



MONITORES DE NOCICEÇÃO: VALE O CUSTO?

Estudos recentes apresentam resultados variáveis que necessitam de validações mais adequadas

Veja também:

- + Pré-reabilitação cirúrgica
- + Simpósio Internacional SAESP
- + Além da etiqueta, a conduta certa
- + Relação jurídica médico-paciente
- + A experiência do paciente na anestesia
- + Pelos vinhedos da Espanha

SP[®]

SISTEMA EXCLUSIVO CRISTÁLIA

STERILE PACK[®]

Padrão em segurança na anestesiologia

PARA UM LÍDER, O FUTURO SEMPRE SERÁ AGORA, dia a dia antecipando soluções que promovam as melhores práticas, através da qualidade e excelência em segurança.

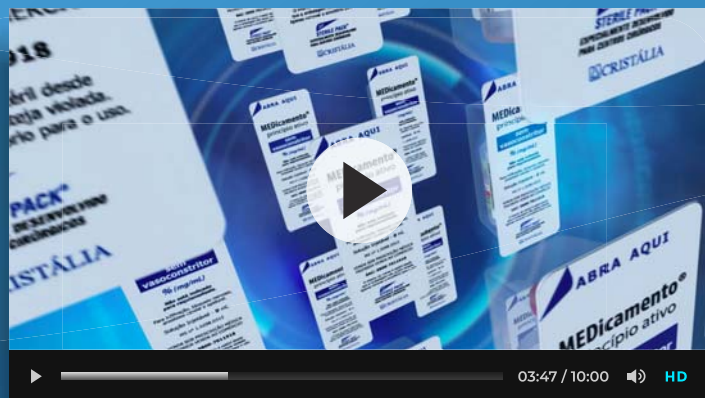
SER LÍDER É ESTAR SEMPRE À FRENTE, com o desenvolvimento de mecanismos que contemplem e reafirmem nossa referência na anestesiologia, como o inovador e exclusivo sistema **Sterile Pack**.

ROPI, É UM EXEMPLO DE NOSSA LIDERANÇA, sendo o único produto entre todos os concorrentes do mercado a usar a tecnologia **Sterile Pack**, colocando o **Cristália** ainda mais à frente.

ASSISTA OS VÍDEOS ROPI E STERILE PACK ABAIXO:



CLIQUE PARA ASSISTIR



CLIQUE PARA ASSISTIR

Eles trazem informações em detalhes para apoiar seus argumentos na divulgação do sistema **Sterile Pack**, que só o **Cristália** tem.

CRISTÁLIA: A MAIOR LINHA DE ANESTÉSICOS, EM ESTOJOS ESTERILIZADOS, INDISPENSÁVEIS PARA A MAIOR SEGURANÇA E O BOM ANDAMENTO DO CENTRO CIRÚRGICO.

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

Edição número 8
Dezembro 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.

Comitê editorial SAESP:
Dra. Rita de Cássia Rodrigues
(Presidente)
Dr. Marcelo Vaz Perez
(Diretor de Comunicação)
Felipe Ramos Barbosa
(Supervisor de Comunicação)

Produção editorial:
Editora Conteúdo
www.conteudoeditora.com.br



Diretoria:
Melissa Kechichian e
José Scavone Bezerra de
Meneses

Jornalista responsável:
Melissa Kechichian
MTB 25.595

Redação e Revisão:
Abgail Cardoso e
Maria Inês Caravaggi

Design Gráfico:
Ricardo Alves de Souza



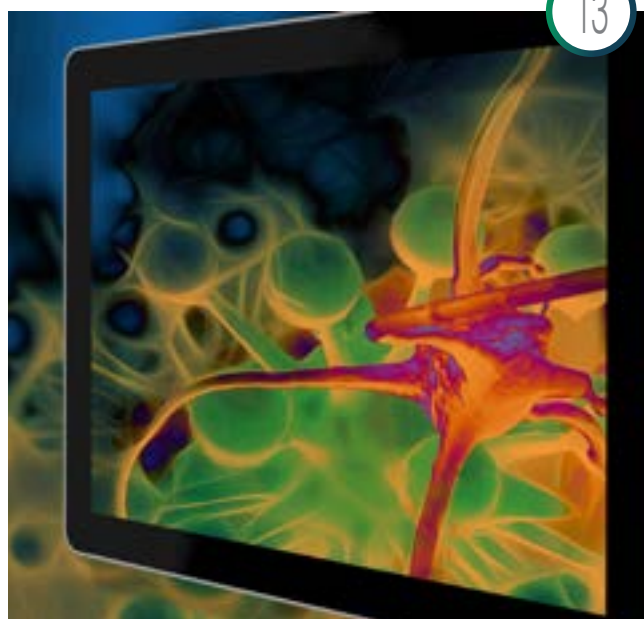
Editorial -
Dra. Rita de Cássia
Rodrigues



Pré-reabilitação
cirúrgica



Relação jurídica
médico-paciente



Monitores de nocicepção:
vale o custo?



A experiência
do paciente



Conduta ética
no trabalho



Simpósio
Internacional SAESP



Pelos vinhedos
da Espanha



ADAPTAÇÃO, INOVAÇÃO E FLEXIBILIDADE



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo



Dra. Rita Rodrigues,
Presidente da Sociedade
de Anestesiologia do
Estado de São Paulo
(SAESP)

Caminhamos para o encerramento de mais um ano desafiador, cheio de incertezas e oportunidades. Adaptação, inovação, flexibilização, agilidade, coragem e ousadia passaram a integrar o nosso dia a dia, ampliando nossos horizontes e tornando-nos mais conscientes de nosso papel de propiciar aos anestesiológicos conhecimento científico e habilidades não técnicas cada vez mais relevantes, associadas ao autocuidado.

Foram 45 **webinars** nas já esperadas segundas-feiras, às 20 horas, com a participação de importantes nomes da anestesiologia brasileira, e até internacional, para um aprendizado diversificado, contribuindo significativamente para atualização e discussão relevantes.

O **SAESP Podcast** chegou à sua 33ª edição com mais de 450 minutos de entrevistas e comentários. Entre temas de atualização e discussões importantes à especialidade, o SAESP Podcast leva conhecimento de forma prática e simples.

A **Revista da SAESP**, publicação trimestral, chega hoje à sua 8ª edição com matérias diversificadas e interessantes, que vão desde o mundo dos vinhos, até tecnologia e gestão em Anestesiologia.

As **Newsletters** semanais, às segundas e sextas-feiras, compartilharam, por e-mail, informações sobre cursos, webinars e pesquisas promovidos pela SAESP, entre outros assuntos de interesse.

Seguindo nosso PROPÓSITO, de fomentar a excelência em anestesiologia e áreas afins, diversos cursos e workshops foram promovidos e organizados pela SAESP neste ano, destacando-se o tradicional SAVA e os inovadores SAAPed e os Cursos de Gestão, Liderança e Negociação ministrados e customizados pela Fundação Dom Cabral, FGV e Sistematize.

A 2ª Edição do Simpósio Internacional SAESP, realizado no dia em que se comemora nossa especialidade, contou com a participação de quase 2 mil inscitos, que puderam assistir às ricas apresentações e discussões com renomados especialistas internacionais e brasileiros.

E para encerrar este ano, submetemo-nos à auditoria externa para obtenção da certificação ISO 9001:2015, sem perder o foco das atenções para o tão esperado COPA 2022 presencial. Um dos maiores Congressos de Anestesiologia do mundo voltará com força total! Muito conteúdo, mais espaço e muitas novidades esperam vocês, caros colegas, que tanto nos incentivam a fazer sempre mais.

Meus agradecimentos aos sócios pelo prestígio e presenças marcantes em nossas programações, e aos diretores e colaboradores da SAESP por fazerem nossas ideias acontecerem.

Desejo a todos um Feliz Natal, com paz e harmonia, e um 2022 com saúde e realizações. ●



PRÉ-REABILITAÇÃO CIRÚRGICA – **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL**

**Dr.^a Lígia Andrade da
Silva Telles Mathias***

Protocolos de avaliação da
capacidade funcional no
perioperatório garantem mais
segurança aos pacientes de risco

Atualmente, existe um aumento da população de idosos, das comorbidades e do sedentarismo. Apesar dos avanços nas áreas da cirurgia, da anestesia e do cuidado perioperatório, que tornaram o ato anestésico-cirúrgico mais seguro e acessível a pacientes de maior risco, ainda permanece um grupo de pacientes com chances de desfechos pós-cirúrgicos negativos, quais sejam os pacientes idosos, com câncer e aqueles com reserva limitada de proteínas por diferentes doenças.

