

Saiba + Mais

A SUA NEWSLETTER DA SAESP

Edição número 04
Dezembro de 2020

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

#SaespSempreMais

02 Profa. Dra. Rita
De Cássia Rodrigues

04 Dra. Glória
Maria Potero

06 Dr. Luis
Antonio Diego

08 Dr. João Pina

15 Dr. Pedro Thadeu Galvão Vianna
Dr. José Roberto Nociti
Dr. Luiz Antônio Vane

19 Júnia Jorge
Rjeille Cordeiro

23 Profa. Dra. Isabel
Cristina Céspedes

28 Dr. Marcus
Alcapadini

31 Dr. Matheus
Fachini Vane

33 Dr. Fábio Roberto de
Almeida Tavares





PALAVRA DA PRESIDENTE

PROFA. DRA. RITA DE CÁSSIA RODRIGUES



ENFIM, CHEGAMOS À RETA FINAL DESTE MEMORÁVEL 2020

Situações nunca dantes vividas, passos apressados no descompasso de tantas conflitantes e angustiadas realidades para aprender e superar perdas e ausências, não nos fizeram sucumbir. Seres humanos que somos, temos em nosso DNA a luta pela sobrevivência, o poder de resistir, a inteligência e a espiritualidade para continuar e aprimorar.

Findo um ano sem o nosso maior orgulho, o COPA, o Congresso Paulista de Anestesiologia, que mobiliza e agrega anesthesiologistas do Brasil inteiro, em 3 dias de intensa troca de conhecimento e networking, observamos que outras oportunidades construídas por um time coeso, e lúcido dos desafios, foram possíveis e passíveis de sucesso.

*Entrou em nossa rota **Webinars** semanais com temas atuais e diversificados de interesse da comunidade anestesiológica; o **Simpósio Internacional SAESP**, que já tem data para 2021, 16 de outubro, que celebra o dia da nossa especialidade, e o **Programa WE CARE**, que iniciou-se com um alerta para a nossa sociedade sobre Dependência Química e abuso de substâncias. Ufa! Em 7 meses conseguimos sustentar o que nossos antecessores construíram, dentro do que foi permitido, e dar corpo e vida ao NOVO, seguindo uma trajetória que se firma nestes tempos da "Era Pós Covid".*

*Seguiremos planejando um 2021 com agilidade, flexibilidade, determinação e acreditando que é possível ser a **#SaespSempreMais** almejada e merecida por todos.*

Não sucumbiremos ao inesperado!

E, com os mais profundos agradecimentos a todos os sócios, e em especial aos diretores e colaboradores SAESP, desejo a todos que as bênçãos do Natal, mesmo que durem um minuto, valham para a vida toda.

FELIZ NATAL e um 2021 pleno! Que todos os sonhos floresçam com Saúde, Paz e Harmonia.

#SaespSempreMais

SAVE THE DATE

22 a 25 de abril de 2021

COPPA 2021

Juntos no Transamerica Expo Center ou na WEB!

+ Espaço + Conforto + Segurança



INSCREVA-SE!

Patrocínio:



Realização:



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo

ENTREVISTA



A Força Feminina na Anestesiologia Brasileira

Profa. Dra. Glória Maria Potero

A presença feminina na história da medicina brasileira é recente, mas veio como um dínamo.

Apenas no final do século XIX, o Brasil conheceu sua primeira médica. Rita Lobato Velho Lopes, com a tese “Paralelo entre os médicos preconizados na operação cesariana”, conquistou seu diploma tornando-se a pioneira na profissão. De 1887 para cá, muita coisa mudou. Sistemas políticos caíram, bem como preconceitos, e a sociedade viu surgir diante de si, uma dinâmica e crescente onda de mulheres que ingressam no mercado de trabalho, em especial na medicina, e fazem desta sua profissão.

Aqui no Brasil, desde 2009, como revelou uma pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), o contingente feminino que ingressa na medicina é superior ao masculino. O artigo “A feminização da medicina no Brasil”, de autoria de Mário César Scheffer e Alex Jones Flores Cassenote, expõe em dados este avanço. Apesar de os homens ainda predominarem na profissão (60%) o crescimento feminino é exponencial, apesar de que em 2012 as mulheres ainda somavam 35% do contingente dentro da Anestesiologia no país.

Mulheres Anestesiologistas, ainda que em menor número do que seus colegas do gênero masculino, ocupam muitos cargos de liderança na área. São muitas vezes presidentes de Sociedades, como a Profa. Dra. Maria Ângela Tardelli, primeira mulher presidente da SAESP, Sociedade agora presidida pela Profa. Dra. Rita de Cássia Rodrigues. Ainda ocupam postos de liderança em revistas científicas como a BJAN (Brazilian Journal of Anesthesiology) que já fora comandada pelas Professoras Doutoras Judymara Lauzi Gozzani, Maria Ângela Tardelli, e agora está sob a chefia da Profa. Dra. Maria Carmona. Além destes exemplos, poderíamos escrever tantas outras linhas com especialistas chefes de Departamento, Diretoras e Gerentes.

Para esta entrevista especial, foi escolhida uma entre os inúmeros exemplos de mulheres extremamente profissionais em nossa área, a **Doutora Glória Maria Braga Potério**.

Educação

Nesta entrevista, Doutora Glória discorreu desde os mais recentes acontecimentos, até lembranças de sua juventude que merecem destaque, pois foram estes pontos que influenciaram em sua personalidade e foram a chave sobre como leva sua vida profissional e pessoal. A intensidade com que administra destaca-se pela força, energia e dedicação que esta médica, professora, esposa e mãe de quatro filhos empregou em sua carreira.

Sua educação básica foi em colégio de freiras que eram “fortemente influenciadas pela cultura francesa”, que era de fato, vanguarda cultural e científica da época. Lá teve acesso, portanto, a cultura e educação mais “avançadas”, e apesar de ser um colégio apenas para meninas, teve como professores homens e mulheres que sempre aguçaram o livre pensamento e liberdade dos alunos. Não havia limite posto em seus objetivos.

“Naquela época as opções após a formação básica, o chamado curso ginásial, eram: o científico que preparava para as profissões como engenharia e medicina e o clássico direcionado aos advogados. O pedagógico, que visava a formação de novos professores, era o mais procurado pelas mulheres.”

Glória, ainda jovem, percebeu que sempre teve perfil voltado para o lado científico, e ainda estimulada pelos professores e por sua mãe, finalmente optou pela Medicina. Desde nova tinha claro que queria na vida: “obtenção de uma profissão liberal que me proporcionasse um futuro de segurança e independência.”

Se ainda hoje o curso de medicina não é fácil “cursar medicina naquela época era um desafio, já que não era considerado curso para mulheres. Em 1960, ano em que prestei vestibular, entre os formandos, havia apenas uma mulher. Fui aprovada e iniciei o curso com mais nove outras mulheres, numa turma com 120 alunos.” Em 1965, Glória conquistava seu diploma em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Em 1973, especializou-se em Anestesiologia obtendo o TSA (Título Superior de Anestesiologia). Já em 1982 torna-se Doutora pela UNICAMP, onde foi Professora Associada e fez longa carreira.

Ainda na UFPE, durante seu curso na faculdade, participou de atividades nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia. Foi plantonista em uma maternidade pública em Pernambuco e lá percebeu que “seria difícil conciliar as atividades profissionais, como plantões, clínica privada e horários imprevisíveis com a vida familiar.”

Aliás, um dos grandes questionamentos que eu percebi ao pesquisar para esta matéria, foi sobre como ainda hoje, as profissionais da medicina discutem como podem aliar a vida materna com a profissão, tema que abordamos.

“Sempre tive em mente que nada era mais importante do que trilhar um caminho que me permitisse exercer a profissão com dignidade e igualmente ter uma vida familiar feliz. Tive quatro filhos e com eles aprendi a amar incondicionalmente. Queria ter o privilégio de acompanhar de perto o crescimento dos meus filhos sem abrir mão de minha realização profissional. Esse sentimento foi definitivo quando optei pelo desafio da vida universitária.”

Por motivos familiares, acompanhou o marido para o interior de São Paulo, na cidade de Campinas, onde fixou residência. Recomeçou, de até certo ponto, sua carreira.

Logo no começo de sua nova empreitada enfrentou uma barreira mascarada pelo desconhecimento e preconceito. “Relutaram em aceitar a minha contratação pelo fato de ser mulher, recém casada, com uma filha e na certeza de virem outros filhos. Depois de curto período de reflexão finalmente aceitaram a minha contratação.”

Casada, com uma filha, em uma nova cidade, assim iniciou sua carreira na Universidade de Campinas (UNICAMP). Como sempre atuou em “regime dedicação exclusiva”, acredita que “por este motivo tenham sido minimizadas as eventuais dificuldades de ser mãe de quatro filhos”, posteriormente.

“De certa forma, tive que fazer concessões para conciliar os meus dois objetivos de vida. Por exemplo, tive que postergar a pós-graduação para a obtenção do título de Doutor e, obviamente, também a obtenção de Livre Docente. Atualmente, tenho a felicidade da sensação do dever cumprido.”

Anestesiologia

A Anestesiologia entrou em seu radar profissional quando estava no final do curso de Medicina, ainda na UFPE. “Interessei-me [por Anestesiologia]. No último semestre do curso passei a acompanhar o trabalho de um anestesista amigo da família. Entendi a importância de uma anestesia bem conduzida para aumentar a segurança do paciente e assim minimizar o risco inerente a cada ato cirúrgico.”

Pela Anestesiologia, de Recife, sua cidade natal, para se especializar no pólo médico mais avançado do país, São Paulo. Especializou-se no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), com o Prof. Gil Soares Bairão, “chefe e tutor agora da recente anestesista” no local. Concluída a especialização, prestou concurso para médico Anestesista. “Aprovada e contratada neste serviço e assim comecei a minha vida profissional.”

Além da docência, na UNICAMP, exerceu diversos cargos administrativos dentro de Departamento de Anestesiologia da Universidade. Atuou na Chefia do Departamento por diversos mandatos e foi também responsável pelo Centro de Ensino e Treinamento da Universidade, preceptora de residência médica para os estudantes, e coordenadora do curso de Medicina por dois mandatos.

De sua carreira, hoje quando vê sua trajetória, Doutora Glória sente-se orgulhosa. “[Tenho] orgulho por ter tido a oportunidade de exercer com dignidade as tarefas que me foram confiadas. Considero muito gratificante o trabalho que pude desenvolver na SAESP. Aliás, a possibilidade de participar de atividades associativas também foi postergada, durante muito tempo, em função da minha priorização pela vida familiar.”

Porém quando chegou o momento, exerceu com maestria. Assumiu a presidência da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo e contribuiu na reestruturação de diversas áreas, além adquirir uma nova sede para a Sociedade, o que era um desejo antigo dos sócios.

Da vida acadêmica, traz o sentimento de que os anestesiólogos merecem a oportunidade de atualizar-se, inclusive os que atuam em regiões mais distantes. Com grande satisfação contribuiu



para a estruturação do **Congresso Paulista de Anestesiologia (COPA)**. “Ao analisar a procura por temas específicos no COPA pelos associados, surgiu a ideia da confecção de livros anuais de atualização com esses temas. Foi com a colaboração voluntária de sócios especialistas daquelas áreas que conseguimos distribuir as primeiras edições.”

Nestes 60 anos sabemos como a tecnologia avançou. Em todas as áreas do conhecimento e na medicina, o avanço foi surpreendente, e o Anestesiólogo foi se adaptando aos mais diversos progressos. “Desde a evolução dos exames por imagem que tornaram mais precisos os diagnósticos e, portanto, contribuíram para uma melhor avaliação pré-anestésica, à fabricação de melhores equipamentos para a anestesia e a assistência pós-operatória. Do ponto de vista da indústria farmacêutica, o arsenal à disposição dos anestesistas tornou o ato anestésico/cirúrgico muito mais seguro. Além disso, o avanço na monitorização intra-operatória permitiu a realização de procedimentos cada vez mais complexos até mesmo em pacientes de alto risco.”

Do ponto de vista profissional, os anestesiólogos progressivamente estão assumindo a recuperação dos pacientes no pós-operatório imediato, uma atribuição que ainda dividem com os médicos intensivistas, considerou ao final da resposta.

“No período de formação, pude conviver com grandes profissionais, dos quais recebi conhecimentos científicos, ensinamentos comportamentais de respeito aos pacientes e éticos necessários para a boa prática da especialidade. Dentre eles, destaco as professoras Eugesse Cremonesi e Carmen Narvaes Bello. As duas tinham em comum uma personalidade forte e passei a admirá-las pela concretude da vida familiar que sempre sonhei. Ambas tiveram uma vida profissional intensa, se destacaram pela garra e pela honestidade com as quais defendiam suas ideias, além da capacidade de adotarem e de implantarem mudanças posturais na especialidade.

Dentro da UNICAMP, tive a honra de trabalhar com mulheres como a Dra. Sílvia Brandalise, oncologista pediatra que criou e coordena um Centro para o atendimento de crianças com câncer. Esta obra grandiosa se destacou no cenário médico pela assistência humanizada que presta a essas crianças, Pela qualidade do ensino e a relevância das pesquisas científicas que realiza Fora da medicina, admiro a obra da Madre Teresa de Calcutá. Ela pregou o amor na sua forma mais ampla, o amor caridoso. Uma de suas frases me faz refletir sobre o dia a dia de minha vida profissional: ‘Por vezes sentimos que o que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota’”.

“Acredito que, em qualquer profissão e em especial na medicina, o importante é que seja praticada com amor e exercida com a máxima competência. Portanto, a cada dia ofereça aos seus pacientes aquilo que você tem de melhor, tanto no aspecto técnico, como no aspecto humano. Busque viver a vida de forma completa, identificando quais aspectos lhe trazem felicidade e lhe tornam uma pessoa cada dia melhor, não importando o tamanho do obstáculo a ser superado”, finaliza.

Aquém das questões de gênero, a história das mulheres na medicina brasileira é de inquestionável avanço. Excelentes profissionais desafiam e enfrentam todas as batalhas desta da profissão. O precedente foi aberto por Rita Lobato Velho Lopes, primeira médica brasileira e o legado é construído todos os dias por vocês, doutoras.



OS CAMINHOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA PRÓXIMA DÉCADA



Dr. Luis Antonio Diego

Professor Associado da Universidade Federal Fluminense
Doutor em Anestesiologia UNESP - Botucatu
Diretor do Dep. Defesa Profissional da SBA

A história do desempenho humano na Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente sempre foi repleta de acertos e desacertos, desde os primórdios da humanidade, com o “xamanismo” e outras formas de esoterismo, até mesmo após o renascimento, com o desenvolvimento do pensamento científico, no qual a medicina moderna ocidental encontrou seu campo de prática.

Ao seguirmos a linha do tempo da medicina, podemos observar alguns fatos marcantes relacionados aos aspectos da Segurança do Paciente. Nos dois últimos séculos esbarramos com alguns deles, os quais, por si só, muito contribuíram para o desenvolvimento da medicina, sua solidez como ciência e, por que não arriscarmos dizer que, também do curso da humanidade?

Um dos marcos foi o entendimento da importância da desinfecção das mãos entre o contato com os pacientes submetidos a intervenções de algum modo cruentas. Ignaz Semmelweis, com seu olhar perspicaz e investigativo, identificou esse simples processo como método eficaz na redução da mortalidade puerperal. Lembramos que essa constatação ocorreu em meados do século XIX, mas atualmente permanece como um desafio à Segurança do Paciente.

Também, em meados do século XIX surge outra grande contribuição, as então inovadoras práticas propostas por Florence Nightingale, atual patrona da enfermagem. Durante a Guerra da Crimeia, ela observou que o registro de alguns dos poucos parâmetros clínicos do paciente poderiam se transformar em informações bastante relevantes para o seguimento clínico e, por conseguinte, estimar a previsão da evolução da doença. Suas observações no cuidado de seus pacientes também permitiram avaliar a importância do controle sanitário para a efetiva redução da mortalidade.

No início do século XX, coube a Ernest Codman a primeira proposta consistente para o gerenciamento dos indicadores e dos resultados clínicos. Foi dele a recomendação de que os hospitais deveriam seguir seus pacientes por um tempo suficientemente extenso, com o objetivo de conhecer os resultados e a eficácia do tratamento; e ele foi além, defendendo que os hospitais elaborassem relatórios em um sistema de registro uniforme, para que com esses dados todos pudessem “aprender com os erros”. Na mesma época, o recém-formado *American College of Surgeons* (Colégio Americano de Cirurgiões) organizou o *Hospital Standardization Program* (Programa de Padronização Hospitalar), definindo-o como um conjunto de padrões de qualidade aos quais os hospitais deveriam se adequar e os cirurgiões pudessem referenciar aos seus pacientes; esses padrões relacionavam-se a recursos diagnósticos e terapêuticos, prontuários clínicos e organização do corpo médico.

Desde então, a Qualidade nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) foi objeto de estudo de muitos “gurus da qualidade”, e Avedis Donabedian, já na segunda metade do século XX, foi um dos principais estudiosos da Qualidade na saúde. Sua famosa tríade: Estrutura, Processo e Resultado ainda hoje norteiam os estudos da Qualidade em Saúde. Entretanto, somente na virada do novo milênio é que surgiu outra efeméride cujas consequências ainda estamos presenciando.

Donabedian já havia estabelecido a Segurança do Paciente como uma das dimensões da qualidade. Porém, foi com a publicação de *To Err is human – Building a Safer Health System* (Error é Humano – Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro)¹ que a real fragilidade do sistema de saúde estadunidense no final do século XX foi explicitada para a população, profissionais de saúde, governos e população em geral.

Durante a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2002, todos os Estados membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), cientes da fragilidade do sistema de saúde como um todo, uniram esforços para que a situação pudesse ser modificada e, dois anos depois, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação de uma Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Essa Aliança mundial teve como missão gestar o desenvolvimento de políticas e práticas facilitadoras para a segurança do cuidado na saúde. A Segurança do Paciente continuou a ser uma das dimensões da qualidade do cuidado, mas tornando-se quase que um astro com luz própria.

Para o primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente no biênio 2005/2006 pensou-se na redução de infecções associadas ao cuidado, cujo tema escolhido pela Aliança foi: “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”. O segundo Desafio Global (2007/08) procurou promover cirurgias mais seguras com o tema: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. O destaque foi para a elaboração e promoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*checklist*), – ferramenta simples e de baixo custo. O Terceiro Desafio Global, mais recente, teve por objetivo a redução de danos graves e evitáveis associados ao uso de medicamentos. A escala mundial da divulgação dessas ações garantiu um forte e rápido compromisso de ministros da saúde, associações de profissionais, reguladores, líderes do sistema de saúde, sociedade civil e profissionais de saúde para a implementação dessas práticas nas instituições mais renomadas.

Em todo o mundo muito se tem feito para identificar danos evitáveis em saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 529/2013², com o “Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)”, e a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), no mesmo ano, publicou a RDC 36 (Resolução da Diretoria Colegiada) com a finalidade de “instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde”³. Tais medidas foram importantes para a institucionalização da prática e da Cultura da Segurança nos EAS no Brasil, ainda que haja muito a ser feito para a real efetividade em todo o território nacional.

Em 2013, a Southern California-RAND Evidence-based Practice Center (EPC), associada à University of California, à Johns Hopkins University e ao Emergency Care Research Institute (ECRI) Shekelle et al⁴ (2013), realizou uma revisão sistemática para avaliar em maior profundidade as “Estratégias para a Segurança do Paciente”. A conclusão dessa importante revisão (*Safer II*) foi que, “apesar de mais de uma década de esforço, há poucas evidências de que os desfechos dos pacientes (amplamente medidos) melhoraram significativamente, embora tenha havido algum sucesso (geralmente nos esforços para reduzir um determinado tipo de dano, geralmente usando um método de melhoria)”. Outra importante observação é que houve, ao longo da primeira década do

“ Apesar de todas as dificuldades, esse momento trouxe a oportunidade de se discutir a situação da Segurança do Paciente e, principalmente, o entendimento de que a saúde ocupacional do profissional é parte indelével da Segurança do Paciente e é impossível desvinculá-la da Saúde Ocupacional ”

milênio, maior sofisticação ao se enfrentar os desafios de manter os pacientes mais seguros. Entretanto, também observaram que os fundamentos não mudaram. Profissionais capacitados e bem treinados continuam sendo necessários, mas eles necessitam ter acesso a informações confiáveis para que atuem em consonância com as boas políticas institucionais. Outra constatação relevante foi a importância da liderança nesses processos.

