



CONGRESSO PAULISTA DE ANESTESIOLOGIA

Principal evento brasileiro e latino-americano para atualização na área de anestesiologia, o COPA 2021 terá formato híbrido, *on-line* e presencial, e uma plataforma inovadora e interativa

Veja também:

- Palavra da Presidente
- Jurídico - Regras aposentadoria
- Internacional - Anestesiologistas no Canadá
- Qualidade de vida - Tabagismo
- Estilo de vida - Vinhos
- Segurança do paciente
- Calendário de cursos

SAVE THE DATE

22 a 25 de abril de 2021

COPPA 2021

Juntos no Transamerica Expo Center ou na WEB!

+ Espaço + Conforto + Segurança

Eu Vou!
#copasaesp2021

Patrocínio:



Realização:



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo

Saiba Mais

A SUA NEWSLETTER
DA SAESP

Edição número 5
Março de 2021

Uma publicação da
Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo.
É proibida a reprodução
total ou parcial por
qualquer meio sem prévia
autorização.

Produção editorial:

Editora Conteúdo
www.conteudoeditora.com.br



Diretoria:

Melissa Kechichian e
José Scavone Bezerra de
Meneses

Jornalista responsável:

Melissa Kechichian
MTB 25.595

Revisão:

Abgail Cardoso e
Maria Inês Caravaggi

Design Gráfico:

Ricardo Alves de Souza

CLIQUE SOBRE OS ÍTENS
DO SUMÁRIO PARA IR
DIRETO PARA A
PÁGINA DESEJADA



Palavra da
Presidente



Jurídico – Regras
aposentadoria



Estilo de Vida –
Vinhos



COPA 2021 – Congresso Paulista
de Anestesiologia



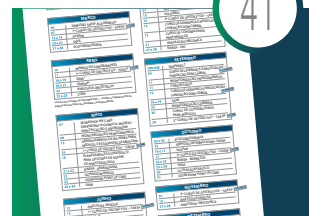
Internacional –
Anestesiologistas
no Canadá



Qualidade de vida –
Tabagismo



Segurança
do paciente



Calendário
de cursos

BEM-VINDO, 2021! QUE VENHA CHEIO DE BOAS-NOVAS!



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo



Dra. Rita Rodrigues,
Presidente da Sociedade
de Anestesiologia do
Estado de São Paulo
(SAESP) e Professora e
Chefe de Disciplina de
Anestesiologia, Dor e
Medicina Intensiva da
UNIFESP

Foram tantas as esperanças depositadas neste novo ano, que iniciá-lo com os mesmos cuidados, temores e prejuízos de 2020, impostos pela pandemia do novo coronavírus, nos frustrou.

Restou-nos lembrar a história de *Pollyanna*, a personagem do livro de Eleanor Porter, publicado em 1913. Em vez de lançar o olhar para as perdas e danos de 2020, desviá-lo para os ganhos e *incomes* alcançados. Neste “exercício”, as boas-novas são tão evidentes que nos demos conta de que talvez estivéssemos meio acomodados e resignados, sem acreditar (ou sem saber?) no enorme potencial de criação e desenvolvimento que temos, seja individual, coletivo ou empresarial.

Quando poderíamos imaginar que, em menos de um ano do primeiro caso da Covid-19 no Brasil, já estaríamos sendo vacinados! Quanto aprendemos e nos unimos através dos avanços da tecnologia digital, que nos levaram a adquirir novas competências. Sem contar o sentimento de compaixão, que, reaceso, nos fez mais solidários, nos levando a desenvolver a empatia.

Neste mesmo diapasão e com determinação, a SAESP, que se dilacerou ao ter seu maior evento, o COPA, suspenso por exigências legais a 40 dias de sua realização, desenvolveu outras ações e programas. Celebraremos agora, em abril, um ano da Plataforma Educacional SAESP, dos WEBINARS semanais, do treinamento gratuito em acesso à via aérea do paciente Covid para médicos, seguidos do programa We Care, de apoio e orientação para os anesthesiologistas adictos; do Simpanest, totalmente reformulado; e, em outubro, do Simpósio Internacional SAESP 50 anos, um absoluto sucesso.

Bem-vindo, 2021! Que venha com o COPA e seu brilhantismo incontestável.

A SAESP está concentrada em trazer um COPA totalmente novo: virtual, com mais de 10 opções de salas à sua escolha, a um simples clique, e presencial, com toda a vibração do networking, do burburinho das happy hours e da festa de confraternização final. Tudo isso solidamente planejado, seguindo todas as normas sanitárias vigentes, com todos os cuidados e espaço, muito espaço! Nada de filas e aglomerações.

Um novo COPA, que vai surpreender e marcar história!

É o nosso trabalho revigorado para trazer a todos os anesthesiologistas o que há de mais novo, seguro e melhor para os nossos pacientes. ●

Conheça o PROGRAMA WE CARE da SAESP

Elaborado e desenvolvido para que o anestesiológico adicto, seu familiar, chefe ou/e amigo, obtenha(m) gratuitamente orientação individual e auxílio de profissionais especializados, altamente capacitados em dependência química.

O Programa WE CARE garante total confidencialidade e anonimato. Através de uma equipe externa, a SAESP irá auxiliar o dependente químico e seus familiares a conhecerem a extensão da dependência e as alternativas de tratamento.

É a SAESP mobilizando-se para cumprir mais uma AÇÃO SOLIDÁRIA.

Apoio Institucional



#SaespSempreMais



COPA 2021: *ON-LINE* E PRESENCIAL

Como sempre, o evento reunirá grandes nomes da anestesiologia do Brasil e do exterior. Neste ano, acontecerá em uma plataforma inovadora e interativa

Abgail Cardoso

Com uma programação científica de altíssimo nível, como é tradição, o COPA 2021 está confirmado para o período de 22 a 25 de abril. É o que garante o diretor científico do Congresso Paulista de Anestesiologia, Luiz Fernando Falcão. “Este ano, o COPA vai acontecer. Estamos preparados para realizar o evento, com segurança, em quaisquer cenários da pandemia de covid-19”, assegura.

Pela primeira vez, o congresso, que está entre os cinco maiores do mundo, será no formato híbrido – com palestrantes e participantes presenciais e *on-line*. Mas, se necessário, poderá ser apresentado transmitido e acompanhado 100% *on-line*. Ou ao contrário: se a pandemia estiver controlada, será possível até ampliar o número de vagas presenciais.

A declaração da pandemia em 11 de março de 2020 obrigou a SAESP a suspender o COPA 2020 a cerca de um pouco mais mês de sua realização. Diante da situação inesperada de quarentena, não houve tempo hábil para mudar o formato do evento, que desde o início é realizado na última semana de abril. “Para este ano, preparamos um evento inovador, com muitas novidades e ainda maior. Teremos 10 salas transmitindo, simultaneamente, conteúdos ao vivo e gravados. Quase dobramos o número dos palestrantes internacionais e também cresceu o total de convidados brasileiros”, destaca a presidente da SAESP, Dra. Rita de Cássia Rodrigues.

Prioridades absolutas, a segurança e a saúde das pessoas estão garantidas. O número de vagas presenciais foi reduzido à menos da metade. Serão disponibilizadas no máximo 1.500 vagas presenciais.

Como sociedade médica, os organizadores garantem ainda que todas as medidas de prevenção estão sendo tomadas e que os protocolos serão rigorosamente seguidos. “Não teremos o bufê de self-service desta vez. Teremos 1.200 lugares para o almoço e os participantes serão servidos à la carte. Assim evitamos aglomerações na fila”, diz Dr. Falcão.

Formato flexível

Segundo o presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Dr. Augusto Takashima, a estratégia da SBA é formar, educar, certificar e representar a anestesiologia brasileira com ênfase em eventos virtuais e ferramentas digitais. Já a missão das regionais da SBA ancora-se na missão de educar e representar a anestesiologia do seu estado com ênfase em eventos presenciais. Desta vez, porém, a situação exige flexibilizar esse formato.

“Frente à covid-19 e ao desafio de organizar um evento neste momento, tenho certeza de que o modelo híbrido que a SAESP propõe será um sucesso. Estarei presente ao COPA e convido os colegas a fazerem o mesmo”, afirma Takashima.



Luiz Fernando Falcão,
diretor científico do
Congresso Paulista de
Anestesiologia

Na programação científica deste ano, estão previstas mais de 400 aulas de 250 palestrantes nacionais e 50 internacionais

“Por meio do Centro de Simulação e do COPA, a SAESP cumpre sua tarefa de maneira brilhante. O Congresso Paulista faz parte do calendário nacional da anestesia e é uma oportunidade ímpar de atualizar conhecimento, desenvolver atividades hands-on e ter contato com convidados internacionais. O evento é fundamental para aprimorar o padrão do cuidado perioperatório”, diz o presidente da SBA.

Inovações na programação

Presencial como sempre foi ou nos moldes impostos pelos novos tempos, o COPA mantém-se como o principal evento brasileiro e latino-americano para atualização na área de anestesiologia.

A última edição, em 2019, reuniu mais 3 mil profissionais, chegando ao quinto maior do mundo. “Mesmo na versão híbrida, o evento trará o estado da arte em atualização científica. Teremos os maiores nomes da anestesiologia do Brasil e do mundo com as novidades, novas abordagens e também sessões de revisões, para relembrar conceitos”, afirma Dr. Falcão.

Segundo ele, um dos indicadores da qualidade do COPA é o alto nível de aceitação dos palestrantes internacionais convidados. Na programação científica deste ano, estão previstas mais de 400 aulas de 250 palestrantes nacionais e 50 internacionais.

Em 9 salas e no centro de treinamento, parte dessas aulas serão transmitidas ao vivo e parte serão gravadas, com legendas em inglês e espanhol.

Já a programação internacional será toda *on-line*, por causa da dificuldade para viagens, e também previamente gravadas e legendadas em português, inglês e espanhol. Alguns dos palestrantes, dependendo do fuso horário, entrarão ao vivo após a transmissão das aulas para discussão.

Café da manhã com especialista

A interatividade, aliás, segundo a Dra. Rita de Cássia, é uma das características do COPA 2021. “Reformulamos completamente a programação. Vimos que fazia falta ter tempo para discussão e para fazer



O COPA 2021 trará os maiores nomes da anestesiologia do Brasil e do mundo

perguntas”, diz a presidente da SAESP. Essa necessidade ficou clara nos webinars realizados em 2020 durante a quarentena. “Notamos uma tendência de maior interação dos participantes com os palestrantes em eventos virtuais em relação aos presenciais”, diz Dr. Falcão. Por causa dessa constatação, os organizadores reservaram 35 minutos após cada série de três palestras, para que os especialistas respondam às dúvidas enviadas.

As inovações vão além, como a criação de ferramenta para sugerir nomes de palestrantes e a estreia do Café da Manhã com Especialistas, nos moldes do congresso norte-americano. Antes do início dos trabalhos, na sexta e no sábado, os inscritos poderão tomar café, trocar ideias e fazer networking com 10 nomes de destaque em determinados temas durante cerca de uma hora. Será um evento muito restrito, com apenas cinco vagas para cada especialista por dia, num total de 100 pessoas. No domingo, o dia será destinado para revisão de conceitos de determinados temas.

A presidente da SAESP lembra ainda que, além de ter foco em atualização de conhecimento, o COPA tem um lado social muito apreciado, com almoços, coffee breaks e happy hours para networking, que serão mantidos, mas seguindo as regras de distanciamento social e higienização.

Pré-congresso

As oportunidades de aprendizado e atualização começam mesmo antes da abertura oficial do COPA, que será realizado de 22 a 25 de abril. Na terça e quarta-feira, dias 20 e 21, haverá uma série de 15

2

PALESTRANTES NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Estão confirmadas 400 aulas de 250 palestrantes nacionais e 50 internacionais

copa 2021

3

MUITO MAIS IMERSÃO E INTERAÇÃO

Serão 10 salas transmitindo, simultaneamente, conteúdo ao vivo e gravado

copa 2021

cursos, parte deles *on-line* e parte presenciais no Transamerica Expo Center, no Centro de Simulação da SAESP e no Hospital Sírio-Libanês. Entre outros temas, serão abordados gestão em anestesia, otimização perioperatória, ventilação mecânica.