Os atos cirúrgicos de grande porte provocam uma resposta inflamatória neuroendócrina global, com alterações fisiológicas significativas, aumento da morbimortalidade, redução da capacidade funcional e consequente elevação do tempo de permanência hospitalar e das reinternações.

Muitos pacientes apresentam no pós-operatório inatividade física com redução da massa muscular, descondicionamento, complicações pulmonares, fadiga física, sono alterado e diminuição da capacidade de concentração, que pode persistir por semanas, até meses. Não conseguem, assim, recuperar seu *status* funcional pré-operatório e independência, com diminuição da qualidade de vida.

Várias evidências mostram que muitos dos efeitos deletérios da cirurgia, como dor, fadiga e fraqueza, podem ser controlados quando são realizadas estratégias reabilitadoras adequadas, como fisioterapia e terapia ocupacional no pós-operatório, permitindo uma recuperação mais rápida e alta hospitalar precoce.

No entanto, o pós-operatório pode não ser o momento mais oportuno para introduzir intervenções para reabilitação a fim de acelerar a recuperação dos pacientes, pois eles estão cansados, com dor e ansiosos com o diagnóstico final e potenciais prejuízos futuros.



***Dr.^a Lígia Andrade da Silva Telles Mathias**

Professora Titular pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP, Presidente da LASRA, Coordenadora do Serviço de Anestesiologia da Pro Matre Paulista - Grupo Santa Joana



Complicações pós-operatórias podem estar correlacionadas com o estado de saúde pré-operatório, capacidade funcional e força muscular. Estudos mais recentes têm demonstrado que o período pré-operatório parece ser o melhor momento para envolver os pacientes em atividades para se prepararem para a cirurgia, sendo mais eficaz que as intervenções pós-operatórias.

A pré-reabilitação cirúrgica é um conceito recente, decorrente da constatação de que o cuidado perioperatório efetivo deve incluir, além da preparação clínica e farmacológica para a cirurgia, a otimização física, nutricional e psicológica pré-operatória, referindo-se a qualquer intervenção realizada antes da cirurgia que melhore a saúde, otimize a função e/ou potencialmente reduza o risco pós-operatório. A pré-reabilitação abrange “precondicionar” os sistemas cardiorrespiratório e musculoesquelético, melhorando assim a capacidade funcional, em antecipação ao estresse fisiológico do procedimento anestésico-cirúrgico.

Até o momento, a maioria das evidências que apoiam a pré-reabilitação mostrou redução das complicações pós-operatórias e melhora do controle da dor pós-operatória, da nutrição e da qualidade de vida.

Diretrizes clínicas enfatizam a necessidade de avaliação do condicionamento cardiopulmonar pré-operatório, ou capacidade funcional, como um componente importante da estimativa dos riscos de morbimortalidade após a cirurgia, uma vez que está demonstrado que a má aptidão física prevê um desfecho perioperatório adverso.

A pré-reabilitação cirúrgica é um conceito recente, decorrente e indica que o cuidado perioperatório efetivo deve incluir, além da preparação clínica e farmacológica, a otimização física, nutricional e psicológica

Tabela 1 – Número de METs* e Nível Equivalente de Exercício

METs	Nível Equivalente de Exercício
1	Alimentar-se; vestir-se; usar o banheiro
2	Caminhar; andar em casa; varrer carpetes e pisos em geral
3	Cuidar de criança de pé: vestir, dar banho, levantar, alimentar
4	Varrer garagem, calçada ou fora de casa
5	Andar de skate; cavar; remover terra; renovar terra do jardim
6	Mudar móveis de lugar; fazer faxina
7	Patinar; pedalar bicicleta ergométrica em intensidade moderada
8	Jogar vôlei de praia; jogar handebol
9	Correr 8 km.h ⁻¹
10	Nadar rapidamente; jogar futebol de campo
11	Correr rapidamente 10,5 km.h ⁻¹
12	Andar de bicicleta 25 km.h ⁻¹

*METs (Equivalente Metabólico da Tarefa)



Diretrizes clínicas enfatizam a necessidade de avaliação do condicionamento cardiopulmonar pré-operatório para estimativa dos riscos

Até a última década, o método mais comum de avaliação da capacidade funcional ou atividade física era a estimativa subjetiva. O médico fazia um julgamento após uma entrevista não estruturada do paciente, e a capacidade funcional era quantificada em termos de equivalentes metabólicos consumidos nas tarefas (Metabolic Equivalent Tasks = METs), os quais estariam associados ao consumo de oxigênio gasto nessas atividades. Para tanto, eram feitas perguntas sobre a capacidade ou não de o paciente realizar determinadas atividades físicas, e as respostas afirmativas eram relacionadas a valores de METs específicos.

A avaliação subjetiva, embora seja facilmente implementável na prática clínica, tem limitações, incluindo pouca concordância com medidas validadas de capacidade funcional e baixa precisão quando utilizada em pacientes com capacidade funcional reduzida ou com risco aumentado de morbimortalidade após cirurgias não cardíacas. Essas limitações apontam para a necessidade de melhores alternativas para avaliar a capacidade funcional pré-operatória.

O estudo multicêntrico internacional de coorte, "Measurement of Exercise Tolerance before Surgery (METS)" avaliou a precisão prognóstica de morbimortalidade em pacientes submetidos a cirurgias não cardíacas

Tabela 2 – Índice de Status de Atividade Duke (DASI)

Você consegue	Peso (MET)
1. Cuidar de si mesmo, isto é, comer, vestir-se, tomar banho ou ir ao banheiro?	2,75
2. Andar em ambientes fechados, como em sua casa?	1,75
3. Andar um quarteirão ou dois em terreno plano?	2,75
4. Subir um lance de escadas ou subir um morro?	5,5
5. Correr uma distância curta?	8
6. Fazer tarefas domésticas leves como tirar pó ou lavar a louça?	2,7
7. Fazer tarefas domésticas moderadas como passar o aspirador de pó, varrer o chão ou carregar as compras de supermercado?	3,5
8. Fazer tarefas domésticas pesadas como esfregar o chão com as mãos usando uma escova ou deslocar móveis pesados do lugar?	8
9. Fazer trabalhos de jardinagem como recolher folhas, capinar ou usar um cortador elétrico de grama?	4,5
10. Ter relações sexuais?	5,25
11. Participar de atividades recreativas moderadas como vôlei, boliche, dança, tênis em dupla, andar de bicicleta ou fazer hidroginástica?	6
12. Participar de esportes extenuantes como natação, tênis individual, futebol, basquetebol ou corrida?	7,5



eletivas de grande porte, comparando a avaliação subjetiva com três medidas alternativas que medem o condicionamento físico. As medidas alternativas foram: o Teste de esforço cardiopulmonar (TECP), considerado padrão ouro de avaliação não invasiva da tolerância ao exercício, o índice de status de atividade Duke (Duke Activity Status Index -DASI), questionário padronizado correlacionado com medidas padrão ouro da capacidade funcional, e a concentração do peptídeo natriurético n-terminal pro-B (NT pro-BNP).

Esse estudo concluiu que a avaliação subjetiva da capacidade funcional não deve ser utilizada para avaliação de risco pré-operatório e que os médicos poderiam considerar medidas mais objetivas, como o questionário DASI e a concentração de NT pro-BNP para avaliação do risco cardíaco perioperatório e talvez o TECP para prever complicações após cirurgias não cardíacas eletivas de grande porte.

O teste de exercício cardiopulmonar realiza o registro e análise dos dados de gás expirado em cada respiração (indivíduo realiza exercício de intensidade crescente até a exaustão ou o surgimento de sintomas e/ou sinais limitantes) e avalia a função integrada dos sistemas cardiocirculatório, respiratório, muscular e metabólico em condições de estresse fisiológico. Na prática, determina a capacidade funcional por meio de: consumo do oxigênio no pico do exercício ($VO_{2\text{pico}}$), consumo máximo de oxigênio ($VO_{2\text{máx}}$) e limiar anaeróbico (LA). Um importante impedimento prático para a adoção generalizada do TECP pré-operatório é a necessidade associada de equipamentos e pessoal especializados e caros, não ser facilmente disponíveis e não acessíveis a todos os médicos.

