e pesquisa são fundamentais para o desenvolvimento do pensamento crítico do aluno, que aprende através de suas próprias vivências. Na educação moderna o professor passa a ser um articulador, instigador e facilitador do processo de aprendizagem realizado pelo aluno, mediando o aprendizado por meio de ferramentas de ensino que incluem conversas, projetos, histórias, dúvidas e outros métodos que estimulam o pensamento crítico dos alunos. Entre as vantagens da EaD está a flexibilidade do processo, que permite ao aluno escolher o local, o momento e o ritmo do estudo; ao professor/instrutor, a possibilidade de utilizar diversos critérios de avaliação, podendo pontuar as postagens das atividades propostas; participação em atividades de interação: trabalhos em equipe; fórum de discussão; chats e autoavaliação, entre outros.

### COVID-19

Vale a pena tecer considerações sobre o momento atual, da pan-epidemia do COVID-19. De repente fomos forçados, em todo o mundo, a mudar a metodologia de ensino num tempo absolutamente curto e a EaD tornou-se uma necessidade urgente (obviamente, para a maioria que ainda não fazia uso desta). Têm sido relatados problemas por alunos, pais e professores, relacionados ao despreparo para o uso dessas tecnologias e ao desinteresse por parte dos alunos em aderir a este novo método de ensino. As ditas aulas “assíncronas”, frequentes no ambiente de EaD, na ver-

dade têm utilizado muitas vezes o mesmo esquema do ensino tradicional, com palestras em forma escrita ou em vídeo, discussões por meio de um quadro de discussão e tarefas por escrito, o que tem gerado muitas observações negativas por parte dos alunos.

### Considerações Finais

É importante distinguir entre a aula presencial no ambiente físico e a aula no ambiente on-line ao vivo e virtual, pois tem sido opinião corrente que no método tradicional/presencial as classes são “tipicamente orientadas ao professor/centralizadas no professor”. No entanto, há muitos professores que buscam estimular a autonomia dos alunos, adotando uma metodologia centrada no aluno e utilizando o ambiente “tradicional”, assim como há aqueles que utilizam os recursos das tecnologias da informação em ambientes virtuais. Em contrapartida, muitas aulas em ambientes virtuais são “tipicamente orientadas ao professor e centralizadas nele”. Portanto, dependerá do professor/instrutor se uma atividade será “orientada ao professor/centralizada no professor” ou “centrada no aluno/orientada ao aluno”.

Além disso, há muitos estudos que sugerem que os estudantes em sua maioria preferem uma abordagem “mista”, o que significa que muitos aproveitam a aprendizagem em contextos virtuais e também desfrutam do contato na vida real.

Cada um dos métodos tem vantagens e desvantagens, mas ambos os tipos ajudam na construção da educação, envolvendo professores, tutores e alunos, e por isso mesmo são frequentemente utilizados no mundo todo. Assim, a utilização das modalidades tradicional/presencial e EaD dentro dos melhores padrões possíveis é a melhor opção, e ultimamente tem sido proposto o **Blended Learning** ou **Ensino Híbrido**, que seria uma combinação de ambas as metodologias. ■

# Segurança do paciente



**Dra. Andrea da Costa Moreira de Oliveira**

Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Segurança da SAESP, Membro do Comitê Gestor de Anestesia do Hospital Israelita Albert Einstein, Gerente de qualidade e Segurança da AMD Anestesia - Hospital BP e BP Mirante, Pós Graduação em Gestão de Risco Assistencial e Segurança do Paciente - HIAE



**Dr. Guilherme Henrique da Silva Moura**

Coordenador do Núcleo de Qualidade e Segurança da SAESP, MBA em Gestão em Saúde no Insper, Gerente médico do departamento de Qualidade e Segurança do SMA- Serviços médicos de Anestesia, Coordenador da anestesiologia do Hospital Oswaldo Cruz - Unidade Vergueiro

## Evento adverso na sala de cirurgia: relatar? Como proceder?

“Mais um dia no centro cirúrgico, mapa lotado, maratona de plantões e a expectativa do final de mais um turno.

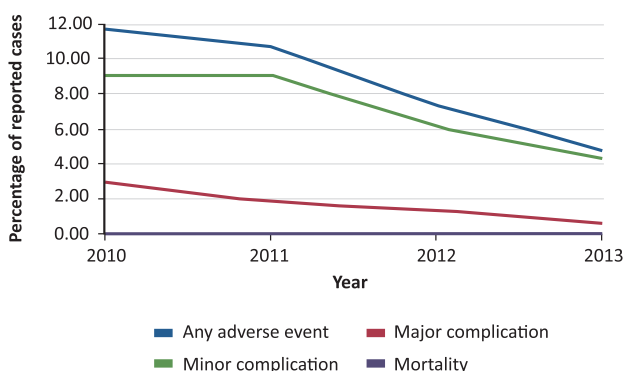
Tudo ia bem na última cirurgia da programação a seguir da minha escala quando percebo uma taquicardia sem explicação, checo a monitorização, revejo os outros parâmetros, espio o campo cirúrgico e ainda não consigo entender. O cirurgião pergunta: *‘Tudo bem com o doente?’*. Um pouco inseguro, respondo que sim e começo a refletir sobre minhas ações. Quando checo as medicações, surpreso constato uma ampola de adrenalina aberta. Quem abriu? Acabei de fazer os adjuvantes, mas não acho a segunda ampola de dipirona. Não tenho tempo de procurar, agora o alarme já está tocando: hipertensão, taquiarritmia, bigeminismo, PCR”.