Plataforma robusta

Os organizadores estão tomando todos os cuidados para o que o COPA 2021 mantenha seu elevado padrão de qualidade, que sempre foi a marca do evento. A escolha da plataforma vFairs para transmissão das palestras representa um grande investimento da SAESP. A vFairs já foi utilizada com sucesso em eventos de grande porte, como o Congresso Europeu de Anestesiologia.

Após a inscrição, o congressista recebe um login e uma senha para acessar a plataforma tridimensional vFairs. Ao entrar, o congressista navega por um lobby, tem acesso à programação e às salas onde ocorrem as palestras e aulas e pode visitar os estandes dos patrocinadores e parceiros do evento. Segundo Alexander Ponce, da Ponce Tech, empresa responsável pela plataforma vFairs no COPA, a vFairs é uma plataforma internacional, sem similar no Brasil. Oferece um ambiente interativo,



4

PARTICIPE DAS MESAS DE DISCUSSÃO

O evento será interativo com respostas em tempo real pelos especialistas, presencialmente ou pelo chat virtual

←←←←←

copa
2021



COPA 2019 – Cerca de 3 mil pessoas participaram do evento. Este ano espera-se um número ainda maior com o formato híbrido

que permite o engajamento dos participantes por chat.

Por meio de um sistema de filtros, o congressista pode criar a sua agenda, selecionando aulas por tipo e temas de seu interesse. Haverá cinco tipos de aulas: painel (série de 3 aulas de 20 minutos seguidas de discussão), keynote, palestra magna, pró e contra e acadêmicas (para alunos). As aulas ficarão disponíveis por um mês.

Ele poderá também filtrar por trilha de conhecimento, por exemplo, cardiovascular, ventilação mecânica, anestesia pediátrica, anestesia obstétrica, anestesia regional, dor, terapia intensiva, num total de 15 trilhas. No fim do congresso, além do certificado de participação do COPA 2021, o congressista receberá um certificado por trilha de conhecimento, se ele tiver percorrido todas as aulas, e concorrerá a brindes.

A Dra. Rita de Cássia lembra que os patrocinadores terão também estandes para demonstrar equipamentos, como bombas de infusão, ultrassom, monitores minimamente invasivos, e apresentar lançamentos em medicamentos. “É uma oportunidade de conhecer as novidades que estão à disposição”, diz.

Graças à vFairs, o número de participações nas sessões de temas livres será maior e em novo formato. Todos os trabalhos científicos aprovados pela comissão científica serão apresentados de forma *on-line*, desde que o autor esteja inscrito no congresso. Tradicionalmente, esses trabalhos são apresentados pessoalmente, com apoio de um poster ou vídeo, durante 5 minutos. Desta vez, por causa da restrição do número de participantes e em razão da logística complexa, foi necessário colocá-los na vFairs. ●



MAIS CONFORTO, ESPAÇO E SEGURANÇA

Seguindo todas as medidas de segurança e protocolos de prevenção da COVID-19 para os participantes presenciais

copa 2021

Em sua versão *on-line*, o COPA 2021 terá uma plataforma tridimensional interativa e inovadora

Inscrição

Este ano, em função da pandemia, o COPA terá o número de participantes presenciais limitado. Por isso, se você deseja participar do evento presencial, seja rápido e inscreva-se. A inscrição presencial dá direito ao acesso à plataforma. Para participações *on-line*, as inscrições podem ser feitas até a véspera do início do congresso. www.copa2021.saesp.org.br

Simpósio de Atualização
em Anestesiologia

**SIMPAA[®]
NEST**

2020
online

Simpósio de Atualização em Anestesiologia

Inscreva-se já em www.saesp.org.br

Realização:



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo



REGRAS DE TRANSIÇÃO DE APOSENTADORIA

A reforma da Previdência alterou alguns critérios e regras que já estão vigentes desde o início de 2021

Com o início da vigência da reforma da Previdência em novembro de 2019, para que se obtenha a aposentadoria segundo o sistema de Previdência Social faz-se necessário que o segurado cumpra requisitos mínimos mais rigorosos, quais sejam: (i) completar 62 anos de idade para as mulheres e 65 anos para homens, além de contribuir por 15 anos para o sistema.

Quem está mais próximo da aposentadoria pode antecipar seu direito por meio da adesão às regras de transição. Ao todo, essas regras são cinco. Três delas, porém, têm critérios flexíveis, que são alterados anualmente pelo

**Fábio Roberto de
Almeida Tavares***

período subsequente. Toda alteração que eventualmente ocorre ano a ano está prevista na emenda constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019.

As alterações para o ano de 2021 já estão em vigência, sendo as seguintes para as regras de transição:

1. Idade mínima progressiva

A idade mínima de 62 anos para mulheres passará a valer em 2031. A idade mínima de 65 anos para homens passará a valer em 2027.

Até lá, haverá um aumento progressivo, ou seja, a idade mínima para a aposentadoria subirá 6 meses a cada ano, de acordo com a tabela a seguir. Enquadram-se nesse critério as mulheres que completam 62 anos até 2031 e os homens que completam 65 anos até 2027. (Veja **Quadro 1**)

Assim, pelo critério da idade mínima progressiva podem se aposentar em 2021: as mulheres com 57 anos de idade e tempo mínimo de contribuição de 30 anos e os homens com 62 anos de idade e tempo mínimo de contribuição de 35 anos.



***Fábio Roberto de Almeida Tavares**, do Almeida Tavares, Silva e Vidal Rodrigues Advogados

Quadro 1 – Idade mínima progressiva

Ano	Homens	Mulheres
2021	62	57
2022	62,5	57,5
2023	63	58
2024	63,5	58,5
2025	64	59
2026	64,5	59,5
2027	65	60
2028	65	60,5
2029	65	61
2030	65	61,5
2031	65	62

2. Sistema de pontos

Nesse sistema, a aposentadoria pela Previdência Social é concedida considerando-se a soma da idade com o tempo de contribuição do trabalhador. Assim como nos outros casos, é preciso que se completem no mínimo 30 (trinta) anos de contribuição para mulheres e 35 (trinta e cinco) anos de contribuição para homens. Pelas regras de transição, a pontuação subirá anualmente, 1 ponto por ano, conforme tabela a seguir, até que se atinjam 100 pontos para as mulheres, em 2033, e 105 para os homens, em 2028. (Veja **Quadro 2**)

Quadro 2 – Sistema de pontos

Ano	Homens	Mulheres
2021	98	88
2022	99	89
2023	100	90
2024	101	91
2025	102	92
2026	103	93
2027	104	94
2028	105	95
2029	105	96
2030	105	97
2031	105	98
2032	105	99
2033	105	100

Quem está mais próximo da aposentadoria pode antecipar seu direito por meio da adesão às regras de transição

Dessa forma, para se aposentar em 2021 pela regra de pontos, a mulher precisa atingir 88 pontos e o homem, 98. Esse critério é vantajoso para quem tem mais idade ou mais tempo de contribuição.

Por exemplo:

Mulher com 56 anos de idade e 32 anos de contribuição:

56 + 32 = 88 pontos

Homem com 60 anos de idade e 38 anos de contribuição:

60 + 38 = 98 pontos

3. Transição da Aposentadoria por idade:

Esta regra vale somente para as mulheres. A idade exigida das mulheres para aposentadoria pela regra anterior era de 60 (sessenta) anos. Este patamar aumentará seis meses por ano, até chegar aos 62 (sessenta e dois) anos em 2023. O tempo mínimo de contribuição continuará sendo de 15 (quinze) anos.

Assim, a idade mínima para a mulher se aposentar nessa regra de transição subirá um pouco a cada ano: 2021 = 61 anos; 2022 = 61,5 anos e 2023 = 62 anos.

Para se enquadrar nessa regra em 2021, a mulher segurada precisa ter 61 anos de idade e tempo mínimo de contribuição de 15 anos. Importante notar que uma mulher que completará 61 anos em outubro de 2021, por exemplo, precisará esperar até esse mês para se aposentar.

Quem já cumpriu os requisitos em 2020 mas ainda não formalizou o pedido de aposentadoria antes de 2021 será enquadrado nos critérios do ano passado.

As duas últimas regras de transição não sofrem alteração no ano de 2021. São elas:

4. Pedágio de 50%

Quem está a dois anos de completar o tempo mínimo de contribuição (de 35 anos para homens e 30 anos para mulheres) pode optar pela aposentadoria sem idade mínima, mas com o fator previdenciário (índice que reduz o benefício de quem se aposenta cedo). O segurado terá de pagar um pedágio de 50% sobre o tempo que faltava para se aposentar quando as novas regras entraram em vigor (em 13/11/2019). Ou seja:

- Para mulheres: se contribuiu ao menos por 28 anos quando a reforma entrou em vigor, pode cumprir um pedágio de 50% do tempo que faltava para chegar aos 30 anos de contribuição e se aposentar. Não há idade mínima.
- Para homens: se contribuiu ao menos por 33 anos quando a reforma entrou em vigor, pode cumprir um pedágio de 50% do tempo que faltava para chegar a 35 anos de contribuição e se aposentar. Não há idade mínima.

Esse sistema se mostra mais vantajoso para quem está mais próximo de completar o tempo de contribuição exigido pelas regras antigas.

Já o cálculo da aposentadoria será estabelecido pela média salarial multiplicada pelo fator previdenciário. Um homem com 34 anos de contribuição terá que continuar trabalhando por mais um ano e meio para se aposentar: um ano para completar os 35 anos de contribuição mais seis meses pelo pedágio de 50%.

5. Pedágio de 100%

Essa regra vale para mulheres a partir de 57 anos e homens a partir dos 60 anos. Será cobrado um pedágio de 100% do tempo que falta para a aposentadoria pela regra antiga (30 anos de contribuição para mulheres e 35 anos de contribuição para homens). Ou seja, quem estiver a quatro anos de se aposentar terá que trabalhar por oito anos e ainda cumprir a idade mínima dessa regra.

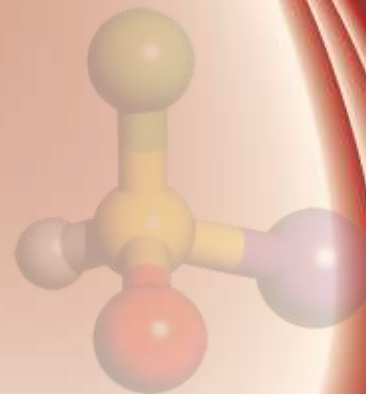
Essa regra é vantajosa para quem não poderia se aposentar em dois anos e não tem direito ao pedágio menor, mas também não está tão longe de ter o tempo de contribuição mínimo exigido. ●



dextrocetamina

Ketamin

cloridrato de dextrocetamina



Anestésico venoso que proporciona analgesia efetiva. ^(1,2)

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

4X + Estereosseletividade pelos receptores NMDA. ⁽⁵⁾

ANALGESIA SUPERIOR

à cetamina racêmica. ^(3,4)

Apresentações: ⁽⁶⁾

Solução injetável – 50 mg/mL.

Ketamin: embalagem com 5, 25 ou 50 frascos-ampola x 10 mL.

Ketamin NP (sem conservantes): embalagem com 25 ampolas x 2 mL.

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 tireoides, diazepam. **Contraindicações:** Absolutas: Hipersensibilidade à cetamina e porfiria. Relativas: Hipertensão arterial, antecedentes de acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca severa.