Questionário de avaliação

Como alternativas, podem ser utilizadas outras medidas objetivas, como o questionário DASI, o teste de caminhada de seis minutos e o teste próBNP do NT para avaliar o risco cardíaco perioperatório.

O Duke Activity Status Index (DASI) é uma medida substituta simples e barata do TECP, com 12 perguntas para avaliar a capacidade de uma pessoa de realizar atividades de vida diária (Tabela 2). Essas perguntas são similares às da avaliação subjetiva, no entanto cada uma tem um peso e a soma dos pesos (valores) leva a um escore final.

No estudo METS, o escore DASI foi associado à melhor capacidade de prever infarto agudo do miocárdio (IAM) ou morte pós-operatória até 30 dias, enquanto as outras ferramentas avaliadas, incluindo TECP, apresentaram capacidade limitada para fazê-lo. Ainda o subestudo do METS concluiu que o escore DASI maior que 34 foi associado à redução do risco de morte e IAM no pós-operatório, e o escore DASI igual a 34 foi determinado como limiar de risco de lesão do miocárdio, IAM e complicações pós-operatórias.

Até a última década, o método mais comum de avaliação da capacidade funcional ou atividade física era a estimativa subjetiva em que o médico fazia um julgamento após uma entrevista





No estudo METS, verificou-se que o aumento das concentrações pré-operatórias de NT pro-BNP estiveram associadas a aumento dos riscos de morte pós-operatória até 30 dias ou lesão do miocárdio e da mortalidade até 1 ano. No entanto a concentração do NT pro-BNP apresentou correlação fraca com TECP e DASI (construto distinto da capacidade funcional, pois o NT pro-BNP é marcador de disfunção cardíaca, incluindo estiramento do miocárdio e isquemia).

Interpretação dos resultados

O teste de caminhada de seis minutos (TC6M) é um teste simples, barato e não necessita de equipamento complexo. O TC6M envolve caminhar por seis minutos em um curso plano de 30 metros enquanto instruções padronizadas e encorajamento são fornecidas por pessoal treinado. A resposta ao teste é avaliada de acordo com a distância total percorrida, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio e percepção subjetiva de dispneia (Escala de Borg), antes e ao término do teste. Para interpretação dos resultados é preciso utilizar valores de referências.

O TC6M tem correlação moderada a forte com o desempenho do CPET. Análise secundária do estudo METS mostrou que o TC6M apresentou fraca correlação com desfechos cardiovasculares moderados ou graves após cirurgia não cardíaca. Concluiu, assim, que outros estudos são necessários para determinar o papel ideal do TC6M como teste de exercício objetivo para estratificação de risco pré-operatório para cirurgia não cardíaca.

Assim, resumindo as possibilidades de avaliação objetiva da capacidade funcional, conclui-se que, embora o TECP seja padrão ouro, é de difícil ou

impossível realização na maioria dos hospitais ou clínicas, enquanto o TC6M e a medida da concentração do NT pro-BNP têm correlação fraca com TECP, além de necessitarem local específico para sua realização e pessoal treinado. Já o DASI apresenta correlação moderada com o TECP, pode ser realizado em qualquer local, não exige pessoal treinado e é de muito baixo custo. O DASI pode, inclusive, ser realizado por telemedicina.

Finalizando, nesta época de pós-pandemia, é fundamental lembrar que inevitavelmente atenderemos no pré-operatório / pré-anestésico, pacientes que tiveram covid-19. Esses pacientes podem apresentar comprometimento físico e mental, complicações cardiovasculares, renais, neurológicas, tromboembólicas e psiquiátricas, fadiga crônica, distúrbios pulmonares e musculoesqueléticos. Podem, portanto, apresentar capacidade funcional reduzida por tempo prolongado. Por conseguinte, devem ter sua capacidade funcional avaliada e, posteriormente, devem ser estabelecidas estratégias de pré-reabilitação multidisciplinares / multiprofissionais. ●

Referências bibliográficas

1. Carli F, Scheede-Bergdahl C. Prehabilitation to Enhance Perioperative Care. *Anesthesiology Clin.* 2015;33:17–33.
2. Carli F, Feldman LS. From preoperative risk assessment and prediction to risk attenuation: a case for prehabilitation. *Brit J Anaesth.* 2019;122:11-3.
3. Fleisher LA, et al. 2009 ACCF/AHA focused update on perioperative beta blockade incorporated into the ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*, 2009;120:e169-276.
4. Hlatky MA, et al. A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index). *Am J Cardiol.* 1989;15;64(10):651-4.
5. Norris CM, Close JCT. Prehabilitation for the Frailty Syndrome: Improving Outcomes for Our Most Vulnerable Patients. *Anesth Analg* 2020;130:1524–33.
6. Ramos RJ, et al. Association of six-minute walk test distance with postoperative complications in non-cardiac surgery: a secondary analysis of a multicentre prospective cohort study. *Can J Anaesth.* 2021;68(4):514-29.
7. Reilly DF, et al. Self-reported exercise tolerance and the risk of serious perioperative complications. *Arch Intern Med.* 1999;159(18):2185-92.
8. Shulman MA, METS Study. Using the 6-minute walk test to predict disability-free survival after major surgery. *Br J Anaesth.* 2019 ;122:111-9.
9. Tavares LA, et al. Adaptação cultural e avaliação da reprodutibilidade do Duke Activity Status Index para pacientes com DPOC no Brasil. *J. Bras. Pneumol.* 2012;38(6):684-91.
10. Wijeyesundera DN, et al, METS study investigators. Assessment of functional capacity before major non-cardiac surgery: an international, prospective cohort study *Lancet.* 2018;391(10140):2631-40
11. Wijeyesundera DN, et al. Integration of the Duke Activity Status Index into preoperative risk evaluation: a multicentre prospective cohort study. *Br J Anaesth.* 2020;124(3):261-70.

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, obstetria 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 apnéia 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 analépticos. **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 ICP, 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.

MONITORES DE NOCICEPÇÃO: VALE O CUSTO?

Estudos clínicos evidenciam diferentes pontos de vista relacionados ao custo e efetividade da monitorização

A monitorização da adequação anestésica pode ser realizada por parâmetros corticais, subcorticais ou ambos. A atividade elétrica do sistema nervoso pode ser mensurada tanto no córtex como no subcórtex, este envolvendo o tálamo assim como o tronco encefálico, por meio da potência eletromiográfica. A nocicepção, como medida do estímulo algico, vem sendo utilizada recentemente com a ajuda de monitores que avaliam parâmetros autonômicos, tais como: variabilidade da frequência cardíaca, onda pletismográfica, condutância da pele, pupilometria, etc.^{1,2} A forma mais adequada seria nominar tais equipamentos como monitores de atividade

**Rogean Nunes -
TSA/SBA***



autônoma. Existem dois grandes grupos para avaliação da nocicepção, de acordo com o objetivo de vigilância assim como a resposta ao estímulo: 1. Relacionado à atividade elétrica do sistema nervoso (EEG) e Eletromiografia; 2. Relacionado à resposta do sistema nervoso autônomo (Figura 1).¹ Neste artigo, evidenciaremos pontos relacionados a custo e efetividade referidos aos monitores da atividade autônoma.

Como a quantificação da nocicepção em pacientes inconscientes é relativamente difícil, utiliza-se a reação à nocicepção como forma de monitoramento. A resposta avaliada ao “estresse cirúrgico” é uma modificação no tônus autônomo, simpático ou parassimpático, de acordo com o circuito autônomo subcortical (Figura 2).³

De maneira geral, essas mudanças descrevem observações comuns em seres humanos estressados: aumento da frequência cardíaca, dilatação pupilar e mãos frias e suadas. Além dessas simples reações, o estresse também pode influenciar a variabilidade da frequência cardíaca, um marcador importante utilizado atualmente nos equipamentos.