Erros de administração de medicação são a maior causa de eventos adversos graves na anestesia, correspondendo a 11,41% do total de eventos adversos graves, segundo um levantamento retrospectivo no banco de dados do NACOR (*National Anesthesia Clinical Outcomes*

*Registry*), realizado entre 2011 e 2013, de mais de 3,2 milhões de procedimentos seguidos. Estima-se que ocorram 7.000 mortes nos EUA ao ano por erros de medicação.

Nesse mesmo levantamento foi constatada uma queda significativa no número de eventos adversos, de 11,8 para 4,8, como ilustrado no gráfico abaixo.

Segundo a revisão publicada na RBA (Revista Brasileira de Anestesiologia) em 2017 “Medication errors in anesthesia: unacceptable or unavoidable?”, os tipos de erros de administração de medicamentos observados foram: medicação errada no perioperatório, sendo este o erro mais comum (48%); overdose (38%); via de administração incorreta (8%); dosagem insuficiente (4%) e omissão (2%). Opioides e vasopressores foram as classes de medicamento mais comuns. Quarenta e dois por cento dos casos de administração de medicamentos incorretos ocorreram após a troca de seringa, 33% após a troca de ampola de medicamento e 17% em virtude de escolha errada de me-



### Percentage of adverse events between 2010 and 2013 using NACOR data

All reported cases are based on anesthesia practices providing data on the occurrence of an adverse event. Major and minor complications are based on severity of the adverse event. Major complications include anaphylaxis; awareness; hemodynamic instability; CNS injury; infection; malignant hyperthermia; medication error; peripheral nerve injury; respiratory - pulmonary; respiratory; resuscitation; spinal/epidural/nerve block; upgrade of care; vascular access; visual loss; and wrong patient/site, fall, burn. Minor complications include any PONV; inadequate postoperative pain control; dental/oral/tooth/mouth/blood - vascular; airway/intubation; hemodynamic instability; unanticipated upgrade of care; eye/ocular/corneal; respiratory - pulmonary; neurological - any; dural/wet/headache; central line/IV problem; equipment/monitor issues, reversal NMBAS: regional anesthesia problem: and reversal narcotics.

dicamento. A primeira, a segunda e a terceira causas mais frequentes de sobredosagem foram, respectivamente, desconhecimento da dose ou não atenção a esta (53%), uso indevido da bomba (21%) e erro de diluição (5%).

E de quem é a culpa? Sabemos que há inúmeros fatores envolvidos na ocorrência de um evento adverso e que, para que um evento tenha ocorrido, várias barreiras foram quebradas e várias oportunidades de prevenção foram perdidas. No caso acima o anestesista poderia estar distraído, a ampola poderia estar no lugar errado, a sala poderia estar tumultuada e alguém poderia ter deixado a ampola em cima da bancada, a bancada poderia estar desorganizada, a ampola poderia ter sido identificada de forma equivocada; enfim, um erro não é intencional! Ninguém iria cometê-lo de propósito. O objetivo de todos os profissionais é que tudo transcorra sem intercorrências.

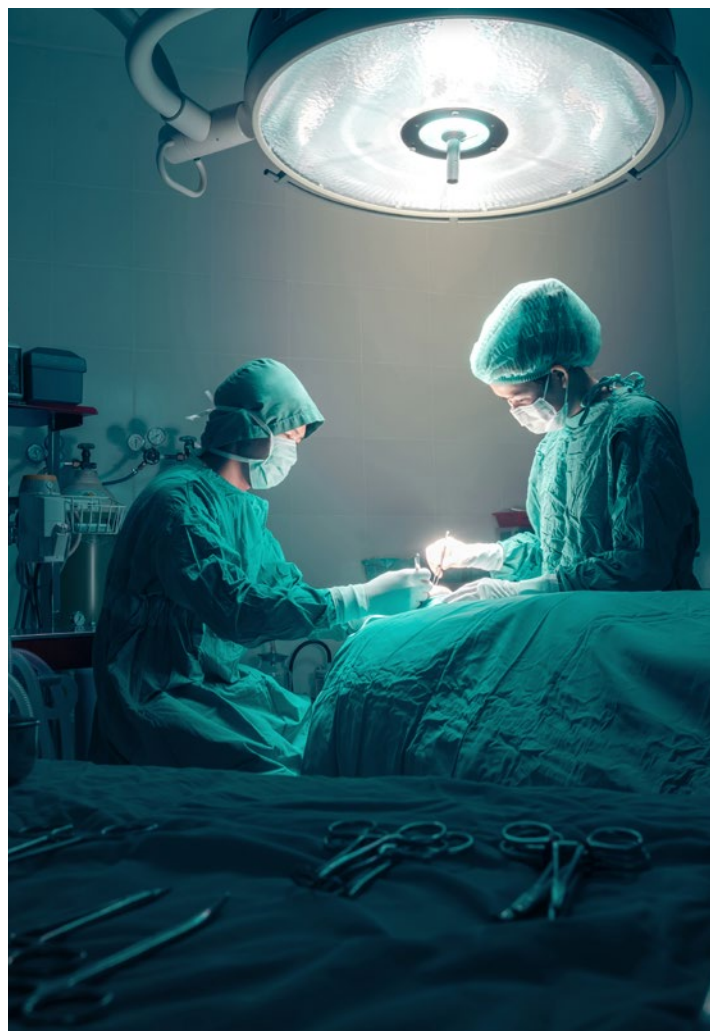
E agora? A primeira coisa é chamar ajuda. Um colega que chega sem ter sido exposto à carga emocional do incidente consegue apoiar e direcionar as condutas com clareza. A transparência é fundamental, tanto para a tomada de decisão quanto para a manutenção da relação de confiança com os membros da equipe e com o paciente.