KETAMIN e KETAMIN NP cloridrato de dextrocetamina – Solução injetável 50 mg/mL. Ketamin NP: Solução estéril sem conservante. USO ENDOVENOSO E INTRAMUSCULAR. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Anestésico único em intervenções diagnósticas e cirúrgicas que não necessitem de relaxamento muscular, obstetrícia para parto vaginal ou cesárea, indutor anestésico, adjuvante anestésico com outros agentes de baixa potência. Apropriado para intervenções de curta duração. Pode ser empregado, mediante administração de doses adicionais, em procedimentos prolongados. **CONTRAINDICAÇÕES:** Absolutas: Hipersensibilidade à cetamina e porfiria. Relativas: Hipertensão arterial, antecedentes de acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca severa. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** Precaução em pessoas que consomem álcool de forma crônica ou com intoxicação aguda por álcool. Com exceção da administração durante parto vaginal ou abdominal, a segurança do uso em mulheres grávidas não foi estabelecida. Não utilizar durante a gravidez e período de amamentação. Alertar paciente para não dirigir veículos ou operar máquinas por 24 horas ou mais, dependendo da dose. Manifestações psíquicas variam em gravidade. Reações de emergência e manifestações psíquicas ocorrem em frequência muito menor na dextrocetamina em relação à cetamina racêmica. Não são conhecidos efeitos fisiológicos residuais após uso. Efeitos são menos frequentes por via intramuscular. Reações podem ser reduzidas com baixas doses de dextrocetamina em conjunto com diazepam intravenoso, durante a indução e manutenção da anestesia, e também se a estimulação verbal, tátil e visual for minimizada durante o período de recuperação. Administrar dose intravenosa num período de 60 segundos. Administração mais rápida poderá resultar em depressão respiratória ou apneia e aumento da pressão arterial. Usar com precaução nos pacientes que apresentarem elevada pressão do líquido cefalorraquidiano. Não utilizar como agente único nas intervenções cirúrgicas ou diagnósticas da faringe, laringe ou árvore brônquica. Miorrelaxantes poderão ser necessários, prestar especial atenção à respiração. Não empregar como anestésico único nas intervenções obstétricas que exijam relaxamento do músculo uterino. Incompatibilidade química com barbitúricos. Associação com barbitúricos e/ou narcóticos pode prolongar recuperação. Se paciente apresentar reação psíquica, pode-se usar diazepam ou droperidol. Pode ser administrada dose hipnótica de tiobarbitúrico para eliminar reações graves. **Gravidez:** Categoria de risco C. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Tubocurarina, hidrocarbonetos halogenados, anti-hipertensivos, depressores do SNC, hormônios tireoides, diazepam. **POSOLOGIA:** Não injetar barbitúricos na mesma seringa. **Início e Duração:** Individualizar dose. Dose intravenosa de 2 mg/kg de peso corporal produz anestesia cirúrgica dentro de 30 segundos com efeito anestésico de 5 a 10 minutos. Dose intramuscular de 10 mg/kg produz anestesia cirúrgica dentro de 3 a 4 minutos com duração de 12 a 25 minutos. **Uso Pediátrico:** Doses intramusculares de 9 a 13 mg/kg produziram anestesia cirúrgica dentro de 3 a 4 minutos com efeito anestésico de 12 a 25 minutos. **Indução:** Via Intravenosa: Dose inicial de 1 mg/kg a 4,5 mg/kg. Dose média de 2 mg/kg. Administrar lentamente num período de 60 segundos. **Via Intramuscular:** Dose inicial de 6,5 a 13 mg/kg. Dose de 10 mg/kg produz anestesia cirúrgica de 12 a 25 minutos de duração. **Manutenção:** Individualizar dose. Cada dose adicional deverá ser a metade da dose total intravenosa ou intramuscular acima recomendada. **Dosagem:** considerar que dextrocetamina é 2 vezes mais potente do que mistura racêmica. **REAÇÕES ADVERSAS:** **Comuns:** Hipertensão, aumento da frequência cardíaca, delírio, sonhos, confusão. **SUPERDOSE:** Pode causar depressão respiratória. Utilização de ventilação mecânica é preferível ao emprego de analepticos. **APRESENTAÇÕES:** Ketamin: Solução Injetável de 50 mg/mL em caixas com 5, 25 e 50 frascos-ampola contendo 10 mL. Ketamin NP: Solução Injetável de 50 mg/mL em caixas com 25 e 36 ampolas contendo 2 mL. **CRISTÁLIA – Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km14, Itapira-SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC: 0800 7011918 - nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Rótulo/ Caixa. **CLASSIFICAÇÃO:** VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. USO RESTRITO A HOSPITAIS. - Reg. MS nº 1.0298.0213 - SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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. Lauretti GR, Lima ICPR, Buscatti RY, Reis MP. Avaliação Clínica dos Efeitos Hemodinâmicos, Analgésicos, Psicodélicos e do Bloqueio Neuromuscular da Cetamina Racêmica e de seu S(+)-Isômero. Rev Bras Anesthesiol 2000; 50(5): 357 – 62. 4. 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. 5. 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 Anesthesiol. 2007; 57(1):19-31. 6. Ketamin e Ketamin NP: Bulas dos medicamentos.

 SAC
0800 7011918

www.cristalia.com.br

 CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.



BRASILEIROS CONTAM SUA EXPERIÊNCIA NO **CANADÁ**

Abgail Cardoso

Com instituições de referência na área de anestesiologia e excelente nível de qualidade de vida, país se consolida como um dos destinos preferidos dos especialistas

Com instituições de ponta, bons programas de fellowship e referência em qualidade de vida, o Canadá tem sido um dos destinos preferidos de brasileiros que desejam fazer uma especialização e experimentar a vida no exterior. Atualmente, quase uma dezena de anesthesiologistas brasileiros está naquele país, que é muito receptivo a estrangeiros. Alguns foram fazer o fellow e acabaram ficando definitivamente.

É o caso de Raffael Zamper e Camila Machado, que receberam convite para assumir uma vaga de trabalho permanente, decidiram se radicar por lá e não se arrependem, embora tenham saudade do Brasil, de suas vidas profissionais aqui, do clima tropical, da família e dos amigos. Dr. Zamper está há 3 anos em London, uma cidade de colonização britânica, com 400 mil habitantes, na província de Ontário. Dra. Camila fez o fellow em Ottawa, capital do país, e hoje mora e trabalha em Winnipeg, capital de Manitoba. Ela chegou há mais tempo, em 2014. Ambos tinham carreiras muito bem-sucedidas no Brasil e queriam apenas ter uma experiência internacional temporária, mas os planos mudaram.

Um país de imigrantes

Formado em 2003 pela USP, com residência no Hospital das Clínicas, Dr. Zamper fazia parte de um grupo privado, se manteve envolvido com atividades acadêmicas e foi diretor de pesquisas da SAESP. Articulou também a criação da residência médica do Hospital Albert Einstein. Em 2014, iniciou seu doutorado em transplante de fígado pelo Einstein, cumprindo todos os créditos presencialmente. Por causa da pandemia de Covid-19, a defesa da tese, em 2020, já em terras canadenses, foi de forma *on-line*, com parte da banca no Brasil e parte na Austrália.



Atualmente, quase uma dezena de profissionais brasileiros vive no Canadá, país muito receptivo a estrangeiros

Raffael Zamper e família:

participou do programa de fellow da University of Western Ontario (UWO), no Canadá, e decidiu ficar no país





Casado com uma professora de inglês e pai de duas meninas, agora com 7 e 8 anos, Dr. Zamper e a esposa começaram a se preparar cinco anos antes de viajar. Enquanto esperavam as meninas crescerem um pouco mais, ele investiu tempo para afiar o inglês e buscava um programa clinical fellowship nos Estados Unidos e no Canadá.

Inscreeveu-se em alguns programas, fez as provas de fluência no idioma e para validação de diploma e conseguiu uma vaga nos Estados Unidos. Mas, conversando com amigos e considerando qualidade de vida, cultura, oportunidades de crescimento para o casal, acabou escolhendo ir para o Canadá, onde participou do programa de fellow da University of Western Ontario (UWO).

“Fui muito bem-recebido na universidade. A cidade é grande para os padrões locais, fantástica, fica no meio de uma floresta. Tem de tudo, mas não tem trânsito nem violência. As meninas se adaptaram muito bem. A escola é muito preparada para receber estrangeiros. O Canadá é um país de imigrantes e tem uma cultura muito interessante”, diz Dr. Zamper.

No final do período, foi convidado a ficar mais um ano como fellow, antes de assumir uma vaga permanente no setor de anestesia. Depois de pensar bastante e buscar aconselhamento, e considerando a qualidade de vida superior e as perspectivas de ensino e carreira para as meninas, o casal decidiu ficar, a despeito do inverno rigoroso, cuja temperatura pode chegar a 10° C negativos. “Aqui, eu continuo exercendo minha atividade, mas com menos estresse do que em São Paulo. Além disso, estou mais presente na vida da família. E esse foi um dos fatores que mais pesaram na decisão. As meninas queriam muito ficar no Canadá.”

Falando em família, Dr. Zamper diz que os aplicativos facilitam muito o contato constante com seus pais e sogros, em Limeira e São José dos Campos, no interior de São Paulo. “Estamos como residentes permanentes, o que me dá o direito de praticar a medicina. O próximo passo é obter a cidadania canadense. Mas não abrimos mão do Brasil. Mantenho o apartamento em São Paulo, continuo ministrando aula a distância no Einstein e como sócio da Takaoka.”

Qualidade anestésica

Comparando a prática anestésica nos dois países, Dr. Zamper destaca que, no Canadá, atuando num serviço público, ele consegue oferecer a mesma qualidade anestésica do Hospital Albert Einstein, mas o relacionamento com o paciente é mais distante, menos personalizado em relação aos hospitais em que atuava no Brasil. “Uma vantagem é que aqui existem drogas e tecnologias ainda não disponíveis no Brasil.”



Para quem quer fazer um caminho semelhante, Dr. Zamper recomenda investir em preparação, com dedicação e disciplina. Sobre a existência de vagas para anestesiológicas, ele afirma que elas existem, mas são bastante disputadas. “Eu estava no lugar certo, na hora certa. Sou o único brasileiro no hospital onde trabalho.”

Experiência internacional

A Dra. Camila Machado está no Canadá desde 2014. Fez o programa fellowship em Ottawa na área de ecocardiografia e também acabou sendo convidada a ocupar uma vaga na faculdade de medicina de Winnipeg, a mais antiga do país, fundada em 1967. Com 750 mil habitantes, Winnipeg tem o equivalente a 6% dos mais de 12 milhões de pessoas que vivem na capital paulista.

“Vim para uma experiência internacional. Nunca tive intenção de ficar. Eu estava muito satisfeita com minha carreira na Escola Paulista de Medicina e participava de um grupo de anestesiológicas de grande destaque em São Paulo. Decidi ficar pela qualidade de vida, pela minha boa adaptação à cultura local e, sobretudo, porque tenho a oportunidade de continuar desenvolvendo minha carreira aqui. Não ficaria se tivesse de estagnar ou abandonar o meu trabalho.”

Quando chegou ao Canadá, com uma ótima receptividade, a adaptação à vida e ao trabalho foi imediata. No Brasil, Camila atuava com transplante de fígado e cirurgias cardíacas no Hospital do Rim e na Escola Paulista de Medicina. No Canadá, fez a desejada especialização em ecocardiografia para monitorização de coração em cirurgias de grande porte e, hoje, é professora-assistente na universidade e coordenadora do serviço de anestesia torácica.

Camila destaca a qualidade homogênea do serviço de saúde canadense, que é 100% público, e a capacidade de atendimento rápido e digno para doenças graves. Por outro lado, também apresenta seus problemas, como espera de meses para consultas, exames e cirurgias eletivas. “Estando aqui, eu passei a valorizar muito mais o SUS. O sistema brasileiro tem muito espaço para melhorar, mas é uma proposta louvável. Não é qualquer democracia de mais de 100 milhões de habitantes que oferece atendimento universal, como o Brasil. O Canadá tem apenas 45 milhões de habitantes”, enfatiza.