A OMS, em 2016, novamente preocupada com as dificuldades encontradas no caminho da Segurança do Paciente em muitos países, realizou uma consulta global sobre esse tema⁵ e, na análise dos resultados, observou que a escala de danos evitáveis em sistemas de saúde em todo o mundo ainda é inaceitavelmente alta e evidencia poucos sinais de melhoria, apesar de todo o trabalho anteriormente desenvolvido pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Essa constatação levou à consolidação e ao desenvolvimento da segunda fase do programa global de segurança do paciente da OMS.

A 72ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), ocorrida em maio de 2019, teve como tema principal a questão do “Acesso Universal à Saúde”, principalmente nos países de baixa e média renda. Nas discussões que se seguiram durante a Assembleia, o maior questionamento em relação ao tema foi: como ter Acesso Universal sem antes ter-se consolidada a Segurança do Paciente? A decisão decorrente foi a de solicitar ao Diretor-Geral da OMS a elaboração de um Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente, a ser proposto para a próxima década (2021-2030); o objetivo do plano de ação é o desenho estratégico para o caminho do “Dano Zero no Cuidado da Saúde”; premissa e alicerce para a construção do Acesso Universal à Saúde. A primeira ação foi o lançamento do Dia Mundial da Segurança do Paciente, a ser comemorado anualmente a cada dia 17 de setembro. Neste atípico ano de 2020, a Anestesiologia brasileira participou ativamente desse compromisso.

Atualmente, estima-se que em países de baixa e média renda cerca de 25% dos pacientes sofrem algum prejuízo com a fragilidade no cuidado, totalizando uma média de 134 milhões de eventos adversos anuais devidos a procedimentos inseguros nos hospitais e contribuindo para aproximadamente 2,6 milhões de mortes⁶; mas também em países de alta renda estima-se que até 15% dos gastos hospitalares podem ser atribuídos a desperdícios devido à falhas de segurança, sendo que “erros de medicação”, tais como dosagens ou infusões incorretas, são uma das principais causas de danos que poderiam ser prevenidos; o custo global desses eventos é estimado em US \$ 42 bilhões ao ano.

A COVID-19 e a Segurança do Paciente

A pandemia causada pelo SARS-Cov2 neste ano de 2020 vem promovendo um maior reconhecimento dos riscos aos pacientes. Há a escassez de leitos hospitalares, mas também de profissionais capacitados e qualificados para determinadas funções e tipos de cuidado (acesso à via aérea, p. ex.), veio a público e vem sendo amplamente discutida. Outra

questão importante é a reserva estratégica de insumos e medicamentos, inclusive de anestésicos e drogas coadjuvantes. Apesar de todas as dificuldades, esse momento trouxe a oportunidade de se discutir a situação da Segurança do Paciente e, principalmente, o entendimento de que a saúde ocupacional do profissional é parte indelével da Segurança do Paciente e é impossível desvinculá-la da Saúde Ocupacional; ou seja, um binômio explicitamente indissolúvel.

Princípios norteadores para a Segurança do Paciente na próxima década

Em agosto de 2020, a OMS apresentou o “Primeiro Rascunho” do já referido Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente⁶ e nele apresentou alguns princípios norteadores para as ações na próxima década.

O **primeiro princípio norteador** apresentado é que os pacientes e seus familiares participem do próprio cuidado juntamente com os entes do setor de saúde. Mas tal princípio só possuirá validade se pacientes e familiares forem bem informados; se a comunicação for efetiva.

Na anestesiologia, a consulta pré-anestésica em ambiente ambulatorial deve ser realizada em todos os procedimentos eletivos. É um momento importantíssimo para se estabelecer um vínculo com o paciente e, por conseguinte, discutir sua participação no próprio cuidado anestésico como, por exemplo, na observância correta do jejum pré-operatório, na adequação da medicação de uso contínuo etc. A consulta pré-anestésica também é o melhor momento para se iniciar o processo de consentimento livre e esclarecido para o ato anestésico. O termo deixa de ser tão somente um documento “burocrático” a ser firmado com o objetivo de proteção da conduta profissional passível de algum dano, ainda que inevitável devido às condições clínicas do paciente, para tornar-se um entendimento de todo o ato anestésico, com os seus pontos positivos e as possíveis complicações.

Princípios Norteadores para a Segurança do Paciente 2021/31 – OMS

- Participação mais efetiva de pacientes e familiares no seu próprio cuidado
- Trabalho mais colaborativo no setor saúde
- Provimento de uma maior capacidade de análise de dados
- Maior capacidade das instituições em transformar as evidências científicas em melhorias mensuráveis
- Aprimoramento da Educação da Segurança do Paciente
- Considerar as peculiaridades locais para a implantação dos princípios globais.

O **segundo princípio norteador** estabelece que os resultados devam advir de um trabalho colaborativo. A própria OMS assume o compromisso de orientar políticas que favoreçam a implementação da Segurança do Paciente, considerando, inclusive, o surgimento de tecnologias inovadoras e disruptivas. A Anestesiologia, especialidade com uma relevante participação em diversos segmentos da gestão em saúde, possuirá um crescente papel no gerenciamento da Qualidade e Segurança do Paciente, além de despontar como uma liderança desses processos em relação à outras especialidades.

A capacidade de análise de dados vem alcançando limites nunca antes possíveis com as novas tecnologias digitais, e por isso teve destaque como um **terceiro princípio norteador** da Segurança do Paciente para a próxima década. A obtenção de dados sobre eventos adversos, e a subsequente análise, serão fundamentais na geração do conhecimento, que se transformará em práticas mais seguras. Esse processo, porém, não é um processo simples e imediato, mas essencial.

O **quarto princípio norteador** é o aprimoramento da capacidade de instituições em transformar as evidências científicas em melhoria mensurável. É conhecida a lacuna entre o que deve ser feito e o “saber-fazer”. A partir das evidências obtidas com a análise de dados as instituições precisam compreender a totalidade do processo de mudança. O anestesiolista exerce sua prática profissional em equipe e, há algum tempo, vem tendo a oportunidade de conhecer diversas áreas das instituições de saúde.

A anestesia fora do centro cirúrgico e em nível ambulatorial é uma realidade há décadas e tiveram a oportunidade de conhecer e transitar por diversos setores e especialidades. As Sociedades de Anestesia vem atuando nesses dois pilares: educação profissional e formação de líderes capazes de transformar a evidência científica em melhoria. Essas características permitirão que atuem, sobre tudo, **quinto princípio norteador**, ou seja, na **Educação da Segurança do Paciente**. Na verdade, a própria especialidade já está comprometida com a conscientização e defesa desses princípios, e habituada a processos de persuasão de gestores e outros profissionais (*Advocacy*).

O Brasil é um país de grande extensão territorial, de importantes diferenças regionais nos costumes e também de enorme desigualdade social. O **sexto princípio norteador** apresentado no Plano de Ação para a próxima década trata especialmente desse aspecto. É tácito que muito do esforço e da pesquisa em Segurança do Paciente se concentrou em países de alta renda e em grupos hospitalares de ponta, que atendem uma elite econômica. Um Plano de Ação Global não pode deixar de considerar esse importantíssimo aspecto.

Todos os princípios anteriormente descritos devem adequar-se ao contexto local. As soluções devem ser adaptadas no particular, muitas vezes distante de locais com melhor infraestrutura e sistemas com desenhos ultrapassados. O Brasil ainda possui um quantitativo de EAS inadequados aos caminhos da Qualidade e Segurança do Paciente. Conforme o relatório da Federação Brasileira de Hospitais e Confederação Nacional de Saúde⁷, a maioria dos 4.267 hospitais privados existentes no país em janeiro de 2019, está localizada na região Sudeste (41,4%). Desses 4.267 hospitais, cerca de 3000 (72%) estão situados no interior do país e aproximadamente 57% possuem menos de 50 leitos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

O desempenho de atividades, especialmente aquelas com maior risco, nem sempre segue o esperado por diversos motivos. Um conceito importante é o da diferença entre o trabalho imaginado, ou ideal, e o que é realizado. Essa diferença é observada em todos os segmentos das atividades laborais: no desenho das atividades, no planejamento e no próprio gerenciamento da segurança. O anestesiolista, profissional da saúde que nasceu da necessidade de maior segurança do ato anestésico-cirúrgico, deve, na próxima década, olhar para os princípios norteadores da Segurança do Paciente estabelecidos no Plano de Ação Global e tentar transformar o trabalho imaginado em trabalho real.

REFERÊNCIAS

- 1 - To err is human : building a safer health system / Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, editors. | 2 - Ministério da Saúde, Portaria 529 de 1º de abril de 2013, Brasil. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html (Acesso em 23 out. 2020). | 3 - Ministério da Saúde, Resolução - RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013; ANVISA, Brasil. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html (acesso em 23 de out. 2020). | 4 - Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, Shojania K, Reston J, Berger Z, Johnsen B, Larkin JW, Lucas S, Martinez K, Motala A, Newberry SJ, Noble M, Pfoh E, Ranji SR, Rennke S, Schmidt E, Shanman R, Sullivan N, Sun F, Tipton K, Treadwell JR, Tsou A, Vaiana ME, Weaver SJ, Wilson R, Winters BD. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. (Prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10062-I.) AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html. | 5 - Global Consultation Setting Priorities for Global Patient Safety 26-28 September 2016, Florence, Italy. <https://www.who.int/patientsafety/conceptnote-spgps16.pdf?ua=1> (Acesso em 23 de out. de 2020). | 6 - First Draft of Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Towards Zero Patient Harm in Health Care. August 2020. https://extranet.who.int/dataformv3/upload/surveys/959279/files/First%20draft_Global%20Patient%20safety%20Action%20Plan_August%202020.pdf | 7 - Cenário dos Hospitais no Brasil. 2019. https://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019_10maio2019_web.pdf (Acesso em 23 de out. de 2020).



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

A MEDICINA PERIOPERATÓRIA ORIENTADA PARA O DOENTE



Dr. João Pina

Assistente Hospitalar Sênior, Especialista em Anestesiologia e em Medicina Intensiva. Atualmente, frequenta o Programa de Doutoramento em Bioética pelo Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução

Área por excelência da Anestesiologia, a Medicina perioperatória tem recebido nos últimos anos a inspiração e a atenção da Medicina Centrada no Doente (PCM).

Já não é suficiente a cirurgia correr bem e o procedimento ser inédito, tremendamente trabalhoso, imaginativo ou teoricamente avançado. *“The operation was a success but, unfortunately, the patient died.”*

Esta frase repetida vezes sem conta, umas em tom jocoso e outras de forma muito mais séria, pode ser rastreada até ao século XIX. A sua “sobrevivência” até aos dias de hoje demonstra as diferentes percepções de sucesso que persistem ainda entre os médicos.¹ Tornou-se importante, sobretudo com a pressão das entidades pagadoras, identificar *outcomes* que agradem e satisfaçam os doentes e a sua família. Um destes *outcomes* que tem merecido mais debate e atenção é a sobrevivência sem incapacidades. Ou seja, sobreviver com a percepção para o doente e para a família de não ter havido sequelas identificáveis que comprometam a suas competências prévias. Mais, a experiência pela qual o doente passou deve ficar marcada pela atenção dada à informação e à comunicação numa relação com traços de afectividade.

Torna-se pois portanto, urgente que os médicos e a Medicina, nomeadamente a perioperatória no caso da Anestesiologia, desperte bem para este tema, conceba e implemente os indicadores e as métricas necessárias que têm a fiabilidade e a capacidade para perceber o valor das intervenções estratégicas que se começam a delinear ou que virão a ser propostas no futuro garantindo *outcomes* completos que reflectam os resultados técnicos e a satisfação do doente.

Definição

Charles Bardes² começa o seu artigo com uma história conhecida de todos: O doente vai à consulta de Ortopedia por uma dor no joelho. O Cirurgião entende que não existe indicação cirúrgica e, por essa razão, envia o doente para a consulta de Reumatologia; o Reumatologista não encontra evidência de doença inflamatória sistémica e envia o doente para a consulta de Medicina Física e de Reabilitação que por sua vez o envia ao técnico de Fisiatria que finalmente o trata e alivia da dor resolvendo o problema do doente.

Surpreendentemente todos fizeram o papel que lhes cabia pela respectiva especialidade, provavelmente com toda a qualidade e toda a autoridade, mas ninguém resolveu o problema do doente. Esta “indiferença” perante o caso concreto do doente pondo em causa a própria vocação médica, deve-se a vários factores que influenciaram o médico e o doente no seu “trajecto”. É um pouco como se se estivesse a construir uma ponte começando nas duas margens ao mesmo tempo. Uma ponte que provocasse o encontro do médico com o doente.

Só se sabe que é para construir porque assim está previsto e assim dita o plano. Cada equipa começa ao mesmo tempo em cada margem, mas perdem de vista, por razões diversas, o seu complemento do lado oposto. Talvez porque as margens estão muito afastadas, talvez pelo nevoeiro que se levanta, talvez porque olhem demasiado para o seu projecto e pouco para o que se passa à volta. Perdendo a referência, qualquer vento, qualquer acidente do terreno ou a força das águas no

rio, qualquer diferença nos coeficientes de dilatação dos materiais que vão sendo aplicados, provocam pequenos desvios, que se vão somando e o resultado é a insatisfação e frustração do doente quando não encontra a frente de construção do lado oposto. Ou o alinhamento é parcial e só permite uma passagem difícil e condicionada. E é essa a realidade do aforismo do século XIX e é essa a realidade da pequena história de Charles Bardes que se repete dia após dia. Reconhecê-lo é um passo decisivo para a sua resolução.

O termo *“Patient Centered Care”* parece ter sido cunhado em 1969 por uma psicanalista britânica chamada Enid Balint. [1] Descrevia este termo como sendo uma forma de minipsicoterapia que qualquer médico podia praticar no intuito de perceber quais os transtornos psíquicos associados a uma determinada doença num determinado doente. O conceito opunha-se ao de *“Illness Centered Care”* e intrincava-se bem nas críticas que se fazem ainda hoje à Medicina em que se discute a doença virado para a fisiopatologia ou para os procedimentos ou para os monitores ou até virados para o risco penal do Direito em Medicina mas de costas para o doente. No fundo, o que Balint propunha, era que para cada doente, recorrendo à psicoterapia, se fosse procurando as referências da margem oposta em direcção à qual se tem que construir a ponte.

Alguns marcos históricos foram deixados nesta área por Engel e o seu modelo psico-social, Cassell e o esforço para compreender a relação médico-doente e, também, Kleinman que tentou diferenciar *“disease”* de *“illness”* com base nas percepções do doente marcando o contraste com o recurso à fisiopatologia usada pelo médico.⁴

O conceito de *Patient Centered Medicine*, inspirado no *Patient Centered Care*, assume o cariz holístico, re-orienta o locus dos cuidados médicos diferenciados e especializados para os cuidados primários, mas também transforma o doente num consumidor pleno em que o sistema de saúde trabalha, sobretudo, para o deixar satisfeito. Aquele doente que um dia foi paternalizado pelo médico agora vê-se no meio do mercado procurando escolher o produto que, não só resolve o seu problema clínico, mas que o resolve de acordo com as suas preferências, gostos pessoais e perfil específico.

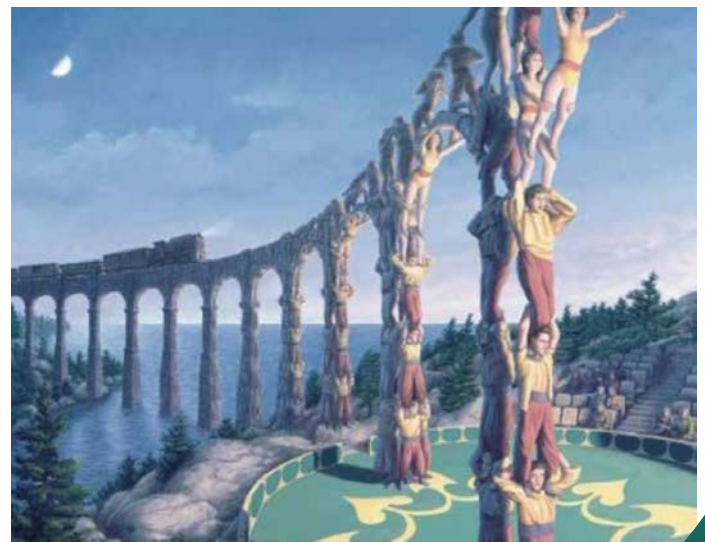


Figura 1 – Acrobatic Engineering por Rob Gonsalves³

“ A Anestesiologia, como actividade médica, clínica e técnica, perioperatória que é, revelou-se uma disciplina privilegiada por várias razões, e por essas mesmas razões tem primazia natural no entendimento e na adopção da PCM ”

Este facto não deixa de ser preocupante e por isso é necessário olhar para a Patient Centered Medicine como uma metáfora que contrasta com a Doctor Centered Medicine. Talvez o termo mais apropriado devesse ser Medicina Orientada para o Doente.

A medicina perioperatória para o doente

A importância real da experiência a que o doente é submetido quando se sujeita aos cuidados de saúde, é assumida e consolidada classicamente com o reconhecimento dos 8 princípios de Picker num livro publicado em 1993 intitulado “*Through the Patient’s Eyes*” fruto do trabalho de investigação da escola médica de Harvard apoiada pelo Instituto Picker e por fundos da Commonwealth: (1) O respeito pelos valores, preferências e necessidades do doente, (2) A coordenação e integração de cuidados, (3) Informação, comunicação e educação, (4) Conforto físico, (5) Suporte emocional e mitigação do medo e da ansiedade, (6) Envolvimento dos familiares e amigos, (7) Continuidade e transição, (8) Acesso aos cuidados.

Este trabalho veio abrir a prática clínica de novo ao doente e para o doente, mitigando o fundamentalismo inicial da PCM ao permitir a sua aplicação prática em qualquer área da saúde e devolvendo a esta o verdadeiro estatuto como bem precioso, inestimável cuja preservação sendo obrigação do doente não isenta o médico.

De acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa Medicina Perioperatória radica no termo perioperatório que diz:

pe-ri-o-pe-ra-tó-ri-o
(peri- + operatório)
adjectivo

1. [Medicina] Relativo a ou que ocorre em qualquer período desde a fase pré-operatória até ao retorno do paciente à sua vida normal após a cirurgia (ex.: monitorização perioperatória).

substantivo masculino

2. [Medicina] Período que decorre desde a preparação da cirurgia até ao regresso do paciente à vida normal após a cirurgia (ex.: foi feito acompanhamento cardiológico global no perioperatório).

A Anestesiologia, como actividade médica, clínica e técnica, perioperatória que é,⁵ revelou-se uma disciplina privilegiada por várias razões, e por essas mesmas razões tem primazia natural no entendimento e na adopção da PCM. Vejamos, sobreviveu ao retalhamento vocacional em especialidades sofrido pela Medicina conservando um cariz generalista, não compartimentado, não sendo guardião de nenhum órgão ou sistema mas obrigando-se a compreender o organismo e a fisiopatologia no seu todo. Esta visão da Anestesiologia abre-lhe o caminho à compreensão da PCM mas traz, por esse motivo, muitas responsabilidades em todo o processo perioperatório.