Novos estudos

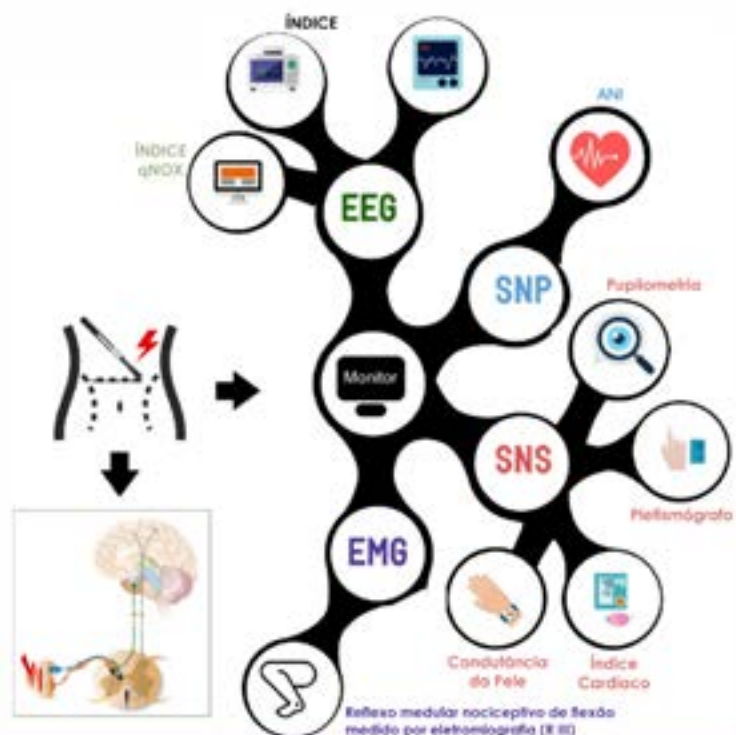
Embora todos os dispositivos que avaliam tônus autônomo pareçam refletir estímulos intraoperatórios um pouco melhor do que os parâmetros usados tradicionalmente, como frequência cardíaca e pressão arterial, até o momento nenhum se mostrou convincente nem clinicamente relevante para seu uso rotineiro.²

Estudos recentes avaliaram o consumo de agentes anestésicos em pacientes monitorados com

Como a quantificação da nocicepção em pacientes inconscientes é relativamente difícil, utiliza-se a reação à nocicepção como forma de monitoramento

Figura 1 - Monitorização da Nocicepção Perioperatória

Monitorização da nocicepção perioperatória, de acordo com a origem da medição
 ANI – Índice de analgesia/nocicepção
 EEG – Eletroencefalograma
 EMG – Eletromiografia
 SNS – Sistema nervoso simpático
 SNP – Sistema nervoso parassimpático



equipamentos de adequação autonômica, objetivando correlacionar custo, principalmente em relação aos opioides.

Funcke et al.⁴ investigaram a titulação de remifentanil em três tipos de monitores de sinais autonômicos (SPI – índice de pletismografia; PPI – pupilometria e NOL – nível de nocicepção) em 96 pacientes submetidos à prostatectomia radical, comparando com monitorização de rotina (controle, julgamento clínico). Foram avaliados o consumo de remifentanil, como objetivo primário, e hormônios relacionados ao estresse (cortisol e ACTH). Os resultados do estudo evidenciaram uma variabilidade na infusão de remifentanil, dependendo do equipamento utilizado. Comparado com o grupo controle, pacientes com SPI receberam mais remifentanil, enquanto com PPI, a menor quantidade.

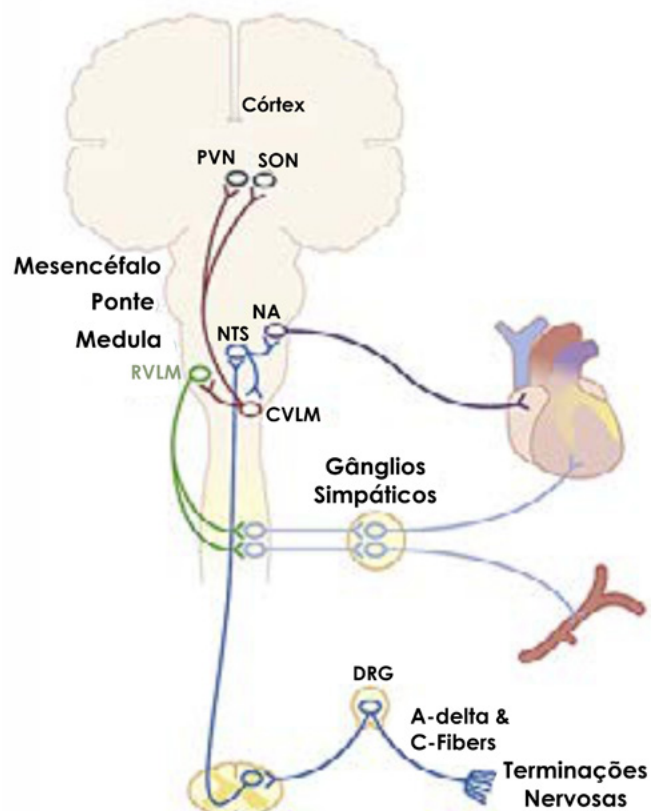
A redução do remifentanil nos grupos PPI e NOL, comparados ao controle, foi associada a aumentos nos hormônios relacionados ao estresse, enquanto nos grupos controle e PPI houve redução comparando-se ao basal. Todos os pacientes evoluíram clinicamente bem, sem alterações nas avaliações realizadas antes e após 21 dias. O estudo concluiu que os equipamentos não parecem suficientemente validados e que as melhores estratégias para doses mais adequadas de opioides ainda permanecem incertas.

Jiao et al.⁵ realizaram uma metanálise em que avaliaram 10 estudos envolvendo ANI, SPI ou pupilometria como guias para administração de opioides. No grupo intervenção foram avaliados 362 pacientes e no grupo controle,

Estudos recentes avaliaram o consumo de agentes anestésicos em pacientes monitorados com equipamentos de adequação autonômica, objetivando correlacionar o custo

Figura 2 – Circuito nociceptivo autonômico

PVN – Núcleo paraventricular
 SON – Núcleo supraóptico
 NA – Núcleo ambíguo
 NTS – Núcleo do trato solitário
 RVLM – Medula lateral ventral rostral
 CVLM – Medula lateral ventral caudal



369. Os resultados mostraram uma redução no consumo de opioides no intraoperatório no grupo de intervenção, comparado a parâmetros clínicos convencionais, somente nas anestésias com sevoflurano. Entretanto o índice I² para heterogeneidade foi elevado (88%). Além disso, o número de estudos com ANI e pupilômetro foram limitados.

Em recente revisão sistemática, Meijer et al.⁶ avaliaram seis ensaios clínicos randomizados e controlados, cujo desfecho primário era consumo de opioides, onde foram utilizados os seguintes monitores: SPI, ANI, NOL, Cardean e Algiscan. O estudo mostrou que os dados sobre consumo de opioides eram inconclusivos e que mais estudos bem delineados seriam necessários.

Assim, monitores de nocicepção/antinocicepção, com índices baseados em atividades autonômicas ainda necessitam de validações mais adequadas, visto que tais atividades, além de importantes limitações, podem ainda ser alteradas por fatores externos tais como fármacos, comorbidades, marcapasso cardíaco, disritmias cardíacas, doenças oculares, etc. Um dos principais problemas é que não existe um “*stand care*” para o grupo controle e, devido à variabilidade nos estudos de consumo de opioides, não parece haver uma boa relação entre custo e benefício. ●



***Rogean Nunes -
TSA/SBA**

Presidente da SBA -
gestão 2020.
Mestre e Doutor em
Anestesia - UFC.
Pós-graduado em
Engenharia Clínica -
UNIFOR.
Professor do Centro
Universitário Fametro.
Corresponsável pelo
CET-HGF - Fortaleza/CE.

Referências bibliográficas

1. Abad-Gurumeta A, Ripollés-Melchor J, Casans-Francés R et al. Monitorización de la nocicepción, ¿realidad o ficción?. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2017;64:406-14.
2. Ledowski T. Objective monitoring of nociception: a review of current commercial solutions. *Br J Anaesth.* 2019;123:e312-e321.
3. Brown EM, Purdon PL, Akeju O et al. Monitoring the state of the brain and central nervous system during general anesthesia and sedation. In: Gropper MA, Cohen NH, Erikson LI et al. *Miller's Anesthesia.* New York: Elsevier; 2019, p. 1279-97.
4. Funcke S, Pinnschmidt HO, Brinkmann C et al. Nociception level-guided opioid administration in radical retropublic prostatectomy: a randomised controlled trial. *Br J Anaesth.* 2021;126:516-24.
5. Jiao Y, He B, Tong X, Xia R, Zhang C, Shi X. Intraoperative monitoring of nociception for opioid administration: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Minerva Anesthesiol.* 2019;85:522-30.
6. Meijer FS, Niesters M, van Velzen M, et al. Does nociception monitor-guided anesthesia affect opioid consumption? A systematic review of randomized controlled trials. *J Clin Monit Comput.* 2019;34:629-41.