Outro aprendizado importante é a constatação de que nenhum lugar é perfeito. São Paulo e o Canadá têm suas vantagens e desvantagens. “Percebi que costumamos idealizar a vida no exterior, achando que tudo é um mar de rosas. Mas a gente apenas troca os problemas. Prefiro ficar no Canadá, porque, neste momento, minhas prioridades são mais bem atendidas aqui e me identifico muito com a cultura, que preza valores morais e éticos de alto nível.”

Antes da pandemia, Camila vinha ao Brasil duas vezes por ano e também recebia a visita da família. Ela observa que as pessoas que almejam ter uma experiência internacional também costumam subestimar a importância do núcleo familiar e social. ●



“Decidi ficar no país pela qualidade de vida e pela oportunidade de continuar desenvolvendo minha carreira”

Dra. Camila Machado

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⁾

Contraindicações: Hipersensibilidade ao fármaco ou a qualquer anestésico do tipo amida. **Interações medicamentosas:** *em relação à mistura racêmica relacionadas estruturalmente aos anestésicos locais do tipo amida podem ter seus efeitos tóxicos aumentados.

Referências Bibliográficas: 1. Fernandes CR, Fonseca NM, Rosa DM, Simões GM, Duarte NMG. 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 JO Jr. Comparative study related to cardiovascular safety between bupivacaine (S75-R25) and ropivacaine in brachial plexus block. Braz J Anestesiol. 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 NMG, 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, Salvalaggio MFO, Tanaka MAA. Estudo Comparativo entre a Bupivacaína a 0,5% e a Mistura Enantiomérica de Bupivacaína (S75-R25) a 0,5% em Anestesia Peridural em Pacientes Submetidos a Cirurgia Ortopédica de Membros Inferiores. Rev Bras Anestesiol 2003;53:3:331-337. 11. Volpato MA, Ranali J, Ramacciato JC, et al. Anesthetic Efficacy of bupivacaine solutions in inferior alveolar nerve block. Anesth Prog. 2005; 52:132-135. 12. Soares LF, Barros ACM, Almeida CP, Boos GL, Oliveira Filho GR. Volume Anestésico Mínimo para bloqueio retrobulbar extraconal: 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% 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. Caneido 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.

SAC
0800 7011918

www.cristalia.com.br

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

O PACIENTE **TABAGISTA** NO CENÁRIO CIRÚRGICO

Inúmeros estudos sinalizam o aumento do risco de complicações perioperatórias em fumantes

Sonia Maria Faresin*



Fumar, por si só, leva a inúmeras alterações fisiopatológicas que elevam o risco operatório, independentemente das doenças crônicas provocadas pela inalação dos produtos da queima do tabaco. Inúmeros estudos referem aumento de risco de complicações perioperatórias em fumantes, incluindo maiores incidências de complicações pulmonares^{1,2,3,4,5}, cardiovasculares^{6,7}, complicações gerais graves e infecção da ferida operatória³, além de retardo na cicatrização dos tecidos^{3,10,11} e redução na fusão óssea^{12,13}. O aumento da morbidade demanda aumento de dias de internação, maiores custos e maiores taxas de mortalidade.

Consequências fisiopatológicas do tabagismo

Fumar aumenta o trabalho cardíaco, em parte por determinar o aumento do tônus simpático e do nível de catecolaminas circulantes, causado particularmente pela ação da nicotina. Em doentes com doença coronariana, a nicotina induz vasoconstrição que, associada à menor oferta de oxigênio aos tecidos em virtude dos altos níveis de carboxihemoglobina, encontrada em fumantes, pode favorecer a ocorrência de isquemia miocárdica no perioperatório¹⁴.

Dois aspectos do tabagismo são importantes em relação à anestesia e à ocorrência de dor no pós-operatório em fumantes. O primeiro diz respeito à ação da nicotina nos receptores nicotínicos excitatórios de acetilcolina, que pode afetar as concentrações necessárias de isoflurane e de propofol. O segundo recai sobre a ação do tabagismo na percepção da dor, tendo estudos com resultados contraditórios a esse respeito. Alguns referem aumento da tolerância e do limiar da dor e outros realizados em fumantes submetidos a procedimentos cirúrgicos diversos, como revascularização miocárdica, cirurgia oral ou cirurgia na cavidade pélvica, demonstram o aumento da necessidade de opioides no pós-operatório¹⁴.

Do ponto de vista pulmonar, está bem estabelecido que fumar, independentemente de ser causa de pneumopatias crônicas, induz inflamação pulmonar refletida por aumento do número de células inflamatórias, como macrófagos e neutrófilos, cuja função prejudicada pode resultar em resposta ineficaz contra infecção. Além disso, em fumantes observam-se alterações estruturais nas vias aéreas, incluindo lesão epitelial, hiperplasia de células caliciformes, aumento do número de glândulas mucosas com alteração na composição e depuração do muco produzido. O processo inflamatório persistente pode explicar a presença de hiperreatividade das vias aéreas e o consequente risco aumentado de broncoespasmo durante a manipulação da via aérea¹⁴.

Múltiplos mecanismos podem explicar o prejuízo na cicatrização tecidual: diminuição na oxigenação decorrente da vasoconstrição periférica causada pela nicotina e pelas maiores concentrações de monóxido de carbono; diminuição de ação de fibroblastos e células imunes por ação direta de vários constituintes da queima do tabaco, incluindo a nicotina; e doença microvascular interferindo na angiogênese e na liberação de óxido nítrico, importante para a reparação tecidual¹⁴.

Por fim, sabe-se que constituintes do tabaco, além de



***Sonia Maria Faresin,**

Professora Afiliada da Disciplina de Pneumologia da EPM/Unifesp. Coordenadora do Ambulatório de Avaliação Pré-operatória da Disciplina de Pneumologia da EPM/Unifesp

alterarem o metabolismo celular ósseo, o que explica maior ocorrência de osteoporose em fumantes, parecem ter ação aguda direta na cicatrização desse tecido¹⁴.

Avaliação pré-operatória do tabagista

Durante a avaliação pré-operatória inserida ou não em protocolos *ERAS*, que são programas de recuperação aprimorada após cirurgia visando ao retorno do paciente o mais rápido possível para a vida normal, a abstinência tabágica é fortemente indicada¹⁵. Entretanto, há muitas dúvidas sobre o alcance dessa meta e inúmeras perguntas a serem respondidas, tais como: A abstinência tabágica aumenta o estresse perioperatório? Por quanto tempo a abstinência tabágica deve ser realizada para ser benéfica? Períodos curtos de abstinência podem levar à maior incidência de complicações pulmonares pós-operatórias (CPP)? Quão intensas devem ser as intervenções para propiciar melhores desfechos? Quais fármacos são mais apropriados nesse cenário?

A suposição de que a abstinência tabágica poderia exacerbar o estresse gerado pelo procedimento cirúrgico não foi confirmada. Na realidade, pacientes altamente dependentes de nicotina no pré-operatório nem sempre experimentam sintomas graves de abstinência no pós-operatório e, com a possibilidade de prescrever repositores de nicotina a partir do pós-operatório imediato, essa preocupação pode ser minimizada.

Quando se discorre sobre o tempo mínimo de abstinência tabágica capaz de prover desfechos perioperatórios mais favoráveis, deve-se particularizar os desfechos. Períodos tão curtos como 24 horas já serão benéficos se considerarmos que a vida média da nicotina e do monóxido de carbono é inferior a isso. Dessa forma, haverá melhora na oxigenação tecidual e menor incidência de pico hipertensivo, arritmias e isquemia coronariana já no intraoperatório. Estendendo a abstinência para o pós-operatório, além dos benefícios já citados, ocorrerão diminuição na incidência de infecção da ferida operatória, melhor cicatrização de tecidos e menores taxas de fístulas.

A resposta do sistema respiratório à cessação tabágica é mais lenta, não havendo recuperação imediata das estruturas. Sintomas de tosse e chiado diminuem após algumas semanas à medida que diminuem a inflamação, a hiperplasia de células caliciformes e a produção de muco, ao mesmo tempo em que a depuração mucociliar vai sendo restabelecida, condição que para alguns autores não ocorreria em prazo inferior a uma semana. Diminuindo a inflamação, geralmente a hiperreatividade das vias aéreas também diminui¹⁴.

Um estudo clássico de Warner e cols¹ havia indicado que interromper o consumo de tabaco muito próximo à cirurgia poderia aumentar o risco de CPP e considerou que este era decorrente do aumento temporário do volume de expectoração e da inflamação nas vias aéreas; entretanto, essa hipótese nunca foi provada.



A falta de estudos longitudinais bem delineados e com resultados confiáveis que pudessem ser transportados para a clínica diária estimulou a publicação de várias revisões sistemáticas¹⁶⁻¹⁹.

Na primeira, realizada por Theadom e cols¹⁶, foi evidenciado que 25% dos pacientes cirúrgicos persistiam fumando a despeito do desaconselhamento. Mais intrigante foi constatar que somente 58% dos cirurgiões e 30% dos anestesistas recomendavam enfaticamente a cessação do consumo de tabaco. A revisão incluiu apenas 12 estudos, os quais permitiram tão somente observar que longos períodos de abstinência foram mais efetivos em reduzir riscos e que não havia aumento de risco de CPP com curtos períodos de abstinência; mas não foi possível identificar o período ideal para obtenção de benefício máximo. Os resultados foram limitados devido ao pequeno número de estudos que relataram tanto o efeito nas taxas de CPP como o período de cessação do tabaco e/ou o tempo de seguimento pós-operatório dos doentes. Além disso, o tempo de cessação baseou-se em autorrelato e não em medidas objetivas, como a medida de monóxido de carbono expirado ou a dosagem de cotinina urinária.

A revisão posterior, realizada por Myers e cols¹⁷, trouxe poucas informações adicionais e concluiu tão somente que cessar o tabagismo poucas semanas antes da cirurgia não determinava piores desfechos e que não havia redução significativa nas taxas de CPP com períodos inferiores a oito semanas.

Estudos observacionais

Ainda em 2011, Mills e cols¹⁸, avaliando 15 estudos observacionais, concluíram que com a cessação tabágica havia redução média de 24% no total de complicações e de 19% na taxa de CPP. Além disso, longos períodos de abstinência, quando comparados a curtos períodos, determinaram redução média de 20% na taxa total de complicações. Nessa revisão, como havia seis estudos randomizados utilizando diferentes intervenções para cessação tabágica, foi possível esclarecer um pouco mais as muitas dúvidas ainda presentes. Os autores detectaram que houve redução média de 41% no risco de desenvolver complicações pós-operatórias, sendo que a cada semana a mais de cessação aumentava a magnitude do efeito em 19% e, finalmente, que a abstinência por período superior a quatro semanas traria maiores benefícios que períodos menores que 4 semanas.

É óbvio que com o passar do tempo as revisões conseguiram incluir mais estudos, e a de Wong e cols¹⁹, com 25 estudos, incluindo estudos de coorte e ensaios clínicos controlados e randomizados, infelizmente não trouxe avanços. Os autores concluíram que cessar o tabagismo, por pelo menos quatro semanas, reduzia a taxa de CPP, por três semanas reduzia complicações na cicatrização de feridas e que a interrupção do tabagismo por período inferior a quatro semanas não parecia aumentar o risco de CPP.