Em segundo lugar o Anestesiologista apresenta-se como mediador conciliando a agressividade do processo cirúrgico com o bem-estar do doente não apenas através da técnica anestésica para permitir a intervenção cirúrgica mas também como explicador do processo, tranquili-

zador, tradutor da linguagem médica, tantas vezes o único médico que consegue articular o processo técnico com a preparação e informação ao doente. O Anestesiologista também precisa frequentemente a Medicina Perioperatória Orientada para o Doente Patient-Oriented Perioperative Medicine de ser intérprete do doente, isto é, perceber o que o doente quer, quais são as suas preocupações, o que é para o doente uma cirurgia e uma anestesia com êxito, perceber se sobreviver aos 90 anos é o maior sucesso para o doente, saber o que perturba mais o doente e a família na “experiência” hospitalar, e tantas outras. O Anestesiologista, pela sua versatilidade, inerente à sua vocação e à natureza da Anestesiologia, consegue frequentemente configurar o processo anestésico de forma a obter maior conforto para o doente, condições para a cirurgia, e ainda respeitar as preferências do doente. Em Maio de 2017 a newsletter da American Society of Anesthesiologists (ASA) publica a história duma doente que foi submetida a cirurgia do tornozelo e que conta⁶: “*I recently had surgery on my ankle. Because my church choir activities are extremely important to me, I was concerned when the surgeon mentioned that the procedure would be done under general anesthesia, as my friend recently had a sore throat and hoarseness for a couple of weeks after her surgery. You can’t imagine how relieved I was when my anesthesiologist presented the option of spinal anesthesia. The brochure that explained the block, along with its risks and benefits, clarified the upsides and downsides of my anesthesia choices. I was thrilled with the outcome of the spinal. Please thank my anesthesiologist for offering me this choice.*”

Finalmente o Anestesiologista assume-se frequentemente como provedor do doente pois a proximidade criada pela relação pré-operatória do Anestesiologista com a família e com o doente traz responsabilidades acrescidas na gestão e na definição das preferências e vontades destes. O que vai ser feito já o disse o Cirurgião. Traz consigo a promessa duma cura ou duma melhoria funcional. No entanto, como vai ser feito, como operacionalizar, quais as complicações, como se preparar, isso cabe ao Anestesiologista e aos enfermeiros do serviço. O rosto do Anestesiologista é o primeiro rosto médico que vê depois de aceitar a cirurgia na consulta de anestesiologia ou ao chegar à sala de operações, é o último que vê antes de perder a consciência e é o primeiro que vê quando acaba a intervenção. É também o rosto da equipa de dor aguda que o acompanhará nas dores, nos enjoos, na ansiedade, na articulação com a estrutura hospitalar em partilha com os enfermeiros do serviço. Muitas das vezes o Anestesiologista é o médico que vela pelo controlo e pela evolução da patologia associada como a hipertensão arterial, a doença pulmonar obstrutiva crónica e a diabetes.

Dali para a frente o Cirurgião vê os drenos e manda tirar os pontos. Se só for isto, a cirurgia será considerada um êxito. E tudo o resto? As expectativas de melhoria cumpriram-se? Não acrescentámos mais uma incapacidade? Mitigámos a ansiedade? Como está a família a reagir ao internamento do doente? Todas as características apontadas se expressam num ambiente de significativa gravidade, seja no período perioperatório, seja enquanto actividade em Medicina Intensiva, seja numa Reanimação Cardio-respiratória, seja na dor crónica

incapacitante associada ou não a processos oncológicos. São momentos intensos, de grande vulnerabilidade, e muito significativos na vida da pessoa e dos seus próximos. Forçosamente têm que encontrar reciprocidade nos profissionais de saúde.

Qualidade, satisfação e segurança

Historicamente a Anestesiologia tem as suas raízes mergulhadas no conforto e na segurança do doente. Esse facto é inegável e cria uma responsabilidade vocacional, técnica e ética, actual e urgente, de responder aos problemas duma medicina perioperatória que cumpre os requisitos das instituições e dos profissionais mas em que o doente por vezes parece ser marginal. A Anestesiologia perfila-se isolada como sendo a disciplina médica que pode compreender e ajudar a resolver a marginalização a que o doente tem sido votado.

Larsson e colaboradores,⁷ num estudo publicado em 2013, constatarem que já outros profissionais de saúde, na primeira década do século XXI, tinham reconhecido e adoptado o PCC como uma prática necessária e desejável. E defende a inclusão dessa prática no treino da Anestesiologia. Importa, portanto, mudar a atitude e mais que: “*What is the matter with the patient?*” interessa “*What matters to the patient?*” como refere Smith num artigo de correspondência.⁸

Assim, o Anestesiologista na sua actuação ubiqüitária, encontra-se numa posição privilegiada, fulcral, para praticar, divulgar, demonstrar e defender a PCM em Anestesiologia. Jeffrey Cooper e David Longnecker⁹ referem os princípios que devem guiar a PCM em Anestesiologia:

1. O doente deve ser o foco dos cuidados anestésicos.
2. O objectivo principal dos cuidados anestésicos tem de ser garantir que nenhum doente será lesado.
3. Prevenir a lesão constitui um desafio porque os cuidados de saúde são complexos, os eventos adversos são raros e inesperados resultando frequentemente dum conjunto de factores e não duma causa apenas.
4. Os eventos adversos graves são normalmente o resultado de fraquezas do sistema de cuidados anestésicos e não são culpa de clínicos incompetentes.
5. A prevenção dos eventos adversos necessita duma estratégia concertada e não apenas de simples vigilância
6. As organizações, os departamentos e os grupos devem utilizar uma abordagem hierárquica e incentivar ao compromisso com um ambiente seguro e uma política de segurança.
7. A segurança deve ser a primeira prioridade a fim de criar uma organização que opera no nível mais elevado de fiabilidade.
8. Os profissionais em Anestesiologia devem usar um leque alargado de táticas que visem a máxima segurança.
9. O trabalho de equipa e a comunicação entre os prestadores de cuidados perioperatórios são componentes críticos da segurança para o doente. Permito-me acrescentar um último:
10. Em caso de dúvida prevalece o primeiro princípio.

Os indicadores de qualidade têm que ser vistos com muita precaução porque estão aferidos não às preferências do doente mas à eficiência das instituições.^{10,11} Bayman¹² chama a atenção para o “*time to extubation*” como exemplo dum indicador que não avalia o desempenho do Anestesiologista, ao contrário do que se pretendia com a sua introdução, mas reflecte antes o funcionamento dum sistema onde também se inclui o tipo de cirurgia, desempenho e experiência do Cirurgião, enfermeiro de anestesia, o médico interno de Anestesiologia em formação, disponibilidade de fármacos e funcionamento, vigilância e segurança, do recobro e da enfermaria, além do desempenho do próprio Anestesiologista.

Assim, neste estudo Bayman recomenda alguma cautela na avaliação dos indicadores de qualidade. Em primeiro lugar atenção às análises estatísticas simplistas quando comparam qualidade. A Anestesiologia,

pela sua natureza, obrigase à qualidade e à segurança. Em caso de dúvida é melhor reler a análise estatística. Em segundo lugar desconfiar de indicadores de qualidade muito fáceis de medir: Porquê 15 minutos o tempo limite de qualidade para a extubação? Porquê 10 minutos para uma consulta? Será que é nisto que queremos basear a qualidade da Anestesiologia e definir cuidados de excelência ao doente? A anestesia é um botão que se liga e desliga? Que se toma quanto quer? Não me parece. A terceira mensagem que Bayman deixa é mais perturbadora.

Além de Bayman outros autores deixam transparecer que poucas são as medidas implementadas, ou fáceis de implementar, que garantem, de acordo com a análise dos Anestesiologistas, processos de qualidade. Mesmo quando bem fundamentadas e implementadas com sucesso os resultados institucionais são fracos e, na melhor das hipóteses, mostram diferenças a nível individual. Mesmo o impacto clínico demonstrado é débil. Desta forma os Anestesiologistas correm o risco de mostrar aos políticos, gestores e financiadores falta de vontade ou incapacidade para melhorar o que quer que seja.

Na realidade, uma análise mais detalhada de Bayman mostra que o Anestesiologista raramente está sozinho num processo e portanto torna-se necessário delinear estudos mais abrangentes e discriminatórios com métricas e indicadores bem validados que, para além da satisfação do doente, traduzam eficiência e ganhos financeiros com qualidade caso contrário esse trabalho será feito pelos burocratas. E o resultado é fácil de imaginar.

A satisfação como parte do outcome tem sido talvez o aspecto mais bem estudado em Anestesiologia no âmbito da PCM.³⁻¹⁶ A garantia de que as preferências e os valores do doente estão incluídos no processo de decisão médico além de estarem no topo das preocupações de vários serviços de saúde, como o britânico, fazem parte da agenda de todas as seguradoras nos EUA. Como afirma Heidegger e colaboradores¹⁴ no estudo publicado em 2013, ficou claro que a satisfação do doente é um outcome importante e que a orientação dos cuidados de saúde em Anestesiologia tem de incluir forçosamente informação, comunicação, relação emocional e continuidade de cuidados. Escreve Roger Goss, advogado que foi Director do Conselho Editorial do *British Medical Journal*: “*To be satisfied, I want to be informed*”.

Apesar da linha anglo-saxónica contrastar com o paternalismo europeu, nomeadamente nos países do sul da Europa, algures no meio deverá residir a justa medida do comportamento médico e da tolerância e exigência do cidadão que recorre aos cuidados de saúde. É certo que o universo da saúde perdeu a sua característica ptolemaica em que tudo girava à volta do médico-feiticeiro-monarca mas também não é o bem maior do doente que fica salvaguardado num modelo copernicano em que tudo e todos se sujeitam ao heliocentrismo. Nenhuma metáfora é completa e indesmentível e a verdade é que a doença e a morte fazem parte da vida e, tal como a gravidade dos planetas provoca interacções gravitacionais mútuas, também a doença de cada pessoa terá que provocar alterações na sociedade em que cada um habita. O que resulta da teoria copernicana, na perspectiva relativística mais adoptada, é que ninguém se encontra numa posição privilegiada para observar o Universo. A co-existência e o respeito mútuo pela trajectória de cada um, a noção de vulnerabilidade e a percepção que cada um, como pessoa e profissional, se constrói na alteridade, em função do outro, são fundamentais para encontrar essa justa medida em cada momento.

Estratégias para fazer chegar a PCM ao doente e à Instituição

Como já foi referido o Anestesiologista, por si só, tem pouco impacto no desempenho do hospital e nos indicadores de qualidade e eficiência. Mas o ADN do Anestesiologista, quando este expande a sua capacidade de influenciar através da liderança dum grupo motivado, como responsável pela medicina perioperatória, pode

ter um papel chave na aceitação de processos orientados para o doente com vista a melhorar o desempenho, aumentar a satisfação do doente e garantir a qualidade e a segurança nos cuidados perioperatórios.^{5,17} A própria instituição, acaba por dirigir a sua atenção para este processo em particular mas que se pode tornar inspirador para outros sectores.

Por exemplo, num *Projecto de Melhoria nos Cuidados Cirúrgicos* podem ser incluídas referências métricas como por exemplo: 1) Profilaxia antibiótica 1 hora antes da incisão¹⁸; 2) Suspensão da profilaxia antibiótica às 24 horas; 3) Tricotomias adequadas ao procedimento cirúrgico; 4) Remoção da algália às 48 horas de pós-operatório; 5) Controlo da temperatura intra-operatória; 6) Profilaxia do trombo-embolismo venoso.

Outra estratégia importante deverá contemplar a Manutenção dos Padrões de Segurança relacionados com o procedimento anestésico. O Institute of Medicine (IOM) reconhece que a Anestesiologia reduziu muito a mortalidade do procedimento anestésico de 1:1000 em 1940 para 1:15 000 na primeira década deste século apesar do aumento substancial da idade média da população e do aumento concomitante na prevalência das doenças crónicas, factores estes, associados independentemente a um aumento da mortalidade cirúrgica. Para esta melhoria na mortalidade tem contribuído em muito a presença do Anestesiologista como “Perioperativista”.¹⁹⁻²¹

Uma terceira estratégia a adoptar consiste em implementar ou melhorar um sistema de resposta rápida e eficaz às complicações cirúrgicas e médicas das cirurgias.¹⁰ A taxa de complicações nos hospitais com elevada mortalidade é igual à dos hospitais com baixa mortalidade. A diferença na mortalidade, cerca de 2,5 vezes, resulta essencialmente, segundo os trabalhos de Ghaferi e colaboradores,^{22,23} da melhor e maior capacidade de resposta às complicações nos hospitais com baixa mortalidade. Este aspecto constitui, segundo o IOM, uma das áreas a melhorar nos hospitais de elevada mortalidade. As complicações major são, além da própria mortalidade, a pneumonia, intubação traqueal não-planeada, ventilação invasiva por mais de 48 horas, trombose venosa profunda e trombo-embolia pulmonar. Uma quarta iniciativa que pode ser implementada, sozinha ou em associação com outras estratégias, é a criação e manutenção duma comissão ou grupo que assegure a qualidade do serviço, melhoria no desempenho e programas e protocolos para segurança do doente. Neste âmbito todas as ideias são bem-vindas, incentivam-se os “brainstorm meetings” e todos são encorajados a olhar para os erros e os eventos indesejáveis como uma oportunidade de melhoria. A atenção, no caso da PCM em Anestesiologia, deve envolver os doentes e os familiares dando conta das suas preferências e das suas necessidades. A participação do cidadão comum, não-doente, mas responsável, crítico e participante deve ser facilitada. Os aspectos éticos têm um lugar privilegiado numa comissão como a referida pelo

que alguém da comissão de ética hospitalar deverá ter assento nestes encontros e uma palavra a dizer.

Alguns argumentos trabalham em favor das estratégias mencionadas no contexto duma Medicina perioperatória orientada para o doente. Cada vez a actividade cirúrgica está mais especializada e técnica exigindo muito treino e dedicação e deixando pouco espaço para a formação médica continuada do Cirurgião. A capacidade do Cirurgião prestar cuidados médicos no período perioperatório tem vindo a diminuir rapidamente com a prevalência de doenças crónicas onde se tornaram muito significativas as doenças cerebrovasculares, isquémica cardíaca e pulmonar obstructiva. Por outro lado cada vez há menos médicos a optar por seguir carreira em cirurgia. Nos EUA, em Junho de 2010, a Association of American Medical Colleges previa um défice de 90 000 cirurgiões em 2020 e 130 000 em 2025. Esta carência tem vindo a ser acompanhada por um défice semelhante nos Cuidados Primários de Saúde, refere o mesmo relatório.

A criação e desenvolvimento duma equipa de Medicina perioperatória orientada para o doente, liderada por um Anestesiologista que comunica, no sentido lato, com os cirurgiões, com a Medicina Intensiva, com a Dor aguda, além de dominar o acto anestésico estrito e possuir uma familiaridade natural com o doente e a sua história, é de interesse crítico para acrescentar elevado valor aos serviços de saúde no futuro. Outra razão a favor das estratégias apontadas é que a Anestesiologia encontra-se numa posição única, como já foi referido, para melhorar os *outcomes* cirúrgicos como defendem os estudos de Grocott, Bartels e outros autores.^{18,24-27} Isto não será a custo zero e por isso é necessário expandir o core dos conhecimentos anestesiológicos, as suas capacidades e a sua experiência como é esperado numa Medicina perioperatória orientada para o doente. Também há argumentos económicos que pugnam a favor da Medicina perioperatória orientada para o doente e materializada numa equipa multidisciplinar liderada pelo Anestesiologista. O tempo que vivemos já não se contenta com o mantra que Irene Kraus levou para as *Daughters of Charity National Health Care System*, “no margin, no care”. Cada vez mais, o *outcome*, de vasta abrangência, onde está incluída a satisfação e a informação do doente, a forma pessoal como viveu a experiência dos cuidados de saúde, determina o financiamento do sistema e o novo adágio é “no *outcome*, no *income*” como refere Jacoby e colegas.²⁸ Para levar a bom termo este desiderato as instituições terão de basear as suas estratégias, mais em equipas multidisciplinares com liderança adequada do que em desempenhos individuais ou de serviços e departamentos hospitalares. O IOM em 1998 já reconhecia que a má qualidade dos cuidados de saúde radicava sobretudo no “*overuse, underuse, and misuse*” dos recursos, algo que se mantém paradigmático nos dias de hoje como referem Chassin e Berwick.^{29,30} A evidência, tal como referi-

“ O Institute of Medicine (IOM) reconhece que a Anestesiologia reduziu muito a mortalidade do procedimento anestésico de 1:1000 em 1940 para 1:15 000 na primeira década deste século apesar do aumento substancial da idade média da população e do aumento concomitante na prevalência das doenças crónicas, factores estes, associados independentemente a um aumento da mortalidade cirúrgica ”

do por Epstein,^{31,32} Rathert³³ ou Bertakis,³⁴ demonstra que a orientação dos cuidados médicos para o doente melhora os outcomes clínicos, a qualidade de vida e a satisfação mas também está associada a uma diminuição do uso inapropriado dos recursos e serviços nos cuidados primários de saúde.

A Anestesiologia, tal como outras disciplinas médicas, enfrenta hoje uma grande pressão económica o que exige uma estratégia competitiva alargada que começa necessariamente, e desde agora, por pôr em causa o modelo de “negócio” do Serviço Nacional de Saúde, as nossas assunções sobre o mercado da saúde e o “core” de competências da Anestesiologia. Isto exige um grande esforço de “desempoeiramento” e uma grande vontade de praticar “A” Medicina.

Conclusão

A ponte não é ponte se não tiver continuidade. Acabam por ser duas pontas que não se encontram e perdem a sua finalidade. Face ao projecto inicial tornou-se um monumento patético, disforme e, na melhor das interpretações, sem sentido. Não há médico e não se está a fazer Medicina. Mas esta ponte também tem de ser sólida para suportar o peso da doença. E tem de ser sólida para enfrentar os ventos e as cheias que atacam constantemente o tabuleiro da ponte e põem os pilares da Medicina e da Dignidade humana à prova. Mesmo depois de construída são muitos os factores que a põem em risco. O médico define-se pela relação que estabelece com o doente. De alguma maneira não existe

Medicina se não houver doença mas não existe médico se não houver doente. E doente é a palavra para algo que engloba uma pessoa única e irrepetível, com sentimentos, necessidades e preferências e onde cabe ainda uma família e todos os que com essa pessoa se preocupam.

Este é o doente. Cabe ao médico reconhecê-lo e compreendê-lo. Num futuro, que esperamos, próximo a Anestesiologia, com o campo imenso da medicina perioperatória orientada para o doente poderá ser valorizada não apenas pela excelência das suas capacidades técnicas e teóricas, que de resto já hoje falam por si, mas também pela sua vocação natural que se revelará na sensibilidade emocional e na efectiva comunicação com o doente num esforço para obter a sua satisfação total. E o esforço vale a pena.