Relatar é preciso! Mas por que nossos indicadores de erro de administração de medicamentos são tão diferentes dos de países desenvolvidos? Erros de administração de medicamentos em anestesia têm relação direta com a nossa atividade, já que somos nós que prescrevemos, preparamos e administramos os medicamentos, sem terceiros envolvidos no processo, ou seja, é um evento com poucos fatores contribuintes, diferente de outros eventos adversos nos quais os processos que os originaram e as barreiras por eles criadas são mais bem-conhecidos e “aceitos” dentro de uma organização de saúde.

Com base nisto podemos fazer um paralelo entre as taxas de erros de administração de medicamentos e a cultura de segurança da instituição. A cultura deve estar clara e arraigada na atividade de todos para que os profissionais nos relatem sem medo de represálias ou punições: a denominada cultura justa.

Entendendo que “*Errar é humano*” e que as oportunidades de melhoria surgem a partir da tomada de consciência de que existe um problema, é imprescindível notificar.

Após a investigação do caso da troca de dipirona por adrenalina, inúmeras falhas foram diagnosticadas: os processos de organização e dispensação do carro de anestesia não estavam bem estabelecidos, não havia um padrão nem conferência; não havia um padrão de conferência de medicamentos em sala; a área de preparo de medicamentos era apertada e desorganizada; e o mais



grave dos diagnósticos: inúmeros casos semelhantes já aconteceram, causando danos menores aos pacientes, mas nunca foram notificados.

Para solucionar esse problema, foram implementados, por meio de planos de ação: novos protocolos de montagem e dispensação das medicações; organização da sala operatória com a instalação de uma área organizada e ampla para preparo de medicamentos; comunicação, sem identificação dos envolvidos, a todo o corpo clínico do evento e de quais processos foram modificados, além do início de uma campanha agressiva de marketing abordando cultura justa e não punitiva.

E o nosso colega? Com certeza foi a segunda vítima deste evento. Isto é assunto sério! Nenhum de nós está realmente preparado para lidar com os erros, somos treinados para melhorar a saúde e garantir que tudo corra bem, mesmo nos casos mais complicados. Lidar com isto requer delicadeza por parte da liderança e entendimento das fragilidades da alma. Apoio, compreensão e uma melhor organização do processo durante o qual se deu o evento são medidas que nos ajudam a superar o ocorrido e a saber que podemos continuar trabalhando com confiança.

# Segurança do paciente

E o paciente? Confiança é a base da relação médico-paciente. Transparência é a premissa que o paciente e o médico esperam da relação. O *Disclosure*, processo em que os fatos são relatados e esclarecidos ao paciente e/ou familiares amparados pela instituição, deve ser feito, e o paciente deve ser informado do motivo de sua complicação e de quais medidas foram tomadas para que isto não volte a acontecer com outras pessoas. Os estudos indicam que os casos em que o *Disclosure* ocorreu tiveram menores taxas de judicialização, apesar de muitos ainda acharem o contrário.

Outro ponto importante são as lições aprendidas. Compartilhar tanto os resultados como os planos de ação com o time assistencial é uma das medidas preventivas mais efetivas, a força motriz para aumentar a

consciência situacional e para que uma mudança real da Cultura de segurança ocorra.

Os erros de medicação são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade dos pacientes. Além disso, esses erros aumentam os encargos financeiros da instituição. Embora o impacto varie de nenhum dano a efeitos adversos graves, inclusive o óbito, é preciso estar atento à ordem de prioridades, porque os erros de medicação são evitáveis. Atualmente, num contexto em que as pessoas estão mais bem informadas e os processos médicos se encontram em evidência, frear esse problema é de extrema prioridade. Relatar os eventos é o gatilho para a mudança em direção à alta confiabilidade. Uma gestão eficiente não está preocupada em achar os culpados, e sim em aprimorar os processos. ■

## Referências

Research scan: Does improving safety culture affect patient outcomes? November 2011, The Health Foundation, Inspiring Improvement.

An Overview of Adverse Events in the National Anesthesia Clinical Outcomes Registry (NACOR). Adrian Liao, et al, ASA 2014.

Dhawan, Ira, Tewari, Anurag, Sehgal, Sankalp, & Sinha, Ashish Chandra (2017). Medication errors in anesthesia: unacceptable or unavoidable? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67(2), 184-192. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2015.09.006>.

# Ketamin

cloridrato de dextrocetamina

- **Infusão de cetamina no intra-operatório reduz a dor e o consumo de analgésicos pós-operatórios.** <sup>(1)</sup>

- **ANALGESIA SUPERIOR à cetamina racêmica.** <sup>(4,5)</sup>

**4X** + Estereosseletividade pelos receptores NMDA. <sup>(6)</sup>

## Anestésico venoso que proporciona analgesia efetiva.

<sup>(1,2)</sup>

### Ketamin

cloridrato de dextrocetamina

Solução injetável - 50 mg/mL  
Ketamin - Embalagem com 5, 25 ou 50 frascos-ampola contendo 10 mL. <sup>(3)</sup>



COM CÓDIGO DATAMATRIX®

### Ketamin NP

cloridrato de dextrocetamina

Ketamin NP - (sem conservantes)  
solução injetável 50 mg/mL  
embalagem com 25 ampolas contendo 2 mL. <sup>(3)</sup>



COM CÓDIGO DATAMATRIX®

Para acessar informações da Bula



KETAMIN E KETAMIN NP SÃO MEDICAMENTOS. DURANTE SEUS USOS, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS.