Em 2015, Jung e cols¹⁰ publicaram um estudo de coorte com 1.335 pacientes submetidos à gastrectomia radical, com o objetivo de avaliar

**Fumar
aumenta
o trabalho
cardíaco,
induz
inflamação
pulmonar e
prejudica o
processo de
cicatrização**

o efeito do tabagismo na ocorrência das seguintes complicações: infecção e/ou deiscência da ferida cirúrgica, complicações pulmonares (atelectasias ou pneumonia), fístula e hemorragia. O consumo e a abstinência de tabaco foram acessados por autorrelatos. Dos 1.335 pacientes incluídos, 813 eram não fumantes e 522 eram fumantes, cujos períodos de abstinência variaram de inferior a duas semanas até igual ou superior a oito semanas. Os fumantes tiveram mais complicações gerais que os não fumantes (12,3% versus 5,2%) e o dobro de CPP (6,5% versus 3,3%). A abstinência tabágica por período superior a duas semanas determinou redução de complicações gerais, pulmonares e graves, mas a abstinência tabágica por período inferior a duas semanas elevou em 3,35 vezes o risco de complicações em relação aos outros pacientes abstinentes por mais tempo, após ajustar a análise multivariada para sexo, idade, comorbidades, escore do ASA e relação VEF1/CVF.

Esse resultado remete-nos ao trabalho de Warner e cols¹ de 1984, mas não o considero decepcionante, pois a maioria dos pacientes submetidos a procedimentos eletivos tem, em geral, tempo pré-operatório superior a esse para cessar o consumo de tabaco.

Hoje reconheço que os maiores desafios são conseguir que o paciente seja instruído a parar de fumar assim que o tratamento cirúrgico esteja indicado, escolher a melhor intervenção para tal e manter a abstinência ou até mesmo iniciá-la no pós-operatório.

Intervenções pré-operatórias para abstinência tabágica

Qualquer profissional de saúde tem o dever de realizar intervenções breves a respeito de cessação tabágica. No cenário pré-operatório, essa intervenção deveria começar pelo cirurgião e se estender por toda a equipe multidisciplinar.

Muitos autores insistem que inserir o tabagista em programas de cessação tabágica no período pré-operatório é fundamental; entretanto programas estruturados para tal, além de ter duração prolongada, estão pouco disponíveis em países do terceiro mundo. No nosso serviço, levam no mínimo 3 meses.

Num cenário ideal, ou seja, com intervenções de alta intensidade, observaram-se melhores resultados^{20,21}. Dois estudos controlados e randomizados comparando intervenção de alta intensidade com nenhuma intervenção mostraram aumento de 10 vezes na probabilidade de parar de fumar no momento da cirurgia, metade do risco de desenvolver quaisquer complicações pós-operatórias e taxa três vezes maior de cessação do tabagismo no período de um ano²².

Programas de baixa intensidade normalmente envolvem uma breve sessão de aconselhamento, na maioria das vezes sem nenhum recurso adicional, como a leitura de material educacional, e acompanhamento mínimo ou ausente. Mesmo assim, a análise



de ensaios de intervenção de baixa intensidade demonstraram um aumento de 30% na taxa de cessação do tabagismo no momento da cirurgia²³. Ou seja, na nossa clínica diária já teriam um grande valor.

Quando não for possível ter abstinência no período pré-operatório, ainda se deve negociar a redução do consumo de tabaco ou até mesmo conseguir abstinência no pós-operatório. Em qualquer uma dessas etapas, é possível e recomendável prescrever suporte farmacológico. Na prática diária, encontram-se disponíveis medicamentos repositores e não repositores de nicotina. Fazem parte do primeiro grupo os adesivos de nicotina para uso transdérmico e as pastilhas ou goma de mascar de nicotina para uso oral. No segundo grupo, incluem-se a bupropiona e a vareniclina.

Repositores de nicotina

A utilização de repositores de nicotina se mostrou eficaz e segura e determinou o aumento de 50% a 60% na abstinência de longo prazo quando se compararam pacientes que receberam a reposição, independentemente da forma escolhida, com pacientes que receberam placebo²⁰. Entretanto, a combinação de adesivos com a reposição de ação rápida pela via oral foram mais eficazes que os adesivos isoladamente.

No pós-operatório, a reposição de nicotina pode ajudar a prevenir os sintomas de abstinência. Sua dosagem deve ser individualizada de acordo com o consumo rotineiro de tabaco referido pelo paciente.

O perfil de segurança é alto, sem aumento de eventos cardiovasculares adversos, e os adesivos foram seguros mesmo em pacientes com doença cardiovascular reconhecida. Além disso, não trouxeram efeito negativo na cicatrização da ferida operatória. O medo do vasoespasmos não se justifica quando se usam os repositores de nicotina, pois ocorrerá de qualquer maneira se o paciente continuar fumando. Porém, ao cessar o consumo de tabaco e receber a reposição de nicotina, o paciente se livra da ação direta de muitos outros constituintes da sua queima, que produzem vários efeitos deletérios.



Não repositores de nicotina

A bupropiona é um medicamento antidepressivo que determinou resultados positivos na cessação tabágica, entretanto não há evidências suficientes para seu uso no período perioperatório²³. Em um estudo controlado e randomizado com pacientes cirúrgicos, observou-se que a bupropiona ajudou os fumantes a iniciar a abstenção tabágica, mas esse efeito inicial não se sustentou até a admissão para cirurgia. Entre os pacientes que permaneceram tomando o fármaco não foram relatados eventos intraoperatórios, não houve diferença nas taxas de complicações pós-operatórias ou incidência de efeitos colaterais em pacientes que estavam tomando bupropiona. Outra incerteza

quanto ao seu uso refere-se à falta de dados sobre as interações entre bupropiona e drogas anestésicas comuns. Seu efeito na cessação tabágica começa depois de pelo menos duas semanas do seu início.

A vareniclina liga-se com elevada afinidade e seletividade aos receptores nicotínicos neuronais $\alpha 4\beta 2$ da acetilcolina, atuando como agonista parcial e antagonista desse receptor. Quando combinada a intervenções comportamentais, aumenta a cessação do tabagismo no período perioperatório²¹. Sua eficácia na abstinência tabágica é superior à dos repositores de nicotina e à da bupropiona, e sua prescrição também induz redução do tabagismo em pacientes que não estão prontos para parar completamente. Estudos recentes demonstraram que eventos adversos neuropsiquiátricos e cardiovasculares são de pouca monta e não colocam seus usuários em risco. No nosso meio, seu custo elevado pode impedir sua prescrição.

Para terminar, é preciso esclarecer que muitos pacientes utilizam cigarros eletrônicos para conseguir a abstinência tabágica, mas não há evidências suficientes para determinar sua segurança e eficácia dentro ou fora do cenário operatório²³.

Conclusões

O fumo ou a inalação de qualquer produto da queima do tabaco são fatores de risco para complicações pós-operatórias e de maior gravidade. Por isso, a abstinência tabágica deve ser estimulada assim que o tratamento operatório for indicado.

O aconselhamento se inicia com o cirurgião, passa pelos anestesiologistas e clínicos e se soma à atuação do restante da equipe multidisciplinar.

O ideal seria obter abstinência total por um prazo mínimo que diminuísse o risco de todas as possíveis complicações advindas do tabagismo. Não sendo possível alcançar esse objetivo, resta “barganhar” a redução do consumo ou pelo menos 24 horas de abstinência total antes da operação. Faz-se necessário, também, aproveitar o período pós-operatório para estimular a abstinência e ter em mente que não podemos perder nenhuma dessas oportunidades.

Programas intensivos para cessação tabágica são mais eficazes, porém nem sempre estão disponíveis. Por isso, não dá para desprezar o aconselhamento por mais breve que seja, visto que seu efeito está comprovado em alguns pacientes.

A utilização de fármacos auxilia sempre, mas no cenário operatório, em minha opinião pessoal, a prescrição e o acompanhamento dos doentes com repositores de nicotina é mais fácil do que usar a bupropiona ou a vareniclina. ●

Referências bibliográficas

1. Warner MA, Divertie MB, Tinker JH: Preoperative cessation of smoking and pulmonary complications in coronary artery bypass patients. *Anesthesiology* 1984; 60:380-3
2. Warner MA, Offord KP, Warner ME, Lennon RL, Conover MA, Jansson-Schumacher U: Role of preoperative cessation of smoking and other factors in postoperative pulmonary complications: A blinded prospective study of coronary artery bypass patients. *Mayo Clin Proc* 1989; 64(6):609-16
3. Bluman LG, Mosca L, Newman N, Simon DG: Preoperative smoking habits and postoperative pulmonary complications. *Chest* 1998; 113:883-9

(continua)

Referências bibliográficas (continuação)

4. Nakagawa M, Tanaka H, Tsukuma H, Kishi Y: Relationship between the duration of the preoperative smoke-free period and the incidence of postoperative pulmonary complications after pulmonary surgery. *Chest* 2001; 120:705–10
5. Myles PS, Iacono GA, Hunt JO, Fletcher H, Morris J, McIlroy D, Fritschi L: Risk of respiratory complications and wound infection in patients undergoing ambulatory surgery: Smokers versus nonsmokers. *Anesthesiology* 2002; 97:842–7
6. Lightwood JM, Glantz SA: Short-term economic and health benefits of smoking cessation: Myocardial infarction and stroke. *Circulation* 1997
7. Critchley JA, Capewell S: Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review. *JAMA* 2003; 290:86–97
8. Fawcett A, Shembekar M, Church JS, Vashisht R, Springall RG, Nott DM. Smoking, hypertension and colonic anastomotic healing; a combined clinical and histopathological study. *Gut* 1996; 38:714–8
9. Chang LD, Buncke G, Slezak S, Buncke HJ: Cigarette smoking, plastic surgery, and microsurgery. *J Reconstr Microsurg* 1996; 12:467–74
10. Jung KH, Kim SM, Choi MG, Lee JH, Noh JH, Sohn TS. Preoperative smoking cessation can reduce postoperative complications in gastric cancer surgery. *Gastric Cancer*, 2015;18:683
11. Sorensen LT, Horby J, Friis E, Pilsgaard B, Jorgensen T: Smoking as a risk factor for wound healing and infection in breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28:815–20
12. Moller AM, Pedersen T, Villebro N, Munksgaard A: Effect of smoking on early complications after elective orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg Br* 2003; 85:178–81
13. Andersen T, Christensen FB, Laursen M, Hoy K, Hansen ES, Bunger C: Smoking as a predictor of negative outcome in lumbar spinal fusion. *Spine* 2001; 26:2623–8
14. Warner DO. Perioperative abstinence from cigarettes. Physiologic and clinical consequences. *Anesthesiology* 2006; 104:356-67
15. Iqbal U, Green JB, Patel S, Tong Y, Zebrower M, Kaye AD et al. Preoperative patient preparation in enhanced recovery pathways. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2019; 35 (Suppl 1): S14–S23
16. Theadom, A & Cropley, M. Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adult smokers: A systematic review. *Tobacco Control*. 2006; 15: 352–8
17. Myers K, Hajek P, Hinds C, et al. Stopping smoking shortly before surgery and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2011; 171:983–9
18. Mills E, Eyawo O, Lockhart I, Kelly S, Wu P, Ebbert JO. Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *AM J Med*. 2011; 124(2):144-54
19. Wong J, Lam DP, Abrishami A, Chan MT, Chung F. Short term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anesth*. 2012; 59:268–79.
20. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2002; 359:114–7.
21. Wong J, Abrishami A, Yang Y, et al. A perioperative smoking cessation intervention with varenicline: a double blind, randomized, placebo-controlled trial. *Anesthesiology*. 2012; 117:755–64.
22. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014:CD002294
23. Wong J, An D, Urman RD, Warner DO, Tønnesen H, Raveendran R et al. Society for perioperative assessment and quality improvement (SPAQI) Consensus Statement on perioperative smoking cessation. *Anesth Analg*. 2020;131(3):955-68



**PARA SER LÍDER NA ANESTESIOLOGIA,
TAMBÉM É PRECISO SER LÍDER EM
PROPÓSITOS, PROJETOS E OBJETIVOS.**

**O Cristália disponibiliza aos
associados da SAESP a plataforma
www.hwu.com.br com informações,
pesquisas e atualizações que visam o
aperfeiçoamento técnico-científico
dos Anestesiologistas.**

A SAESP faz parte dessa liderança.