A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA ANESTESIA

Guilherme Moura*

Segundo o *The Beryl Institute*, a experiência do paciente é definida como a soma de todas as interações que influenciam as percepções durante o tratamento

Segundo o The Beryl Institute, ela é definida como a soma de todas as interações e percepções durante o tratamento

Por quase toda a história, a profissão médica mediu sua eficácia por uma métrica: resultados clínicos. Hoje, o foco não pode ser tão estreito. Graças à combinação de tendências de mercado e de regulamentação, há nova ênfase no rastreamento e melhoria não apenas dos resultados dos pacientes, mas em torno de todo o ser humano. “Somos todos consumidores e, eventualmente, todos, pacientes”, afirmou Shannon Phillips, diretor chefe de Experiência do Paciente em Intermountain Healthcare.

A percepção de performance e da qualidade entregue pelas organizações de saúde tem incluído indicadores relacionados à experiência do paciente como fator de grande relevância.

Mas o que é a experiência do paciente?

Segundo o The Beryl Institute, renomada instituição americana, a experiência do paciente é definida como a soma de todas as interações, moldadas pela cultura de uma organização, que influenciam as percepções do paciente em todo o tratamento contínuo.

Todos os pontos de contato do paciente com a instituição fazem parte dela, desde o agendamento da cirurgia, consulta ou exame, passando por recepção, atendimento médico, enfermagem, limpeza, manobrista, ambiente real e virtual, etc.

Entender a experiência do paciente é um passo-chave na mudança em direção ao cuidado centrado na pessoa. Analisando seus vários aspectos, pode-se avaliar até que ponto os pacientes estão recebendo cuidados que são respeitosos e respondem às preferências, expectativas, necessidades e valores individuais. Trata-se de esforço integrado entre qualidade, segurança, custo e resultados assistenciais.

A experiência permanece baseada nas expectativas e percepções daqueles que se envolvem com a saúde nas organizações. Pessoas em

A anestesiologia tem papel fundamental na experiência do paciente cirúrgico e precisa aperfeiçoar seu olhar em relação a ela



organizações de saúde apresentam, em geral, um certo conjunto de crenças ou esperanças. Por meio de suas experiências e observações, tornam cada encontro único.

A experiência é individual, personalizada e as ações implementadas devem apoiar a singularidade do encontro de cada pessoa, em vez da padronização de processos. Experiência é muito mais do que satisfação. A satisfação é um indicador de momentos no tempo, mas experiência captura tudo o que alguém encontra, as percepções que levam e as histórias que contam, como resultado, a importância e o impacto que será refletido no todo.

O papel do anestesiológico na experiência do paciente é essencial. Quantas vezes nos deparamos com frases como “Eu não tenho medo da cirurgia, mas sim da anestesia”. Nosso primeiro ponto de contato com nossos pacientes está na avaliação pré-anestésica. Este momento é tido como o momento de ouro da experiência do paciente com o anestesiológico, pois é ali que construiremos a base da relação médico-paciente que perpetuará durante todo o perioperatório.

A segurança da informação, comunicação empática, adequação a medidas de segurança, tais como lavagem/higiene de mãos, o cuidado individual com abertura ao esclarecimento de dúvidas e a discussão sobre o processo anestésico e o planejamento pós-operatório são alguns pontos de atenção constantemente enumerados por pacientes como relevantes.

No intraoperatório: atenção à privacidade do paciente, adequação a normas de segurança, comunicação direcionada ao paciente em ambiente sem conversas paralelas, processo de venoclise deve ser discutido com o paciente, explicando sobre possíveis dificuldades e minimizando o número de tentativas com a utilização de recursos auxiliares.

Durante a indução anestésica, explicar ao paciente os sintomas compatíveis com os medicamentos administrados, minimizando possíveis temores. Profilaxia de náusea e vômito e planejamento de analgesia pós-operatória são pontos importantes que interferem diretamente na experiência.

No período pós-operatório imediato, deve-se buscar níveis de conforto de dor, tratamento precoce de náuseas, comunicação empática por meio de diálogo acerca do procedimento realizado, com enfoque nos próximos passos.

Na visita pós-anestésica, o anestesiológico deve fazer a verificação de possíveis intercorrências, questionar a percepção do paciente sobre a assistência anestésica, além de abrir espaço para novos questionamentos.

Educação continuada

Um programa de educação continuada com foco no tema, definição de métricas e quantificação através de indicadores com *feedback* ao corpo clínico, pesquisa de satisfação para análise de toda a jornada anestésica e auditorias *in loco* com foco nestes pontos de contato são ferramentas para incrementar os resultados da experiência do paciente cirúrgico.

A anestesiologia tem papel fundamental na experiência do paciente cirúrgico e precisa aperfeiçoar seu olhar em relação a ela, com a disseminação de conhecimento e sua prática contínua. ●



***Guilherme Moura,**

MBA, Coordenador do Núcleo de Qualidade e Segurança da SAESP.

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 extraoral: comparação entre soluções a 0,5% de bupivacaína racêmica, de levobupivacaína e da mistura enantiomérica S75/R25 de bupivacaína. Rev Bras Anestesiol 2005; 55:3: 263-268. 13. Cangiani LH, Cangiani LM, Pereira AMSA. Bupivacaína com Excesso Enantiomérico (S75-R25) a 0,5%, Bupivacaína Racêmica a 0,5% e Lidocaína a 2% no Bloqueio do Nervo Facial pela Técnica de O'Brien: Estudo Comparativo. Rev Bras Anestesiol 2007; 57: 2: 136-146. 14. Canedo JLP, Sarcinelli AC, Silva MLH, Miglioli R. Comparação entre a Levobupivacaína S75-R25 a 0,75% e Ropivacaína 1% na anestesia para cirurgia de catarata. Resultados Parciais: Estudo Comparativo. Rev Bras Anestesiol 2004; 54 (Supl 33): CBA 133.

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

SAC
0800 7011918

www.cristalia.com.br

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.



Dr. Luiz Fernando Falcão; Dra. Vanessa Henriques Carvalho e Dra. Rita de Cássia Rodrigues, presidente da SAESP



Dr. Augusto Takashima e Dra. Rita de Cássia Rodrigues

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SAESP: CONTEÚDO ATUALIZADO

No Dia da Anestesia, comemorado em 16 de outubro, a SAESP realizou, no formato *on-line*, a segunda edição do Simpósio Internacional, reunindo especialistas de vários países

Com quase 2 mil inscrições, o Simpósio Internacional SAESP 2021 foi um sucesso. Organizado pelas Diretorias de Eventos e Científica, o simpósio contou com palestras ministradas por 16 especialistas internacionais de grande relevância em suas áreas de atuação.

Divididas em quatro temas – Dor, Trauma, Complicações e O que há de novo? –, as palestras trataram de conteúdos muito atualizados, escolhidos nas edições mais recentes das principais publicações internacionais da Anestesiologia.



Gratuito, o evento foi realizado no Dia da Anestesia, que marca o início da era moderna na anestesia, com a primeira intervenção cirúrgica realizada sob anestesia geral completou 175 anos em 2021. O Simpósio Internacional contou com participantes do Brasil e do exterior, principalmente de países africanos de língua portuguesa, como Moçambique e Angola. Já entre os palestrantes haviam convidados do Canadá, Croácia, Emirados Árabes, Eslovênia, Estados Unidos, México, Portugal e Suécia.

Inovador e produtivo

Por causa das diferenças de fuso horário e conflitos de agenda, as palestras foram gravadas, traduzidas e legendadas em português. A SAESP convidou 32 especialistas brasileiros – dois por palestra – para fazer a moderação e a interação com a plateia virtual, comentando o conteúdo apresentado e respondendo às perguntas.