**Interações medicamentosas:** Tubocurarina, hidrocarbonetos halogenados, anti-hipertensivos, depressores do SNC, hormônios tireoideais, diazepam. **Contraindicações:** Absolutas: Hipersensibilidade à cetamina e porfiria. Relativas: Hipertensão arterial, antecedentes de acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca severa.

**Referências Bibliográficas:** 1. Hong BH, Lee WY, Kim YH, Yoon SH, Lee WH. Effects of intraoperative low dose ketamine on remifentanyl-induced hyperalgesia in gynecologic surgery with sevoflurane anesthesia. *Korean J Anesthesiol*. 2011 Sep;61(3):238-43. 2. Joly V, Richebe P, Guignard B, Fletcher D, Maurette P, Sessler DI, Chauvin M. Remifentanyl-induced postoperative hyperalgesia and its prevention with small-dose ketamine. *Anesthesiology*. 2005 Jul;103(1):147-55. 3. Ketamin e Ketamin NP: cloridrato de dextrocetamina. Bula do medicamento. 4. Lauretti GR, Lima ICPR, Buscatti RY et al - Avaliação clínica dos efeitos hemodinâmicos, analgésicos, psicodélicos e do bloqueio neuromuscular da cetamina racêmica e de seu S(+)- isômero. *Rev Bras Anestesiol*. 2000;50:357-362. 5. Arendt-Nielsen L, Nielsen J, Petersen-Felix S, Schneider TW, Zbinden AM. Effect of racemic mixture and the (S+)-isomer of ketamine on temporal and spatial summation of pain. *Br J Anaesth*. 1996 Nov;77(5):625-31. 6. Ishizuka P, Garcia JBS, Salaka RK, Issy AM, Mulich SL. Avaliação da S(+)-Cetamina por Via Oral Associada à Morfina no Tratamento da Dor Oncológica. *Rev Bras Anestesiol*. 2007; 57(1):19-31.

Material destinado a publicações exclusivas ao profissional médico, dispensadores e prescritores.



## Aposentadoria para quem tem dois empregos

### Revisão de Atividades Concomitantes

Ter mais de um emprego ao mesmo tempo é uma realidade comum em diversos tipos de profissões, como médicos, enfermeiros, professores e inúmeras outras.

Quando um profissional auferir renda de mais de uma atividade laboral terá que contribuir para a Previdência Social em relação a todos os vínculos (até o teto do salário de contribuição). O denominado “período concomitante” é o tempo em que um profissional exerceu duas atividades simultaneamente, e efetuou o recolhimento da contribuição para a Previdência Social sobre ambas. Pois bem, na ocorrência de tal situação, o profissional tem o direito de utilizar tais valores para compor o cálculo referente ao benefício de sua aposentadoria.

Antes da entrada em vigor da Lei nº 13.846/19, sancionada em junho de 2019, salvo na hipótese em que o se-

gurado completasse os requisitos para aposentadoria em relação a ambas as atividades (que lhe permitiria somar os salários de contribuição), o cálculo do benefício considerava o salário de contribuição da atividade principal, e apenas um percentual relativo à atividade secundária (proporcional ao tempo de contribuição). Para tal fim, a atividade principal é considerada aquela em que o beneficiário permaneceu por mais tempo trabalhando, mesmo que o valor do salário recebido tenha sido inferior ao do outro trabalho. Já a atividade secundária é classificada como aquela com o menor tempo de contribuição.

Ao fazer o cálculo, o INSS considerava o salário integral da atividade principal como média para o cálculo da aposentadoria e, com relação à atividade secundária, estabelecia um índice com base na divisão do tempo de contribuição de tal atividade pelo tempo necessário



# Previdência



**A revisão poderá ser solicitada pelo segurado no prazo de 10 anos contados a partir do momento em que o segurado recebeu o valor correspondente ao seu primeiro pagamento como beneficiário**



para a obtenção do benefício. Exemplificando: um beneficiário com uma média salarial de R\$5.000,00 em um período de 35 anos na atividade principal, e R\$3.000,00 em sua atividade secundária em um período de 10 anos. Ao fazer o cálculo, dividia-se 10 por 35 para obter o índice de 0,2857. Esse era o percentual utilizado para determinar o acréscimo à média salarial referente ao período concomitante. Dessa forma, no exemplo apresentado, o beneficiário teria o direito ao valor de R\$857,10 a mais para o cálculo em sua aposentaria ( $R\$ 3.000,00 \times 0,2857$ ). Portanto, o valor de sua média salarial após todos os cálculos seria de R\$5.857,10 ( $R\$ 5.000,00 + R\$ 857,10$ ).

Após a sanção da Lei nº 13.846/19, a forma de cálculo para a obtenção do benefício de profissionais que desenvolvem atividades concomitantes foi alterada. Agora são adicionados os valores integrais referentes aos salários das atividades desenvolvidas, até o limite do teto previdenciário. Portanto, todos os segurados que mantiveram dois empregos após julho de 1994 e se aposentaram até junho de 2019 poderão pedir a revisão de atividades concomitantes, para que o benefício lhes seja concedido de acordo com as novas regras, mais benéficas na maioria dos casos.

Na revisão do benefício o INSS deverá recalcular o valor do benefício, de modo que os salários referentes à atividade secundária sejam somados aos da atividade principal para compor a média salarial necessária ao cálculo do benefício. No exemplo citado, o valor da média salarial para o cálculo do benefício seria, portanto, de  $R\$5.000,00 + R\$3.000,00 = R\$8.000,00$ , passando a utilizar a soma dos salários no cálculo da média salarial para obter o valor do benefício, em contraste com os R\$5.857,10 do regime anterior, lembrando que a revisão do benefício

também está limitada ao teto do salário contribuição, atualmente em R\$6.101,06.