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


saesp



VINHO, BEBIDA QUE NOS REMETE À HISTÓRIA

Armando Vieira
de Almeida*

O universo do vinho reúne 5 mil variedades de “vitis viniferas”. Entre as mais famosas estão as francesas e as italianas

Desde os primeiros relatos de sua produção em ânforas na Geórgia, há mais de 6 séculos, passando por impérios e guerras, até a história atual de um pequeno produtor, com sua dedicação e cuidados para produzir uma bebida que nos encanta e delicia. O vinho nos permite viver e compartilhar muitas histórias, saborear cada momento, nos permite apreciar o tempo que o líquido ficou naquela garrafa.

Um bom vinho é feito com muita dedicação, trabalho duro de estação para estação e, muitas vezes, pouco reconhecimento. Neste mundo moderno e tecnológico, muito foi incorporado para nos entregar um produto mais agradável, que muitas vezes não reflete a expressão de um “terroir” e, sim, de um padrão definido para agradar e vender. Com isso, perdemos um pouco da história, aromas e prazeres de um bom vinho.

Difícil encontrar atualmente um lugar no mundo onde não se produza vinho. Conhecer um pouco da história do “terroir” se faz importante, o que podemos fazer por meio da indicação de um amigo, da leitura de um bom livro, como o Atlas Mundial do Vinho (Hugh Johnson e Jancis Robinson) e das notas dadas nos Apps especializados.



***Armando Vieira de Almeida,**
TSA/SBA
Mestre e Doutor em Anestesiologia pela Unesp-Botucatu

Mais de 5 mil variedades

O universo do vinho reúne mais de 5 mil variedades de “Vitis viniferas”, dentre as quais as francesas mais famosas (Cabernet Sauvignon, Cabernet Franc, Merlot, Pinot Noir, Syrah, Sauvignon Blanc, Chardonnay, Malbec, Tannat) e as italianas, que produzem vinhos maravilhosos (Nebbiolo, Sangiovese), entre outras. Como comparar tantas variedades, tantos “terroirs”? Como dizer qual vinho é melhor? Não podemos simplesmente comparar um com o outro, gostos e prazeres são pessoais. Certa vez, ao lado de amigos, numa visita à Bodega San Pedro de Yacochuya, ouvimos que, além da análise técnica, o vinho é o momento, é a celebração.

Borgonha, Burgundy, terra do Ducado, terra Viking, enfim, durante séculos essas regiões foram cultivadas com “Vitis viniferas” e estudadas no seu processo de vinificação pelos monges. No século XII, os monges cistercienses, na Abadia de Cister, redefiniram todo o processo de produção de um vinho e a definição da importância do “terroir” ficou evidente neste processo.

Conhecer a Borgonha na companhia de um especialista e amigo franco-brasileiro, Jean Claude Cara, autor do livro *Vinhos da Borgonha: história, tradição e cultura*, nos levou a conhecer Bernard Hudelot. Numa palestra beneficente da Vaquinha Social, com mais de



300 pessoas, em Campo Grande (MS), Hudelot, com todo o seu conhecimento técnico, professor emérito da Universidade Dijon, na França, e produtor de vinhos, discorreu sobre as propriedades da uva tinta para a saúde e encantou o público. “Neste mundo cheio de radicais livres, a semente é o bebê da uva, que, quando cai no chão, tem que ter todos os antioxidantes disponíveis para sobreviver”, afirmou, durante sua apresentação. Hudelot foi um apaixonado pelo vinho, muito contribuiu e entusiasmou gente mundo a fora, deixou sua história e seu legado, assim como muitos outros.

Processo de vinificação

Uma parreira passa por muitos desafios climáticos, de solo, de cultivo, suas raízes vão metros abaixo da terra buscar o nutriente para a sobrevivência daquela uva e, com o tempo, décadas ou quase um século, fazem o seu melhor, nos proporcionam ao final de uma estação de verão uma fruta capaz de fazer um grande vinho.

Na Borgonha, temos uma diferente gama de vinhos, de uma mesma uva tinta, Pinot Noir, com o único diferencial do seu “terroir” e processo de vinificação. Pode não parecer aos olhos, mas diferença de metros muda completamente as características do solo, o que se reflete nos vinhos. Na Borgonha, não existe um padrão de vinho, não existe irrigação, ele vai ser produto daquele “terroir”, que muda ano a ano.

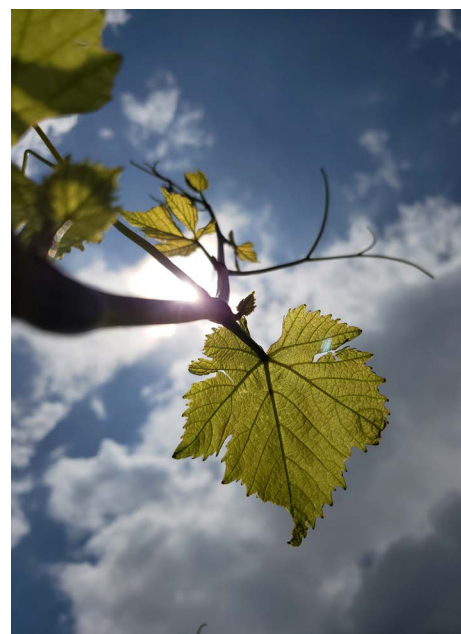
No Brasil, há tempos se fazem bons espumantes, qualidade esta também hoje expandida para os brancos e tintos. Temos vinhos autênticos, capazes de surpreender qualquer bom degustador, associados a uma bela culinária, o que é fundamental para uma boa harmonização, que vai realçar as qualidades de um bom vinho.

Conhecer as serras catarinenses e do Rio Grande do Sul é um deslumbrar de paisagens e histórias, que muito nos surpreendem e nos encantam. Certa vez, por indicação, fomos parar em Flores da Cunha (RS). Não bastasse a beleza do local, foi a pessoa do Deunir Argenta que nos cativou, com sua simpatia e amizade, assim como muitas outras histórias que nos levam a descobrir o que tem por trás de cada garrafa que apreciamos nesta vida.

Vinhos do Brasil

Outras regiões em São Paulo e Minas também se fazem presentes neste universo do mundo do vinho no Brasil, que está em franca expansão. A cidade de Espírito Santo do Pinhal (SP) já foi citada como a “Toscana brasileira”. Botucatu (SP) também conta com bons queijos e bons vinhos. A Adega Paratodos se destaca neste cenário, proporcionando a uma legião de apreciadores a oportunidade de conhecer o mundo do vinho, e o Homero, seu proprietário, é uma das pessoas que valem a pena conhecer.

Temos vinhos para celebrar, temos vinhos para festar, temos vinhos para comer e temos os vinhos que são para meditar. Tinto, Branco, Rosé, Espumante, Champagne, o importante é compartilhar com amigos lugares, histórias, uma boa comida e brindar a vida, o seu momento. ●





OS 8 PASSOS DA ANESTESIA **SEGURA**

Uma importante metodologia para disseminação de boas práticas em anestesia.

- 1) Guilherme Moura*
- 2) Aline Fernandes Amorim*
- 3) Sonciarai Martins Baldin*
- 4) Regiane Xavier Dias*

A segurança dos processos está intimamente relacionada à rotina do anesthesiologista. Por esse motivo, o SMA (Serviços Médicos de Anestesia), serviço de anestesiologia da cidade de São Paulo, criou um programa que dividiu o processo anestésico em etapas específicas, que mais se relacionam à segurança e à qualidade prestada ao paciente, os “8 Passos da Anestesia Segura”.

Os 8 Passos visam à divulgação de conhecimento específico, assim como à disseminação de boas práticas em anestesia. Além disso, são utilizados como ferramenta de diagnóstico e acompanhamento de melhorias no serviço de anestesiologia. São eles:



***Guilherme Moura,**
MD, MBA
Gerente Médico do Núcleo de Qualidade e Segurança do SMA – Serviços Médicos de Anestesia; Coordenador do Setor de Anestesiologia do Hospital Oswaldo Cruz Unidade Referenciada Vergueiro; Coordenador do Setor de Anestesiologia do Hospital e Maternidade Metropolitano – São Paulo/SP; Coordenador do Núcleo de Qualidade e Segurança da SAESP – Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo; MBA em Administração em Saúde Insper – Einstein e Residência Médica em Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Passo 1 - Higienização das mãos

A baixa adesão às práticas de prevenção às infecções associadas aos cuidados em saúde e – dentre elas, a higienização das mãos –, ainda é um desafio no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde e, dentro desse contexto, incluem-se os anestesistas. A sala operatória e seu papel potencial na disseminação de patógenos

multirresistentes têm sido o foco de vários estudos, especialmente dentro da literatura sobre anestesia.

Um estudo que quantificou e comparou a frequência de interações do anesthesiologista com o meio ambiente e os pacientes, bem como a frequência de higiene das mãos realizada por esses profissionais durante as fases de indução e manutenção, evidenciou que a frequência de seus contatos com o ambiente e os pacientes foi significativamente maior durante a indução do que durante a manutenção. Da mesma forma, a frequência de higiene das mãos foi maior durante a indução, mas essa diferença foi menor que uma desinfecção adicional das mãos ao longo de uma hora.

Dentro do Passo 1 da Anestesia Segura, recomendamos a higienização das mãos em quatro momentos: antes e após tocar os pacientes, antes de realizar qualquer procedimento e ao diluir as medicações. Apesar da diferença em relação aos 5 momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde, foram avaliadas a viabilidade e a não interferência no fluxo de trabalho dos anesthesiologistas durante as etapas do processo assistencial na sala operatória, com base numa frequência de higiene das mãos que não impacte a segurança do paciente, e aumentando assim as possibilidades de higienização das mãos durante o tratamento anestésico.

Passo 2 – Documentação Anestésica e Comunicação

A comunicação entre os membros da equipe é essencial para manter a segurança do paciente. As evidências atuais revelam que os pacientes cirúrgicos são mais propensos a eventos adversos quando comparados



a qualquer outra população. Esse ambiente impõe desafios para o anesthesiologista e todos os membros da equipe de atendimento. Um estudo realizado entre residentes de anesthesiologia que prestavam cuidados dentro e fora das salas de operações explorou a comunicação como essencial no gerenciamento de recursos de crise.

Assim, o passo 2 destaca a comunicação como parte essencial para uma assistência segura, seja em relação ao preenchimento da documentação anestésica perioperatória ou na notificação de eventos ou circunstâncias de risco durante o procedimento.

Um artigo sobre a utilização da ferramenta multidisciplinar de Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação (SBAR) para melhorar a comunicação entre os enfermeiros e médicos da UTI e profissionais da anestesia mostrou que houve um aumento de 100% na comunicação padronizada durante as transferências e de 43% na documentação de antibióticos intraoperatórios no registro eletrônico de medicamentos.

O registro e a documentação de dados médicos são um problema mundial, sendo uma responsabilidade profissional básica. A comunicação de informações de forma confiável e eficaz é um elemento crucial nas práticas de saúde pública. O uso de tecnologias apropriadas pode melhorar a qualidade da informação e facilitar a comunicação, sendo que a informação científica integrada em sistema ajuda os médicos na tomada de decisões, minimiza os erros e aumenta a segurança do paciente.

Passo 3 – Avaliação pré-anestésica

Dentro do passo 3, destaca-se a realização da avaliação pré-anestésica, de forma completa e com a devida documentação em prontuário, sendo essencial para a definição do manejo anestésico nos períodos intra e pós-operatório. Uma boa avaliação pré-operatória de pacientes críticos pode melhorar o processo de transferência não somente entre unidade de terapia intensiva e intraoperatório como também para unidade de internação, tendo o alocamento adequado conforme o perfil do paciente e bundle de cuidados conforme suas necessidades.