Lembro as palavras de Lobo Antunes³⁵ a propósito da sua Crónica do Hospital após a experiência dum internamento e a notícia de um cancro e do tratamento que se seguiu. Em entrevista a um periódico, e à pergunta “*Acha que o seu testemunho valeu mais que dezenas de campanhas?*” ele respondeu: “*Não. Agora, apenas sinto mais admiração por aquilo a que chamam pessoas comuns. Não existem pessoas comuns. Se temos a arte de fazer com que a alma do outro se abra, então, todas as pessoas são incomuns. Há uma riqueza extrema dentro de cada um de nós. É como nos livros. Ou sabemos tocar no mistério das coisas e, neste caso, o livro é bom. Ou não sabemos tocar no mistério das coisas e, pelo contrário, o livro é mau.*”

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse. | **Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
REVISTA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANESTESIOLOGIA VOL. 27 | Nº 2 | 2018 | <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/14790>
Submissão: 27 de maio, 2018 Aceitação: 30 de maio, 2018

REFERÊNCIAS

1. Kalkman CJ, Kappen TH. Patient-centered Endpoints for Perioperative Outcomes Research. *Anesthesiology*. 2015; 122:481-3.
2. Bardes CL. Defining Patient-centered medicine. *N Engl J Med*. 2012; 396: 9.
3. Gonsalves R. Acrobatic Engineering [accessed Jan 2018] Available from: <http://marcusashley.com/artists/rob-gonsalves>
4. Rosen DH, Hoang U. Patient Centered Medicine: A Human Experience. Oxford: Oxford University Press; 2016.
5. Rock P. The future of anesthesiology is perioperative medicine. *Anesthesiol Clin North Am*. 2000; 18:495-513.
6. Domino KB, Posner KL, Sween LK, Shapiro FE. Improving patient-centered care delivery in 2017: introducing pre-anesthesia decision aids. *Newsletter ASA*. 2017 [accessed Jan 2018] Available from: <http://www.asamonitor.org>
7. Larsson J, Holmström IK. How excellent anaesthetists perform in the operating theatre: a qualitative study on non-technical skills. *Br J Anaesth*. 2013; 110:115-21.
8. Smith N. Patient-centered care: what's important to our patients? *Anaesth Intensive Care*. 2013; 41: 820-1.
9. Cooper JB, Longnecker DE. Safety and Quality: The Guiding Principles of Patient-Centered Care. London: The McGraw-Hill Companies; 2012.
10. Fleisher LA. Improving perioperative outcomes: my journey into risk, patient preferences, guidelines, and performance measures: ninth honorary FAER research lecture. *Anesthesiology*. 2010; 112:794-801.
11. Sandeberg WS. Searching for meaningful topics of improvement in anaesthesiology. *Anesthesiology*. 2016; 124:261-3.
12. Bayman EO, Dexter F, Todd MM. Prolonged operative time to extubation is not a useful metric for comparing the performance individual anesthesia providers. *Anesthesiology*. 2016; 124: 322-38.
13. Hwang SM, Lee JJ, Jang JS, Jim GH, Kim MC, Lim SY. Patient preference and satisfaction with their involvement in the selection of an anesthetic method for surgery. *J Korean Med Sci*. 2014; 29:287-91.
14. Heidegger T, Saal D, Nubling M. Patient satisfaction with anaesthesia – Part 1: Satisfaction as part of outcome – and what satisfies patients. *Anaesthesia*. 2013; 68:1165-72.
15. Williams BA, Kentor ML. The WAKE© score: patient-centered ambulatory anesthesia and fast-tracking outcomes criteria. *Int Anesthesiol Clin*. 2011;49:33-43.
16. Shah U, Wong D, Wong J. Patient satisfaction and positive patient outcomes in ambulatory anesthesia. *Ambul Anesth*. 2015; 2: 29-37.
17. Vetter TR, Goeddel LA, Boudreaux AM, Hunt TR, Jones KA, Pittet JF, et al. The Perioperative Surgical Home: how can it make the case so everyone wins? *BMC Anesthesiol*. 2013; 13:6
18. O'Reilly M, Talsma A, VanRiper S, Kheterpal S, Burney R. An anesthesia

- information system designed to provide physician-specific feedback improves timely administration of prophylactic antibiotics. *Anesth Analg*. 2006; 103:908-12
19. Lagasse RS. Anesthesia safety: model or myth? A review of the published literature and analysis of current original data. *Anesthesiology*. 2002; 97:1609-17.
20. Li G, Warner M, Lang BH, Huang L, Sun LS. Epidemiology of anesthesia-related mortality in the United States, 1999-2005. *Anesthesiology*. 2009; 110:759-65.
21. Donaldson MS, Kohn LT, Corrigan J. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
22. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Complications, failure to rescue, and mortality with major inpatient surgery in Medicare patients. *Ann Surg*. 2009; 250:1029-34.
23. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Hospital volume and failure to rescue with high-risk surgery. *Med Care*. 2011; 49:1076-81.
24. Enneking FK, Radhakrishnan NS, Berg K, Patel S, Wishin JM, Vasilopoulos T. Patient-Centered Anesthesia Triage System Predicts ASA Physical Status. *Anesth Analg*. 2017; 124:1957-62.
25. Grocott MP, Pearse RM. Perioperative medicine: the future of anaesthesia? *Br J Anaesth*. 2012; 108:723-6.
26. Bartels K, Barbeito A, Mackensen GB. The anesthesia team of the future. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2012; 24:687-92.
27. Kehlet H, Mythen M. Why is the surgical high-risk patient still at risk? *Br J Anaesth*. 2011; 106:289-91.
28. Jacoby R, Berman B, Nash DB. No outcome, no income: CMS's "Meaningful Use Initiative". In: *Population Health Matters*. Philadelphia: Thomas Jefferson University; 2011.
29. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*. 1998; 280:1000-5.
30. Berwick DM: What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Aff*. 2009 28:w555-565.
31. Epstein BH, Dexter F. Mean arterial pressures bracketing prolonged monitoring interruptions have negligible systematic differences from matched controls without such gaps. *Anesth Analg*. 2011; 113:267-71.
32. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff*. 2010; 29: 1489-95.
33. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2013; 70:351-79.
34. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24:229-39.
35. Lobo Antunes J. Lobo-Antunes em entrevista à Visão. Lisboa: Visão; 2007 [consultado Jan 2018] Disponível em: <http://visao.sapo.pt/actualidade/cultura/lobo-antunes-em-entrevista=f520756>

ENTREVISTA

Quando é a Hora de Parar?



Dr. Pedro Thadeu Galvão Vianna



Dr. José Roberto Nociti



Dr. Luiz Antônio Vane

Todas as entrevistas desta reportagem foram feitas à distância por conta da pandemia de COVID-19 e este jornalista acreditava que estas entrevistas seriam marcadas rapidamente e sem nenhum imprevisto. Pensava que os médicos, por suas idades e aposentadoria das salas de cirurgia estariam tranquilos em suas casas. Engano meu.

Nesta reportagem traremos para vocês o depoimento de médicos com mais de 70 anos de idade. Eles contaram como foi o processo de organização para o momento de suas aposentadorias, as opções que estavam se desdobrando neste momento crucial de suas carreiras e como encerraram esta nova fase de suas vidas.

“Quando é hora de parar?”. Esta pergunta foi feita da maneira mais direta possível para três entrevistados. Doutor Pedro Thadeu Galvão Vianna, Doutor José Roberto Nociti e Dr. Luiz Antônio Vane. **O primeiro, Doutor Pedro Thadeu, teve uma longa conversa comigo via aplicativo de vídeo, em seguida deram seus depoimentos, Dr. Nociti e Dr. Vane, ambos por telefone.**

Aposentadoria

Aposentadoria do profissional da área da saúde, no caso, médicos anestesistas, não é diferente do processo de se aposentar, do que de qualquer outro trabalhador. Assim como para um jornalista se aposentar ou um administrador, por exemplo, é necessário ter planejamento. Planejamento financeiro e da vida profissional, principalmente.

O que você vai perceber é que os rumos de sua carreira para após a sala de cirurgia, pode ser tão intenso quanto um dia de plantão, **e garanto, doutores, se estão preocupados com a brevidade de suas carreiras, fiquem tranquilos, a jornada, se assim quiserem, é longa.**

Doutor Pedro Thadeu Galvão Vianna

Dr. Pedro Thadeu Galvão Vianna, é um homem do seu tempo. Avançado nos conhecimentos da *Web*, que teve acesso primeiro enquanto morava em Londres, nos anos 90, garante que foi autodidata na computação. Ele fala com orgulho que amigos de seu filho se surpreendem e falam que ele é “o pai que mais entende de computação”.

Manter-se atualizado, aliás, é uma constante em sua vida. “Sou do tempo que a profissão [de anestesista] era mais rudimentar, tinha poucas drogas e pouco monitoramento. A gente aprendeu a usar o dedo! Quando íamos anestésiar para uma cirurgia de amígdala, ficávamos o tempo todo com o dedo na carótida. Fazíamos o controle na sensação. Hoje temos toda uma sorte de equipamentos em nossas mãos”.

Um breve retrospecto sobre sua carreira é o seguinte: É graduado pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, e em São Paulo, concluiu a residência em Anestesiologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Na Faculdade de Medicina de Botucatu, foi primeiro anestesista da instituição e ajudou a criar o departamento de Anestesia. No final dos anos 70, tornou-se professor adjunto na instituição. Fazia de tudo: atividade robusta de pesquisa, lecionava e tinha tarefas administrativas.

Atualmente, na Associação Paulista de Medicina (APM), foi empossado no final de Outubro como Presidente da Regional de Botucatu. Nesta nova empreitada, que pretende “seguir até quando der”, se propôs um desafio: aumentar o número de Associados. Para isso, vai lançar mão da tecnologia que tanto gosta e vem aprimorando em sua vida, “webinars, cursos online de administração e científicos”, estão no radar.

Vida Associativa

A vida associativa do Doutor Pedro Vianna teve início na SAESP em 1972. Foi 2º tesoureiro durante administração do Doutor Almiro Júnior, quando a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo ainda ocupava o histórico Edifício Pasteur, na Avenida Paulista. Em 1996, foi eleito presidente da SAESP. Em seguida, na Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), foi diretor científico, exercendo a função entre 2001 e 2002. No ano de 2003 elegeram-se vice-presidente da SBA. Em 2004 ocupou a presidência da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

“A vida associativa é comum e importante entre profissionais da saúde” explicou. Durante a entrevista, eu percebi a relevância das Sociedades e como ela acompanha toda a vida profissional da medicina. Ela é, inclusive, uma das áreas preferidas e que podem ser fortemente consideradas quando se aposenta das salas de cirurgia.

“Atividade associativa tem que ser parte integrante da vida do médico. No meu caso, isso vem de longa data. Como já falei, eu fui presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (SAESP) e da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA)”. Doutor Pedro contou que faz questão de participar, se possível, de todas as Assembleias e também das reuniões associativas.

Além das atividades profissionais, ele também tem uma propriedade rural que visita todas as manhãs, como atividade diária. “Acredito até que eu tenha uma vida muito mais intensa do que quando eu trabalhava na universidade. A única coisa que aconteceu foi que eu desviei o foco da minha atenção”. **A reinvenção vem após a aposentadoria.** O tempo pode ser desfrutado com mais qualidade, principalmente com coisas que mais aprazem.

“Eu acho que é muito difícil de parar de uma vez”, afirma. Ele aconselha que se a aposentadoria for inevitável, compulsória, o planejamento se faz essencial. “Quando eu completei 70 anos e um dia, eu entrei na compulsória. Empurrei até onde eu pude”. Cerca de 5 anos antes, ele já começava a planejar os novos rumos de sua carreira, e encontrou justamente na vida associativa, um lugar para continuar na ativa. “Já deve-se começar a derivar sua carreira para a vida pós aposentadoria com um certo tempo antes”, considera.

Autoavaliação

A autoavaliação é importante e de acordo com ele as competências físicas e mentais não necessariamente caminham junto com a idade. A senilidade ou perda de habilidades, de acordo com Doutor Pedro Vianna, podem atingir pessoas mais jovens, e ao mesmo tempo, “profissionais com 90 anos podem estar perfeitamente lúcidos e aptos para o trabalho na sala de cirurgia”.



Dr. José Roberto Nocite e Dr. Paulo - 1985

“A hora de parar é individual. O próprio profissional tem que decidir quando será este momento. É importante fazer uma auto análise rigorosa do momento certo.” Na rotina dos hospitais se aposentou “compulsoriamente”, frisa, mas como acompanhamos, ele não parou de trabalhar.

Mensagens

Para os médicos recém formados ele diz que “o trabalho não deve ser encarado como castigo, sim como uma recompensa”. “Nunca de deve trabalhar a exaustão pois desgaste é imenso, portanto é fundamental estar intimamente ligado à ocupação que você está exercendo e se está numa sala de anestesia, cuidando de um paciente, a sensação é que a se têm duas vidas. A minha e a do paciente. O jovem tem que gostar do que faz! Ele vai ter toda a vida trabalhando neste ofício, o que é maravilhoso. Ele vai trabalhar, anestésiar o paciente, recuperar o paciente, vibrar e voltar para casa satisfeito.”

Já para os médicos que estão chegando na idade de se aposentar, a abordagem é outra:

“Tem que se fazer uma rigorosa autoavaliação: estou apto de estar na sala de cirurgia e não colocar em risco a vida do meu paciente?” O limite da carreira na sala de cirurgia foi posto e nunca se deve ultrapassar.

Não interromper suas atividades abruptamente é fundamental. O preparo é importantíssimo para este momento crucial. É uma das fases da vida. Uma mudança é sempre um baque, mas com preparo e planejamento é possível realizar esta mudança de uma maneira tranquila, assim como o Doutor Pedro falou durante este depoimento.

“A pessoa tem que ter certeza de suas habilidades e quando perceber que chegou o momento, passar o bastão para outro profissional”, finaliza.

Doutor José Roberto Nociti

Doutor José Roberto Nociti tem 81 anos de idade e se orgulha de estar na ativa. Sua longa experiência é intensa. Natural de Bebedouro, no interior de São Paulo, é graduado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP na década de 60. Sua residência em Anestesiologia foi feita no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Ainda nos anos 60, mais especificamente em 1966, começou a atuar na Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, onde trabalha até hoje.

Mas, aos 80 anos, decidiu parar de frequentar as salas de cirurgia, passando a atuar exclusivamente na carreira acadêmica. Hoje é responsável pela Residência Médica na mesma Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto.

Ficar fora das salas de cirurgia foi um desafio, mas não algo que não tirou de letra. Segundo o Doutor Nociti, ele decidiu qual seria este momento. Em uma autoanálise bem particular percebeu que “a hora de parar fica por conta do anestesista. A hora que ele acha que deve parar, é a hora. Quando ele percebe que não dá mais [para ficar na sala de cirurgia]”.

A longevidade na profissão, deve-se, de acordo com o médico, por 2 fenômenos: aumento da expectativa de vida e a necessidade de continuar trabalhando. Outro fator que não foi listado por ele neste momento, mas que não ficou de fora da lista é a “satisfação com a carreira”.

Algumas atividades ficam mais comprometidas, explicou, como habilidades psicomotoras, por exemplo. Neste ponto, ele explicita sobre a necessidade do profissional em se manter atualizado. “Se ele se mantiver atualizado, frequentar Congressos, aulas, simuladores, entre outras atividades, ele pode contornar a perda de algumas habilidades ou até adquirir novas. É importante se manter atualizado.” A atualização permite que a o médico consiga estender sua carreira. Claro que atualização e prática, pois “quanto mais se faz técnicas, como intubação traqueal, você adquire reflexos que se mantem, embora diminuídos, com a idade”, finaliza.

Como estamos acompanhando nesta reportagem, a aposentadoria das salas de cirurgia não é o fim da carreira do médico. Não é o fim de sua história profissional. Acredito, pelos depoimentos, este momento de sua profissão, representa apenas uma passagem de fase, pois “depois de certa idade, a gente migra para outros setores. Setor administrativo, educacional etc.”

Vida Associativa

O Dr. Nociti também apontou sobre a importância da vida associativa para o profissional da medicina. Sua própria carreira foi sempre permeada pelas Sociedades. Em 1975, foi membro da Comissão do Título de Especialista de Anestesiologia. Já entre 1978 e 1983, foi membro da Comissão de Ensino e Treinamento da SBA (Sociedade Brasileira de Anestesiologia) e desde 1975 até 2018, foi membro do Conselho Editorial da antiga Revista Brasileira de Anestesiologia, hoje BJAN (Brazilian Journal of Anesthesiology). Em 1986, foi presidente da SAESP (Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo). Na SBA, também foi presidente em 1990. E em 2000, assumiu a presidência da Comissão Científica do Congresso Luso Brasileiro.

Estas foram apenas algumas de suas contribuições associativas. Podemos incluir na lista, CLASA (Confederacion Latino-Americana de Sociedades de Anestesiologia), ASA (American Society of Anesthesiology), ESA (European Society of Anesthesiology), WFFA (World Federation of Societies of Anesthesiologists) e ASRA (American Society over Regional Anesthesiology).

Também faz parte de seu legado, a autoria de 356 trabalhos, incluindo artigos científicos, revisões etc, publicados em mais de 50 anos de carreira. Em um levantamento que ele próprio fez, fala com orgulho que dos 356, 317 foram publicados no Brasil e 39 em periódicos no exterior.

Mensagens

Para os médicos residentes, ele passou uma mensagem carinhosa e ao mesmo tempo, firme. “A anestesiologia é uma especialidade médica extremamente bela. Você trabalha com todas as áreas e com muitos conceitos de fisiologia e farmacologia. O estudo é contínuo. A vida inteira estudando e em qualquer dúvida correndo para os livros. É uma



**Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral e Dr. Vane
JOPA 2002 - Maksoud Plaza - SP**

especialidade atraente e é preciso estudar muito. Estudar deve ser um estímulo, não obrigação. Cada vez mais que você estudar, mergulhar na especialidade, você vai gostar cada vez mais. Vai praticá-la por paixão.”

Para os médicos *mais experientes*, Dr. Nociti aconselha da mesma maneira, apontando que o estudo ainda se faz necessário e que o encantamento e compromisso com a profissão não se desvanecem com o tempo.

“O senhor pensa em parar?”, pergunto. “Enquanto eu tiver com saúde, com bom estado físico que me permita dirigir e andar livremente, eu não pretendo parar”. Não se tem ‘validade’. Isso tem haver com o bem estar.”

Dr. Luiz Antônio Vane

“Quando é hora de parar?” é uma pergunta complexa e polêmica. Para o Doutor Luiz Antônio Vane, de 70 anos, essa questão não foi exceção. “É uma pergunta complexa”, começa. “A hora de parar envolve vários pontos que talvez eu não consiga colocar em palavras aqui”, explica o mais jovem dos médicos que eu entrevistei - 70 anos - para esta reportagem. Assim como para os demais, Doutor Luiz Vane, também considera que a hora de parar é “muito particular de cada um. [...] Depende de cada um e não dá para ser uma regra. Por exemplo, nós vamos parar com ‘tantos anos’ de vida, com tantos anos de trabalho”, claro que não considerando a aposentadoria compulsória das universidades públicas.

Dr. Luiz Vane fez questão de explicar sua própria condição. Deixou claro desde o início da entrevista que ele não parou. “Eu mudei de foco dentro da própria área da saúde, incluindo a Anestesiologia, indo para o campo mais administrativo.”

O campo administrativo acompanhou sua carreira, assim como tentou participar, o máximo que pode, da vida associativa. Aprendeu e contribuiu muito com as Sociedades, a exemplo da SAESP. De presente ganhou uma “carteira de amigos fantástica”. Ele e os “integrantes de sua agenda” se tornaram amigos de longa data, que ainda hoje trocam experiências e discutem continuamente.

Vida Associativa

Iniciou sua vida associativa como membro da Comissão Científica da SAESP (Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo) na época com Dr. Manuel Luís Moreira na presidência desta comissão. Teve participação em diversas produções científicas e foi eleito para a presidência da SAESP em 1992. Também participou da Diretoria da SBA (Sociedade Brasileira de Anestesiologia), nos anos 80, e logo após, participou de Comissões como a CET (Centro de Ensino e Treinamento), além de comparecer à Assembleia dos Representantes, que é “um local fantástico para se estar. Um centro de formação da anestesiologia, que todos devem participar.”

Mudou-se para os EUA, onde trabalhou por 2 anos. Voltou e logo ingressou profissionalmente na UNESP em São Paulo e Botucatu, no Departamento de Anestesiologia da Universidade. Depois, novamente na SBA, desta vez Diretoria Administrativa e posteriormente, Científica, para logo após alcançar a vice presidência e presidência. Em 2010, encerrou suas atividades na Diretoria da Sociedade, hoje auxiliando a Sociedade em questões pontuais.