Vale ressaltar que o valor do benefício é sempre limitado ao teto de pagamento determinado pelo INSS. Desta forma, se a contribuição referente à atividade principal já for suficiente para atingir tal valor, a revisão não será possível.

A revisão poderá ser solicitada pelo segurado no prazo de 10 anos contados a partir do momento em que o segurado recebeu o valor correspondente ao seu primeiro pagamento como beneficiário. Para ter certeza de como o benefício foi calculado, o segurado deve conferir a Carta de Concessão, que apresenta a Memória de Cálculo utilizada para apurar o valor da aposentadoria concedida.

Para solicitar a revisão de benefício para a inclusão de valores referentes às atividades concomitantes em períodos anteriores a junho de 2019, será preciso entrar com um pedido administrativo e/ou uma ação judicial. Por isso, nesse momento é importante contar com o apoio de um advogado especialista em Direito Previdenciário, para que seja realizada uma revisão detalhada nos recolhimentos efetuados, para apurar se a revisão será vantajosa e evitar redução do valor do benefício.

Além disso, com o auxílio profissional especializado é possível assegurar o direito de reaver a diferença retroativa com relação aos valores dos benefícios já recebidos, já que, de acordo com o INSS, a retroatividade para os benefícios é aplicada por um período máximo de até 5 anos.

A revisão para o cálculo correto das atividades concomitantes é importante inclusive para a obtenção de qualquer outro benefício, como o auxílio-doença, por exemplo. Dessa forma, ele será calculado com base em uma média salarial justa, ou seja, com os valores salariais completos, possibilitando ao segurado perceber o benefício completo. ■



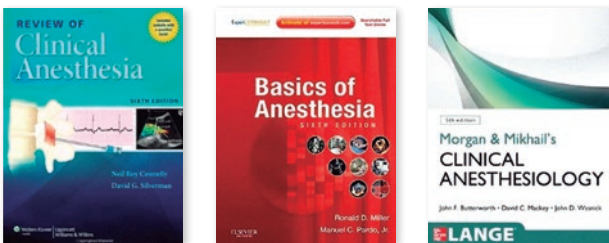
## Livros e revistas para o aprendizado e atualização em anestesiologia

### Qual livro escolher como base para os estudos da residência médica em anestesiologia?

Como é um tema um pouco complicado, você não deve confiar apenas na opinião de um colega residente ou de qualquer anestesiologista formado (você não terá como saber ainda se ele é realmente seu modelo de estudos).

Vou tentar ajudar nesse sentido apresentando argumentos sobre fatores que acho que devem ser considerados:

### Livro resumido ou não?



1. Para revisões rápidas, livros resumidos são excelentes.
2. Para aprender pela primeira vez, sua retenção será muito menor em livros resumidos:

1. Em livros completos, o conhecimento não vem como dogma, tópico solto: ele é conectado a exemplos, à história do conhecimento (que muitas vezes é o que faz o aprendizado daquilo ter sentido), e é repetido algumas vezes (o que vai fazer você lembrar depois com mais facilidade).

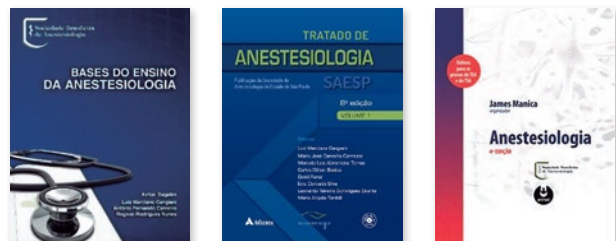
3. Bons livros completos possuem os resumos em seus capítulos, seja como *key points* ou como quadros e tabelas. Mesmo que não vá conseguir ler todos os tópicos em um livro completo, o que você ler neles já fará uma diferença.

4. Os livros-texto completos são os preferidos pelas bancas de concursos, inclusive as que formulam as questões das provas da SBA (prova anual, trimestral e TSA).

5. Em minha experiência como instrutor de residência médica, nunca nenhum residente, ao final da residência ou depois, durante a vida profissional, manifestou a mim arrependimento de ter lido um bom livro-texto completo. Na verdade vários manifestam o oposto: que, apesar do esforço, reconhecem que valeu a pena. Por sua vez, muitos que estudaram apenas por resumos, hoje manifestam arrependimento e têm dificuldades com TSA.

**Minha sugestão:** escolha um livro que contextualize o conhecimento, para que você realmente aprenda. Pare de teimar e ler resumos de última hora e ter que reler antes da prova trimestral, antes da prova anual e reler tudo novamente para o TSA. Se você estudar em um bom livro, vai precisar reler apenas poucos dos capítulos antes de fazer essas provas e vai reter muito mais. Mas tenha uma rotina de estudos, ou não vai conseguir!

### Livro em português ou em inglês?



1. Geralmente, os melhores livros estão em inglês. Uma exceção é quando existe uma versão equivalente de um bom livro em português.

# Educação 2

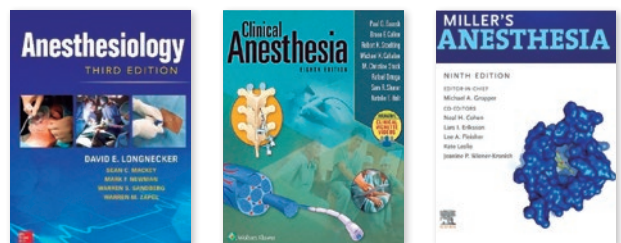
“ Você vai precisar se acostumar a ler em inglês, ou seu conhecimento será sempre defasado, inferior. No mercado de hoje, e considerando o aumento da qualidade de mão de obra que está acontecendo, isso significa que você vai ter piores oportunidades em comparação aos outros ”

2. Não fuja: você vai precisar se acostumar a ler em inglês, ou seu conhecimento será sempre defasado, inferior. No mercado de hoje, e considerando o aumento da qualidade de mão de obra que está acontecendo, isso significa que você vai ter piores oportunidades em comparação aos outros.