Dr. Luiz Falcão, Dr. Augusto Takashima, Dra. Rita Rodrigues, Dra. Maria Carmona e Dr. Daniel Cagnolati



Dra. Vanessa Henriques Carvalho e Dra. Rita de Cassia Rodrigues



Dr. Eric Benedet Lineburger



Dr. Luiz Fernando Falcão e Dra. Maria Carmona



Dra. Maria Angela Tardelli e Dr. Edgar Yugue



Dr. Pedro Paulo Kimachi e Dr. Leonardo Henrique Cunha Ferraro

“Fizemos um simpósio com formato inovador e muito produtivo”, afirma a presidente da SAESP, Dra. Rita Rodrigues.

Durante o evento, Dra. Rita fez o lançamento do livro *SAESP V Décadas*, que estará disponível a partir de março de 2022. A publicação retrata a história da entidade, que surgiu como um departamento da Associação Paulista de Medicina (APM). Produzido com o patrocínio da União Química, o livro *SAESP V Décadas* fará parte do programa Ação Solidária SAESP, cujos detalhes serão divulgados nos próximos meses.

No lançamento, a Dra. Vanessa Henriques Carvalho, diretora de Eventos, destacou o relevante trabalho realizado pelos antecessores. “Foi o que eles fizeram que nos trouxe até aqui”, disse. Paraphraseando Isaac Newton, o Diretor Científico Luiz Fernando Falcão afirmou: “Se vimos mais longe, foi por estamos sobre os ombros de gigantes. O livro é um reconhecimento ao legado dos pioneiros da SAESP”. ●

Quer ver de novo?

O Simpósio Internacional SAESP 2021 está disponível gratuitamente, entre os dias 1º/11 a 31/12 para quem se inscreveu. **Clique aqui:**
<https://simposiosaesp2021.com.br/>



Anestesiologista, engenheiro e empreendedor

No levantamento de informações para o livro, um dos personagens que se destacaram foi o Dr. Kentaro Takaoka, presidente da SAESP em 1962, que ganhou fama pela invenção, na década de 1960, do ventilador portátil, que tinha o apelido de “Takaokinha”. Em homenagem a ele, a Dra. Rita Rodrigues convidou seu filho, **Dr. Flávio Takaoka** (foto), também anestesiologista, para um bate-papo exibido durante o Simpósio Internacional.

Na cultura japonesa, o primogênito tinha de seguir a profissão do pai. Filho de um clínico geral enviado ao Brasil pelo governo nas primeiras levas de imigrantes para cuidar dos compatriotas, Kentaro Takaoka não teve escolha e cursou Medicina, embora seu desejo fosse a Engenharia. Na escolha de sua especialidade, queria uma que envolvesse mexer com máquinas. Pensou em Ortopedia e Anestesiologia, mas acabou escolhendo a segunda.

Pai de seis filhos, Kentaro Takaoka atendia obstetras para ganhar a vida. A dificuldade para transportar os enormes ventiladores deu origem ao projeto de criar um ventilador que coubesse no bolso. Mesmo com as dificuldades de comunicação da época, ele mantinha contato com os especialistas em ventilação e vaporizadores. Foi nos fundos de sua casa que ele projetou, melhorou e fabricou os primeiros “Takaokinhas”, que ganharam o mundo. Dr. Takaoka era movido pela curiosidade e por seu espírito empreendedor. “Ele gostava de pensar e de desafios. Procurava incessantemente fazer algo novo”, lembra Dr. Flávio. E fez, o Takaokinha foi o precursor da ventilação mecânica.



RELAÇÃO JURÍDICA MÉDICO-PACIENTE

Aspectos legais importantes na
realização de contratos de prestação
de Serviços de Anestesia



Os serviços médicos, por sua natureza, são atividades delicadas que acarretam diversos riscos a quem as pratica (médicos) e a quem necessita de seus préstimos (pacientes), e, por isso, o ato médico deverá ser consentido, salvo em iminente risco à vida. A relação mantida entre médico e paciente, por gerar direitos e obrigações, possui natureza contratual. Apesar de a legislação brasileira não exigir documento escrito para a configuração de uma relação contratual, é aconselhável a formalização desse consentimento por meio da celebração de um contrato de prestação de serviços.

**Dr. Fábio Roberto
de Almeida Tavares***

Como todo negócio jurídico, o contrato médico-paciente é composto pelas partes, objeto e forma. No que se refere à forma, como mencionamos anteriormente, teremos o contrato escrito. Em relação às partes, poderão figurar no contrato: médicos, entidades e pacientes. No tocante ao objeto, o contrato de prestação de serviço médico poderá conter: tratamento clínico ou cirúrgico, assistência médica, procedimentos instrumentais.

O objeto do contrato consiste no conteúdo do negócio jurídico realizado entre as partes, determinando o objetivo deste. Importante dizermos que, em tese, a pessoa que deverá cumprir o objeto do contrato será a parte contratada, que põe seus serviços à disposição do contratante, tomando para si essa responsabilidade. Tal caso se espelha nos casos de prestação de serviços médicos de anesthesiologia.

Há aspectos legais de suma importância que deverão ser observados no contrato de assistência médica. Neste artigo, focaremos nos contratos que possuem a anestesia como objeto.

Iniciando o tema no que se refere aos aspectos legais, adentraremos na responsabilidade civil dos anesthesiologistas. Em geral, o médico anesthesiologista pratica uma atividade instrumental necessária para tornar possível o tratamento cirúrgico, fazendo com que sua responsabilidade seja concorrente com a do profissional responsável pela intervenção a ser realizada. Podemos dizer que essa especialidade é uma das que menos toleram enganos ou descuidos. Outrossim, inúmeras vezes o resultado



Apesar de a legislação brasileira não exigir documento escrito para a configuração de uma relação contratual, é aconselhável a formalização por meio da celebração de um contrato de prestação de serviços

adverso do pretendido é alcançado em decorrência das condições de saúde do paciente.

Assim, o contrato, além de alertar acerca dos riscos inerentes ao ato anestésico, que devem ser discriminados pelo médico, deverá ainda destacar que é de responsabilidade do paciente a veracidade dos documentos e informações apresentados ao médico anestesiológico atestando suas condições de saúde.

Além do que, considerando que o cenário do centro cirúrgico é extremamente delicado e possui diversos riscos inerentes ao ato e não só restritos aos atos do anestesiológico, mas sim de todos os outros profissionais envolvidos na operação, é de suma importância que seja delimitada a responsabilidade específica do anestesiológico em contrato.

Nesse sentido, o médico anestesiológico deverá se comprometer a utilizar a melhor técnica disponível, agindo, obrigatoriamente, com zelo profissional e diligência em busca do objetivo e não se responsabilizando por resultados adversos, salvo se o fato for oriundo de sua imprudência, negligência ou imperícia.

Consentimento expresso

Ainda no que tange à responsabilidade do profissional, é importante que no contrato de prestação de serviço de anestesiologia sejam descritos todos os procedimentos que serão adotados, de acordo com o paciente/caso, para que fique claro o serviço que será realizado, o resultado esperado e os riscos inerentes ao procedimento em si. O paciente deve conceder seu expresso consentimento sobre o procedimento a ser realizado.

A remuneração do profissional deverá estar expressa com clareza no contrato, assim como a responsabilidade do paciente pelo pagamento das despesas e exames envolvidos.

Como visto, é essencial que os contratos de prestação de serviços médicos de anestesiologia prevejam o consentimento do paciente para a realização do procedimento, além de estabelecer, de forma clara, suficiente, adequada e verdadeira, todos os procedimentos que serão adotados e os riscos envolvidos. ●



***Dr. Fábio Roberto de Almeida Tavares,**
Almeida Tavares e
Silva – Sociedade de
Advogados

COPA 2022

Presencial!
#copa2022

TABELA DE VALORES - COPA PRESENCIAL 2022

COPA 2022	PRESENCIAL				
	06/dez	17/jan	28/fev	11/abr	No Local
Sócios Ativos/ Adjunto SAESP	R\$ 1.650,00	R\$ 1.825,00	R\$ 1.995,00	R\$ 2.165,00	R\$ 2.355,00
Sócios Ativos SBA/ SOPATI / AMIB	R\$ 1.850,00	R\$ 2.045,00	R\$ 2.235,00	R\$ 2.430,00	R\$ 2.640,00
Sócio Aspirante/Aspirante Adjunto SAESP	R\$ 825,00	R\$ 910,00	R\$ 995,00	R\$ 1.080,00	R\$ 1.175,00
Sócio Aspirante SBA/Residente	R\$ 885,00	R\$ 980,00	R\$ 1.070,00	R\$ 1.165,00	R\$ 1.265,00
Acadêmico de Medicina	R\$ 255,00	R\$ 285,00	R\$ 310,00	R\$ 335,00	R\$ 365,00
Não Sócio SBA/SAESP	R\$ 2.615,00	R\$ 2.885,00	R\$ 3.160,00	R\$ 3.430,00	R\$ 3.730,00
Parcelamento	12x	10x	8x	6x	4x

A inscrição inclui o COPA 2022 presencial, e o gravado por 60 dias, disponível após o dia 1 de junho.