Aposentadoria das salas de cirurgia

Sua vida nas salas de cirurgia na UNESP, teve um fim antecipado, como ele próprio considerou. Aos 70 anos ele já estava se aposentando destas funções. Apesar da “bengala” que poderia ter sido usada pra se manter até os 75 anos, decidiu parar. “Uni o útil ao agradável. Tive a oportunidade de passar o cargo para uma profissional muito competente. Uma pessoa muito mais jovem entrou para dar prosseguimento às atividades.”



Jantar JOPA 1999 - Comemoração aos 30 anos da SAESP

Trabalhar em um ambiente privado foi uma escolha particular, bem como continuar no ambiente universitário. “Hoje trabalho em um ambiente privado. Administro e dou aulas em uma universidade particular”. Ele explica que hoje vai às salas de cirurgia apenas no âmbito administrativo “dentro do contexto da faculdade, e tenho que arrumar campos de estágio para os alunos.”

Minimizando os riscos

A carreira do médico anestesista não acaba no momento em que ele para de atuar em cirurgias, “ela sofre apenas uma mudança de direção, com outros objetivos, com outras metas. A carreira continua mais intensamente até. Agora, em tudo tem que se fazer um planejamento prévio. Com planejamento, as chances de errar são menores.”

Mensagens

Para os médicos mais jovens, Dr. Luiz Vane explica que a anestesiologia é uma especialidade extremamente complexa e de alta responsabilidade, e que “para ser anestesista é preciso estudar muito e ter um alto nível de comprometimento com a profissão” declara. Como sabemos, o sucesso de um paciente está em grande parte está nas mãos do anestesiológico, que cuida integralmente do perioperatório. “O anestesiológico é antes de tudo um excelente clínico, que entende todas as drogas, e entende o corpo humano como um todo, ‘nefro’, endócrino etc. Você vai estudar a vida inteira ou um pouco mais”, brinca.

Para os médicos mais experientes, ele deixa claro que tudo deve ser feito com antecedência e planejamento estratégico. “O que ele vai fazer com a vida dele? Onde ele pode trabalhar depois? Na maior parte da vezes, a não ser que ele esteja numa fase de idade já bastante avançada, ele tem que pensar em continuar trabalhando por diversos motivos: preencher o tempo dele com algo, se sentir útil dentro da sociedade, o que normalmente deve ser levado em conta. Os ganhos e as perdas tem que ser colocados na balança e analisar se é ou não o momento de parar.”

A passagem do tempo é um dos maiores símbolos de nossa condição humana. Nascer e crescer, assim como todas as etapas da vida, são necessárias e indissociáveis. É possível encarar todas as mudanças da melhor maneira possível. Espero que o depoimento de três grandes especialistas, os incentivem e deem coragem para seguir em suas brilhantes carreiras. A hora de parar é de cada um, mas estes profissionais, de fato, **não querem parar nunca.**



Pedro Thadeu Galvão Vianna
Presidente SAESP
1996-1997



José Roberto Nociti
Presidente SAESP
1986-1987



Luiz Antonio Vane
Presidente SAESP
1992-1993

Simpósio de Atualização
em Anestesiologia

SIMPANEST[®]

2020
online

Simpósio de Atualização em Anestesiologia

Inscreva-se já em www.manoleeducacao.com.br/simpanest-2020

Realização:



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo

CHECKLIST DE SEGURANÇA DA GESTÃO EM ANESTESIOLOGIA: ELEMENTOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO QUE TODO GESTOR DE EQUIPE PRECISA CONHECER E APLICAR



Júnia Jorge Rjeille Cordeiro

Sócia-Consultora da Sistematize Serviços para Gestão em Saúde
Mestre em Ciências (UNIFESP)
MBA de Gestão em Saúde (Insper)
Bacharel em Terapia Ocupacional (UFMG)

A preocupação com a qualidade na prática da Anestesiologia data de suas primeiras aplicações no século XIX, o que certamente contribuiu para a posição de liderança que ela possui entre as especialidades médicas¹. E, de acordo com o *Institute of Medicine*, a segurança é um dos domínios da qualidade em saúde sobre a qual é enfático dizer: *we must systematically design safety into processes of care* (nós devemos sistematicamente projetar a segurança nos processos de cuidado; tradução livre)².

Pelo visto, a segurança é mandatória e visível na Anestesiologia, mas será que a soma dos atos assistenciais seguros e competentes dos vários profissionais de uma equipe garantem a segurança de sua empresa prestadora de serviços a uma outra pessoa jurídica que é o hospital, por exemplo? Será que os gestores destas equipes estão projetando os processos de sua empresa de forma a garantir sua perenidade com sustentabilidade, sendo um parceiro de valor onde prestam seus serviços?

Assim como a avaliação pré-anestésica se presta à identificação e estratificação de riscos e se constitui na base para todas as providências necessárias de forma a garantir a segurança do paciente desde o preparo até o pós-operatório imediato, o *Planejamento Estratégico*, igualmente, parte da avaliação do cenário e organiza todos os elementos para que a empresa navegue rumo aos seus objetivos, de forma segura e consciente dos seus desafios³.

Inspirados no uso dos *checklists* - instrumentos muito aplicados em processos de gestão da qualidade, tais como preparos de procedimentos técnicos e auditorias; neste artigo, vamos apresentar, no formato de *checklists*, os elementos que os gestores de equipes de Anestesiologia devem se atentar no preparo de um novo ano em sua prestação de serviços, checando cada detalhe imprescindível para se obter o sucesso e a satisfação de todos os envolvidos nesta jornada.

✓ **1 – Missão, Visão e Valores:** *Sua equipe é um agrupamento de médicos que dividem plantões e remuneração ou é um corpo técnico e jurídico que tem identidade e propósitos? Você já definiu estes termos em sua empresa ou acha que isso é uma bobagem para enfeitar o hall dos grandes hospitais e impressionar seus clientes?*

O movimento da qualidade em saúde no Brasil, iniciado há pouco mais de 20 anos⁴, estimulou as pessoas físicas e jurídicas a deixarem claro, primeiro para si e depois para seus stakeholders (todos os envolvidos e interessados em seus processos e resultados) as razões de sua existência (missão), os pilares ético-filosóficos que fundamentam seus serviços (valores) e onde querem chegar com sua organização num dado horizonte de tempo e espaço (visão)³. Mais do que belas palavras no hall de um hospital; num portfólio de serviço de uma equipe ou em seu website, os enunciados de Missão, Visão e Valores são, na verdade, balizas muito práticas para a tomada de decisão do gestor e de cada membro de sua equipe, como nos exemplos dados abaixo:

- *Vamos assumir mais este serviço? Está dentro de nosso escopo?* Neste caso, a Missão fornece os limites;

- *Que projetos precisamos implementar este ano para darmos mais um passo rumo ao posicionamento desejado para o serviço daqui a três anos?* Neste caso, a Visão está em jogo, pois não adianta tê-la estabelecido e não dar passos consistentes em sua direção!

- *Posso adotar determinada atitude/comportamento junto ao paciente, junto ao colega de equipe, junto aos fornecedores de materiais e equipamentos, junto à organização que nos contratou?* Aqui, os Valores devem falar mais alto, caso contrário se instalam conflitos internos com consequências práticas que podem ser muito danosas à pessoa física que comete uma infração e à pessoa jurídica responsável final pelos atos dos integrantes de sua equipe.

✓ **2 – Análise de Cenário:** *Como é o cenário em que a sua equipe atua? É no setor público ou privado? Quais são as suas possibilidades de ser um prestador de serviços diferenciado? Quais são suas principais dificuldades e barreiras para o sucesso?*

A análise de cenário é fundamental para o *Planejamento Estratégico* porque não bastam às competências técnicas apuradas para se garantir o sucesso em todos os sentidos – não se pode simplesmente “cair de paraquedas” em um hospital com excelentes profissionais técnicos divididos por plantão e achar que tudo vai funcionar perfeitamente bem, assim como não se assume o processo anestésico de um paciente sem antes avaliar o seu contexto de saúde geral e específico em relação ao procedimento cirúrgico!

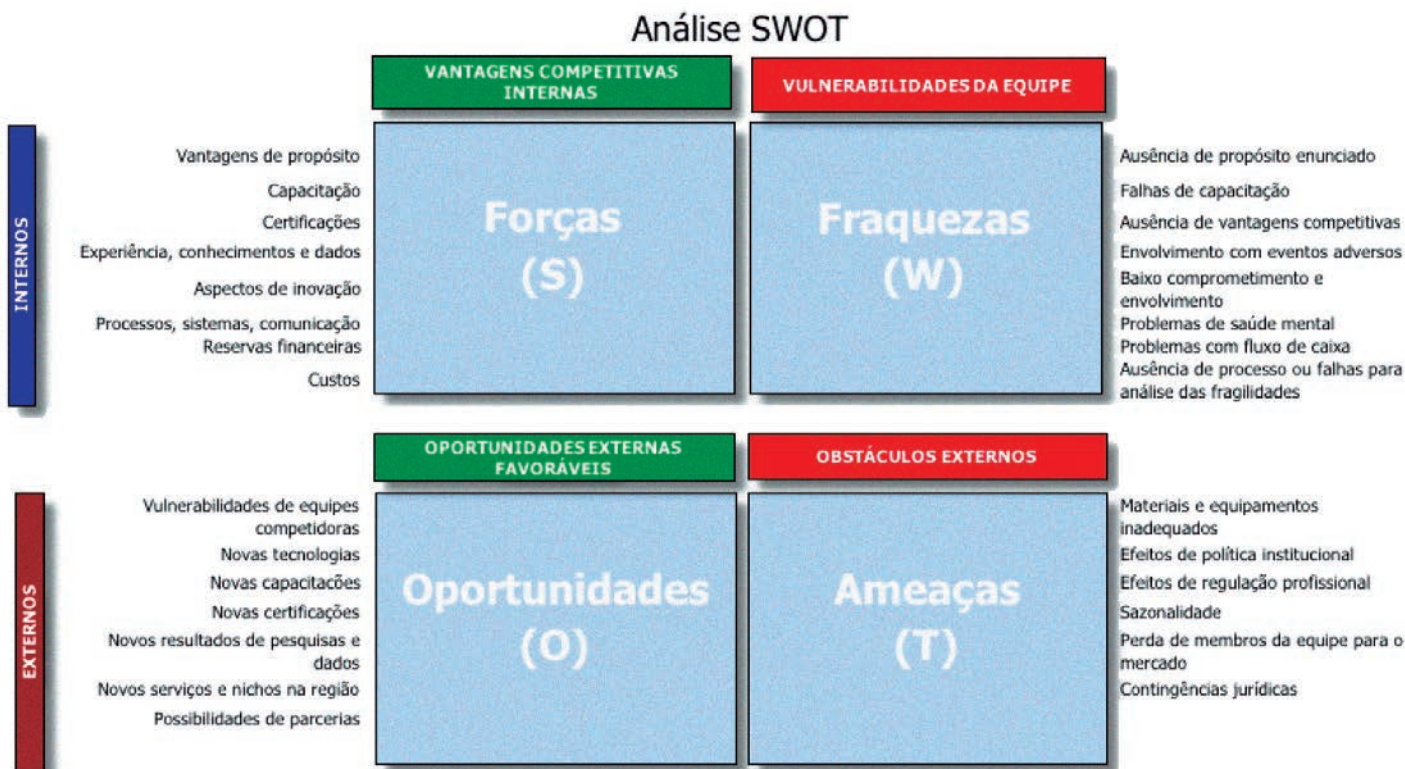
É olhando para fora e ao redor que o gestor conseguirá avaliar como aplicar os seus recursos internos (humanos e materiais) diante do potencial e das restrições do meio em que atua. Para fazer a análise de cenário sugere-se o exercício da equipe junto à Matriz *S.W.O.T* (do inglês, *strengths, weaknesses, opportunities and threats*; Fig. 1), para determinar os pontos fortes e fracos de sua própria equipe, e as oportunidades e ameaças do cenário à sua volta³.

Os projetos a serem incorporados no *Planejamento Estratégico* irão justamente ao encontro de cada um destes pontos levantados para serem mitigados, corrigidos ou potencializados a fim de que se tornem a realidade almejada pelo gestor e sua equipe, caso contrário, vive-se à mercê destas forças, restando somente o “muro de lamentações” na sala do conforto médico.

✓ **3 – Direcionadores Estratégicos:** *Quais as principais direções nas quais a sua equipe deverá desenvolver projetos e ações? Elas estão definidas ou você vai definindo “de acordo com o andar da carruagem” no cenário?*

Com certeza você não entra em sala cirúrgica com um paciente hígido que fará uma cirurgia eletiva de pequeno porte da mesma forma em que entra com um paciente idoso, portador de comorbidades importantes, para uma cirurgia oncológica. Então, por que conduziria sua equipe um ano inteiro sem definir alguns marcos importantes rumo ao seu desenvolvimento seguro e sustentável? Os direcionadores estratégicos são os focos que a equipe deverá se con-

Figura 1 – Matriz S.W.O.T: ferramenta de análise de cenário na gestão estratégica



Fonte: Matriz S.W.O.T com sugestões de critérios para cada parâmetro (adaptada pela autora).

centrar para mitigar riscos, fortalecer-se e aproveitar oportunidades, conforme demonstrado no exercício de análise de cenário, são exemplos de direcionadores estratégicos: aspecto financeiro, uso racional de recursos, aspectos clientes internos, clientes externos, qualidade e segurança na assistência, excelência operacional, capital humano e capital organizacional.

4 – Objetivos Estratégicos: *Onde queremos chegar, quais as direções estabelecidas em nosso Planejamento Estratégico anual de forma a contribuir para alcançarmos nossa visão de futuro? Ou você é daquele tipo de gestor que pensa: “eu já tenho tudo aqui na cabeça e aos poucos vou direcionando a equipe e tomando as providências”?*

Emergências na sala cirúrgica são passíveis de acontecer e você se submete a riscos calculados: sabe que você tem apoio fora da sala cirúrgica, na farmácia satélite do centro cirúrgico ou junto da equipe que está de plantão naquele horário, mas você não espera “viver de emergência em emergência” que ameace sempre o processo anestésico que você planejou, e a segurança do paciente. Então, por que conduziria sua equipe “no faro”, certo de que todos os seus alvos serão alcançados, pois “no final, tudo dá certo...”? Será mesmo? Os objetivos estratégicos se constituem nos desdobramentos da visão de longo prazo: onde queremos chegar daqui há cinco anos por exemplo, e que passos precisamos dar este ano para realmente caminharmos com consistência nesta direção. Mudanças no cenário e fatores fora do controle podem acontecer e vir a alterar o *timing*, o processo e até o resultado esperado, mas quando estas coisas acontecerem, elas serão analisadas e decisões contingenciais serão tomadas, no mais, segue-se o rumo planejado, com passos pré-definidos e foco nos resultados.

5 – Indicadores e Metas: *A equipe pauta suas ações com base em mensurações capazes de apontar seus resultados com racionalidade e clareza? Ou você pensa que poderá convencer seus “stakeholders” com*

um belo discurso de que “estamos melhorando”; “a coisa não está tão mal assim” ou “estamos quase lá”?

O segmento da saúde foi a última área de atividade humana a ter uma gestão com base nos princípios da administração – esta é uma frase corrente em discursos que abrem palestras de sensibilização e treinamento na área de gestão em saúde. E esta se baseia em motivos muito óbvios para qualquer profissional de saúde: nós lidamos com seres humanos; há muita variabilidade, não há como engessar os processos; cada um é um; nós não fomos formados para trabalhar com planilhas, nós atendemos pacientes... Tudo isso é verdade, mas apesar disso é preciso e possível lidar com mensurações fora do âmbito dos projetos de pesquisa, em que grupos de pacientes são avaliados sob critérios testados estatisticamente. Avedis Donabedian, considerando a complexidade da mensuração no cenário do cuidado em saúde, propõe indicadores para os aspectos de estrutura, processos e resultados assistenciais⁵. Assim, é possível eleger indicadores estratégicos em cada uma destas perspectivas que monitorem o curso da prestação de serviços que foi planejada bem como todos os demais quesitos envolvidos.

Na tendência cada vez mais forte do *Modelo Baseado em Valor*⁶, é importante que a equipe se alinhe aos indicadores de qualidade assistencial das organizações onde prestam seus serviços a fim de que possam colaborar de forma efetiva e parceira com estes resultados. A literatura apresenta levantamentos e diretrizes sobre o uso de indicadores em Anestesiologia^{1,7,8} como, por exemplo, o uso do indicador de tempo operatório de anestesia, entre outros, em num trabalho que mensurou o tempo operatório e não operatório total com foco no uso eficiente de salas cirúrgicas⁷.

Para cada indicador, *Metas SMART* (do inglês, *specific, measurable, attainable, relevant e time-based* – específica, mensurável, atingível, relevante e temporal)⁹, devem ser traçadas e acom-

panhadas em seus possíveis desvios para que ações possam ser tomadas em tempo, rumo ao resultado pretendido. Este acompanhamento é regularmente feito em Reuniões de Análise Crítica com os envolvidos no processo, para que sejam identificadas as causas das metas não atingidas e definidas ações corretivas do curso do processo que está sendo mensurado, como é recomendado pela metodologia Lean Six Sigma, para a melhoria de processos¹⁰. A divulgação dos resultados na forma gráfica, conhecida como Gestão à Vista, é um potente instrumento de gestão estratégica como feedback à equipe acerca do seu trabalho (Fig. 2)

Figura 2 – Gestão à Vista dos indicadores auxilia a equipe a manter o foco na meta escalonada, bem como no devido acompanhamento mensal e medidas de correção de rota todas as vezes que a meta não for atingida.



✓ **6 – Projetos e Ações Estratégicas:** *Você já definiu exatamente quem vai fazer o quê e quando deve apresentar resultados ou você pensa que “as pessoas já sabem o que devem fazer” ou “sou eu mesmo que vou realizar todas as ações de crescimento e já está tudo na minha cabeça”?*

Assim como uma única ação da Avaliação Pré-Anestésica, que é a avaliação da via aérea difícil possui vários testes a serem feitos, igualmente, um único objetivo estratégico para ser atingido pode implicar em mais de um projeto que contém em si diversas ações que precisam ser executadas e acompanhadas pelo gestor – que dirá quando se tem vários objetivos estratégicos a atingir! Se estes passos de delineamento de planos de ação com responsáveis e prazos (e, quando cabível, os custos orçados), bem como o seu acompanhamento não forem executados, o Planejamento Estratégico corre alto risco de terminar no fundo de uma gaveta ou esquecido numa pasta do computador, juntamente com todos os sonhos de crescimento e desenvolvimento da equipe de Anestesiologia – ou seja, tempo e recursos jogados no lixo³! E não se esqueça: assim como um paciente complexo requer, não somente mais de uma especialidade médica envolvida, mas também profissionais de outras categorias, os projetos e planos de ação de uma organização prestadora de serviços precisam contar com o trabalho em equipe de pessoas que somam diferentes competências e quiçá ter uma equipe de apoio contratada para realizar ações rotineiras e pontuais em outros campos como o financeiro, *marketing*, treinamento gerencial etc., todos igualmente bem acompanhados e monitorados com métricas de execução e resultados, preferencialmente. Tudo isso bem organizado numa simples planilha eletrônica é o suficiente para que uma equipe de Anestesiologia possa acompanhar seus projetos e respectivas ações.

✓ **7 – Método de Gestão Estratégica:** *Você escolheu um método que forneça diretrizes e ferramentas para integrar e operar os quesitos do*

“checklist” acima citados de forma a fazer sentido para sua equipe e engajá-la? Ou continua pensando que Planejamento Estratégico é coisa para grandes empresas como hospitais e que equipes de Anestesiologia não carecem desta sistemática?