3. Todos os melhores artigos são publicados em inglês, inclusive na BIAN. É obrigatório pelo MEC e pela SBA que a residência faça um clube de revista semanal (mesmo que com outro nome) no qual discuta artigos científicos. Isso ajuda você a ter senso crítico e ficar minimamente atualizado. Você vai precisar se acostumar com os termos mais usados em textos técnicos em inglês de artigos sobre anestesiologia.

**Minha sugestão:** se houver a versão mais nova do livro em português, do Miller, Barash ou Longnecker, é excelente opção para ser sua base. Mas compre também (se tiver condições) o tratado da SAESP ou Manica, para revisões rápidas antes de provas. *O Bases do Ensino da Anestesiologia* é gratuito para aspirantes a sócios da SBA.

## Miller, Barash ou Longnecker?



Os três livros são excelentes. Eu até tenho minha ordem de preferência (Miller, Longnecker, Barash), mas qualquer um deles já constitui uma ótima base.

A escolha do melhor livro vai depender do tema: um livro é melhor que os outros em Equilíbrio Hidroeletrólítico e Ácido-Base (Miller), por exemplo, enquanto outro é melhor em segurança elétrica (Barash), e todos são temas essenciais.



“ Se você estiver pensando em provas, sem dúvida o Miller foi a principal fonte das questões, considerando o histórico do TSA (segundo estatísticas dos próprios membros da comissão do TSA apresentadas em aula brilhante no COPA) ”

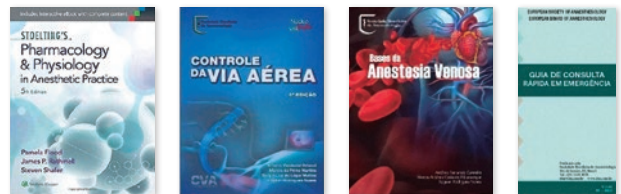
#### E para as provas da SBA?

Nenhum livro abrange completamente o programa da SBA, exceto SAESP e Bases, o que é um motivo adicional para adquirir esses dois livros. O SAESP é um livro tradicional cuja qualidade está cada vez melhor. O *Bases da Anestesiologia* certamente vai chegar ao nível do livro da SAESP algum dia, mas o amadurecimento de um livro não ocorre da noite para o dia. O *Bases da Anestesiologia* tem como vantagem ser gratuito para sócios da SBA e mesmo hoje possui alguns capítulos com qualidade semelhante ao SAESP. Minha sugestão: tenha os dois!

Se você estiver pensando em provas, sem dúvida o Miller foi a principal fonte das questões, considerando o histórico do TSA (segundo estatísticas dos próprios membros da comissão do TSA apresentadas em aula brilhante no COPA). Algumas vezes, cerca de 50% das questões saem dele. Isso não significa que, se você estudar pelo Barash, você irá errar esses 50%, não me entenda errado. Se você estudar com seriedade ao longo da residência em qualquer um dos tratados, a escolha do livro-texto não será um fator contra você.

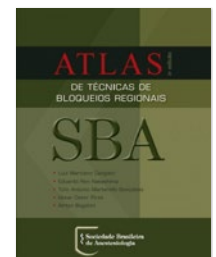
**Minha sugestão:** Para residentes, livros básicos: Miller 2020 + SAESP.

#### E os outros livros, como Stoelting e demais da SBA?



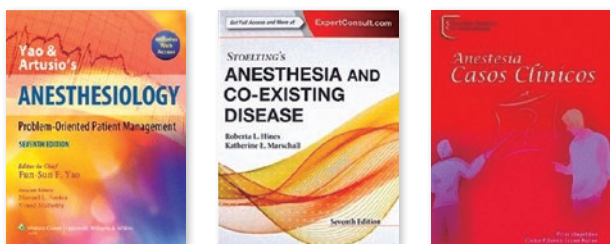
Em se tratando dos livros de temas restritos, como um livro apenas sobre anestesia venosa, ou um livro apenas sobre bloqueios, geralmente todos têm qualidade excelente. A diferença de qualidade entre eles e suas versões em inglês não é tão grande como no caso dos livros-texto.

Durante a residência, para aqueles que já conseguiram ler o básico nos livros-texto e estiverem com tempo sobrando, é recomendável ler livros de temas específicos. Mas que fique claro que eles são secundários! Para chegar a este nível, você precisa levar a sério a ideia de manter uma rotina de estudos, e, ainda assim, vai conseguir ler apenas alguns deles durante a residência.



# Educação 2

Provavelmente, a maior aplicação deles durante a residência é o aprofundamento de seus conhecimentos em algum assunto em virtude de alguma demanda específica, por exemplo, para seu TCC. Eles também são interessantes para discussão de temas (como sessões de discussão de complicações). Outra situação pontual que pode ocorrer é um estágio ou uma anestesia em que você precise lidar com bloqueios, em que será necessário ler/levar algum livro sobre bloqueios para consultar. Você vai saber a hora certa.



Outro grupo de livros interessante são os livros de casos clínicos comentados, mas atenção: leia sempre versões atuais. **Minha sugestão:** ler esses livros após ler os livros-texto, exceto em situações pontuais.