21 a 24
abril | 2022





AMBIENTE DE TRABALHO: **ALÉM DA ETIQUETA, A CONDUTA CERTA**

SAESP implementa Programa de Compliance para colaboradores e fornecedores da entidade

A SAESP – Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo – implementou neste ano o Programa de Compliance – **Sempre Mais Integridade**. Dentre os diversos temas que um programa dessa natureza aborda, as “Não Conformidades de Conduta no Ambiente de Trabalho” merecem destaque. Condutas inadequadas, falta de respeito, assédio moral e sexual, entre outras, devem ser focos de atenção perene nas empresas.

O Código de Conduta e Relacionamento da SAESP, estabelecido pelo Comitê de Compliance, traz alguns princípios que devem reger todas as interações entre os colaboradores, colaboradores e diretoria, relações externas (fornecedores ou prestadores de serviço) e relação com os associados. O Código elencou alguns tópicos que você tem a oportunidade de acompanhar abaixo. Alguns dos princípios gerais que norteiam todos os envolvidos com a SAESP são:

- Conduzir nossas atividades com base na proteção dos direitos humanos, respeitando os direitos individuais e coletivos.
- Prezar a transparência nas relações interpessoais, nas decisões e nos processos de trabalhos em nome da SAESP.
- Agir com responsabilidade, honestidade, respeito, confiança, lealdade, transparência e integridade nas relações com os diversos públicos.
- Estar em conformidade com as obrigações legais aplicáveis à SAESP e com suas políticas, instruções, regimentos e regulamentos internos.
- Zelar pelo ambiente profissional harmonioso, saudável, democrático, respeitoso, pautado pela conduta ética e íntegra.
- Tratar as pessoas com dignidade e equidade, independentemente da posição que ocupam.
- Buscar ajuda e aconselhamento do Compliance em caso de dúvidas.
- Relatar qualquer situação que viole as diretrizes desse Código e/ou as leis e demais regulamentações vigentes.
- Garantir sigilo e confidencialidade de informações restritas e confidenciais.
- Não receber nem oferecer vantagens indevidas e repudiar qualquer situação de conflito de interesse que traga benefícios pessoais.
- Repudiar qualquer forma de trabalho infantil ou análogo à escravidão.
- Seguir as diretrizes éticas e de condutas dos diversos públicos que se relacionam com a SAESP, incluindo patrocinadores, entidades médicas e agentes públicos.
- Colaborar para um ambiente de trabalho inclusivo.



Condutas inadequadas, falta de respeito, assédio moral e sexual devem ser focos de atenção perene nas empresas

Todos os colaboradores e a diretoria da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo assistiram a aulas ministradas pelos membros do Comitê e responderam a um questionário que teve o intuito de aferir suas percepções sobre os temas que envolvem o Compliance. Foi encorajado o desenvolvimento entre todos do sentimento de dever para sempre atuar com zelo e espírito colaborativo, e de trabalhar para o bom relacionamento com colegas. A contribuição para um ambiente de trabalho saudável passa pela não compactuação de propagação de boatos (fofocas) e, em caso de conflitos de relacionamento interpessoal, ou ainda, quando identificado comportamento tóxico e nocivo de qualquer integrante ao grupo ou à empresa, é encorajado que o colaborador reporte a questão a alguma liderança.

No ambiente de trabalho tudo é permitido?

Não. O Código de Conduta da SAESP prevê que é proibido:

- Manter relacionamento pessoal com fornecedores, patrocinadores e parceiros, a ponto de colocar em dúvida sua isenção como representante da SAESP.
- O consumo e porte de qualquer droga ilícita, armas ou a ingestão de bebidas alcoólicas nas dependências da SAESP ou o trabalho sob o efeito de tais substâncias. Em ocasiões festivas oficiais, é permitido o consumo moderado de bebidas alcoólicas por maiores de 18 anos.
- Fumar ou usar vaporizadores nas dependências da SAESP, fora das áreas designadas para fumantes.
- A venda de quaisquer produtos ou serviços nas dependências da SAESP, no horário de trabalho.
- Promover atividades político-partidárias nas dependências da SAESP.

A SAESP apoia que os colaboradores trabalhem para proporcionar um ambiente favorável a todo o coletivo

A proibição de certas atitudes não visa tolher a individualidade do colaborador, muito pelo contrário, mas tem como objetivo criar um ambiente saudável para o convívio de todos. Temos sempre que puxar à memória o famoso ditado popular “o seu direito acaba onde começa o do outro”.

Diversidade e inclusão

O espírito de inclusão deve estar sempre presente e ser encorajado. A SAESP apoia que todos os colaboradores trabalhem para proporcionar um ambiente favorável e confortável a todo o coletivo. Respeitar as dificuldades e deficiências pessoais, tornando o ambiente acessível à realização de suas atividades profissionais, é primordial. Deve ser terminantemente proibido qualquer imposição de expressão pessoal, restrições em decorrência de características físicas, ideológicas e culturais. A opressão não deve encontrar espaço em qualquer ambiente, inclusive no profissional.



A pessoa humana deve ser sempre respeitada e tratada de forma igualitária e integral. Todo tipo de preconceito e discriminação (lembre-se: preconceito não é opinião) deve ser repudiado, pois, além de nocivo, proibido e desencorajado pelo Comitê de Compliance da SAESP, configura crime.

Qualquer comportamento inadequado, inconveniente, desrespeitoso, assediador ou que coloque em risco a segurança, saúde e integridade dos colaboradores deve ser imediatamente reportado a alguma liderança.

Todos esses pontos aqui relacionados se encaminham para uma atitude: a denúncia. É essencial que o colaborador se sinta confortável para reportar às lideranças os atos de má conduta e que o Compliance esteja sempre disponível e a favor dos colaboradores.

Todos os envolvidos com a SAESP, colaboradores, diretores, associados e fornecedores devem praticar as diretrizes do Código de Conduta e Relacionamento.

Você ficou interessado? Acesse a Plataforma Educacional SAESP e faça o treinamento do Programa de Compliance - **Sempre Mais Integridade**. Lá você encontra aulas sobre os seguintes temas:

- Não Conformidade de Conduta: Conflitos de Interesse
- Não Conformidade de Conduta: Relacionamento com patrocinadores, fornecedores e parceiros comerciais
- Não Conformidade de Conduta: Ambiente de Trabalho
- Não Conformidade: Discriminação de pessoas.



IX TRATADO DE ANESTESIOLOGIA

3 VOLUMES

Com material de apoio eletrônico

248 CAPÍTULOS

escritos por 183 autores

Não há atualmente nenhum livro da área que possa concorrer com o IX Tratado de Anestesiologia. Os 03 volumes desta obra, que totalizam 4.723 páginas, formam a principal referência para a prova do Título Superior em Anestesiologia (TSA).

Condições especiais de pagamento para

Sócio SAESP

Compre pelo site da Editora dos Editores



saesp.anestesia | saesp.org.br

PELOS VINHEDOS DA **ESPANHA**

O país tem a maior área cultivada de vinhedos do mundo e produz vinhos em diferentes regiões

Armando Vieira de Almeida*



Um dos maiores poetas de Portugal, Fernando Pessoa, apesar de pouco ter viajado, descreveu em sua mente os lugares por onde não caminhou. Em um dos seus poemas, escreveu: “A vida é o que fazemos dela. As viagens são os viajantes. O que vemos não é o que vemos, senão o que somos”. Por meio de uma boa leitura, podemos nos transportar para o mundo do vinho e, quando caminhamos por ele, devemos interagir com o meio, nos tornando um viajante.

A Espanha tem a maior área cultivada de vinhedos do mundo, mas não é a maior produtora, tendo em vista a reduzida disponibilidade hídrica, que obriga o maior distanciamento entre as videiras, espalhadas nas suas muitas regiões vinícolas. Produz um dos vinhos mais ícones do mundo em Ribera del Duero (Vega Sicília Unico) e tem muita história para ler, ouvir, ver e sentir, através da viagem no mundo do vinho.

A uva emblemática do país é a Tempranillo, nome que vem de temprano, que amadurece primeiro. Predomina nos vinhedos e nos vinhos mais famosos e chega a receber diferentes nomes. Por exemplo, em Portugal, é chamada de Tinta Roriz e Aragonês. Muitas castas de origem francesa são utilizadas em menor proporção na composição das assemblages.

A Tempranillo costuma produzir vinhos fáceis de beber, com acidez e taninos mais agradáveis, um bom corpo e uma cor mais profunda quando oriundas de um clima com maior amplitude térmica, consequência de uma casca mais espessa.

A região da Andaluzia, no Mediterrâneo, já passou pelos fenícios, romanos e, durante séculos, esteve sob domínio árabe. Mesmo assim, não deixou de



***Armando Vieira de Almeida,**

TSA/SBA, Mestre e Doutor em Anestesiologia pela Unesp-Botucatu. Anestesiologista do Servan – Campo Grande/MS.



produzir seu famoso vinho Jerez, fruto possivelmente de um acordo na época, pois o consumo de álcool é proibido na cultura islâmica.

Fortalezas e palácios

O vinho de Jerez é único no mundo, por seu tipo de solo formado por pedras calcárias e conhecido por albariza; pela ocorrência de uma levedura que cobre toda a superfície do vinho dentro da barrica, impedindo sua oxidação (La Flor), que extrai os açúcares do vinho, deixando-o seco; e pelo tipo de vinificação, fortificada (acréscimo de álcool na barrica).

Após a retirada de, no máximo, 1/3 do seu conteúdo para engarrafamento, da barrica que fica no nível do chão (chamada de soleira), o volume é repostado pela barrica acima (chamada de 1ª criadeira) e assim sucessivamente até que a última criadeira é abastecida pelo vinho da nova safra. As uvas são brancas (Pedro Ximenez, Moscatel e Palomino), que fazem vinhos doces, brancos secos e brancos oxidados (onde as leveduras não estão presentes), que chegam a ficar mais de 40 anos em barricas antes de serem engarrafados, constituindo uma verdadeira obra-prima ao serem degustados, um universo à parte e de muita complexidade.

Viajar pela Andaluzia é se deparar com muita história em suas fortalezas e palácios, é conhecer a casa de Pablo Picasso, dar um mergulho numa das mais belas praias espanholas, conhecer lugares reservados e extremamente privados como Marbella, é se perder na cidade de Ronda, uma obra de arte a céu aberto.

Próximo a Ronda, temos várias vinícolas. A Ramos Paul foi construída perto das ruínas de uma antiga cidade romana produtora de vinho, Acinipo, a 1.000 m de altitude, com um visual maravilhoso da Serra de Málaga e com uma proposta de fazer um vinho de longa guarda.

Seus proprietários, Pilar e Paul, iniciaram o projeto há 20 anos, em um terroir único, sem intervenção, com base na Tempranillo e cortes de Cabernet Sauvignon, Syrah e Merlot. Estão fazendo vinhos autênticos, que são liberados para o mercado com no mínimo 8 anos entre amadurecimento em barrica e envelhecimento em garrafa, podendo assim expressar toda a dedicação e essência do lugar, vinhos dignos de uma meditação.

Pequenos produtores

A região de Ribera del Duero, norte de Madri, tem uma extensão aproximada de 120 km, onde as parreiras são plantadas próximo ao Rio Duero (Douro quando entra em Portugal), em um solo seco, pedregoso, sem irrigação ou no entorno de montanhas próximas. Podemos degustar bons vinhos desde que saibamos como a vinícola conduz todos os seus processos e não somente pela nota de um avaliador. Seria como vermos os detalhes de material e método de um trabalho científico, que é o que vai conferir robustez ao resultado final, sem vieses, que no caso dos vinhos podem acontecer em inúmeras etapas de seu processo. Infelizmente, hoje

Vinícola da região da Andaluzia, no Mediterrâneo: local onde se produz o vinho de Jerez





em dia, temos muitos vinhos que sofrem intervenções para agradar ao paladar dos consumidores, e por isso não são autênticos.

As vinícolas que buscam qualidade têm pouca produção por parreira, no máximo em torno de 1,5 kg, o suficiente para produzir cerca de uma garrafa de vinho. O processo de colheita é manual, muito trabalhoso, e é difícil montar uma boa equipe permanente. Os cachos, selecionados no pé, devem ser armazenados em caixas, que preservam melhor a uva, evitando pressões maiores que levem ao rompimento de sua casca e precipitem a fermentação em condições não ideais.

Em Penafiel, no final de setembro, a vinícola familiar Tomás Postigo estava em um árduo trabalho na sua colheita, no local de onde se avista, ao longe, o belo e histórico Castelo de Penafiel. Já na Bodega, o trabalho continua, com a recepção das uvas, análise laboratorial e resfriamento delas antes de iniciar os processos de fermentação alcoólica. O propósito de fazer bons vinhos move a família

Vinhedos de Penafiel:

na região se produzem excelentes vinhos em vinícolas familiares como a Tr3smano (acima) e Tomás Postigo (abaixo)



e tem agradado muito ao mercado consumidor com a sua qualidade.

Próximo dali, em uma área rodeada de vinícolas nobres, três amigos construíram há poucos anos a vinícola Tr3smano, um lugar onde se perde de vista a vista, uma bela vinícola. Pedro, um dos proprietários e enólogo, deu uma aula da região, com vinhedos de 80 anos em sua propriedade. Os três amigos estão produzindo vinhos que buscam alcançar os desejos de um bom apreciador de vinhos da região de Ribera del Duero.



Cidade de Toro, na fronteira com Portugal

Fronteira com Portugal

A cerca de 100 km dessa região, chegamos à cidade de Toro, em direção à fronteira com Portugal. A denominação do Toro tem ganhado bastante expressão, e a Tempranillo aqui tem outro nome, Tinta de Toro.

A Filoxera atingiu muito pouco os vinhedos nesta região, de forma que temos videiras em pé-franco (parreiras que sobreviveram à praga, plantadas sem o enxerto em cavalo americano), uma área com grande amplitude térmica, onde o rio percorre a região já com uma topografia um pouco mais acidentada.

Kiko Bigardo alugou um barracão e montou sua vinícola ao lado do rio, onde produz seu vinho. Bisneto de um produtor de uvas, resolveu empreender e produzir seu próprio vinho, utilizando todo o conhecimento adquirido da família para conduzir o vinhedo, incluindo uma parcela com 100 anos. Escolhe o melhor momento da colheita e procura fazer o *blend* ideal das parcelas na sua percepção; é um entusiasta desse mundo do vinho e está fazendo bons vinhos, dando o nome de Pellejo ao seu melhor produto, homenagem ao seu bisavô, que na época carregava os vinhos dentro de *pellejos* (bolsa feita de couro de carneiro ou ovelha).

Perto dali, temos a Bodega Quinta de La Quietud, projeto que no nome da vinícola já diz seu objetivo. Como todas as outras vinícolas, o mínimo de intervenção no vinhedo e no seu processo de produção, com a Tinta de Toro, também com parcelas de vinhedos de mais de 100 anos, proporciona ao seu enólogo francês, radicado na região há 20 anos, Jean François, todas as condições para produzir grandes vinhos, dos quais fala com muita percepção e expressa projetos de evolução da vinícola.

Assim, encontramos na Espanha diferentes estilos de vinho, desde os espumantes da Catalunha, os famosos vinhos da Rioja, até os emblemáticos Jerez. Histórias, estórias, lugares, pessoas e vinhos sempre a surpreender nos pequenos detalhes, observados e apreciados por um bom viajante. ●

“Sem verdade, sem dúvida,
nem dono. Boa é a vida,
mas melhor é o vinho”

Fernando Pessoa