***Aline Fernandes Amorim,**

Analista de Controle de Qualidade; Engenharia de Produção e MBA Qualidade em Saúde: Gestão e Acreditação UNIFESP/SP



A avaliação do risco cirúrgico pré-operatório evoluiu ao longo dos anos. Com a expectativa de vida mais longa dos pacientes pré-cirúrgicos, são necessárias calculadoras de risco abrangentes que considerem sua individualidade em relação à demografia e às comorbidades.

Outro aspecto importante e consolidado é o uso de investigações laboratoriais de rotina antes da cirurgia eletiva, sendo considerado parte da avaliação pré-anestésica para determinar a adequação à anestesia e identificar pacientes com alto risco de complicações pós-operatórias.



***Sonciarai Martins Baldin,**

Analista de Qualidade; Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina; Mestrado em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, Universidade Federal Santa Catarina; Pós-Graduação em Nível Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde; Pós-Graduação em Nível Especialização em Gestão dos Serviços de Saúde

Passo 4 – Planejamento

O passo 4 trata do planejamento da anestesia, e este é de fundamental importância, sendo necessário ter como base critérios para definição dos pacientes de risco no período pré-operatório, identificar a melhor estratégia no manejo das vias aéreas ou a analgesia adequada com o objetivo de reduzir complicações, prestar uma assistência mais segura e obter o melhor desfecho para os pacientes no pós-operatório.

Em uma metanálise realizada em 2017 foram levantados sete estudos com orientação intraoperatória de opioides realizados por técnicas de monitoramento de analgesia/nocicepção. Apesar de alta heterogeneidade, foi constatado que o monitoramento da analgesia no intraoperatório levou a uma redução de eventos de movimento, bem como a uma tendência à redução do consumo intraoperatório de opioides e menor emergência da anestesia.

A avaliação pré-operatória das vias aéreas deve ser realizada rotineiramente, a fim de identificar fatores que podem levar a dificuldades com a ventilação da máscara facial, inserção do SAD, intubação traqueal ou acesso à frente do pescoço. A avaliação do risco de aspiração é um componente essencial do planejamento do gerenciamento das vias aéreas. Devem ser tomadas medidas antes da cirurgia para reduzir o volume e o pH do conteúdo gástrico por jejum e meios farmacológicos.

A avaliação do status volêmico dos pacientes submetidos à cirurgia faz parte do tratamento de rotina do anestesiológico. Essa avaliação é geralmente realizada por meio de índices dinâmicos baseados na interação cardiopulmonar durante a ventilação mecânica (se disponível) ou administrando um desafio de fluidos (FC). O FC é usado durante a cirurgia para otimizar alvos hemodinâmicos predefinidos, a chamada Terapia

Direcionada por Meta (GDT), ou para corrigir a instabilidade hemodinâmica (não GDT).



Passo 5 – Administração de medicamentos, equipamentos e materiais

Dentro do passo 5 abordamos a segurança de materiais e medicamentos. É importante a checagem prévia dos

equipamentos que serão necessários para a assistência em sala operatória, para minimizar falhas durante o procedimento. Também se faz necessário ajustar os alarmes do aparelho de anestesia e bombas de infusão para cada paciente, com base na avaliação de suas comorbidades e drogas a serem utilizadas. As configurações de alarmes para bombas de infusão são consideradas importantes para a segurança do paciente, mas os limites não são criados de maneira padronizada a partir dos dados reais de uso. Um estudo de 2017 demonstrou um método para definir as configurações de alarme da bomba de infusão e forneceu dados sobre as 7 infusões mais comuns utilizadas no intraoperatório por anestesistas, por exemplo, propofol, noradrenalina e fenilefrina.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, todos os anos, um número significativo de pacientes é prejudicado ou morre por causa de cuidados de saúde inseguros, resultando em um alto ônus da saúde em todo o mundo. As situações de alto risco, no contexto da segurança de medicamentos, referem-se às circunstâncias que são associadas a um risco significativo de danos relacionados à medicação.

No ambiente complexo e dinâmico da sala de cirurgia, os anesthesiologistas por terem total responsabilidade por todas as etapas do processo de manipulação de medicamentos. Erros de medicação são comuns, incluindo erros na reconciliação medicamentosa, erros durante anestesia ou erros nas diversas transferências de cuidados. Trocas de seringa de medicamentos no intraoperatório, trocas de ampolas e erros de dose podem causar sérios danos. Um estudo mostrou que aproximadamente 1 em 20 administrações de medicamentos perioperatórios e a cada segunda administração resultaram em erros de medicações e/ ou eventos adversos com medicamentos.

Outra questão está relacionada ao potencial de transmissão cruzada microbiana clinicamente significativa no ambiente intraoperatório, que representa uma ameaça para a segurança do paciente. Os profissionais de anestesia estão frequentemente envolvidos na preparação de medicamentos estéreis para injeção em bolus e infusão. Os medicamentos preparados em sala operatória não são preparados usando os mesmos métodos rigorosos que as farmácias, aumentando a possibilidade de contaminação.

Assim, a organização e a identificação de seringas para medicamentos podem ter um impacto na mitigação de erros de medicamentos em anestesia, bem como a desinfecção de ampolas e conexões.

Passo 6 – Checklist de segurança

Desde a publicação da lista de verificação desenvolvida pelo World Health, programa de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS), temos evidenciado sua aplicação e a eficiência em aumentar a segurança nos cuidados prestados aos pacientes em todos os âmbitos⁽¹⁾. Para a anestesia não é diferente, tanto que em 2019 um estudo que investigou o impacto da utilização de uma lista de verificação específica da anestesia regional pré-procedimento demonstrou uma redução significativa na taxa de



*Regiane Xavier Dias, MD

Gerente Médica do Núcleo de Qualidade e Segurança do SMA – Serviços Médicos de Anestesia; Coordenadora do Setor de Anestesiologia do Hospital e Maternidade Metropolitana – São Paulo/ SP; Pós-Graduação em Experiência do Paciente no Hospital Sírio Libanês – São Paulo/ SP; Pós-Graduação em Qualidade e Segurança pelo Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo/ SP; Residência Médica em Anestesiologia no Hospital das Clínicas de São Paulo – FMUSP – São Paulo/SP



bloqueio nervoso do lado errado na instituição em que foi realizado.

Outro estudo, de 2017, sobre a aplicação do ERAS traz que as listas de verificação são um método valioso para garantir que o tratamento padronizado com base nas melhores práticas seja incorporado nas rotinas. Permite, por meio, de seu uso, reavaliar continuamente seus resultados e incentivar inovação e aprimoramento adicionais, ajudando a criar uma cultura de segurança, em que todos os pacientes recebam alta qualidade, alta confiabilidade e cuidados cada vez melhores.

No entanto, existe a questão de que o número de listas de verificação documentadas não pode traduzir em métricas a segurança do paciente, porque elas não capturam atenção coletiva, procedimentos de execução ou atitudes de segurança dos participantes nem capturam taxas de erros. O estudo concluiu que o sucesso de estratégias personalizadas de treinamento e a implementação usando vídeos – meios interativos que combinados com medições contínuas das atitudes dos provedores – ajudam a esclarecer etapas necessárias para a mudança sustentada na percepção de risco e aceitação da lista de verificação de segurança cirúrgica na área da saúde.

Assim no passo 6, que aborda os checklists de segurança, faz-se necessária uma abordagem contínua e mais próxima da prática assistencial perioperatória para que se alcance o êxito esperado em relação à qualidade e à segurança do paciente.

Passo 7 – Planejamento intraoperatório

O passo 7 da anestesia segura está relacionado ao manejo intraoperatório. Cada paciente, conforme história clínica e comorbidades, deverá ter um planejamento direcionado da assistência anestésica no intraoperatório, para um melhor desfecho clínico.

O manejo perioperatório de pacientes cirúrgicos de alto risco continua

sendo um desafio para os anesthesiologistas. Apesar dos avanços no manejo perioperatório, a incidência de complicações graves após cirurgia de grande porte permanece alta.

Assim, conforme o perfil do paciente, existem protocolos que orientam a monitorização necessária. Um estudo que avaliou a anestesia guiada pelo BIS em idosos concluiu que houve redução da exposição ao anestésico nessa população, recuperação pós-operatória precoce e funções de orientação e delírio pós-operatório reduzidos.

Os resultados de uma metanálise mostraram que o uso de Terapia Guiada por Metas no intraoperatório com monitoramento minimamente invasivo diminui complicações pós-operatórias em pacientes não cardíacos submetidos a cirurgia, embora não tenha mostrado uma significativa diminuição da taxa de mortalidade. A prevenção de hipotermia no intraoperatório, através do uso do recurso de aquecimento, quando indicado, deve ser uma prática.

O risco de infecções relacionadas ao cuidado em saúde está presente no ambiente intraoperatório e representa uma ameaça para a segurança do paciente. A literatura tem mostrado contaminação na área de trabalho do anesthesiologista, como no aparelho de anestesia, torneiras, máscaras laríngeas, lâminas de laringoscópio, telas sensíveis ao toque, resultando em transmissões, infecções de ao maior risco de mortalidade do paciente.

Passo 8 – Transição de cuidado – Handoff / Handover

No passo 8, tratamos da transição de cuidado. Os pacientes cirúrgicos são submetidos a transições de cuidados pré-operatórios, intraoperatórios e pós-operatórios, e esses pacientes são vulneráveis a erros de comunicação.

As transferências de informações são definidas como as transferências interprofissionais de informações críticas e essenciais do paciente sobre o atendimento prestado. Durante as transições de cuidados perioperatórios, do paciente, as informações são comunicadas entre as equipes envolvidas na assistência para apoiar a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

A comunicação eficaz é fundamental para a segurança do paciente, especialmente durante os períodos de alto risco, quando os pacientes estão em transição para diferentes cuidados ou a diferentes prestadores. Portanto, o processo de transferência é fundamental para o cuidado seguro do paciente cirúrgico. A transferência não é apenas de informações, mas também de responsabilidades profissionais entre as equipes.

A transferência dos cuidados anestésicos de um anesthesiologista para outro pode ocorrer no intraoperatório. Um estudo mostrou que entre adultos submetidos a grandes cirurgias, a transferência completa de cuidados na anestesia intraoperatória comparada a nenhuma transferência foi associada a maior risco de resultados adversos pós-operatórios. Assim, durante as transferências, o médico que está saindo deve comunicar fatos importantes sobre o paciente e a cirurgia para o médico que está chegando para continuar o atendimento do paciente.

O risco de infecções relacionado ao cuidado em saúde está presente no ambiente intraoperatório e representa uma ameaça para a segurança do paciente

A segurança no transporte do paciente também é um ponto de atenção nas transições de cuidado, uma vez que transportes intra-hospitalares estão relacionados à alta incidência de complicações e eventos adversos, com impacto negativo nos desfechos clínicos. Os eventos relacionados à equipe mais comumente relatados são as falhas de comunicação. Um estudo mostrou que a taxa de complicações não clínicas foi de 7,2%.

Outra forma de mitigar eventos clínicos durante transportes, como a hipoxemia, é a administração de oxigênio durante o período como um padrão. A maioria dos casos de hipoxemia pós-operatória imediata durante o período de transporte pode ser evitada pela administração de oxigênio durante o transporte. ●

Referências bibliográficas

- 1 - Porteous GH, Bean HA, Woodward CM, et al. A Simulation Study to Evaluate Improvements in Anesthesia Work Environment Contamination After Implementation of an Infection Prevention Bundle. *Anesth Analg*. 2018;127(3):662-670. doi:10.1213/ANE.0000000000002764
- 2 - Munoz-Price, L., Riley, B., Banks, S., Eber, S., Arheart, K., Lubarsky, D., & Birnbach, D. (2014). Frequency of Interactions and Hand Disinfections among Anesthesiologists While Providing Anesthesia Care in the Operating Room: *Induction versus Maintenance*. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(8), 1056-1059. doi:10.1086/677154
- 3 - Megeus et al. Hand hygiene and aseptic techniques during routine anesthetic care - observations in the operating room. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*; 2015; DOI: 10.1186/s13756-015-0042-y
- 4 - Bonds., RL; SBAR Tool Implementation to Advance Communication, Teamwork, and the Perception of Patient Safety Culture, 2018, *Creative Nursing*, Vol 24 Issue 2 , DOI: 10.1891/1078-4535.24.2.116
- 5 - McQuaid-Hanson, E., & Pian-Smith, M. C. M. (2017). Huddles and Debriefings. *Anesthesiology Clinics*, 35(1), 59–67. doi:10.1016/j.anclin.2016.09.006
- 6 - Failure to Debrief after Critical Events in Anesthesia Is Associated with Failures in Communication during the Event Alexander F. Arriaga, M.D., M.P.H., Sc.D., Rachel E. Sweeney, B.A., Justin T. Clapp, Ph.D., M.P.H., Madhavi Muralidharan, B.A., B.S., Randall C. Burson II, B.A., Emily K. B. Gordon, M.D., M.S.Ed., Scott A. Falk, M.D., Dimitry Y. Baranov, M.D., Lee A. Fleisher, M.D. *Anesthesiology* 2019; 130:1039–48
- 7 - Adane, K., Muluye, D., & Abebe, M. (2013). *Processing medical data: a systematic review*. *Archives of Public Health*, 71(1). doi:10.1186/0778-7367-71-27
- 8 - Copeland, C.C., et al. Preoperative risk stratification of critically ill patients. 2017 *Journal of Clinical Anesthesia*. Vol 39, Pages 122-127 <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2017.03.044>
- 9 - Yap MKC, Ang KF, GonzalesPorciuncula LA, et al. *Heart Asia* 2018;10:e010993. doi:10.1136/heartasia-2017-01099
- 10 - Kumar A, Srivastava U. Role of routine laboratory investigations in preoperative evaluation. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2011;27(2):174-179. doi:10.4103/0970-9185.81824
- 11 - E.D. Silva et al. Consenso brasileiro sobre terapia hemodinâmica perioperatória guiada por objetivos. *Revista brasileira Anestesiologia*. 2016 66 (6): 557-571.
- 12 - Gruenewald M, Dempfle A. Analgesia/nociception monitoring for opioid guidance: meta-analysis of randomized clinical trials. *Minerva Anesthesiol* 2017;83:200-13. DOI: 10.23736/S0375-9393.16.11602-5
- 13 - APA Cabrini, Luca MD*, †; Baiardo Redaelli, M MD*; Ball, Lorenzo MD‡; Filippini, Martina MD*; Fominskiy, Evgeny MD*; Pintaudi, Margherita MD*; Putzu, Alessandro MD§; Votta, Carmine D. MD*; Sorbello, Massimiliano MD ; Antonelli, Massimo MD¶; Landoni, Giovanni MD*, †; Pelosi, Paolo MD‡; Zangrillo, Alberto MD*, † Awake Fiberoptic Intubation Protocols in the Operating Room for Anticipated Difficult Airway: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, *Anesthesia & Analgesia*: May 2019 - Volume 128 - Issue 5 - p 971-980 doi: 10.1213/ANE.0000000000004087
- 14 - C. Frerk, V. S. Mitchell, A. F. McNarry, C. Mendonca, R. Bhagrath, A. Patel, E. P. O'Sullivan, N. M. Woodall, I. Ahmad. Difficult Airway Society intubation guidelines working group, Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation (continua)

Referências bibliográficas (continuação)

- in adults, *BJA: British Journal of Anaesthesia*, Volume 115, Issue 6, December 2015, Pages 827–848. <https://doi.org/10.1093/bja/aev371>
- 15 - Berman, M. F., et al. (2017). *Alarm Limits for Intraoperative Drug Infusions. Anesthesia Analgesia*.
- 16 - Grigg, Eliot B. MD⁺; Martin, Lizabeth D. MD⁺; Ross, Faith J. MD, MS⁺; Roesler, Axel PhD⁺; Rampersad, Sally E. MB, FRCA⁺; Haberkern, Charles MD, MPH⁺; Low, Daniel K.W. BMedSci, BM, BS, MRCPCH, FRCA⁺; Carlin, Kristen MPH⁺; Martin, Lynn D. MD, MBA⁺ Assessing the Impact of the Anesthesia Medication Template on Medication Errors During Anesthesia: A Prospective Study, *Anesthesia & Analgesia*: May 2017 - Volume 124 - Issue 5 - p 1617-1625 doi: 10.1213/ANE.0000000000001823
- 17 - Wahr, J.A., Merry, A.F. Medication Errors in the Perioperative Setting. *Curr Anesthesiol Rep* 7, 320–329 (2017). <https://doi.org/10.1007/s40140-017-0227-4>
- 18 - Karen C. Nanji, Amit Patel, Sofia Shaikh, Diane L. Seger, David W. Bates; Evaluation of Perioperative Medication Errors and Adverse Drug Events. *Anesthesiology* 2016;124(1):25-34. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000904>.
- 19 - World Health Organization. (2019). Medication safety in high-risk situations. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325131>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 20 - World Health Organization. Checklists save lives. *Bull World Health Organ*. 2008;86(7):501-2
- 21 - Henshaw DS, Turner JD, Dobson SW, et al. *Reg Anesth Pain Med* 2019;44:201–205.
- 22 - Moffatt-Bruce, S. D., Hilligoss, B., & Gonsenhausner, I. (2017). *ERAS: Safety checklists, antibiotics, and VTE prophylaxis. Journal of Surgical Oncology*, 116(5), 601–607
- 23 - Neuhaus C, Spies A, Wilk H, Weigand MA, Lichtenstern C. "Attention Everyone, Time Out!": Safety Attitudes and Checklist Practices in Anesthesiology in Germany. A Cross-Sectional Study [published *on-line* ahead of print, 2017 Jun 1]. *J Patient Saf*. 2017;10.1097/PTS.0000000000000386. doi:10.1097/PTS.0000000000000386
- 24 - J. Bergs., et al. Effect of World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *BJS* 2014; 101: 150–158
- 25 - Ripollés J, et al. Intraoperative goal directed hemodynamic therapy in noncardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Anesthesiol*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2015.02.001>
- 26 - Zhou Y. et al.: BIS monitoring of postoperative cognitive function using ANT © *Med Sci Monit*, 2018; 24: 7785-7793
- 27 - Alparslan, V., Kus, A., Hosten, T. et al. Comparison of forced-air warming systems in prevention of intraoperative hypothermia. *J Clin Monit Comput* 32, 343–349 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10877-017-0017-z>
- 28 - Munoz-Price, L., Bowdle, A., Johnston, B., Bearman, G., Camins, B., Dellinger, E., . . . Birnbach, D. (2019). Infection prevention in the operating room anesthesia work area. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(1), 1-17. doi:10.1017/ice.2018.303
- 29 - Rose, M. W., Newman, S., & Brown, C. (2018). *Postoperative Information Transfers: An Integrative Review. Journal of PeriAnesthesia Nursing*.
- 30 - Methangkool E, Tollinche L, Sparling J, Agarwala AV. Communication: Is There a Standard Handover Technique to Transfer Patient Care?. *Int Anesthesiol Clin*. 2019;57(3):35-47. doi:10.1097/AIA.0000000000000241
- 31 - Jones PM, Cherry RA, Allen BN, et al. Association Between Handover of Anesthesia Care and Adverse Postoperative Outcomes Among Patients Undergoing Major Surgery. *JAMA*. 2018;319(2):143–153. doi:10.1001/jama.2017.20040
- 32 - Veiga Viviane Cordeiro, Postalli Natalia Fioravanti, Alvarisa Thais Kawagoe, Travassos Phillipe Pereira, Vale Raquel Telles da Silva, Oliveira Cleyton Zanardo de et al . Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte. *Rev. Bras. Ter. Intensiva* [Internet]. 2019 Mar [cited 2020 Aug 13]; 31(1): 15-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000100015&lng=en. Epub Feb 28, 2019. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20190003>.
- 33 - Michael Badgwell, J., Savage, G. T., & Kelley, E. L. (1996). "A Case for Delivering Supplemental Oxygen to Postoperative Patients During Transport to the PACU"

Calendário Científico | SAESP 2021

JANEIRO	
30	ANESTESIA VENOSA
31	MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA

FEVEREIRO	
06	ULTRASSOM BÁSICO
07	ULTRASSOM AVANÇADO
20	VENTILAÇÃO MECÂNICA
27 e 28	SAVA

MARÇO	
06	SIMPÓSIO SAESP ACADÊMICOS
07	1º CURSO DE GESTÃO FGV – SAESP online
13 e 14	SAAPed
20 e 21	SAVA
27 e 28	ECOCARDIOGRAFIA

ABRIL	
10	MANEJO DO SANGRAMENTO
11	1º CURSO DE GESTÃO FGV – SAESP online
18 e 19	SAVA*
20 e 21	SAAPed*
22	ANESTESIA OBSTÉTRICA*
22 a 25	COPA

*Curso Pré-Congresso do COPA 2021 – confira o regulamento na página de inscrição da atividade correspondente

MAIO	
07	WORKSHOP WE CARE - DEPENDÊNCIA QUÍMICA: MANEJO - IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM
08	MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA
15	GERENCIAMENTO DA VIA AÉREA PARA MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA
16	1º CURSO DE GESTÃO FGV – SAESP online
16	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA GESTORES DE EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA
21 e 22	RAIESP - ARARAQUARA
22	ULTRASSOM BÁSICO
23	ULTRASSOM <i>POINT OF CARE</i>
29 e 30	SAVA

JUNHO	
12	ANESTESIA VENOSA
13	1º CURSO DE GESTÃO FGV – SAESP presencial
19 e 20	SAAPed
20	CURSO DE LIDERANÇA E NEGOCIAÇÃO – FUNDAÇÃO DOM CABRAL online
26	MONITORIZAÇÃO CEREBRAL

JULHO	
03 e 04	SAVA
17	ULTRASSOM BÁSICO
18	ULTRASSOM AVANÇADO
23 e 24	RAIESP - MOGI DAS CRUZES
24	MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA
25	CURSO DE LIDERANÇA E NEGOCIAÇÃO – FUNDAÇÃO DOM CABRAL online
31	INTERVENÇÃO EM DOR

AGOSTO	
07	ULTRASSOM <i>POINT OF CARE</i>
14	VIA AÉREA
15	2º CURSO DE GESTÃO FGV – SAESP online
15	CURSO DE LIDERANÇA E NEGOCIAÇÃO – FUNDAÇÃO DOM CABRAL online
15	CURSO DE CONTABILIDADE PARA MÉDICOS
21	VENTILAÇÃO MECÂNICA
27 e 28	RAIESP - JAÚ

SETEMBRO	
ONLINE	SIMPANEST
04	CURSO DE LIDERANÇA E NEGOCIAÇÃO – FUNDAÇÃO DOM CABRAL presencial
11	MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA
11	FÓRUM SAESP
12	CURSO DE LIDERANÇA E NEGOCIAÇÃO – FUNDAÇÃO DOM CABRAL presencial
18 e 19	SAVA
25	MONITORIZAÇÃO CEREBRAL
26	CURSO DE CONTABILIDADE PARA MÉDICOS
26	2º CURSO DE GESTÃO FGV – SAESP online

OUTUBRO	
02 e 03	ECOCARDIOGRAFIA
16	SIMPÓSIO INTERNACIONAL SAESP
16 e 17	SAAPed
17	2º CURSO DE GESTÃO FGV – SAESP online
22 e 23	RAIESP - BARRETOS
23 e 24	SAVA
30	ULTRASSOM BÁSICO
31	ULTRASSOM <i>POINT OF CARE</i>

NOVEMBRO	
07	2º CURSO DE GESTÃO FGV – SAESP presencial
13	ANESTESIA VENOSA
27 e 28	ANESTESIA OBSTÉTRICA

DEZEMBRO	
04 e 05	SAVA



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo



**Saiba
Mais** 