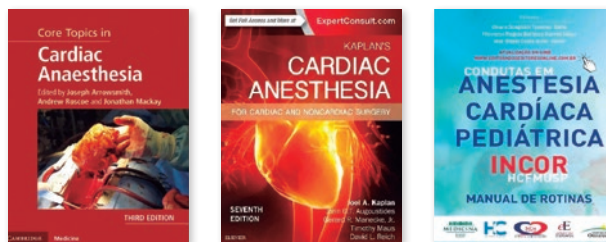
## Onde conseguir os livros da SBA?

No site da SBA ([www.sbahq.org](http://www.sbahq.org)) e no canal de Telegram da SBA ([t.me/sbaoficial](https://t.me/sbaoficial)) é possível baixar o livro-texto *Bases do Ensino da Anestesiologia* e vários e-books sobre temas específicos, não deixe de ver o catálogo.

## E para anestesiológistas formados?

Sugiro que leiam sempre os livros básicos, especialmente se não leem há muito tempo, porém existem muitos livros interessantes para subespecialidades!

A quantidade de livros especializados é enorme, tanto nacionais quanto internacionais.



Existem desde livros para procedimentos específicos, como um livro sobre anestesia para ECT, até livros de áreas grandes como obstetria. O *Chestnut's Obstetric Anesthesia*, por exemplo, é um tratado que eu li inteiro em edições anteriores, quando fazia obstetria, e posso afirmar que é um excelente livro.



Uma última sugestão é que você entre em uma atividade de leitura em grupo, em um grupo de três a quatro pessoas, e use a metodologia *Scrum*: definam *Sprints* de leitura e marquem um encontro para discutir o que leram (recomenda-se que todos leiam o mesmo texto) — podem inclusive levar petiscos para o encontro. Ao fazer isso com capítulos, você vai conseguir ler muito mais do que imagina. ■

“ Outra situação pontual que pode ocorrer é um estágio ou uma anestesia em que você precise lidar com bloqueios, em que será necessário ler/levar algum livro sobre bloqueios para consultar. Você vai saber a hora certa ”





## Conheça o **PROGRAMA WE CARE** da SAESP

Há décadas, a dependência química entre os anestesiológicos tem sido reconhecida como uma questão de extrema relevância. Contudo, observa-se reiteradamente que, embora haja diversas pesquisas sobre causas e incidência, a abordagem e acolhimento dos anestesiológicos que fazem uso de substâncias psicoativas não são efetivas ou são negligenciadas.

É preciso entender e acolher o anestesiológico dependente químico.

Conheça o **PROGRAMA WE CARE** da SAESP. Apoio e orientação individual para o anestesiológico, seus familiares, amigos ou chefes de serviço.

**HOT LINE 11 3673-1213 | Sigilo e confidencialidade absolutas**

**INÍCIO EM 23 DE SETEMBRO**

Clique Aqui  
e Saiba Mais



Apoio Institucional



# Qualidade de vida

Dra. Sley Tanigawa Guimarães

Médica especialista em Acupuntura e Medicina Preventiva e Social, Presidente do Colégio Brasileiro de Medicina do Estilo de Vida, Coordenadora da pós graduação em Estilo de Vida do Hospital Israelita Albert Einstein



## Medicina do Estilo de Vida

“Doutor, não tenho nada, mas não estou bem”. Ou: “Estou cansado de me sentir cansado”. Essas frases têm se tornado cada vez mais comuns nos consultórios médicos. Os pacientes nos procuram para saber se têm alguma doença. Ou se devem tomar algum medicamento ou suplemento. Mas a verdade é que, na maioria dos casos, a causa dessas queixas está no estilo de vida dos pacientes.

Todos nós sabemos que hábitos saudáveis diários são essenciais para o bom funcionamento do corpo e da mente. Inclusive, eles constam nas primeiras linhas das recomendações das principais *guidelines* da prática médica.

A ciência nos mostra que apenas 20% da nossa saúde é determinada pelos nossos genes e 80% pelos nossos hábitos e pelo ambiente em que vivemos. Elizabeth Blackburn ganhou o prêmio Nobel de Medicina em 2009 ao demonstrar que alimentação, atividade física, saúde mental e bons relacionamentos influenciam positivamente no comprimento dos telômeros, resultando em mais saúde e longevidade. Simplesmente melhorando o estilo de vida, é possível diminuir doses de medicações e aumentar a autonomia e a vitalidade dos pacientes, além de prevenir o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão, AVC e câncer de mama e cólon, que tiram tanta qualidade de vida dos pacientes e acarretam gastos financeiros importantes.

Na prática da anesthesiologia fica claro o quanto pacientes com doenças crônicas são mais suscetíveis a complicações cirúrgicas. Isso também tem sido evidente durante a pandemia do coronavírus, visto que os quadros mais graves ocorrem nos pacientes que apresentam alguma condição crônica. Os médicos e a população em geral partiram em busca de elementos que aumentassem a imunidade, e, mais uma vez, os hábitos de vida saudáveis se mostraram muito importantes. Entretanto, muito pouco aprendemos sobre eles durante a nossa formação e não sabemos orientar nossos pacientes com segurança a respeito de como adotá-los.

Para ajudar a sanar essa falha, surgiu a Medicina do Estilo de Vida, que é a prática baseada em evidências científicas que ajuda os pacientes e seus familiares a adotarem e manterem hábitos saudáveis que previnem, tratam ou reverterem doenças. Ela se baseia em seis pilares — alimentação, atividade física, sono, gerenciamento do estresse, controle de toxinas, e relacionamentos saudáveis — e utiliza a ciência comportamental para auxiliar na árdua tarefa de colocar em prática as recomendações da ciência médica.

A Medicina do Estilo de Vida está presente em grandes universidades, como Harvard e Yale. Nos Estados Unidos, é especialidade médica desde 2017. As sociedades médicas mundiais dedicadas ao assunto se reúnem sob a *Lifestyle Medicine Global Alliance*, que atua em conjunto com a Organização Mundial da Saúde





## “ A ciência nos mostra que nunca é tarde para mudar. E que essas mudanças são capazes de virar o jogo de maneira surpreendente e dose-dependente ”

no combate às DCNT. No Brasil, foi fundado em 2018 o Colégio Brasileiro de Medicina do Estilo de Vida, mesmo ano em que médicos do país começaram a realizar a prova de Certificação Internacional em Medicina do Estilo de Vida.

O Dr. Herbert Benson, do Massachusetts General Hospital, compara os cuidados médicos a um banco de três pernas: medicamentos, cirurgia e autocuidado. Nossa formação dá grande ênfase às duas primeiras pernas, ao passo que o autocuidado é esquecido ou muito pouco abordado. Talvez esse seja também o motivo de termos tantos médicos adoecidos, cansados e estressados. Muitas vezes deixamos o nosso autocuidado em segundo plano.

Mas não precisa ser assim! Permita-se observar se seus hábitos estão jogando a seu favor para que você exerça bem suas funções e desfrute os momentos importantes da sua vida. E se permita ter essa conversa com seus pacientes. A ciência nos mostra que nunca é tarde para mudar. E que essas mudanças são capazes de virar o jogo de maneira surpreendente e dose-dependente. A Medicina do Estilo de Vida não se trata de regras e *checklists* que devem ser cumpridos. Ela se trata de como nossas escolhas diárias podem nos dar a possibilidade de vivermos com mais disposição e saúde hoje e nas próximas décadas.

Já sabe o que vai fazer por você hoje? ■

# Qualidade de vida

## Reserve Tempo para o Autocuidado



### Mantenha uma Rotina



#### SONO

Dormir de 7 a 9 horas, com horários regulares de ir para a cama e acordar, é o ideal. Tenha uma rotina de relaxamento que inclua limitar o tempo de tela e ter um quarto escuro e fresco.

#### EXERCÍCIO

Incorpore atividade física em cada dia. Fique em pé, ao invés de sentado; use as escadas; alongue-se; faça jardinagem; vá para uma caminhada. Lembre-se que qualquer movimento é melhor do que nenhum.

#### ALIMENTAÇÃO

Para equilibrar o humor e estabilizar o açúcar no sangue, coma carboidratos complexos, encontrados em frutas, legumes, grãos integrais, feijões, nozes e sementes em intervalos regulares ao longo do dia.

### Ouçã o seu Corpo

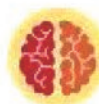
Conheça os sinais de muito **ESTRESSE**, e peça ajuda antes de você achar que precisa dela. Fique atento para: tensão muscular, dores de cabeça, dor de estômago ou dificuldade para dormir. Tenha compaixão com você mesmo e com os outros.

#### Referências

<https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/water/art-20044256>  
<https://www.hhs.gov/fitness/be-active/physical-activity-guidelines-for-americans/index.html>  
<https://www.sciencedirect.com/journal/brain-behavior-and-immunity/val/61/suppl/C>  
<https://www.sleepfoundation.org/articles/how-much-sleep-do-we-really-need>  
<https://www.apa.org/helpcenter/stress-body>

### Beba Água

O consumo de água para hidratação é vital! Meta diária para homens: ~3,7 litros. Meta diária para mulheres: ~2,7 litros.



### Socialize

Entre em contato com amigos, colegas, idosos e família por telefone, email, mensagens de texto ou redes sociais. Até mesmo curtas conexões virtuais melhoram o humor e a resposta imunológica.

**Não use bebidas alcoólicas para redução do estresse.**

### Respeite Suas Emoções



Estabeleça regras de "sem julgamento" para você mesmo e para sua família, à medida que experienciam um grande espectro de emoções humanas: medo, raiva, gratidão e luto.



COLÉGIO BRASILEIRO DE  
MEDICINA DO  
ESTILO DE VIDA



AMERICAN COLLEGE OF  
Lifestyle Medicine



Permita-se observar se seus hábitos estão jogando a seu favor para que você exerça bem suas funções e desfrute os momentos importantes da sua vida



# Webinars SAESP

*Todas as segundas feiras às 20hs*

*Assista no canal da SAESP no youtube*



SAESP ANESTESIA

*Assista todos os webinars realizados  
em nossa plataforma educacional*



Plataforma  
Educatonal  
SAESP

***plataformasaesp.com.br***

***Webinar | Conversa com especialistas***

***Webinar | Pró e Contra***

***Webinar | Entrevista***

***Webinar | Hot Topics***

***Webinar | SAESP Acadêmicos***

# Faça parte dessa história!

SAIBA MAIS SOBRE A SAESP



CLIQUE NO BOTÃO PARA ACESSAR O SITE  
SAESP E CONFERIR AS VANTAGENS DE SER UM  
**ASSOCIADO SAESP**



@saesp.anestesia



saesp.anestesia



saespanestesia



SAESP ANESTESIA

Saiba+Mais | Edição 03 | Setembro d2020

Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo  
Dr. Marcelo Vaz Perez e Dra. Rita de Cássia Rodrigues

Rua Maestro Cardim, 1293 - conj. 131 | Bela Vista - São Paulo  
+55 11 3673-1388 | secretaria@saesp.org.br | www.saesp.org.br

Patrocínio

**CRISTÁLIA**  
*Sempre um passo à frente...*

Realização

**saesp** 50 anos  
Sociedade de Anestesiologia  
do Estado de São Paulo