A associação dos termos “empresa” e “gestão” no âmbito da saúde nem sempre conta com uma identificação intrínseca dos profissionais assistenciais que se veem muito mais como atuantes na área técnico-científica e não desejam vincular a sua imagem à ideia de que trabalham pelo “retorno do investimento”. A solução para este conflito é a adoção de um método de gestão estratégica que expresse os valores reais de uma equipe, cujo foco é a assistência segura a todos os pacientes sob seus cuidados, de forma cada vez mais competente e sustentável. O Balanced Scorecard (BSC)¹¹ é um sistema de *gestão estratégica* que traz em seu bojo este equilíbrio entre as vertentes que mantém uma organização bem administrada sem posicionar o retorno do investimento como único objetivo dela, e muito menos obtido a qualquer preço. O BSC se aplica a qualquer tamanho de empresa e pode ser adaptado para a realidade da Anestesiologia¹². Suas dimensões são:

- Finanças: custos fixos e variáveis, receitas e despesas;
- Clientes: internos (os próprios integrantes da equipe) e externos (o hospital que contrata a equipe, e o paciente e sua família);
- Processos internos: todos os processos técnicos e de suporte em operação na organização;
- Aprendizado e Crescimento: todas as questões ligadas a pessoas (recrutamento, seleção, administração e desenvolvimento) e à infraestrutura para o crescimento da operação.

Para cada uma das perspectivas acima, cabe determinar no Planejamento Estratégico:

- Quais são nossos objetivos?
- Quais indicadores expressam racionalmente os objetivos definidos?
- Quais são as metas para cada indicador de forma a avaliar a sua evolução rumo ao alvo pretendido?
- Quais são as iniciativas (projetos e planos de ação estratégica) que desdobram os objetivos estratégicos?

De forma resumida, os principais pontos destas diretrizes devem ser visualmente colocados no *Mapa Estratégico*¹¹ (veja um exemplo na Fig. 3), mais um instrumento da Gestão Estratégica para manter os integrantes da equipe cientes e alinhados com as mesmas da organização durante todo o ano de operação para a qual elas foram definidas.

É parte imprescindível da *Gestão Estratégica* a vinculação com o orçamento anual e o acompanhamento regular e formal do Planejamento Estratégico no que tange ao andamento das ações e das metas, unindo a equipe em torno dos seus propósitos e buscando resolver cada gargalo que aparecer ao longo do processo de execução.

CONCLUSÃO

Como foi a sua jornada por este *Checklist de Segurança da Gestão de sua Equipe de Anestesiologia*? Quais elementos precisam ainda ser implementados para que sua equipe entregue valor ao paciente (Figura 4)?

Fica a recomendação final para que as equipes competentes tecnicamente possam crescer cada vez mais em diferenciais e se sustentarem no longo prazo adotando a *Gestão Estratégica* de seus clientes (em sua satisfação), de seus processos internos (em eficiência e eficácia), de seu aprendizado e crescimento (em suficiência e excelência), de forma que o resultado financeiro seja uma consequência natural e recompensadora de todo o esforço feito no *Planejamento Estratégico* e sua execução, mantendo assim a sua equipe como uma parceria de valor às organizações onde prestam seu serviço.

Figura 3 – Exemplo de desenho de Mapa Estratégico com direcionadores estratégicos que são os focos de cada uma das perspectivas do sistema de gestão estratégica BSC (Balanced Scorecard) e que conduzirão à definição de objetivos estratégicos. A conformação do mapa pode ser adaptada, bem como os nomes das perspectivas e seus direcionadores de acordo com os focos oriundos da análise de cenário.

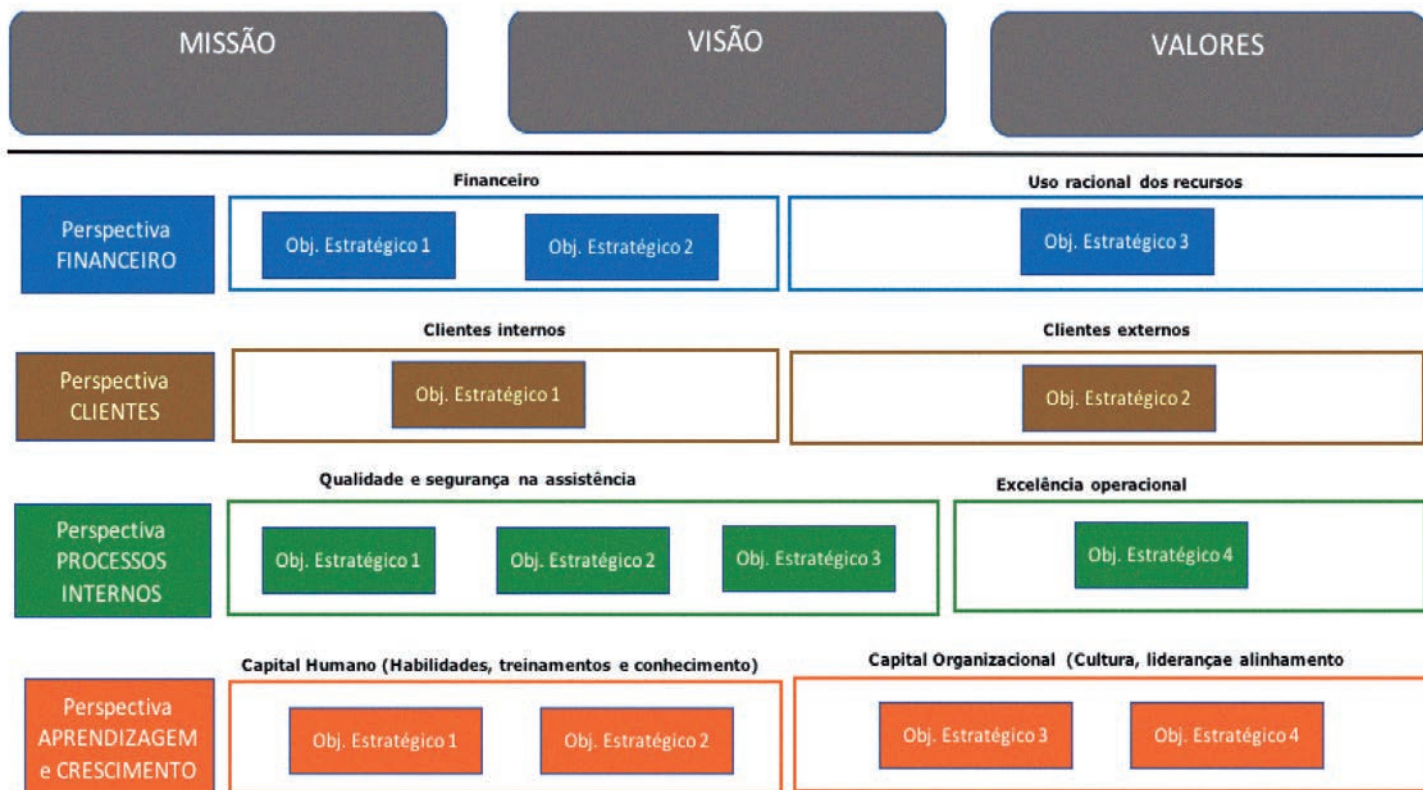
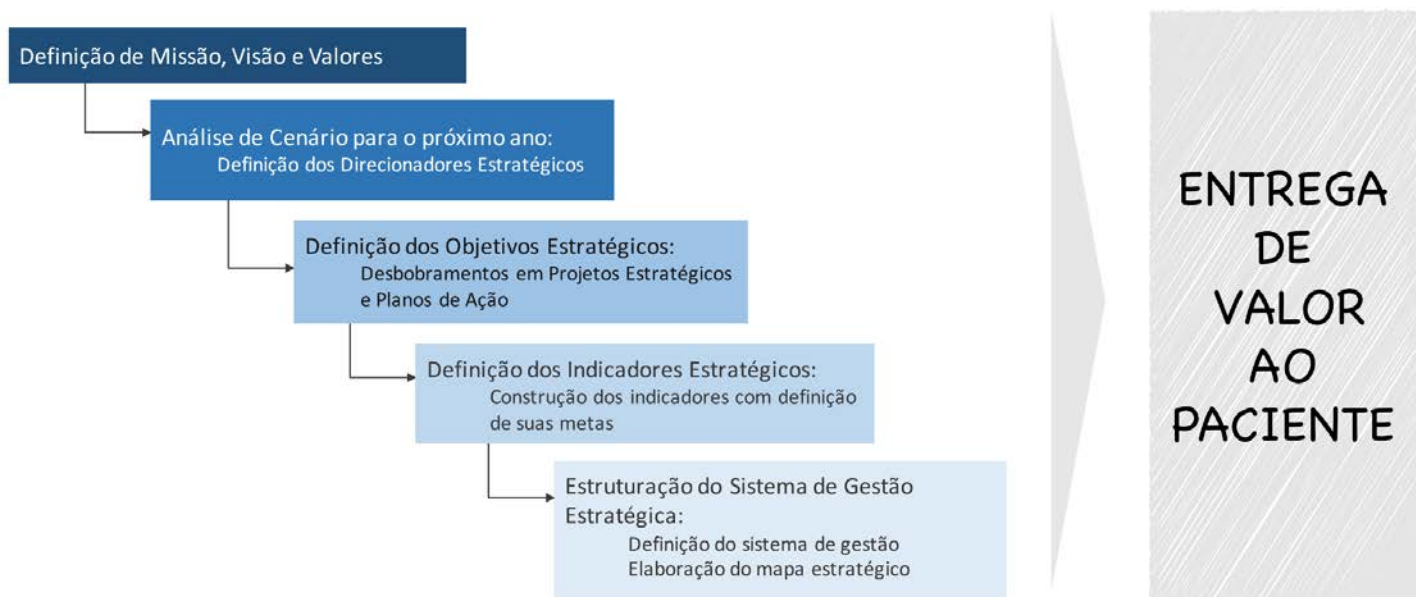


Figura 4 – Elementos da Gestão Estratégica mantendo o foco final na entrega de valor ao paciente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nunes LGN, Barbosa MPS, Saraiva RAS. **Controle de qualidade em anestesia: proposta para avaliação de indicadores.** Rev Bras Anestesiologia. 1997; 47(6): 528-537.
- Kohn LT, Korrigan JM, Donaldson MS (ed.). **To err is human: building a safer health system.** Washington: National Academy Press; 2000.
- Gordilho R. Maturidade de Gestão hospitalar e transformação digital: os caminhos para o futuro da saúde.** São Paulo: Ledriprint; 2018.
- Machado JP, Martins ACM, Martins MS. **Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2013; 29(6):1063-1082.
- Mallet ALR. **Qualidade em saúde: tópicos para discussão.** Rev SOCERJ. 2005; 18(5):449-456.
- Silva GES. **A busca pelo cuidado baseado em valor em um hospital universitário.** Dissertação (MPGC) Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2018.
- Costa Jr. AS, Leão LEV, Novais MAP, Zucchi P. **Avaliação dos indicadores de qualidade de tempo operatório e não operatório de um hospital universitário público.** einstein. 2015; 13(4):594-599.
- Abouleish AE, Zornow MH, Levy RS, Abate J, Prough DS. **Measurement of Individual Clinical Productivity in an Academic Anesthesiology Department Anesthesiology.** 2000; 93:1509–1516
- Doyle D. **Exemplos de metas SMART: entenda o que é na prática e como você pode implementar na sua empresa (2018).** Disponível em: <https://www.siteware.com.br/gestao-de-equipe/exemplos-de-metas-smart/>. Acesso em 30 de out. de 2020.
- Cançado TOB, Cançado FB, Torres MLA. **Lean Seis Sigma e anestesia.** Rev Bras Anestesiologia. 2019; 69(5):502-509.
- Herrero Filho E. **Balanced Scorecard e a Gestão estratégica: uma abordagem prática.** 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- Slullitel A. **Gestão da qualidade em anesthesiologia.** Prática Hospitalar. 2008; 10(58): 93-96.

PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ: ASPECTOS ÉTICOS, LEGAIS E PRÁTICOS NA ANESTESIA



Prof. Dra. Isabel Cristina Céspedes

Prof. Associada da Disciplina de Genética do Departamento de Morfologia e Genética da Escola Paulista de Medicina-UNIFESP
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Biologia Estrutural e Funcional da Escola Paulista de Medicina-UNIFESP

Qual deve ser o limite da prática em saúde e na ciência? Sem dúvida pesquisadores e profissionais de saúde trazem implícito em sua prática o idealismo de se alcançar o melhor resultado já que envolve o bem individual mais importante, a saúde e a vida.

O neurocientista austríaco Eric Richard Kandel (nascido em Viena, em 7 de novembro de 1929; figura 1), naturalizado estadunidense e ganhador do prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina de 2000, nos trouxe algumas ponderações. Segundo ele, quando pensamos sobre valores éticos na ciência, assumimos que são óbvios e que estão implícitos no que fazemos. Entretanto, o pesquisador também afirma que mesmo estando bem intencionados, podemos de forma imperceptível agir de maneira completamente antiética (ILLES & BIRD, 2006).

Como isso se aplica a práticas clínicas que no senso comum entre médicos e cientistas estão salvando vidas? Pode-se aplicar aos casos de pacientes que recusam determinado tratamento médico por motivo considerado por ele de absoluta determinação, como no caso da transfusão sanguínea, do tratamento quimioterápico, dentre outras condições de recusa a determinado tratamento. Por que respeitar a vontade do paciente nestes casos pode ser considerada uma conduta profissional aceitável e até mesmo ética?

Muitos estudos vêm mostrando a importante influência de um conceito multidimensional de saúde, além da saúde física, mental e social. Trata-se da espiritualidade. Neste sentido, em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu a dimensão espiritual no conceito de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Por esta organização, a espiritualidade representa o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material do ser humano, com a ideia de que há mais aspectos envolvidos no viver do que podem ser percebidos ou plenamente compreendidos, e associados a questões como o significado e o sentido da vida.

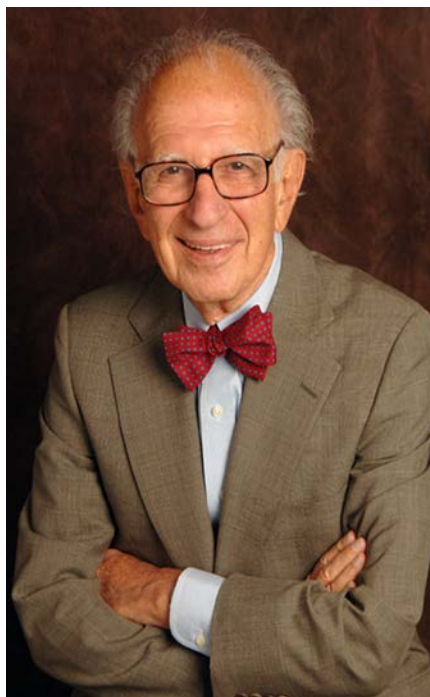
De fato, a espiritualidade demonstra ser uma necessidade natural do ser humano, como mostram as evidências de que a espiritualidade se apresenta como um fator de proteção em questões médicas e psicológicas, tendo efeito significativo nos desfechos em saúde nas mais variadas áreas. Os instrumentos científicos que buscam mensurar o bem-estar espiritual se baseiam em um componente vertical (bem-estar em relação a Deus) e um componente horizontal (ter um propósito de vida) (VOLCAN et al., 2003). Então se espiritualidade é um dos elementos a ser considerado pelo profissional médico para o melhor desfecho clínico, a preservação deste componente deve ser incluída em seu cuidado.

Falando em cuidado, um dos conceitos que procuram definir Bioética (“ética da vida”) é que se trata de uma ciência que “tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE et al., 2001). Assim, de acordo com Junqueira (2010), para se trilhar um caminho correto diante dos diversos dilemas éticos na atividade profissional, um fundamento ou a base nos momentos de decisão é a pessoa humana. Neste contexto, é necessário levar em conta alguns aspectos: a pessoa humana é única (cada pessoa tem seus anseios, necessidades, identidade, que precisam ser respeitados); a pessoa humana é provida de dignidade (toda pessoa tem valor pelo simples fato de ser pessoa); a pessoa humana é composta de diversas dimensões: biológica, psicológica, social ou moral e espiritual. Ainda segundo Junqueira (2010), se o profissional da saúde está levando em conta todos estes aspectos continua agindo de forma ética. É sobre eles que se aplicam os princípios básicos da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1979). Diante disso, quando um paciente recusa um tratamento médico específico por questões de consciência, é necessário que seja respeitado, principalmente nos casos em que haja opções terapêuticas, como veremos mais adiante neste texto.

No que diz respeito ao Código de Ética Médica, podemos observar na Resolução CFM nº 2.217 de 27 de setembro de 2018, Capítulo I – Princípios Fundamentais - XXI “no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”; no Capítulo I, Princípios Fundamentais - V “compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade”.

Também, na Resolução CFM nº 2.232 de 17 de julho de 2019, Art. 11. “Em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica.” Porém, o que podemos notar no Artigo seguinte desta mesma Resolução? Art. 12. “A recusa terapêutica regulamentada nesta Resolução deve ser prestada, preferencialmente, por escrito e perante duas testemunhas quando a falta do tratamento recusado expuser o paciente a perigo de morte.” “Parágrafo único. São admitidos outros meios de registro da recusa terapêutica quando o paciente não puder prestá-la por escrito, desde que o meio empregado, incluindo tecnologia com áudio e vídeo, permita sua preservação e inserção no respectivo prontuário.”, deste modo abre-se campo para que o médico possa aceitar a vontade do paciente.

Figura 1 – Eric R. Kandel



Fonte: <https://neuroscience.columbia.edu/profile/erickandel>

Muitas vezes o médico pode se recusar a continuar atendendo um paciente Testemunha de Jeová, apelando para o mesmo sentido da recusa do paciente em receber a transfusão, a consciência. Todavia, cabe ressaltar que nesta relação médico-paciente, embora com decisões compartilhadas, o médico tem a responsabilidade técnica e ética sobre os casos (Capítulo III – Artigos de 1 a 4 do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 2.217 de 27 de setembro de 2018), e deve considerar todas as dimensões da pessoa humana, acima destacadas.

E se vários profissionais usassem o argumento da indicação da transfusão sanguínea porque seu dever é salvar a vida do paciente a qualquer custo, de que vida estaríamos falando? No conceito atual, os princípios de beneficência e não maleficência incluem todas as dimensões do humano: física, psicológica, social e espiritual.

O princípio da autonomia inclui duas condições fundamentais: a liberdade e a informação (a liberdade de decisão sobre sua vida, livre influência de outras pessoas; a informação, que deve ser clara, contida e compreendida levando a um consentimento legítimo). O princípio de justiça envolve equidade, ou seja, dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades individuais e de forma imparcial (se atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente) (LEONE et al., 2001; JUNQUEIRA, 2010).

Nós podemos entender a dificuldade do médico avançar para uma visão mais ampla do que significa agir em favor de um paciente, quando este se recusa a receber determinado tratamento médico. Isto se deve por causa do histórico na relação assistencial. Hipócrates (460-377 AC) é considerado o “Pai da Medicina” e criou uma visão paternalista, pela qual o médico é um ser superior que toma todas as decisões em favor do paciente. Seguindo a esse fato, no século XVII aflora-se o método cartesiano, por influência de René Descartes, que estabelece a fragmentação do saber (com a divisão do “todo” “em partes” para estudá-las isoladamente). Este modelo favoreceu o desenvolvimento científico, porém perdeu-se o olhar do paciente como uma pessoa única, que deveria ser tratada em sua totalidade. Já no século XIX, com o desenvolvimento dos microscópios, por influência de Louis Pasteur e Robert Koch, tem-se uma nova fase com a descoberta e o estudo dos microrganismos. Novamente houve um grande desenvolvimento científico, porém com a mudança de foco do “doente” para a “doença”. Todo este contexto histórico pode estar associado ao processo de “desumanização” na prática em saúde, embora estejamos vendo hoje um forte movimento de mudança deste quadro (JUNQUEIRA, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Se buscamos fortalecer a humanização, no campo da Bioética a dignidade da pessoa humana é um aspecto essencial. Este elemento tem destaque na Constituição Federal em seu Título I - Dos Princípios Fundamentais - Artigo 1º - inciso III, onde a “Dignidade da Pessoa Humana” é um destes princípios. E não podemos desconsiderar que no Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais - Capítulo I - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos - Artigo 5º, destaca-se que o ser humano tem “Direito à Vida” (BRASIL, 1988). Se considerarmos os dois temas, dignidade da pessoa humana e direito à vida, concluiremos que este direito à vida deve incluir a sua dignidade.

Neste contexto, o então juiz Alexandre de Moraes (2003) declarou: “A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas [...]” (MORAES, 2003). Têm-se, ainda, as palavras do presente ministro da justiça Luís Roberto Barroso em parecer sobre o assunto de recusa às transfusões de sangue:

Figura 2 – Destaque no periódico Nature



SAVE BLOOD, SAVE LIVES

Transfusions are one of the most overused treatments in modern medicine, at a cost of billions of dollars. Researchers are working out how to cut back.

Fonte: Anthes (2015)

É legítima a recusa de tratamento que envolva transfusão de sangue por parte das Testemunhas de Jeová. Tal decisão fundamenta-se no exercício da liberdade religiosa, direito fundamental emanado da dignidade da pessoa humana, que assegura a todos o direito de fazer suas escolhas existenciais. (BARROSO, 2010).

Nessa perspectiva, e pensando em mudança de comportamento em relação à prática transfusional, a Portaria nº 1.353 de 13 de junho de 2011 do Ministério da Saúde, que aprovou o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, em seu Capítulo I - Do Sangue e seus Componentes - seção I - artigo 1º declara que “a transfusão de sangue e seus componentes deve ser utilizada criteriosamente na medicina, uma vez que toda transfusão traz em si um risco ao receptor, seja imediato ou tardio, devendo ser indicada de forma criteriosa”.

Não bastando o exposto acima para considerar a necessidade de uma mudança de comportamento, podemos olhar para indícios científicos que podem motivar e embasar esta transformação. Por exemplo, em 2015 uma publicação do periódico Nature intitulado “Evidence-based medicine: Save blood, save lives” (figura 2) baseados em evidências demonstrou o exagero no uso de transfusões sanguíneas na medicina. O artigo relata que em um grande hospital da Califórnia foi feita a experiência de que, quando o médico fosse solicitar a transfusão sanguínea para os seus pacientes, o sistema eletrônico do hospital pedia para o médico checar os resultados laboratoriais mais recentes deste paciente, e analisar se realmente seria necessário indicar a transfusão. Com esta simples mudança de atitude, o número de transfusões de glóbulos vermelhos caiu 24% entre 2009 e 2013, representando uma economia anual de U\$ 1,6 milhões. Com a queda nas transfusões, houve queda na mortalidade, no tempo de internação e na readmissão de pacientes. Por apenas solicitar aos médicos que repensassem antes de indicar a transfusão, o hospital não só reduziu custos, mas também obteve os melhores resultados para os pacientes (ANTHES, 2015).

O que vemos neste relato é que a disposição para mudança e o aprendizado sobre opções terapêuticas às transfusões sanguíneas traz amplos benefícios. O artigo menciona que muitas das condutas terapêuticas que têm sido utilizadas como opções às transfusões para tratar as Testemunhas de Jeová, que se opõem a

Figura 3 – As Testemunhas de Jeová podem aceitar certos hemocomponentes e as opções terapêuticas disponíveis às transfusões sanguíneas que tenham embasamento clínico-científico

Posição das Testemunhas de Jeová sobre o uso de sangue alogênico e autólogo

POSIÇÃO	SANGUE ALOGÊNICO				SANGUE AUTÓLOGO
Recusado	Sangue total				<ul style="list-style-type: none"> • Coleta e armazenamento pré-operatórios de sangue autólogo para reinfusão posterior
	Glóbulos vermelhos	Glóbulos brancos	Plaquetas	Plasma	
Potencialmente aceitável	Frações de glóbulos vermelhos <ul style="list-style-type: none"> • Hemina • Hemoglobina 	Frações de glóbulos brancos	Frações de plaquetas	Frações do plasma <ul style="list-style-type: none"> • Albumina • Fatores de coagulação • Fibrinogênio • Imunoglobulinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemodiluição normovolêmica aguda • Diálise • Circulação extracorpórea • Recuperação intraoperatória de sangue
As Testemunhas de Jeová tomam decisões pessoais de acordo com o que sua consciência lhes permite. É importante analisar com antecedência quais produtos ou procedimentos são aceitáveis para cada paciente.					

Fonte: <https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/>

transfusões por motivo de consciência, agora estão sendo aplicadas à população em geral. Sobre este assunto, para maiores informações sobre a posição das Testemunhas de Jeová e quais são os princípios de sua recusa, consultar o site: <https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/> e consultar a figura 3 deste artigo.

Embora as Testemunhas de Jeová representem uma organização internacional de caráter religioso, em seu site tem-se o campo “Informações para Médicos” com artigos científicos de revistas indexadas com opções terapêuticas às transfusões sanguíneas nas mais diversas áreas clínicas, sobre bioética e sobre a legislação associada.

Torna-se interessante pensar que a partir de um grupo religioso podemos ser estimulados a refletir na atualidade o que já vem sendo pensado há muito tempo do ponto de vista clínico-científico. Por exemplo, o pesquisador da Harvard Medical School (MA, EUA), Arlie V. Bock, pioneiro no campo da pesquisa sobre o sangue, advertiu seus colegas, em 1936, sobre o uso e abuso das transfusões sanguíneas (BOCK, 1936; figura 4). Se hoje muitas vezes nos recusamos a discutir o assunto, pelo hábito de ouvir que sangue salva vidas, temos neste caso um grande pesquisador que se permitiu repensar a prática transfusional no século passado.

Neste caminho, temos um pioneiro na cirurgia sem sangue, Aryeh Shander (anestesiologista; Icahn School of Medicine at Mount Sinai, NY, USA), que declarou em 2009, que é necessário perder velhos hábitos na prática transfusional. Segundo ele, para muitos médicos, prescrever transfusão alogênica é um assunto de pouca hesitação, com a crença de que a transfusão de sangue é um meio rápido e fácil de melhorar a condição do paciente e acelerar sua recuperação. Porém, para ele, diante de mais e mais evidências da falta de segurança e eficácia das transfusões de sangue, torna-se cada vez mais claro que estas crenças não são adequadamente fundamentadas e são carregadas de mitos. Segundo ele, por estes motivos, as transfusões alogênicas devem ser minimizadas (SHANDER & GOODNOUGH, 2009).

Figura 4 – Alerta de Arlie V. Bock, na época médico do Massachusetts General Hospital e posteriormente pesquisador da Harvard Medical School



Fonte: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM193609032151001>

Se por um lado vemos que a prática liberal no uso de transfusões sanguíneas carece de evidências científicas em seu favor, a prática restritiva ou mesmo o uso de opções terapêuticas às transfusões sanguíneas têm mostrado cada vez mais trazer vantagens significativas, tanto do ponto de vista do desfecho clínico e segurança do paciente quanto do ponto de vista financeiro.

Pesquisadores de diversas nacionalidades e contextos de serviços de saúde têm mostrado isso, discutindo opções terapêuticas às transfusões sanguíneas e a implantação de um programa de gerenciamento do sangue do próprio paciente

(*Patient Blood Management* - PBM). Para uma análise mais detalhada tem-se publicações científicas americanas como do anesthesiologista Shander et al. (2011) que traz um consenso internacional de que a maior parte das transfusões sanguíneas são inadequadas. Publicação de Spahn e Goodnough (2013) na revista *Lancet* (Londres, Inglaterra), que apresentou um quadro de alternativas às transfusões de sangue no momento pré, intra e peri-operatório.

No Brasil, temos publicações como de Hajjar et al. (2015) que também discutiu as estratégias para a redução das transfusões sanguíneas, discutindo seus riscos e benefícios, a conduta transfusional pouco baseada em evidências científicas e o PBM. Também publicação de Santos et al. (2014), que mostrou as principais opções terapêuticas às transfusões de sangue também no pré, intra e pós-operatório.

Na Austrália, o uso de um programa de gerenciamento do sangue do paciente tem sido uma estratégia de saúde pública, com resultados clínicos e financeiros promissores (FARMER et al., 2013; LEAHY et al., 2017). Na Itália, publicação recente de Franchini et al. (2019) mostra o PBM como uma proposta revolucionária na medicina atual. Em 2020, novamente Sandher et al. publicaram um consenso entre pesquisadores de vários países de que o PBM tem um papel essencial em tempos de pandemia COVID-19, com um guia de opções terapêuticas. Neste campo, para informações adicionais pode-se consultar o site da SABM (*Society for the Advancement of Blood Management*) que mostra os pilares de um programa de gerenciamento de sangue do paciente (figura 5).

Com todos estes aspectos, por que a dificuldade na mudança de atitude? Ao menos no sentido de repensar a prática transfusional e conhecer de fato suas opções terapêuticas? Talvez o artigo de Vaena e Alves (2019) possa nos dar a resposta. Neste relato, 73% dos residentes brasileiros entrevistados declararam

Figura 5 – Pilares de um *Patient Blood Management* (PBM) pela SABM.



Fonte: <https://sabm.org/>

não ter recebido formação adequada em medicina transfusional durante a graduação ou residência, e 93% gostaria de ter este tipo de formação.

Assim, a resistência à mudança vem da falta de formação e a necessidade de que cada profissional saia de sua rotina e zona de conforto no que se refere às transfusões sanguíneas, e esteja disposto a mudar!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTHES, Emily. Evidence-based medicine: Save blood, save lives. *Nature*. v. 520, n. 7545, p. 24-26, 2015.

BARROSO, Luís Roberto. Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por testemunhas de Jeová. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. *Revista de Direito da Procuradoria Geral do Rio de Janeiro*. v. 65, p. 327-57, 2010.

BEAUCHAMP, Tom Lamar; CHILDRESS, James Franklin. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press. 1979.

BOCK, ARLIE V. The use and abuse of blood transfusions. *N Engl J Med*. v. 215, p. 421-425, 1936.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Distrito Federal: Senado Federal: Centro Gráfico. 1988.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: RESOLUÇÃO CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; Resolução CFM Nº 2.232/2019. Publicada no D.O.U. de 17 de julho de 2019, Seção I, p. 113-4. 2019

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*. Brasília. p. 179, 1º nov, 2018.

FARMER, Shannon L.; TOWLER, Simon C.; LEAHY, Michael F.; HOFMANN, Axel. Drivers for change: Western Australia Patient Blood Management Program (WA PBMP), World Health Assembly (WHA) and Advisory Committee on Blood Safety and Availability (ACBSA). *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. v. 27, p. 43–58. 2013.

FRANCHINI, Massimo; MARANO, Giuseppe; VEROPALUMBO, Eva; MASIELLO, Francesca; PATI, Ilaria; CANDURA, Fabio; PROFILI, Samantha; CATALANO, Liviana; PICCININI, Vanessa; PUPPELLA, Simonetta; VAGLIO, Stefania; LIUMBRUNO, Giancarlo M. Patient Blood Management: a revolutionary approach to transfusion medicine. *Blood Transfus*. v. 17, p. 191-5, 2019.

HAJJAR, Ludhmila Abrahão; FUKUSHIMA, Julia Tizue; ALMEIDA, Juliano Pinheiro de; OSAWA, Eduardo Atsushi; GALAS, Filomena Regina Barbosa Gomes. Strategies to reduce blood transfusion: a Latin-American perspective. *Curr Opin Anesthesiol*. v. 28, p. 81–88, 2015.

ILLES, Judy; BIRD, Stephanie J. Neuroethics: a modern context for ethics in neuroscience. *Trends Neurosci*. v. 29, n. 9, p. 511–517, 2006.

JUNQUEIRA, Cilene Rennó. Bioética: conceito, fundamentação e princípios. Universidade Aberta do SUS-UNASUS. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2010.

LEAHY, Michael F.; HOFMANN, Axel; TOWLER, Simon; TRENTINO, Kevin M.; BURROWS, Sally A.; SWAIN, Stuart G.; HAMDORF, Jeffrey; GALLAGHER, Trudi; KOAY, Audrey; GEE-LHOED, Gary C.; FARMER, Shannon L. Improved outcomes and reduced costs associated with a healthsystem-wide patient bloodmanagement program: a retrospective observational study in four major adult tertiary-care hospitals. *Transfusion*. v. 57, June, 2017.

LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira da (Coords.). *Dicionário de bioética*. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

MORAES, Alexandre. *Direito constitucional / Alexandre de Moraes*. 13o. ed. São Paulo: Atlas. 2003.

SANTOS, Antônio Alceu dos; SILVA, José Pedro da; SILVA, Luciana da Fonseca da; SOUSA, Alexandre Gonçalves de; PIOTTO, Raquel Ferrari; BAUMGRATZ, José Francisco. Therapeutic options to minimize allogeneic blood transfusions and their adverse effects in cardiac surgery: A systematic review. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. v. 29, n. 4, p. 606-21, 2014.

SHANDER, Aryeh; GOODNOUGH, Lawrence Tim. Why an Alternative to Blood Transfusion? *Critical care clinics*. v. 25, n. 2, p. 261-277, 2009.

SHANDER, Aryeh; FINK, Arlene; JAVIDROOZI, Mazyar; ERHARD, Jochen; FARMER, Shannon L.; CORWIN, Howard; GOODNOUGH, Lawrence Tim; HOFMANN, Axel; ISBISTER, James; OZAWA, Sherri; SPAHN Donat R. Appropriateness of Allogeneic Red Blood Cell Transfusion: The International Consensus Conference on Transfusion Outcomes. *Transfusion Medicine Reviews*. v. 25, n. 3, p. 232-246.e53, 2011.

SPAHN, Dontat R.; GOODNOUGH, Lawrence T. Alternatives to blood transfusion. *Lancet*. v. 381, p. 1855–65, 2013.

VAENA, Marcella Martins de Vasconcelos; ALVES, Luiz Anastacio. Assessment of the knowledge and perceptions of Brazilian medical residents on transfusion medicine. *hematol transfus cell ther*. v. 41, n. 1, p. 37–43, 2019.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre; SOUSA, Paulo Luis Rosa; MARI, Jair de Jesus; HORTA, Bernardo Lessa. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. *Rev Saúde Pública*. v. 37, n. 4, p. 440-5, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra. 2001.

NOVABUPI[®]

cloridrato de levobupivacaína
em excesso enantiomérico de 50%

Todas as apresentações embaladas em estojos esterilizados Sterile Pack[®] são⁽¹⁾ rastreados pelo código DataMatrix.⁽²⁾



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

ANALGESIA mais prolongada (de até 15 horas) em relação à ropivacaína em bloqueios periféricos.⁽⁵⁾

Reduz o consumo de analgésicos pós-operatório.⁽⁶⁾



0,25%
com e sem vaso

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

0,50%
isobárica

Raquianestesia.⁽⁸⁾

0,50%
com e sem vaso

**Epidural:^(9,10)
Bloqueios dos nervos periféricos.^(11,12,13)**

0,75%
com e sem vaso

Anestesia Oftálmica.⁽¹⁴⁾

*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 GR, 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 3. Novabupi[®] - com e sem vasoconstritor e Novabupi[®] 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 JD Jr. Comparative study related to cardiovascular safety between bupivacaine (S75-R25) and ropivacaine 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. Estudo em cirurgias ortopédicas. Rev Bras Anestesiol; 2001. 51(5):369-376. 9. Cortes CAF, Oliveira AS, Castro LFL, Cavalcanti FS, Serafim 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, Salvaggio MFD, 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 bupivacaine solutions in inferior alveolar nerve block. Anesth Prog. 2005; 52:132-135. 12. Soares LF, Barros ACM, Almeida GP, Boos GL, Oliveira Filho GR. Volume Anestésico Mínimo para bloqueio retrobulbar extraoral; 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. Carredo 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

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM ANESTESIOLOGISTAS



Dr. Marcus Alcapadini
Médico Anestesiologista
(EPM - Unifesp), Analista de Sistemas,
Especialista em Tecnologia e Inovação

A dependência química é uma doença que acompanha a Anestesiologia desde seus primórdios. Muitos dos pioneiros da especialidade experimentaram anestésicos em si próprios, e alguns sofreram terríveis consequências e até desfechos trágicos. A maioria dos fármacos que surgem e juntam-se ao arsenal da especialidade tem potencial risco de abuso por parte dos médicos. E, em especial, são os anestesiologistas, que tem maior acesso a essas drogas.

Diferente dos outros médicos que não administram diretamente as medicações que prescrevem, o anestesiologista tem acesso, manipula e administra diariamente drogas muito potentes e dependogênas. Além disso, o abuso de substâncias está associado a diversos fatores predisponentes cotidianamente presentes na vida do especialista: alta carga de trabalho, pressão por desempenho, estresse, esgotamento psicológico (Síndrome de *Burnout*), transtornos psiquiátricos prévios, enfim, a dependência química em anestesiologistas é uma doença de etiologia multifatorial (tabela 1) e de difícil manejo.

O abuso de substâncias é definido como o uso repetido, excessivo ou impróprio de uma substância psicoativa com consequências negativas em uma ou mais áreas da vida que, por sua vez, pode evoluir para dependência química que é uma doença crônica que envolve circuitos cerebrais de recompensa, motivação e memória. A disfunção desses circuitos está relacionada a manifestações psicológicas, biológicas e sociais.

Essas alterações podem ser observadas num indivíduo procurando e usando substâncias patologicamente. A dependência química é caracterizada pela inabilidade em manter abstinência consistente, com comprometimento do comportamento de controle, compulsão (*craving*), diminuição do reconhecimento dos problemas relacionados ao uso, isolamento social, tolerância, síndrome de abstinência e resposta emocional disfuncional.

Diferente de outras drogas como o Álcool cuja dependência química geralmente ocorre após anos de abuso, a dependência química de opióides venosos como o Fentanil e Sufentanil ocorre rapidamente, por isso é muito comum que os dois termos sejam utilizados com o mes-

mo sentido. Tanto o abuso quanto a dependência química são tipos de ‘Transtornos relacionados a substâncias’ (DSM-5¹) ou, em inglês, *Substance Use Disorder (SUD)*.

É particularmente preocupante o abuso de opióides em anestesiologistas, especialmente o Fentanil, que vem sendo descrito há décadas no mundo todo. No entanto, diversos estudos têm relatado um recente e alarmante aumento na incidência de abuso de outros anestésicos como: Propofol, Cetamina e os Inalatórios, que estão associados a altas taxas de mortalidade.

O Fentanil (e seus derivados) é responsável por uma parcela significativa das admissões em programas de tratamento nos Estados Unidos para médicos anestesiologistas, e é mais observado em residentes e anestesiologistas recém formados, embora possa ocorrer em qualquer faixa etária. O abuso de opióides por via venosa geralmente leva à dependência química rapidamente, com perda completa do controle sobre o consumo, sendo comum a alta tolerância que leva o médico a injetar doses cada vez maiores e o desenvolvimento de Síndrome de Abstinência bastante desconfortável, que muitas vezes, leva a uma nova aplicação para aliviar os sintomas.

A Síndrome de Abstinência de opióides geralmente começa entre 6 a 12 horas após o último uso e o pico se dá entre 24 a 72 horas, durando cerca de uma semana. Os primeiros sintomas são inquietude, irritabilidade e fissura (*craving*). Após 12 horas são comuns bocejos, lacrimejamento e sudorese. No pico há intensificação desses sintomas, somados à piloerção, tremores, ondas de calor, frio e dores musculares.

Depois de 24 a 36 horas, comumente observa-se insônia, náuseas e vômitos, hipertensão arterial, taquicardia, perda de peso, entre outros. Esses sintomas vão diminuindo de intensidade até cessarem. É importante ressaltar que a “fissura” (*craving*), compulsão forte por usar, geralmente ocorre durante todo o período, sendo que o consumo geralmente alivia os sintomas, o que impede que a abstinência seja sustentada na maioria dos casos.

1 - DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

Tabela 1 – Fatores de risco relacionados à Dependência Química

EM GERAL	EM ANESTESISTAS
<ol style="list-style-type: none">1. História familiar de abuso de álcool ou drogas (mesmo quando adotados).2. Abuso na infância (psicológico, emocional ou sexual).3. Família disfuncional / falta de carinho e suporte.4. Outro transtorno mental.5. Sexo Masculino.6. Experimentação de álcool/drogas precocemente.7. Pessoas próximas que usam drogas.8. Tendência à auto-medicação (médicos).9. Crença de ser imune à adicção.	<ol style="list-style-type: none">1. Contato direto com drogas (única especialidade que administra diretamente os fármacos, ao invés de simplesmente prescrevê-los).2. Exposição diária a opióides e sedativos altamente potentes e aditivos (drogas que outros especialistas raramente tem contato).3. Acesso fácil a drogas (anestésicos).4. Pequenos volumes usados no começo, fácil de desviar.5. Abuso durante a graduação pode motivar a procura pela especialidade (expectativa de fácil acesso a drogas potentes).6. Estresse, Síndrome de <i>Burnout</i>, insalubridade.

“Essa atitude de negação pode dificultar contato empático, mas manter atitude não confrontativa resulta em intervenções mais eficazes. Aliás, devem ser feitas com cuidado, e não por ‘conversas de corredor’”

Apesar de mudanças comportamentais serem os indicadores mais comuns, alterações evidentes geralmente se apresentam quando a doença está em estágio avançado. Para evitar consequências trágicas é importante que todos os anesthesiologistas estejam atentos a sinais que podem ser indícios do abuso como labilidade emocional, aumento excessivo da carga de trabalho, preferência em trabalhar sozinho e fora do Centro Cirúrgico, idas frequentes ao banheiro, uso de mangas compridas, entre outros (tabela 2).

Reconhecer esses e outros sinais, ou indícios, pode fazer a diferença antes que seja tarde. Assim como intervir o mais rápido possível, mas de forma acolhedora e não julgadora. Não é fácil abordar o colega, mas é preciso ter em mente, que isso pode prevenir desfechos trágicos. É comum que ele negue o uso, o que faz parte da doença. Provavelmente o colega está amedrontado, com a vida pessoal e social comprometida e a profissão pode ser a última coisa que mantém o significado de sua vida.

Essa atitude de negação pode dificultar contato empático, mas manter atitude não confrontativa resulta em intervenções mais eficazes. Aliás, devem ser feitas com cuidado, e não por “conversas de corredor”. Deve-se mostrar as evidências do ato e elaborar um plano de ação em que o médico em questão tenha apoio da instituição e dos colegas para se tratar.

O afastamento do Centro Cirúrgico é muito mais uma atitude protetora do que punitiva. E o tratamento idealmente deve ser feito com Psiquiatras e Psicólogos especialistas em dependência química. Ca-

sos mais graves geralmente beneficiam-se de internação seguida de acompanhamento ambulatorial. A recuperação é um processo longo, provavelmente um compromisso para toda a vida, já que dependência química é uma doença crônica.

É possível que o anesthesiologista retorne à prática anestésica, o que deve ser cuidadosamente analisado caso a caso, por profissionais com experiência na área (psiquiatras e psicólogos), após comprovação de abstinência sustentada por testes toxicológicos (cabelo). A reentrada deve ser gradual e com apoio dos demais profissionais. O manuseio supervisionado de antagonistas, como o Naltrexone, tem se mostrado um fator protetor, já que há risco de recaída e até mesmo índice de mortalidade significativo. Em alguns casos, a mudança de especialidade, ou até mesmo profissão, são recomendáveis.

A alta mortalidade relacionada tanto ao abuso de substâncias, quanto ao suicídio, se mantém uma realidade difícil, mas espera-se que com a maior conscientização, educação e a melhoria do manejo dos casos, aqueles que sofrem com a dependência química possam retomar um certo equilíbrio e voltem a ser produtivos e ter uma vida satisfatória e plena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barash's Clinical Anesthesia, 8th edition (2017).
2. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em Dependência Química, 3 ed - São Paulo: Roca, 2015.
3. Mayall RM et al. Substance abuse in anaesthetists. BJA education, 16(7): 236-241 (2016)
4. Miller's Anesthesia, 9th edition (2020).

Tabela 2 – Sinais e indícios que pode estar indicar Transtornos relacionados ao uso de substâncias

INDICADORES NO HOSPITAL	INDICADORES FORA DO HOSPITAL	FÍSICOS
Labilidade emocional	Afastamento da família e amigos	Pupilas mióticas
Progressivo aumento no uso de opióides	Mudanças repentinas de humor, comportamento, irritabilidade	Tremores, Diaforese (Síndrome de Abstinência)
Preferência por trabalhar sozinho	Frequentemente doente	Palidez
Idas frequentes ao banheiro	Discussões frequentes	Perda de peso
Aparecer no Hospital sem estar de plantão	Problemas financeiros, matrimoniais e sexuais	Uso de mangas compridas
Pacientes com dor pós-operatória excessiva	Ampolas, frascos e seringas (achados no domicílio)	
Uso testemunhado	Impulsividade	
Morte súbita		

Fonte: Miller's Anesthesia (ANO)

Conheça a Sala Virtual WE CARE

ID: 850 9779 7013

Todas as quartas-feiras | das 19:30 às 21:00

A sala virtual We Care é composta por médicos que enfrentam problemas relacionados ao uso, abuso ou dependência química de substâncias psicoativas e desejam receber apoio e acolhimento através da troca de experiências e discussões de temas pertinentes ao processo de recuperação.

A sala virtual We Care é um serviço gratuito destinado a médicos, mediada por psicólogos, em um ambiente de total anonimato e confidencialidade.

Patrocínio



DESAFIOS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO NO BRASIL



Dr. Matheus Fachini Vane

Doutor em Ciências Médicas pela HCFMUSP

Médico assistente do Grupo de Transplante Hepático da HCFMUSP

Coordenador do estudo multicêntrico “ESTUDO MULTICÊNTRICO DA AVALIAÇÃO DOS CASOS DE PARADA CARDÍACA

INTRAOPERATÓRIA NO BRASIL - Brazilian Intra-operative Cardiac Arrest Multicenter Study – BRICS” em parceria com a SAESP

Iniciar um estudo científico em saúde seja no Brasil ou em outra parte do mundo é sinônimo de dificuldades. Tanto que o resultado do projeto já é chamado pelo próprio autor como um “trabalho” científico. Quem já se aventurou por este caminho, mesmo que realizando em um único local sabe das grandes dificuldades de se atingir o objetivo final de um estudo, que é a publicação dos resultados de maneira que sejam suficientemente bons para garantir uma melhoria no atendimento do paciente.

Estudos multicêntricos, por definição, são conduzidos simultaneamente em mais de um centro e apresentam particularidades bastante promissoras, mas também muito desafiadoras. O estudo multicêntrico procura, na maioria das vezes, juntar centros de pesquisa espalhados pelo país, levando em conta a pluralidade cultural de cada região, a fim de abranger o maior número de pessoas, aumentando a representatividade da amostra do estudo e tornando os resultados mais aplicáveis aos pacientes do dia a dia.

Outro benefício do estudo multicêntrico é o potencial de unir diversos centros de pesquisa na procura de pacientes que passaram por eventos raros ou com diagnósticos de síndromes raras, permitindo assim, a junção desses eventos e viabilizando conclusões mais seguras em menor tempo.

No entanto, para conseguir unir diversos centros de pesquisa em prol de um objetivo comum, se faz necessário um grande esforço para superar as inúmeras dificuldades por detrás deste estudo que a princípio parece simples. O primeiro desafio é a aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP). O processo de aprovação na comissão de ética de um estudo multicêntrico tem seu início com a submissão do projeto ao centro coordenador. Após aprovação do CEP coordenador (e, muitas vezes, da CONEP), os demais centros de pesquisa participantes devem submeter aos CEP institucionais para avaliação.

Por vezes, o CEP institucional solicita alterações na documentação que gera o primeiro grande contratempo a ser administrado: todas as alterações solicitadas devem ser feitas e submetidas a TODOS os centros para apreciação, incluindo o centro coordenador, mesmo que este já tenha aprovado anteriormente o estudo. Porém, não estamos falando de um único centro, muitas vezes, os estudos multicêntricos possuem dezenas ou centenas de centros participantes, conseqüentemente, dezenas ou centenas de novos processos serão abertos para apreciação do CEP, abrindo caminho para um trâmite regulatório fatigante.

No Brasil este aspecto gera um grande problema, pois ao invés de centralizar todos os questionamentos em um único CEP, cabendo ao CEP institucional decidir se adere ou não ao estudo, gera-se este emaranhado de comunicações que torna o processo mais difícil. No tocante a submissão aos CEP, no Brasil, muitos profissionais desconhecem a plataforma nacional e não possuem cadastros nesse sistema relacionado à pesquisa, tornando a inclusão do estudo na apreciação do CEP institucional ainda mais complicada e demorada.

Além disso, para juntar e organizar todas as informações de todos os centros envolvidos se faz necessário uma equipe de especialistas em estudos que estabeleçam o contato com os demais centros participantes. Com isso, há a necessidade de uma equipe de profissionais dedicados exclusivamente ao estudo, a fim de zelar por todos os processos. Esta equipe se torna a ligação da coordenação com os centros participantes, estabelecendo uma comunicação de via dupla, com a finalidade de ajudar nos questionamentos do CEP, auxiliando com os dados relativos ao projeto e permitindo que os pesquisadores participantes possam se cadastrar nas plataformas para a coleta de dados. Sem essa equipe, simplesmente, não há como o estudo funcionar, pois não adianta se ter materiais mal preenchidos, contendo dados duvidosos ou, pior, sem conseguir ter a aprovação no CEP institucional.

Um dos requisitos para a equipe é a disponibilidade de ir ao local do estudo e fazer auditoria física entre o que está na plataforma de dados e o que consta no prontuário do paciente com o intuito de averiguar se os elementos preenchidos estão corretos. Esta equipe é a pedra angular de qualquer estudo multicêntrico, sendo que, muitas vezes, não se dispõe de uma adequada remuneração para estes profissionais, tornando a montagem da equipe difícil e pouco eficiente, sendo esse um dos maiores empecilhos para o correto funcionamento de um estudo multicêntrico. Muitos institutos de fomento à pesquisa ainda impedem o financiamento do pesquisador e dos profissionais envolvidos com o estudo, os quais são os responsáveis pelo andamento do estudo, gerando uma forma de voluntarismo para a condução de estudos.

Ainda no tocante aos dados, tem-se outro desafio que é a obtenção deles. Em pleno ano de 2020, com smartphones à ponta dos dedos, acredita-se que praticamente todos os hospitais já tenham informatizado o número de cirurgias, ASA dos pacientes, complicações relacionadas a cada procedimento, além de outros dados básicos. Porém, muitos hospitais e centros de referência no cuidado a pacientes ainda fazem a contagem manual do número de cirurgias e não dispõem do fornecimento sequer de dados com o ASA do paciente.



O Brasil encontra-se muito atrasado nos sistemas de informatização hospitalar, e abre margem para questionamentos sobre erros



Num estudo multicêntrico sobre a incidência de paradas cardíacas durante a anestesia, dados simples como idade do paciente e ASA são, em sua maioria, contabilizados manualmente. No momento deste estudo, com mais de 300.000 anestésias avaliados, praticamente a maioria foi contabilizada pelos dedos de alguém. Uma conta simples de 10 segundos para pegar a ficha de anestesia do paciente, ler o registro, nome, ASA e idade e preencher em uma tabela no computador, resulta em 3.000.000 de segundos despendidos, ou seja, 833 horas ou quase 35 dias para um único cadastro simples. Função esta que poderia ser substituída por um "ENTER" em um sistema informatizado.

O Brasil encontra-se muito atrasado nos sistemas de informatização hospitalar, e abre margem para questionamentos sobre erros. Como não se dispõe de dados automatizados, mas sim da contagem manual, é possível imaginar quantos erros de faturamento não devem passar. Uma ressalva na afirmação acima são os hospitais de ponta com atendimento privado, os quais muitas vezes são pressionados pelo próprio faturamento e controle de metas a ter estes dados o mais próximo da realidade.

A todo o momento citamos o fornecimento de informações, mas pouco falamos da confecção da plataforma e do instrumento de coleta para que todos possam acessar. Por sorte, algumas plataformas podem ser utilizadas com baixo custo, tornando este desafio pequeno. Mas impõe um desafio maior que é o treinamento dos centros participantes para o preenchimento correto e o acesso à plataforma, implicando na confecção de manuais e diversas reuniões e pacientes testes para que haja uma uniformidade no reporte dos casos. Além disso, como há a possibilidade de falha, todos os dados imputados devem ser validados pelo centro coordenador e pela equipe por detrás do estudo.

Como apontado acima, dezenas ou centenas de centros se fazem necessários para que um estudo multicêntrico consiga uma expressão científica adequada. O recrutamento destes é outro grande desafio, pois depende-se, na maioria das vezes de indicações de colegas. Não há um sistema disponível para que seja expressa a disponibilidade de um centro para participar em algum estudo no país. Para tentar tornar isso mais claro: muitos centros universitários gostariam de participar e teriam expertise suficiente para participar de estudos multicêntricos, mas o acesso a estes centros se torna desconhecido.

Assim, o "coleguismo" acaba facilitando e sendo o mecanismo propulsor de muitos contatos e inclusão de centros participantes. No entanto, conseguir que o centro participe e consiga fornecer os dados se torna outro desafio, pois, muitas vezes, o estudo não tem recursos suficientes para patrocinar uma equipe de coleta em cada centro participante e, para obter a aprovação e participar do estudo, o centro acaba por sobrecarregar algum funcionário institucional, agregando mais funções a este profissional. Com isso, a qualidade do fornecimento de dados, em virtude da sobrecarga do funcionário, se torna questionável.

Por fim, outro grande desafio de um estudo multicêntrico é o custo e consequentemente o financiamento. Para que se faça funcionar um estudo com dezenas de centros participantes é necessária uma alta soma financeira, não cabe entrar neste enredo sobre o financiamento de estudos científicos no Brasil, muito menos na forma de remuneração dos profissionais envolvidos, que muitas vezes, se baseia no voluntarismo hercúleo. Assim, realizar qualquer estudo no Brasil é um desafio, mas os multicêntricos apresentam desafios superiores. Uma analogia seria a de conduzir diversos estudos unicêntricos ao mesmo tempo e em locais não habituais para o pesquisador.

Ketamin

cloridrato de dextrocetamina

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

● **ANALGESIA SUPERIOR à cetamina racêmica.** ^(4,5)

4X + Estereosseletividade pelos receptores NMDA. ⁽⁶⁾

Anestésico venoso que proporciona analgesia efetiva.

^(1,2)

Ketamin
cloridrato de dextrocetamina

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



COM CÓDIGO DATAMATRIX®

Ketamin NP
cloridrato de dextrocetamina

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



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.

SAC
0800 7011918

www.cristalia.com.br

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA.

CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS ACERCA DO PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - CRM



Dr. Fábio Roberto de Almeida Tavares
Almeida Tavares e Silva - Sociedade de Advogados

O Conselho de Medicina tem como uma de suas funções a disciplina da classe médica no que tange, dentre outros temas, a busca pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente. Cabe ao Conselho, dentre outras funções, zelar pela aplicação do Código de Ética Médica.

Com efeito, cabe ao CRM de onde o fato punível ocorreu a instauração de sindicância bem como o processamento do processo ético profissional contra o médico, nos termos da Resolução CFM nº 2.145/2016, independentemente de onde esteja inscrito. Contudo, o julgamento das infrações éticas será realizado pelo CRM de onde ele esteja inscrito na época dos acontecimentos.

Importante ressaltar, ainda, que o processo ético profissional submetido ao CRM é totalmente autônomo em relação a eventuais processos cíveis e criminais sobre os mesmos fatos. Ou seja, uma sentença penal decorrente de um processo criminal somente gerará efeitos na apuração de infrações éticas quando reste provada a inexistência do fato punível ou ainda que o médico não concorreu para a infração penal em julgamento.

A seu turno, a sindicância contra o profissional só será instaurada por iniciativa “de ofício” do CRM, por denúncia verbal ou finalmente por denúncia escrita, sendo vedado o anonimato do denunciante. Poderá então ser instaurada a sindicância ou arquivada a denúncia, dependendo de sua consistência.

Após a conclusão da sindicância e a elaboração de relatório pelo conselheiro designado, o procedimento poderá ter os seguintes destinos: (i) ser proposta a instauração de Processo Ético Profissional (PEP); (ii) ser arquivada; (iii) ser apurada doença incapacitante; (iv) ser realizada conciliação, ou finalmente (v) ser celebrado um TAC – Termo de Ajustamento de Conduta.

A conciliação somente poderá ser proposta nos casos que não envolvam lesão corporal de natureza grave, assédio sexual ou óbito do paciente. Já o Termo de Ajustamento de Conduta – TAC - será sigiloso sendo o ato jurídico pelo qual a pessoa, física ou jurídica, em regra, reconhecendo implicitamente que sua conduta ofende ou pode ofender interesse ético individual ou coletivo, assume, perante órgão público legitimado, o compromisso de eliminar a ofensa ou o risco, através da adequação de seu comportamento às exigências legais e éticas, mediante formalização de termo e, assim, não será submetido ao PEP.

A seu turno o Processo Ético Profissional propriamente dito poderá ser proposto após a sindicância e deverá se orientar pelos parâmetros da razoabilidade, não podendo mais ser extinto por vontade do denunciante.

Após regularmente citado, o denunciado poderá apresentar defesa prévia no prazo de trinta dias, alegando todas as matérias de fato e direito que lhe possam servir para exercer seu direito Constitucionalmente assegurado do contraditório e ampla defesa, bem como utilizando todos os meios de provas que o favoreçam, tais como documentos e argumentos justificando sua tese incluindo a indicação de até cinco testemunhas.

As testemunhas serão ouvidas em audiência, ocasião em que denunciante e denunciado poderão prestar depoimentos e serem acareados entre si e com as testemunhas. Poderão então ser utilizadas provas emprestadas e desgravações para que o máximo de elementos possa formar a convicção dos julgadores antes do julgamento.

Após o término da instrução, serão abertos os prazos para apresentação de alegações finais pelos denunciante e denunciados, respectivamente, quando então o conselheiro corregedor designará um revisor e um relator que elaborarão o relatório que será utilizado no julgamento.

A sessão de julgamento deverá ser pautada com um mínimo de oito dias de antecedência e deverá iniciar-se com a leitura dos relatórios dos julgadores, manifestação prévia da defesa para a alegação e julgamento de preliminares, alegações finais, esclarecimentos dos julgadores, debates sobre o mérito e, finalmente, o julgamento de propriamente dito, de cuja decisão caberá recurso a órgão colegiado do CRM em trinta dias.

As eventuais penas serão aplicadas a partir do trânsito em julgado da decisão nos termos do art. 22, da Lei nº 3.268/1957 que prevê a) advertência confidencial em aviso reservado; b) censura confidencial em aviso reservado; c) censura pública em publicação oficial; d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias, e; e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal.

Decorridos oito anos após o cumprimento da pena e sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-profissional, poderá o médico requerer sua reabilitação ao CRM onde está inscrito, com a retirada dos apontamentos referentes a condenações anteriores caso não tenha sido punido com a pena de cassação do exercício profissional, prevista na letra “e”, do art. 22 da Lei nº 3.268/1957.

“ Após o término da instrução, serão abertos os prazos para apresentação de alegações finais pelos denunciante e denunciados, respectivamente, quando então o conselheiro corregedor designará um revisor e um relator que elaborarão o relatório que será utilizado no julgamento ”



saesp

A **SAESP**
deseja a todos um
Feliz Natal e um
Ano Novo repleto
de realizações

#SaespSempreMais



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo

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 04 | Dezembro 2020

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


Sempre um passo à frente...

Realização



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo