

Anestesia

EM REVISTA

ANO
70

ISSN 2446-9343

www.sbahq.org

abril/maio/junho de 2020 Nº 02

Artigo Especial
**O humano que existe
em todo profissional.**

Autora: Lorena Carvalho

Página 47



Depoimento
**Experiência com
Médicos Sem
Fronteiras**

Diego Dalcamini Cabral (ES)



Artigo de opinião

**Recompensa
financeira
pelos serviços
prestados em
anestesiologia**

Pedro Candido Ismael (SP), José Roberto Nociti (SP), Fernando Felix Tincani (SP)



Homenagem
honorária

**Os caminhos
da minha vida**

Luiz Marciano Cangiani (SP)



Informe ao
associado

**67º Congresso
Brasileiro de
Anestesiologia**

Carlos Alberto Mourão (RJ)

Artigo
em Foco
**O anestesio-
logista e as
habilidades não
técnicas**

Rogério Alves Ribeiro (DF)



Enfoque da
regional
**Juntos vamos
derrotar a
Covid-19!**

Maria Luiza Alves (PE)



Artigo do trimestre
**Avaliação do
conhecimento
do paciente
sobre o papel do
anestesiologista**

Lauro D'Avila Silveira Barreto (SE), Fabrício Dias Antunes (SE) e Máira do Livramento Faro (SE)



Artigo especial
**O humano que
existe em todo
profissional**

Lorena Ibiapina Mendes de Carvalho (PI)

Artigo de revisão
**Desafios
no controle
da dor em
gastroplastia
laparoscópica**

Caio Márcio Barros de Oliveira (MA), Ed Carlos Rey Moura (MA), Plínio da Cunha Leal (MA)



Homenagem
da regional
**Homenagem da
regional ao dr.
Humberto Do Val**

Wellington Menelli Pioto (ES)



EXPEDIENTE

Publicação trimestral da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA)

Rua Professor Alfredo Gomes, 36, Botafogo,
Rio de Janeiro (RJ) - CEP 22251-080
(21) 3528-1050
contato@sbahq.org
www.sbahq.org

DIRETORIA

Diretor presidente
Rogean Rodrigues Nunes

Diretor vice-presidente
Augusto Key Karazawa Takaschima

Diretor secretário-geral
Gualter Lisboa Ramalho

Diretor Financeiro
Vicente Faraon Fonseca

Diretor do Departamento de Defesa Profissional
Luis Antonio dos Santos Diego

Diretor do Departamento Administrativo
Antônio Carlos Aguiar Brandão

Diretora do Departamento Científico:
Maria Angela Tardelli

Vice-diretor do Departamento Científico
Marcos Antonio Costa de Albuquerque

Diretor responsável e editor
Marcos Antonio Costa de Albuquerque

CONSELHO EDITORIAL

Rogean Rodrigues Nunes
Augusto Key Karazawa Takaschima
Gualter Lisboa Ramalho
Vicente Faraon Fonseca

Luis Antonio dos Santos Diego
Antônio Carlos Aguiar Brandão

Maria Angela Tardelli
Marcos Antonio Costa de Albuquerque

Artigo
analítico

**A prova do
Título de
Especialista em
Anestesiologia
e o perfil do
candidato**

Comissão de Educação
Continuada -2020



**Defesa profissional
em foco**

**A saúde
ocupacional e
o que podemos
aproveitar da
legislação atual**

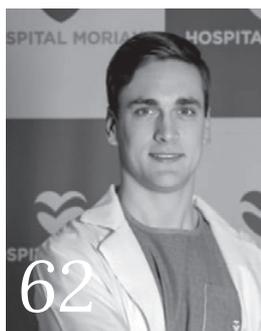
Pablo Britto Detoni (SE)



Artigo destaque

**Parada
cardíaca em
posição
prona**

João Henrique Zucco Viezi (RS)

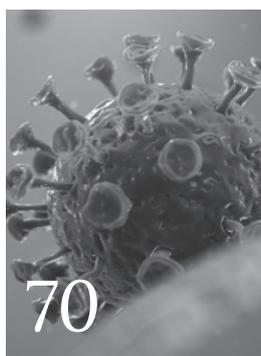


SBA em Foco

**Posse da
Sociedade de
Anestesiologia
do Estado de
Minas Gerais**

**Reflexões
sobre a
Covid-19**

José Abelardo Garcia
de Meneses (BA)





PALAVRA DA DIRETORIA

Habilitação em ultrassonografia

A Após importante ação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), que participou da elaboração da matriz de competências – agora unificadas – Ministério da Educação (MEC) e SBA, implementamos esforço destacado para a aprovação da habilitação do anestesiológico em ultrassonografia (US) em quatro pontos: bloqueio de nervos, acessos vasculares, avaliação das vias aéreas e resíduo gástrico. Essa aprovação deu-se junto com a Associação Médica Brasileira (AMB), mas vai ficar a cargo da SBA a realização do curso ou a chancela de cursos já existentes. Após o curso, a SBA aplicará prova escrita. Os candidatos aprovados receberão título de habilitação em US nos pontos supracitados, com a aprovação da AMB e da SBA.

Estamos programando para o segundo semestre de 2020 a estruturação e a chancela dos cursos. Creemos que, no último trimestre deste ano, já iniciaremos as primeiras atividades práticas (presenciais) e as teóricas, que poderão ser formatadas no modelo on-line.

A Diretoria da SBA vem também discutindo com a AMB questões relacionadas com a ecocardiografia perioperatória, intervenção da dor, medicina aeroespacial e telemedicina.

Temos realizado ações com foco bem estabelecido e realinhamentos, quando necessários, visando a objetivos construtivos para nossa especialidade.

Para finalizar, citamos uma frase do filósofo Immanuel Kant, da qual devemos sempre nos lembrar antes de qualquer planejamento: “Quem não sabe o que busca não identifica o que acha.”.

A SBA somos todos nós!

Dr. Rogean Nunes
Diretor presidente

EDITORIAL

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia, em seus 72 anos de história com o foco no cumprimento fiel de seu estatuto – que é formar, educar, certificar e representar –, se insere no mundo virtual num momento ímpar da história mundial.

A entidade desenvolveu, na gestão de 2020, um novo olhar sobre os pilares institucionais e adotou modalidades de apoio ao médico em especialização e ao anestesiológico: webinars de revisão e atualização e uma nova plataforma educacional como ancoradouro de conteúdos científicos, com a inserção de uma biblioteca mais robusta, que permite ao associado acesso ao melhor da literatura científica, em formato de livros digitais ou periódicos.

A Anestesia em Revista, nesse contexto evolutivo, oferece ao associado artigos de revisão, espaço das regionais, divulgação de ações realizadas por nossos associados, notícias em geral, entretenimento e homenagem a associados e vem buscando a melhoria contínua para proporcionar uma leitura agradável e momentos de crescimento, para, dessa forma, interagir melhor com seus leitores e reconhecer novos talentos.

Esta edição apresenta a história de vida do Dr. Luiz Marciano Cangiani e mostra a homenagem da regional do Espírito Santo ao Dr. Humberto Ribeiro do Val, que são nomes da anestesiologia com um perfil de intensa contribuição à nossa sociedade.

Este volume que o leitor tem nas mãos contém matérias emocionantes, com histórias de vida que norteiam as relações e mostram a importância do associativismo.

A contribuição de sociedades, neste momento de pandemia, com orientações importantes aos colegas que estão no front, também está nas páginas desta edição.

A SBA faz por você e para você, pois esta é sua melhor missão. O associado merece uma sociedade forte, com valores incorporados no bem servir. Integrar uma cultura de liderança centrada no associado é o nosso maior objetivo.

Nós estamos à sua disposição, pois juntos seremos mais fortes!

Marcos Antonio Costa de Albuquerque
Vice-diretor do Departamento Científico



EXPERIÊNCIA COM MÉDICOS SEM FRONTEIRAS

**Diego Dalcamini
Cabral de Souza (ES)**

- TSA/SBA
- Título Europeu de Anestesiologia (Edaic)

“BOOOM!”

“O que foi isso? Trovão? Mas... nem havia sinal de chuva nesta noite... Tudo bem, melhor voltar a dormir.”

Logo pela manhã tivemos a notícia: “Reunião de emergência. Vamos discutir o bombardeio de ontem à noite”, informou nossa coordenação. Então entendi onde estava, não mais pelos relatos falados e papers, mas vivenciando a incrível experiência da guerra.



Eis uma das razões que me motiva a participar de Médicos Sem Fronteiras (MSF): a possibilidade de experimentar a realidade da vida neste planeta, sair da “redoma” e ir ao encontro de outras pessoas que também têm desejos, esperanças e sonhos. Saber que posso, de alguma maneira, contribuir para que muitas delas, que não possuem acesso à saúde e a itens básicos como água limpa, consigam seguir sua jornada. Isso me faz bem.

Houve um dia marcante na Faixa de Gaza, quando 150 bombas foram lançadas em território Palestino em cerca de 24 horas. Dormir ao som de explosões e sentir a cama vibrar foi algo muito além do que eu esperava, confesso. Medo? Não. Conhecia os riscos e escolhi a região justamente porque já tinha ideia do quanto a guerra pode ser implacável. No entanto, a realidade nos ensina bastante e nos dá muita experiência sobre o que é viver nesse contexto. Inexplicável, confesso. É importante ressaltar que MSF nunca trabalha sem um sistema de segurança intrínseco absurdamente bem desenhado, exposto a todos os integrantes e atualizado com frequência. Tínhamos um plano para cada situação de risco. E não precisamos acionar nenhum deles, não houve necessidade. Aliás, historicamente, nunca houve, nos projetos em que trabalhei.

Um mês e meio no Oriente Médio me trouxe verdadeiros amigos, tanto pessoas nascidas na região quanto de outras partes do mundo; também me fez ver o valor do estado de Paz em uma nação (nós brasileiros conhecemos bem a violência urbana, mas o quadro de guerra se distingue bastante pela brutalidade e dimensão do terror).

Profissionalmente, concentrei meus esforços em um pequeno centro cirúrgico de um grande hospital, na unidade de queimados. Interagi, rotineiramente, com duas cirurgiãs plásticas (uma britânica e outra francesa) e cuidávamos, na maior parte do tempo, de crianças, restabelecendo a qualidade de vida após graves queimaduras.

Tive acesso a bons materiais, como um respirador eficiente, sevoflurano, propofol, máscaras laringeas

descartáveis de bom padrão, aparelho de USG e até manta térmica (o que ainda não é tão comum aqui no Espírito Santo, pasmem!). Havia um enfermeiro anestesista a meu lado, contratado na região, e pudemos trocar aprendizado dia após dia, o que também foi muito valioso, tanto profissional quanto pessoalmente.

Já na República Democrática do Congo (RDC) a história foi bem diferente.

“Por favor, me ajude, minha filha de 4 anos está muito mal. Andei três dias com ela no colo pra chegar até aqui.”

Surreal pensar que um pai caminha três dias com a filha nos braços em busca de atendimento médico. Inimaginável supor tal situação. Eis o que me encanta em, mais uma vez, “sair da redoma”, experimentar viver o mundo em seus diversos contornos, conhecer pessoas que vivem realidades tão distintas, como a desse caso, de quem não tem alternativas senão contar com a ajuda médico-humanitária.

A criança foi operada madrugada adentro, abdômen agudo inflamatório por perfuração de delgado por causa de febre tifoide (médicos brasileiros não costumam ter vasto conhecimento dessa entidade, uma vez que, raríssimas vezes, tratamos pacientes tão graves vítimas da Salmonella Typhi). Mas as condições de higiene e alimentação num cenário de pós-guerra em que viviam eram, para mim, além de novidade, assustadoras.

Uma cena me marcou bastante quando, essa mesma criança, agora já na enfermaria, recebeu o almoço – arroz com feijão e couve. Foi seu olhar estático com as mãos em movimentos robóticos, rápidas e rítmicas, que a fizeram devorar todo o alimento com muita satisfação e vorazmente. Será que ela comeria assim quando retornasse para casa? Será que teria acesso a uma refeição como aquela?

Em termos técnicos, esse projeto na RDC em muito se distanciava de Gaza por dois motivos: era mais recente e tinha prazo para fechar. Estávamos na região para dar um suporte naquele contexto de conflito armado interno e garantir que algo continuasse na região

após aquele período mais intenso, até o momento de o Ministério da Saúde seguir com os trabalhos no setor de forma independente. Em Gaza, já havia muitos anos que nos instaláramos e, mesmo até hoje, não é possível prever o fim das atividades de MSF com o projeto com o qual trabalhei, haja vista a situação geopolítica local. Dessa forma, não pude contar na RDC com todo o arsenal terapêutico de que dispunha no Oriente Médio. Havia material completo para raquianestesia, porém, para anestesia geral, contava apenas com tiopental, suxametônio e cetamina, além de um dispositivo máscara-válvula-bolsa autoinflável (Ambu), além de alguns medicamentos sintomáticos e antibióticos. Para mim, trabalhar nesse contexto com um paciente pediátrico em sepse abdominal e com o material disponível foi um desafio grande que me mostrou que podemos salvar vidas mesmo totalmente fora de nossa zona de conforto. Inicialmente, a situação nos parece desesperadora, mas, por fim, nos ensina muito como profissionais, e acabamos por lidar melhor com esses casos em outras situações semelhantes.

Aproveito para frisar que MSF proporciona treinamentos ao redor do mundo (fiz um em Copenhagen e outro em Hong Kong), para que seus médicos se imaginem diante dessas situações e já prevejam o que fazer a fim de cumprir sua obrigação – trabalhar pela vida. E foi o que fiz. Pré-oxigenação por alguns minutos, indução em sequência rápida e, após a metabolização do relaxante muscular, fornecimento de O₂ pelo tubo orotraqueal (via aérea sempre protegida) e bolus intermitente de cetamina durante todo o peroperatório (naturalmente, muito diferente do padrão aprendido na residência médica por todos nós). Extubação ao fim e encaminhamento à “Unidade de Cuidados Intensivos”, na qual dispúnhamos de um enfermeiro constante para três pacientes, com aferição de sinais vitais dentro do

intervalo de que necessitássemos. Obviamente esta não é a medicina que praticamos em casa, aqui no Brasil. Isso se chama “ajuda médico-humanitária” e se dá em inúmeros contextos diferentes, cada um com desafios próprios, e que requer profissionais locais e de outros países com capacidade para resolver essas questões. Bem-vindo ao mundo de MSF!

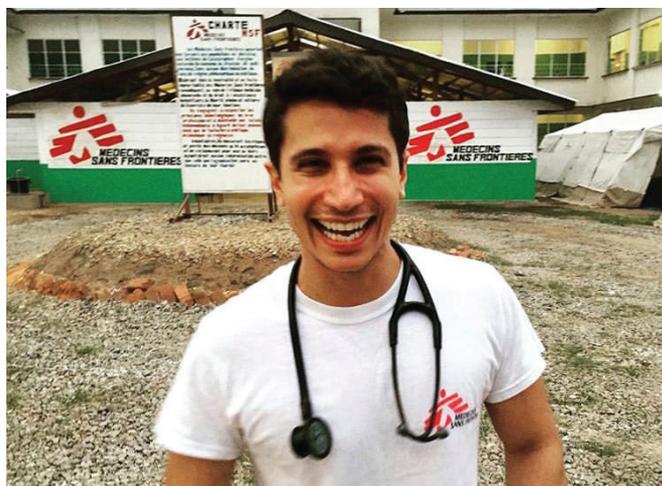
Sinceramente, muitas pessoas conseguiram se curar e muitas vidas foram salvas. Possuíamos 60 leitos que ficavam quase sempre preenchidos e, nos dois meses e meio em que estive lá, tivemos apenas três óbitos (uma criança e dois adultos). O ser huma-

no é surpreendentemente forte, e, com uma medicina básica e eficiente, foi possível restituir a saúde de muitas famílias congoleesas. Esse é o maior retorno que podemos ter, sem dúvidas.

A situação mais difícil?

Olhar nos olhos de inúmeras pessoas que chegavam ao hospital e não podiam ser atendidas,

uma vez que nossos leitos eram exclusivos para casos de tratamento específico de pacientes feridos nos conflitos. Ao negar a internação, sabíamos que essas pessoas não teriam a quem recorrer, uma vez que o sistema público de saúde da RDC não é gratuito e, por isso, tínhamos consciência de que muitos daqueles que não foram admitidos retornariam a seus lares e teriam que esperar, correndo o risco de uma evolução das comorbidades. E nós nada podíamos fazer. Sessenta leitos eram o limite do hospital onde trabalhávamos. Foi em meio à revolta e à inquietude que, confesso, percebi que, embora fizéssemos nosso melhor e déssemos tudo de nós, não era possível abraçar o mundo. Muitos haveriam de ser curados, mas uma boa parte seguiria sem assistência médica, com um prognóstico breve, reservado e doloroso. Felizmente estávamos lá para alguns, e ainda há muito o que fazer.



Quando retorno de um projeto, normalmente, aprecio um estado de êxtase, como se muito de meu universo anterior desabasse e eu então passasse a entender o que significa essa existência, essa passagem, a Vida em si. É um presente, uma bênção, após todo o esforço dispensado em outro território. Todavia, admito que é muito difícil manter-se sublime, e a espiral da rotina, do dinheiro e da materialidade, frequentemente, nos convida a prestar mais atenção à própria vida pessoal e profissional que temos em nossos próprios países, em situação bem mais confortável. Devo admitir que não é simples ter foco naquilo que é simples. Entendi que, para viver

feliz e para ver, sentir e ouvir o ser humano, não é necessário muito mais além do que a simplicidade, do que estar ali de verdade.

Temos uma força imensa nas mãos: somos médicos. Nosso conhecimento e atuação são capazes de viabilizar a cura e amenizar a dor. Ajudamos as pessoas a resgatarem o brilho da vida de volta. Saibamos apreciar o tamanho de nossa responsabilidade diante desse mundo que necessita de atenção. Se não pudermos partir em projetos humanitários, apoiemos organizações que o façam. Assim, estaremos, efetivamente, construindo um mundo melhor para nós, nossos filhos e os filhos de nossos filhos.



OS CAMINHOS DA MINHA VIDA

Luiz Marciano Cangiani (SP)

- Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Por solicitação da Diretoria da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), na pessoa do vice-diretor do Departamento Científico, dr. Marcos Antonio Costa de Albuquerque, escrevo este artigo sobre minha trajetória de vida, com muito orgulho de ser SBA.

Nessas minhas andanças por nosso imenso Brasil, como diretor ou membro de comissões da SBA, editor-chefe da RBA ou como convidado, cultivei cada vez mais a anestesiologia e, principalmente, fiz muitos amigos. Neste texto, vou citar apenas algumas pessoas, porém todos os meus amigos e amigas devem se sentir citados igualmente, aqui representados por alguns que, creio, sejam referência para todos.

Nasci em Campinas, em 8 de novembro, no bairro Vila Industrial. Morei também nos bairros São Bernardo e Vila Elza. Aos 6 anos, mudei-me para um subdistrito de Campinas chamado Sosas, onde considero o lugar onde nasci e me projetei. Amo Sosas!

No dia da mudança chovia muito e, embora dizem que isso pode trazer sorte, na realidade, de início, trouxe preocupação, pois a estrada era de terra não muito firme em alguns pontos. Os 10 quilômetros foram de expectativa e esperança. Lá fomos nós: eu, minha irmã, Vera Lúcia, minha mãe, Maria Aparecida, e meu pai, Ermelindo Cangiani.

Meu pai era lustrador, profissão que foi

obrigado a abandonar por causa da intolerância ao verniz. Foi gerente de um bar e, posteriormente, arrumou um emprego na Fazenda Experimental Mato Dentro, localizada na Estrada de Sosas. Trabalhava fazendo medições das experiências do dr. Henrique Sauer, engenheiro agrônomo, dono da chácara em que fomos morar em Sosas. As experiências feitas na Fazenda Experimental eram reproduzidas na chácara, além de outros plantios. Meu pai comandava tudo.

Mais tarde, perdeu o emprego, mas não perdeu a amizade do dr. Sauer, que montou um bar em Sosas, onde nós trabalhávamos juntamente com o filho do dono. Dizia ele: “Meu filho precisa aprender como é difícil ganhar dinheiro. Quem sabe ele se aplica nos estudos.”. Nome do bar: Bar e Merceria N. Sra. Aparecida. O trabalho era diário: férias somente a partir das 12 horas nos dias de Natal e de ano-novo. Em alguns anos, meu pai tornou-se dono do bar. Minha mãe, dona Cida, fazia todos os salgadinhos para vender no bar diariamente. Ela era trabalhadora, bondosa, carinhosa e cheia de otimismo. Católica, agradecia a Deus a oportunidade de poder trabalhar e criar os filhos.

Minha função, além de ajudar a atender os fregueses, era entregar bebidas nos finais de semana. Era uma espécie de *bike boy*. Exigências do seu Ermelindo, meu pai: “Você terá tempo para brincar e jogar bola, mas terá que se dedicar aos estudos para

poder ser alguém na vida.” Ao saber que eu queria ser médico, ele disse: “Então vou ter que enfrentar o balcão por muito tempo, mas segue em frente.” O desejo de ser médico começou após ler um livro intitulado O homem descobre o seu corpo.

Fiz meu curso primário no Grupo Escolar Dr. Tomás Alves, em Sousas. Posteriormente, fiz o curso ginásial e parte do colegial no Colégio Cesário Mota, em Campinas. Ganhei medalha, diploma e troféu pela maior média de todas as turmas de alunos do colégio. No entanto, ao

me deparar com as questões do vestibular, percebi que teria que adquirir mais conhecimento se quisesse ingressar na faculdade de medicina. Cursei o terceiro ano colegial do Colégio Pio XXII. Fiz o curso vestibular em 9 de Julho, em São Paulo, e ingressei na Faculdade Nacional de Medicina no Rio de Janeiro em 1966, hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pude ver como o Rio de Janeiro era realmente uma cidade maravilhosa...

Minha ida para o Rio de Janeiro foi um rio de lágrimas de minha mãe e de minha namorada, Sônia Maria. Comecei a namorá-la aos 17 anos; ela estava com 14 anos. Até hoje são 46 anos de casados mais 10 de namoro, total 56 anos. As bodas de ouro já foram festejadas. Do enlace, um filho, Luiz Henrique, anestesiológista, que muito me orgulha. Henrique em

homenagem a meu sogro, Henrique Gaspon, o que muito alegrou minha sogra Olga, uma doçura. Devo salientar que a viagem de ônibus para o Rio de Janeiro levava de 8 a 10 horas, dependendo da situação na Serra das Araras, que era pista única. Contando mais a viagem de Campinas a São Paulo, o total variava de 10 a 13 horas, além do tempo de espera na rodoviária.

Em 1967, o contador do bar, sr. Vinício Corsi, disse-me que gostaria de me apresentar ao dr. Alberto Affonso Ferreira, de coloris como ele.

Aceitei de pronto.

Ao chegar ao Instituto Penido Burnier olhei no receituário do hospital e vi que o dr. Alberto era anestesiológista.

Não imaginava o que era e o que fazia um médico especialista em anesthesiologia. Conheci o dr. Alberto, um homem simpático, elétrico, católico, bondoso e amigo.

Nas férias da faculdade, passei a frequentar o serviço e pude ver, em 1968, a criação do

Centro de Ensino e Treinamento em Anesthesiologia do Instituto Penido Burnier, coligado ao hospital Vera Cruz. O vistoriador foi o dr. Kentaro Takaoka. O primeiro médico em especialização do CET foi o dr. Masami Katayama. Inteligente, estudioso, dedicado e com uma paciência enorme para ensinar. Assim sendo, meus primeiros mestres foram: Alberto Affonso Ferreira, Masami Katayama, Alfredo José da Silva Porto e João Lopes Vieira, ou seja, um bom berço. Todos eram formados



no Rio de Janeiro e isso foi ponto decisivo para minha aproximação.

Eu participava das anestésias no Penido e na Faculdade de Medicina da Unicamp, onde o dr. Alberto foi o primeiro professor de anestesiologia. Envolvia-me também com a parte experimental de sua tese sobre pressão intraocular e o uso de substâncias hiperosmóticas.

No fim do quarto ano, fui aprovado no concurso para bolsista acadêmico do Hospital Souza Aguiar. Com o valor da bolsa e mais algumas aulas de biologia geral e genética que ministrava em um curso vestibular, conseguia pagar parte das despesas.

No sexto ano, a faculdade permitia estagiar em serviço não universitário que tivesse um livre-docente. Assim sendo, fiz meu sexto ano no Departamento de Anestesiologia do Hospital de Ipanema, chefiado pela saudosa dra. Consuelo Bueno Plemont Maia. No Souza Aguiar, eu ficava somente na Unidade de Terapia Intensiva.

Um fator importante para a tomada de decisão pela anestesiologia foi a verificação de que a prática da terapia intensiva, em pacientes cirúrgicos, começava na sala de operação.

Fiz minha especialização no CET Penido Burnier, em 1972, e meu amigo dr. Alberto foi claro ao dizer: “Você só terá chance de ficar no serviço se o Centro Médico de Campinas começar a funcionar em 1973.”

Como médico em especialização, além das aulas no próprio CET, toda quarta-feira, viajava até São Paulo para cumprir dois compromissos didáticos. Às 16h, eu participava das reuniões científicas da Clínica de Anestesia São Paulo do CET Takaoka e, às 19h, do curso da Saesp para médicos em especialização, coordenado pelo dr. Carlos Pereira Parsloe. Foi na Clínica de Anestesia São Paulo que ministrei minha primeira aula fora de nosso CET, com o tema “Reação anormal a um derivado benzodiazepínico”.

O Centro Médico Campinas foi construído no subdistrito de Barão Geraldo, pela Fundação Robert Bosch do Brasil, e foi inaugurado em março de 1973,

realizando um sonho de seu idealizador, dr. John Cook Lane. Foi com ele que participei dos programas de cursos de reanimação cardiopulmonar, com treinamento em manequins, sob a égide da American Heart Association, da qual me tornei instrutor. A primeira ambulância alta, adequada para reanimação AME, foi uma Kombi adaptada pela Volkswagen, doada ao centro médico que, por sua vez, a doou à Unicamp. Levamos o curso algumas vezes aos CBAs até, finalmente, o SAVA tomar conta, evoluir e se consolidar em altíssimo nível.

O hospital – que até hoje tem como filosofia o ensino e o treinamento de médicos residentes em várias especialidades – foi incluído rapidamente em nosso CET e, já em 1973, teve o dr. Luiz Fernando Alencar Vanetti como médico em especialização em anestesiologia, que, posteriormente, em 1974, tornou-se membro da equipe. Juntos abraçamos a causa CMC e as portas se abriram para muitos médicos em especialização e titulares do serviço. O que era esperança para um tornou-se realidade para 20.

O hospital evoluiu muito bem. Formamos um grupo de anestesia forte, competente e voltado para o trabalho diário, o ensino e o treinamento. Somos 20 – 16 portadores do TSA, condição regimental imprescindível. Os outros quatro estão a caminho. O serviço tem um extenso regimento que contempla a colaboração de seus membros com a SBA e a Saesp.

O CET tinha como sede o Hospital de Otorrino Penido Burnier, hoje Hospital Santa Sofia, e como agregados os hospitais Vera Cruz, o Instituto Penido Burnier de Oftalmologia e o Hospital Celso Pierro, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). A agregação da PUC-Campinas deveu-se ao fato de o dr. Alberto Affonso Ferreira ser o professor da disciplina de anestesiologia. Os membros de nosso CET ministravam também algumas aulas para os alunos da graduação.

Com a consolidação do centro médico, os hospitais Vera Cruz e Celso Pierro, da PUC-Campinas, fundaram o próprio CET. Com nossa saída do

Penido Burnier, nosso CET passou a ser denominado CET – Centro Médico Campinas, cujo responsável, atualmente, é o dr. Luís Henrique Cangiani.

Fui chefe do centro cirúrgico, chefe do Departamento de Anestesiologia e Terapia da Dor, vice-diretor clínico por 16 anos e diretor clínico por quatro anos. Foram várias realizações, entre elas, a criação do Centro de Estudos Centro Médico Campinas que, com o decorrer dos anos, me valeu uma placa, em minha homenagem, afixada na sala dos médicos do centro cirúrgico.

Em 1973, fiz a prova escrita do Título Superior em Anestesiologia (TSA), durante o Congresso Brasileiro de Anestesiologia (CBA), em São Paulo, e, em 1975, fiz a prova oral do TSA durante o CBA realizado na mística cidade de Salvador do Nosso Senhor do Bonfim. Foi em Salvador que participei pela primeira vez de uma Assembleia de Representantes (AR), que durou dez horas. Ali a paixão pela SBA começou. A verificação da seriedade com

que os assuntos da sociedade eram tratados na AR consolidou meu conceito sobre a sociedade. Foi ela que permitiu que eu escolhesse, com dignidade, a anestesiologia como especialidade.

Em 1978, fui convidado pelo dr. Henani Schwartz, diretor-secretário da Saesp, para ser subsecretário de publicações dessa entidade. Minhas funções eram coordenar os Resumos da Literatura Internacional da Saesp, manter a periodicidade do Boletim Saesp e modificar a impressão do boletim, que era feita em mimeógrafo.

Em 1980, fui convidado, pelo dr. Masami Katayama, editor-chefe da RBA, para ser membro do Conselho Editorial da Revista Brasileira de Anestesiologia e, desde então, participo de seu corpo editorial. São 40 anos!

Em 1980-1981, fui membro da Comissão Científica da Saesp, a convite do diretor científico,

dr. Irimar de Paula Posso. Tornei-me secretário dessa comissão por eleição de seus membros.

Para o ano de 1981, estava programado para Campinas sediar a Jornada São Paulo-Rio-Minas e a Jopa. No entanto, com a inclusão do estado do Espírito Santo, a jornada passou a ser denominada Jornada de Anestesiologia do Sudeste Brasileiro (Jasb). Montamos uma comissão em Campinas para dar o suporte local para a concretização da jornada. A comissão foi composta por mim, pelo dr. Guilherme Frederico Ferreira do Reis e o dr. Carlos Roberto D’Otaviano. A jornada foi um sucesso: 300 inscritos, boa programação científica e um desfecho maravilhoso proporcionado pela Orquestra Sinfônica Mu-

nicipal de Campinas, no Centro de Convivência Cultural, edificado no terreno outrora ocupado pelo extinto Colégio Cesário Mota.

Em 1981, participei pela primeira vez como palestrante convidado de um CBA. O congresso foi realizado na cidade de Recife. Foi um

misto de orgulho e estresse. O tema: “Anestesia para Procedimentos Urológicos na Urgência”. Na realidade, era um dos temas de uma mesa-redonda.

Em 1983, tomei parte, como convidado, do CBA em Curitiba, cujo tema central era “Anestesia Ambulatorial”, que foi escolhido pelo dr. Antonio Leite Oliva Filho, que eu considero o pioneiro da anestesia ambulatorial no Brasil, pois foi o primeiro a publicar na RBA, em 1982, um artigo de revisão sobre o tema.

Em 1982 e 1983, fui diretor científico da Saesp. Toda quarta-feira me deslocava até São Paulo para participar das reuniões da diretoria. Foram muitas realizações científicas dentro do possível para a época. O primeiro curso ministrado na gestão foi sobre receptores, assunto do momento – na época complicado, hoje, corriqueiro.

Em 1984, fui silente da prova oral do Título Superior em Anestesiologia (TSA), sendo eleito

**“O desejo de ser médico
começou após ler um
livro intitulado
O homem descobre
o seu corpo.”**

membro da Comissão do TSA durante o CBA realizado em Belo Horizonte. Assim sendo, participei dessa comissão no período de 1985 a 1987. Em 1987, fui presidente da Comissão do TSA, e o secretário era o dr. Luiz Fernando Saubermann.

Em 1987, fui eleito, na AR, diretor do Departamento Científico da SBA, cargo que ocupei em 1988 e 1989. Faziam parte do Departamento Científico a Comissão do CET, a Comissão do TSA, a Comissão de Normas Técnicas, a Revista Brasileira de Anestesiologia e a Comissão Científica dos CBAs. Foi em grande sintonia com o secretário-geral da SBA, dr. Carlos Alberto Pereira de Moura, o Mourão, que pude desenvolver todo o meu trabalho de integração das

comissões. A comunicação dependia muito do dispêndio de tempo da secretaria da SBA na expedição de correspondências oficiais da sociedade, sempre observando-se o que rezam os estatutos, regulamentos e regimentos da sociedade.

Nesse particular, deixo aqui também destacado o trabalho da sra. Maria de Las Mercedes Gregoria Martinez de Azevedo, a Mercedes, hoje nossa gerente geral.

Em 1988, realizei um sonho: foi lançada a primeira edição do Atlas de Técnicas de Bloqueios Regionais como suplemento da RBA. A edição foi feita em fascículos, que foram iniciados em 1987. O objetivo principal era incentivar os anestesiológicos a praticarem o bloqueios de nervos periféricos. A edição concluída foi entregue e aprovada pela Diretoria da SBA, cujo presidente era o dr. Roges Francisco Grandini Kulczynski. A segunda edição também foi publicada como suplemento da RBA e, finalmente, em 2013, a terceira edição do atlas foi publicada como livro independente e distribuído gratuitamente a todos os sócios da SBA. Na época era presidente da SBA o dr. Airton Bagatini, porém, o projeto foi iniciado no ano anterior, quando o presidente da SBA era o dr. José Mariano Soares de

Moraes e o diretor do Departamento Científico, o dr. Oscar César Pires, quem me fez o convite. Foi grande a satisfação de ver um projeto concluído. Foi além de minha expectativa. Maior satisfação ainda é verificar como evoluiu a prática dos bloqueios de nervos periféricos, hoje imprescindível.

O trabalho do Departamento Científico em 1988-1989 foi muito abrangente perante os CETs. Uma das metas era trazer para o seio da SBA os professores e docentes em anestesiologia, que já eram muitos em todo o Brasil.

Logo no início da gestão da Diretoria de 1989, nos deparamos com um problema sério: a falta de fármacos anestésicos e adjuvantes, inclusive

vasopressores, por questões de reajuste de preços. A situação estava se tornando crítica em todo o país. Rapidamente formamos uma comissão que contou com os dois últimos diretores científicos, os drs. José Roberto Nociti e Guilherme Frederico Ferreira dos Reis.

Elaboramos, então, uma lista

de fármacos que estavam faltando, assim como aqueles que estavam aguardando liberação, como o propofol. Em seguida, eu e o dr. Newton Carvalho da Silva Leme, presidente, agendamos uma reunião no Ministério da Saúde, em Brasília. Fomos atendidos e vimos nossas solicitações acatadas. A situação se normalizou.

Nesse período, também foi concluído o projeto, idealizado pelo dr. Newton Leme, intitulado “Condições Mínimas de Segurança para o Paciente Anestesiado”, aprovado na AR de 1989, em São Paulo. O trabalho sofreu modificações ao longo dos anos e serviu de base para as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), que regulamentou o assunto, até chegar à mais recente Resolução CFM 2174/2017, que contou com a participação decisiva da SBA.

Em 1995, assumi o cargo de editor-chefe da Revista Brasileira de Anestesiologia. No primeiro

“Ninguém nos pede que façamos milagres, desejam somente que deixemos alguma coisa boa após nós”.

mandato de três anos, procuramos solidificar a periodicidade da revista, incentivar autores a enviar trabalhos para publicação e iniciar o caminho para a reindexação da publicação. Conteí com a colaboração de um corpo editorial composto por 23 conselheiros, três editores associados e uma coeditora, a dra. Judymara Lauzi Gozzani, que rastreava e corrigia todas as referências dos trabalhos que deveriam ser publicados. O dr. Marildo Assunção Gouveia corrigia todos os textos em português. Quero deixar aqui também ressaltada a grande colaboração do ex-editor e membro do Conselho Editorial, dr. Antonio Leite Oliva Filho, que cuidava de todo o processo de editoração gráfica por meio de sua firma, a Medidática, em Curitiba, onde também a revista era impressa.

Além de consolidar a indexação latino-americana, iniciamos o processo de indexação no Scientific Electronic Library Online (SciELO), primeiro passo para se pleitear a reindexação na Nacional Library.

Por sugestão do conselheiro dr. José Carlos de Almeida Carvalho, introduzimos os resumos estruturados. Essa ideia foi levada à Reunião dos Editores de Revistas da Especialidade, no congresso mundial de 1996, realizado em Sidney, na Austrália. Na realidade, o editor-chefe do *Anesthesiology* já havia chamado a atenção de que os resumos deveriam obedecer a uma estrutura didática. O que levamos como proposta foi o destaque dos itens, que deveriam seguir a sequência *background and objectives; methods; results; conclusions*. A proposta defendida pelo dr. José Carlos foi aceita pelos demais editores. Na oportunidade, também foi apresentada uma edição do *Brazilian Journal of Anesthesiology*, que era uma publicação anual de artigos selecionados já publicados na RBA do ano anterior. Aliás, hoje o nome oficial da revista é *Brazilian Journal of Anesthesiology*.

No segundo mandato (1998-2000), consolidamos a periodicidade da RBA, aumentamos o número de artigos científicos encaminhados para publicação e pudemos cada vez mais apurar

a qualidade do periódico. A RBA foi indexada no SciELO. Mudamos também a capa da revista e sua diagramação. A periodicidade seguia um cronograma traçado com a impressão no primeiro mês de capa. A partir daí, começamos firmemente a trabalhar na indexação da revista. O dr. Gastão Fernandes Duval Neto, diretor do Departamento Científico da SBA, foi aos EUA para uma reunião com o coordenador dos processos de indexação e trouxe todas as orientações para a solicitação da indexação da RBA. Cumprimos todos os quesitos e encaminhamos a RBA para indexação. Acompanhamos todos os passos. Na época, ficamos entre os 11 títulos que estavam tecnicamente aptos a serem indexados, porém, até hoje não sabemos a razão da negativa, ocorrida em 1999.

No ano 2000, durante o CBA realizado em São Paulo, fui eleito, pela AR, para o terceiro mandato (2001-2003), e o dr. Gastão Fernandes Duval Neto, presidente da SBA na ocasião, ponderou que a RBA deveria ser bilíngue. Durante o congresso, contatei o então presidente eleito da SBA para o ano de 2001, o saudoso dr. Renato Almeida Couto de Castro, para verificar a possibilidade de a Diretoria da SBA se reunir extraordinariamente e autorizar que fizéssemos a RBA bilíngue, a partir do primeiro número de 2001. Ficou o compromisso que a edição do número só atrasaria em 30 dias. A Diretoria aprovou e, em 2001, os trabalhos começaram a ser publicados em inglês e português, ou seja, a RBA se tornou bilíngue. Foi um grande passo para pleitearmos, no futuro, a reindexação no Medline.

A indexação somente foi obtida após o término de meu mandato, mais precisamente em 2008, no segundo mandato da editora-chefe, dra. Judymara Lauzi Gozzani, após longo processo, com novas estratégias e exigências e logicamente grande empenho da editora, com respaldo da Diretoria da SBA. O feito encheu de felicidade toda a comunidade anesthesiológica nacional. A indexação foi exemplo de insistência e persistência.

No ano de 2001, publiquei um livro sobre anestesia ambulatorial. Havia perguntado ao dr.

// Homenagem Honorária

Antonio Leite Oliva Filho quando ele iria publicar um livro sobre o tema e ele me disse que só fazia anestesia ambulatorial para procedimentos ortopédicos e odontológicos, e que um livro só deveria ser publicado por alguém que tivesse atividades em unidades ambulatoriais multidisciplinares. Então disse a ele: “Estou credenciado, vou escrever o livro.” De pronto convidei-o para escrever o posfácio. O livro foi lançado no CBA de 2001, em Recife.

Em 2001, fui convidado pelo dr. Antonio Monteiro, o Tonhão, para coordenar a seleção dos temas livres do CBA de Recife. Realmente são muitas coincidências com a regional de Pernambuco, que culminaram, em 2005, com a outorga do Título de Membro Honorário da Sociedade de Anestesiologia do Estado de Pernambuco. A cerimônia de entrega do título foi, para mim, um momento de muita emoção, à medida que a camarada dra. Nádia Maria da Conceição Duarte fazia o discurso em minha homenagem, durante a sessão de abertura da Jonna, em Porto de Galinhas.

Ao deixar o cargo de editor-chefe da RBA, fui membro do Comitê de Anestesia Ambulatorial, eleito pela AR, com mandato de três anos (2004-2007).

Em conversas com o dr. Leão João Pousa Machado, eterno presidente das assembleias de representantes, ele defendia que era necessário que os cientistas observassem que por trás de um grande evento científico havia uma comissão organizadora e uma diretoria de uma regional da SBA, assim como a própria Diretoria da SBA. Queria dizer com isso que qualquer atividade associativa, seja diretiva, seja científica, tem a mesma relevância e o mesmo valor para a sociedade.

Em 1995, participei, pela primeira vez, da Mesa Diretora da Assembleia de Representantes como segundo secretário, a convite do dr. Carlos Alberto Pereira de Moura, presidente da AR, juntamente com o dr. Carlos Alberto da Silva Martins, primeiro secretário. A partir daí, nos revezamos na presidência dos trabalhos da AR. Mais recentemente, o revezamento teve a inclusão do dr. Carlos Eduardo

Lopes Nunes, que secretariou a AR por muitos anos.

Presidi a AR em 10 oportunidades com muita satisfação e com o sentimento de ser, por alguns dias, o próprio presidente de nossa sociedade, cargo que nunca cogitei, embora tenha sido convidado para assumi-lo, porém, não pude aceitar por falta tempo.

Em 1996, quando mais uma vez presidi a AR, o secretário foi o dr. José Abelardo Garcia de Menezes, que acatou e aprimorou a ideia de fazer a ata preemptiva. Tal ata é totalmente elaborada com todos os itens constantes da agenda, bastando apenas acrescentar se o assunto foi aprovado ou não, o resultado das eleições para os cargos não administrativos da SBA e outros assuntos pertinentes e aprovados pela AR. Essa prática é adotada até os dias de hoje e, com isso, no fim dos trabalhos da AR, a longa ata estará redigida e disponível para a comissão aprová-la. Para cumprir esse quesito, a mesa da AR vale-se da estrutura informatizada da SBA.

Em 2017, na Presidência da AR, fui homenageado pela regional da qual faço parte, a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (Saesp).

Em 2003, marquei uma reunião com o dr. David Ferez, que estava no segundo ano de mandato da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (Saesp). A reunião foi realizada durante a Jornada Paulista de Anestesiologia em São Paulo e dela participaram os diretores da Saesp. Nasceu, assim, o projeto de se editar o Tratado de Anestesiologia Saesp em dois volumes. No entanto, somente em 2006, durante o mandato do dr. Celso Schmalfuss Nogueira, é que a obra foi lançada. Na elaboração do tratado da sexta edição contei com a colaboração decisiva da dra. Glória Maria Braga Potério, que era vice-presidente da Saesp. Numeramos como sexta edição para resgatar toda a história das edições da anestesiologia Saesp, cuja primeira edição foi lançada em 1990, durante o mandato do saudoso dr. Raimundo Rebuglio.

Em 2011, foi lançada a sétima edição e, em 2017, a oitava edição do tratado, ambas coordenadas por mim. Essa última superou todas as minhas expecta-

tivas. Foram 243 capítulos, distribuídos em 33 partes, contabilizando 4 mil páginas que abrangeram a medicina perioperatória, uma das bandeiras da SBA. Entre autores e co-autores foram 350 especialistas que se empenharam em escrever os textos.

A obra teve alguns objetivos, porém, o principal deles era atingir o nível científico dos livros internacionais da especialidade, e acho que conseguimos.

Atualmente, estou coordenando a nona edição do tratado, que está na fase de revisão de alguns capítulos e de composição gráfica.

Voltando ao passado, em 2008, fui presidente da Comissão Científica do Congresso Brasileiro de Anestesiologia, realizado em São Paulo, e mais uma vez vi um de meus desejos realizados com a aprovação do tema central que foi “Anestesia nas Especialidades: Ciência, Tecnologia e Humanismo”. A Comissão Científica elaborou uma programação de modo vertical, que contemplava todas as especialidades. Na abertura do congresso, recebi, com muita emoção, uma homenagem do presidente da Comissão Executiva, dr. Irimar de Paula Posso.

Em 2014, fui coautor do livro Bases do Ensino da Anestesiologia, cujo idealizador e autor é o dr. Airton Bagatini. O livro contempla todos os tópicos que devem fazer parte da formação do especialista em anestesiologia.

Publiquei vários trabalhos na revistas, em livros e nos programas de educação continuada da SBA. Ministrei várias aulas, palestras e conferências. Os temas foram muito variados, mas a maioria deles versava sobre anestesia ambulatorial, anestesia oftalmológica, anestesia regional, analgesia pós-operatória e metodologia científica. Coordenei, algumas vezes, em congressos, workshops sobre bloqueios para anestesia oftalmológica.

Ministrei, como convidado, aulas em vários CETs credenciados pela SBA, em disciplinas e departamentos de anestesiologia de faculdades de medicina, em ligas universitárias, em congressos médicos de outras especialidades e nos congressos

da Sociedade Latino-americana de Anestesiologia (Lasra).

Particpei das jornadas oficiais da SBA: Jonna, Jasb, Josulbra e Brasil Central. Em 45 anos, desde 1975, me envolvi com 40 congressos brasileiros de anestesiologia da SBA. Estive em quase todas as capitais do Brasil e muitas cidades do interior. Fiz muitos amigos.

Sempre me coloquei à disposição para colaborar com nossa SBA e a regional Saesp, assim como com as demais regionais e comissões, quando solicitado.

Quando eu achava que já teria recebido todas as homenagens possíveis em vida, eis que a Diretoria da SBA de 2019, presidida pelo dr. Erick Freitas Curi, encaminhou para aprovação da AR a outorga do Título de Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Após a AR, ainda durante o congresso, em uma solenidade simples, porém singela, recebi meu título das mãos da dra. Maria Angela Tardelli, diretora do Departamento Científico da SBA.

Posso dizer que, pelos caminhos da vida, Deus sempre foi muito generoso comigo. As estradas nem sempre foram de terra, obstáculos existiram, porém, foram transpostos ou contornados, pois, afinal “ninguém nos pede que façamos milagres, desejam somente que deixemos alguma coisa boa após nós”.

Nessa trajetória, contei com a colaboração de muitas pessoas às quais deixo aqui meu agradecimento. Em especial, sou grato a meus amigos do Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia do Centro Médico Campinas, que me ajudaram a chegar até aqui. Somos um grupo forte, coeso que, com competência, conduz diariamente as atividades profissionais no Hospital da Fundação Centro Médico Campinas e no Hospital Santa Sofia.

Evidentemente, tive todo o apoio familiar. O agradecimento será eterno e carinhoso. Assim sendo, quero deixar registrado que todas as atividades das quais participei foi de forma prazerosa, seja no serviço, seja no CET ou na sociedade, esperando em Deus ter cumprido com a minha missão.

O ANESTESIOLOGISTA E AS HABILIDADES NÃO TÉCNICAS

Rogério Alves Ribeiro (DF)

- TSA/SBA
- Diretor de Qualidade da Sociedade de Anestesiologia e Inaloterapia de Taguatinga (Sait)
- Pós-graduando em Gestão De Saúde Multiprofissional

Dissertar sobre as Habilidades Não Técnicas (HNT) exige, inicialmente, a definição das Habilidades Técnicas (HT).

Estas se referem a conhecimentos específicos adquiridos para que determinada tarefa seja cumprida. Essa aquisição é conseguida por meio de cursos de formação, treinamentos, leitura, ou seja, tudo aquilo que pode ser aprendido e demonstrado tecnicamente. Costuma-se dizer que, em relação às HTs, o indivíduo as possui ou as adquire. Para a atuação em anestesiologia, por exemplo, é necessário comprovar a formação técnica e é esperado que os profissionais demonstrem conhecimento em anatomia, fisiologia e farmacologia, sejam capazes de aplicar as diversas técnicas anestésicas e sejam proficientes em reanimação e manejo da via aérea, além de diversos outros requisitos. As HNTs se referem a habilidades cognitivas, sociais e de recursos pessoais que complementam as HTs e contribuem para o desempenho seguro e eficiente das



tarefas¹, estando intimamente ligadas ao relacionamento interpessoal. Utilizando o mesmo raciocínio anterior, pode-se afirmar que o indivíduo pode desenvolver as HNTs, porém, encontram-se na “forma bruta” e várias delas não podem ser adquiridas voluntariamente². Durante o exercício da anestesiologia, vivem-se situações de estresse, alterações emocionais, cobranças por resultados e condutas imediatas que exigem um enorme desenvolvimento das HNTs por parte dos profissionais.

Um estudo interessante conduzido por McCulloch³ avaliou o efeito do treinamento em HNT com simulações realísticas o observou melhoras atitudes de segurança e redução significativa de erros durante procedimentos cirúrgicos, porém, percebeu-se uma resistência a sua adoção por parte das equipes médicas. Riem et al.⁴ correlacionaram as HTs com as HNTs durante o manejo de crise e concluíram que elas estão associadas, não são

independentes, e a aplicação de ambas auxilia no manejo de intercorrências perioperatórias. Essas observações mostram a importância de se desenvolverem as HNTs dos anesthesiologistas, porém, não se pode esquecer de que isso deve ser estendido à equipe de apoio, como os auxiliares de anestesia⁵.

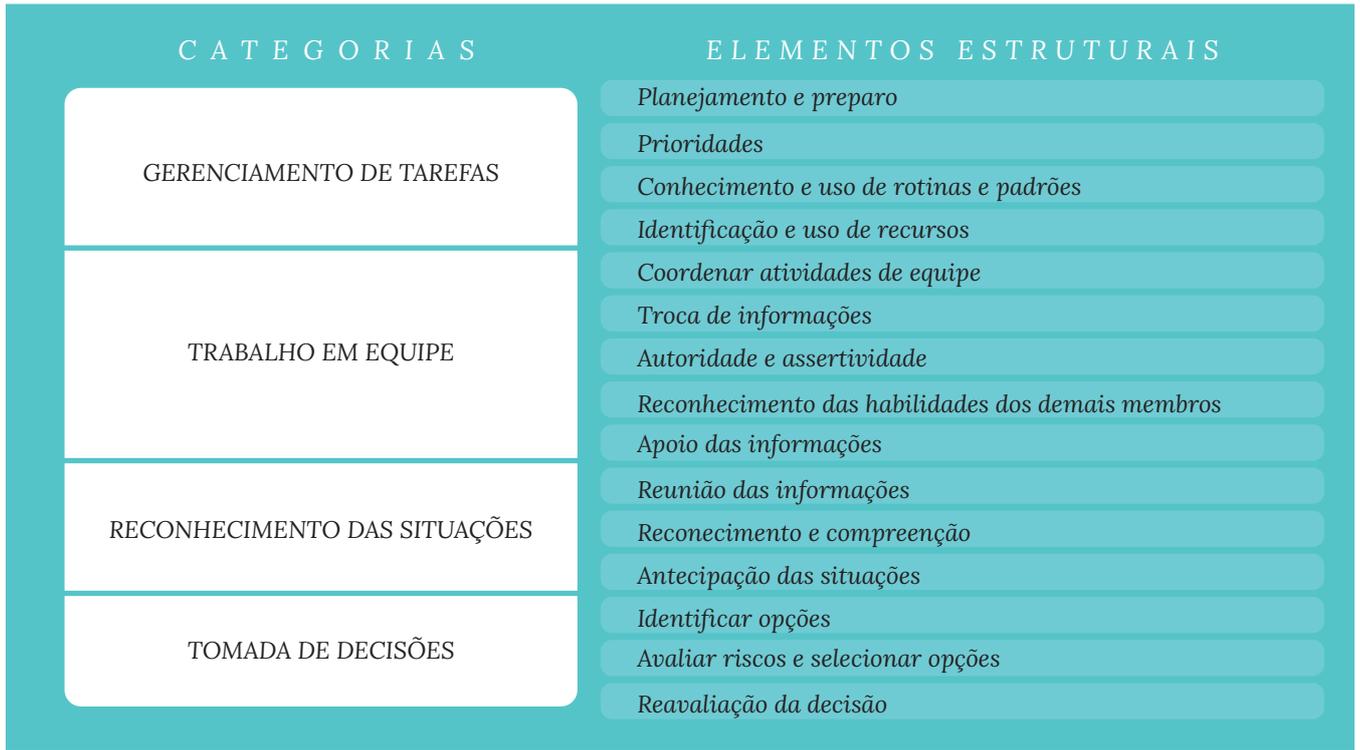
Parece contraditório imaginar que profissionais altamente capacitados, habilidosos e experientes tenham dificuldade em atuar em momentos de crise e sejam resistentes à adoção de políticas de melhoria. Também é contraditório observar que pessoas brilhantes na época escolar atuam em empregos triviais e alunos medianos hoje ocupam o alto escalão. É possível explicar esses fatos considerando três quocientes: o de inteligência (QI), o emocional (QE) e o de adaptabilidade (QA). O QI – popularmente entendido como o medidor da inteligência humana – refere-se a um valor obtido por meio de testes que avaliam as capacidades cognitivas, com escores que variam de 0 a 200, e quanto mais próximo do limite superior, mais “inteligente” é considerado o indivíduo. O QE também é um número obtido por meio de teste e foi criado pelo psicólogo e professor Daniel Goleman para avaliar a inteligência emocional do indivíduo pela análise das habilidades interpessoais, do autocontrole e da comunicação. Já o QA é a capacidade de se posicionar e prosperar em um ambiente de mudanças rápidas e frequentes sendo, portanto, uma forma de absorver novas informações, descobrir o que é relevante, abandonar o obsoleto e esforçar-se para mudar, ou seja, esse quociente se relaciona com flexibilidade, curiosidade, coragem e resiliência. Percebe-se, portanto, uma estreita inter-relação entre as HTs e as HNTs quando se analisam o QI, o QE e o QA, e o ponto de congruência entre os três quocientes é o objetivo esperado para qualquer profissional ao desempenhar suas atividades, ou seja, o equilíbrio entre as atitudes técnicas e as não técnicas.

Após essas observações, pode parecer difícil realizar uma avaliação objetiva das HNTs, quantificá-las ou mesmo criar um modelo de treinamento para desenvolvê-las.

Nesse ambiente de criação e desenvolvimento,

várias publicações começaram a aparecer, principalmente nas áreas de elevada reputação em segurança e eficiência, como a aviação. Inicialmente eram denominadas “habilidades pessoais”, no entanto, essa terminologia poderia sugerir que tais competências são mais fáceis ou menos essenciais do que as HTs. Desse modo, a agência europeia reguladora da aviação civil passou a utilizar o termo HNT em relação ao comportamento dos pilotos na cabine de comando. Assim, iniciou-se uma grande difusão do conceito e da usabilidade das HNTs no treinamento, na preparação e na avaliação dos pilotos.

Muitos profissionais quando questionados sobre sua atuação com relação à segurança do paciente, sobre a importância de *checklists* e a utilização de comunicação efetiva são praticamente unânimes quanto ao reconhecimento do valor desses recursos, porém, a maioria não utiliza nenhuma ferramenta e não é avaliada nesse quesito. Os números de eventos adversos, mesmo subnotificados, comprovam esses fatos. Em contraste com a metodologia da aviação, na prática médica, pouca atenção havia sido ofertada a componentes comportamentais até que se publicou um livro com adaptações do treinamento em aviação para o âmbito da anesthesiologia⁶. Posteriormente, com a percepção de que a deficiência em HNT aumenta a ocorrência de erros e de eventos adversos, reconheceu-se a necessidade de aferição das HNTs dos anesthesiologistas e, atualmente, há algumas ferramentas de avaliação, porém, a que parece ter melhor validade e confiabilidade é o sistema **Anaesthetists’ Non-technical Skills (ANTS)**⁷⁻⁸. Com o sistema Notechs para pilotos⁹ como base, criou-se o ANTS, cujo conteúdo tem por origem uma grande análise de tarefas fundamentadas na literatura, em entrevistas, em pesquisas, em observações e na análise de incidentes, sendo o sistema composto por quatro categorias que se subdividem em 15 elementos estruturais¹⁰, conforme a tabela a seguir.



Durante a avaliação desses elementos, há uma graduação do comportamento observado que pode ser descrito como muito inadequado, inadequado, aceitável, bom ou muito bom, conforme ilustra a imagem a seguir.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|---|---|---|
| Muito inadequado | inadequado | Aceitavel | Bom | Muito Bom |
| O comportamento observado afeta diretamente a segurança operacional | O comportamento observado, em outras circunstâncias, poderia ter afetado a segurança operacional | O comportamento observado não afeta a segurança operacional, mas precisa melhorar | O comportamento observado melhora a segurança operacional | O comportamento observado é um exemplo a ser seguido para a segurança operacional |

Atualmente, já é possível encontrar alguns cursos nos quais a avaliação das HNTs estejam inseridas em seu contexto¹¹, existem workshops de segurança do paciente com abordagem de fatores humanos e o próprio Suporte Avançado de Vida em Anestesiologia (SAVA) vem fazendo referência a tais habilidades. Esses cursos com simulação realística podem ter um efeito positivo no desenvolvimento das HNTs¹² e apresentam um método válido para quantificar e explorar conhecimentos em medicina¹³. Além desses cursos, as HNTs devem ser aprimoradas em nível institucional, seja por meio de treinamento baseado em simulação, seja por observação direta, em que essas habilidades são integradas aos currículos médicos¹⁴.

Entendendo a anestesiologia como uma das áreas médicas mais preocupadas com a segurança do paciente, conclui-se que é fundamental a utilização de políticas de desenvolvimento e avaliação das HNTs, pois é uma das maneiras de evitar erros e eventos adversos ou mesmo analisá-los. Vários programas educacionais de melhoria da qualidade foram introduzidos nos últimos anos para aprimorar a segurança do paciente, porém, é importante que sejam inseridos já na graduação dos profissionais e avancem até o período de pós-graduação, fazendo com que o desenvolvimento das HNTs seja algo contínuo desde o início da formação acadêmica.

REFERÊNCIAS

- 1 - Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. Aldershot: Ashgate; 2008.
- 2 - Eisenach JC. Excellence in anesthesiology - the role of non-technical skills. [editorial]. *Anesthesiology*. 2009; 110:201-3.
- 3 - McCulloch P, Mishra A, Handa A, Dale T, Hirst G, Catchpole K. The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:109-15.
- 4 - Riem N, Boet S, Bould MD, Tavares W, Naik VN. Do technical skills correlate with non-technical skills in crisis resource management: a simulation study. *Br J Anaesth*. 2012;109(5):723-8.
- 5 - Rutherford JS, Flin R, Mitchell L. Non-technical skills of anaesthetic assistants in the perioperative period: a literature review. *Br J Anaesth*. 2012;109(1):27-31.
- 6 - Gaba D, Fish K, Howard S. Crisis management in anesthesiology. New York: Churchill Livingstone; 1994.
- 7 - Boet S, Larigan S, Martin L, Liu H, Sullivan KJ, Etherington N. Measuring non-technical skills of anaesthesiologists in operating room: a systematic review of assessment tools and their measurements properties. *Br J Anaesth*. 2018;121(6):1218-26.
- 8 - Jirativanont T, Raksamani K, Aroonpruksakul N, Apidechakul P, Suraseranivongse S. Validity evidence of non-technical skills assessment instruments in simulated anaesthesia crisis management. *Anaesth Intensive Care*. 2017;45(4):469-75.
- 9 - Flin R, Goeters K, Amalberti R et al. The development of the NOTECHS system for evaluating pilots' CRM skills. *Human Factors and Aerospace Safety*. 2003;3(2):95-117.
- 10 - Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetist's non-technical skills. *Br J Anaesth*. 2010;105(1):38-44.
- 11 - Mossenson AI, Tuyishime E, Rawson D, Mukwesi C, Why-not S, Mackinnon SP et al. Promoting anaesthesia provider's non-technical skills through the Vital Anaesthesia Simulation (VAST) course in a low-resource setting. *Br J Anaesth*. 2020;124(2):206-13.
- 12 - Yee B, Naik VN, Joo HS, Savoldelli GL, Chung DY, Houston PL et al. Nontechnical skills in anesthesia crisis management with repeated exposure to simulation-based education. *Anesthesiology*. 2005;103:241-8.
- 13 - McRobert AP, Mercer SJ, Raw D, Goulding J, Williams, MA. Effect of expertise on diagnosis accuracy, non-technical skills and thought processes during simulated high-fidelity anaesthetist scenarios. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*. 2017;3 (2):43-7.
- 14 - Majeed N, Mehboob U. Doctor's experiences and awareness of non-technical skills, a way to the development of a behavioral marker system for patient management. *HPEJ*. 2018;1(1):38-44.

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO PACIENTE SOBRE O PAPEL DO ANESTESIOLOGISTA



**LAURO D'AVILA
SILVEIRA BARRETO (SE)**

Médico Anestesiologista
e Membro Ativo da SBA

Departamento de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe (FS)

CET Menino Jesus de Praga



**FABRÍCIO DIAS
ANTUNES (SE)**

TSA/SBA

Mestrado e Doutorado em Ciências
da Saúde Universidade Federal do
Sergipe (UFS)

Professor assistente da Universidade
Federal de Sergipe (UFS)



**MAÍRA DO
LIVRAMENTO FARO (SE)**

Acadêmica de Medicina da
Universidade Federal do
Sergipe (UFS)

MINIRRESUMO

Este estudo avalia o conhecimento de pacientes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe sobre o papel do médico anestesiológico e seus diversos campos de atuação, no período intraoperatório e fora do centro cirúrgico, por meio da aplicação de questionário e sua análise estatística.

RESUMO ESTRUTURADO

O objetivo principal deste estudo é avaliar o conhecimento dos pacientes em relação ao papel do médico anestesiológico diante da percepção da deficiente compreensão da função crucial dessa especialidade na prática clínica e perioperatória, não obstante as vias atuais de acesso a informação. Pesquisas demonstram a subvalorização, por parte da população geral, do anestesiológico e o desconhecimento dos diversos campos de atuação do referido profissional.

Tal conteúdo é um estudo analítico e metodológico que utilizou parte do questionário empregado na pesquisa de Gottschalk et al., no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019, em pacientes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, com a análise estatística realizada no software Epiinfo 7.1.

Foram analisados 113 questionários de pacientes maiores de 18 anos que assinaram o consentimento informado. A idade média foi de 42,8 anos. Foi observado que 40,71% reconheceram o anestesiológico como um médico especialista, 16,81% o reconheceram como um técnico especializado e 21,24% não souberam responder. Dos pacientes abordados, 53,98% não sabiam o tempo necessário para a formação de um anestesiológico.

Os pacientes avaliados mostraram baixo conhecimento em relação às possíveis funções do médico anestesiológico fora do centro cirúrgico, entre elas ensino a estudantes de medicina, tratamento da dor crônica e manejo em UTI. Foi concluído que os pacientes desconhecem o fato de o anestesiológico ser um profissional médico especializado, assim como suas funções no período intraoperatório e fora do centro cirúrgico.

INTRODUÇÃO

A prática do anestesiológico moderno transcende os muros do centro cirúrgico. Inicialmente restrito ao momento do ato anestésico-cirúrgico, hoje esse profissional atua nas unidades de cuidados paliativos, nos centros de trauma e em clínicas de dor, entre outras áreas¹. Além da atividade clínica, esses profissionais também estão aptos a lecionar em cursos de graduação, abordando temas como manejo da dor, medidas perioperatórias, medicina e tecnologia e ressuscitação cardiovascular^{1,2}.

No Brasil, para a formação desse profissional, além da graduação em medicina, curso que dura seis anos, é necessário realizar mais três anos de estudos em residência médica ou centro de ensino e treinamento³.

Apesar dessa grande evolução, a anesthesiologia ainda é reconhecida por muitos como uma especialidade secundária, em que a peça principal do processo perioperatório é o médico-cirurgião. Tal cultura pode ser justificada pelo inadequado conhecimento da população em geral acerca do alcance da função do anestesiológico^{1,2,4}.

O número de pesquisas sobre o conhecimento do paciente a respeito da medicina perioperatória cresce a cada ano, e os resultados são desanimadores, pois demonstram uma subvalorização por parte da população geral em relação aos médicos anesthesiologistas – os pacientes desconhecem os diversos campos de atuação dos referidos profissionais, bem como o tempo necessário para sua formação, e, algumas vezes, o anesthesiologista é visto como um técnico treinado^{5,6}.

O desenvolvimento de técnicas anestésicas mais seguras reduziu os índices de complicações nos procedimentos de modo geral, apesar disso, ainda existe um grande receio dos doentes quanto à submissão ao ato anestésico. Medo de não acordar, de ter lesão no sistema nervoso central e da incidência de náuseas e vômitos consistem nas principais preocupações da população^{5,6}.

Nesse contexto, a função do médico anesthesiologista, para alguns, é “manter o paciente vivo durante a cirurgia” e, para outros, é apenas atuar

como supervisor da equipe cirúrgica. O que chama a atenção é que muitos alunos de graduação em medicina compartilham esse mesmo pensamento, criando um estereótipo sobre o anesthesiologista, a menos que tenham cursado a disciplina de anesthesiologia, que, em muitas universidades, é tida como não obrigatória^{7,8}.

Estudos realizados no Brasil concluem que nossos pacientes estão igualmente desinformados. Para as populações analisadas, não estão claras como se dão a formação do anesthesiologista e as áreas em que esse profissional médico pode intervir. Além disso, essas pesquisas apontam que não houve mudança no nível de conhecimento sobre o referido tema na última década. Em Sergipe, não foi encontrado nenhum tipo de pesquisa acerca do aludido questionamento^{6,8}.

O grande acesso a informação – internet, televisão, aplicativos para celular – não foi capaz de modificar a ótica do doente sobre a função do médico anesthesiologista. Dessa forma, devemos fortalecer a relação médico-paciente para que sejamos vistos como um verdadeiro médico perioperatório e, assim, consigamos conquistar o verdadeiro reconhecimento^{9,10}.

Diante do exposto, surgiu a necessidade de avaliar o que os pacientes atendidos em um hospital de ensino sabem sobre o papel do anesthesiologista, a fim de subsidiar ações para divulgação e valorização dessa especialidade médica, bem como desmistificar os possíveis receios que o doente venha a ter quanto ao ato anestésico-cirúrgico.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo analítico e metodológico com abordagem quantitativa, por meio da aplicação de parte do questionário empregado no estudo de Gottschalk et al. (Anexo 1). A coleta foi realizada no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 94194518.3.0000.5546, e aprovada.

A amostra de 113 pacientes foi estabelecida por conveniência e atendeu aos critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos e que assinaram

o consentimento informado após a leitura de um folheto informativo acerca dessa investigação. Foram excluídos os indivíduos analfabetos e os que se recusaram a participar da pesquisa, bem como os questionários incompletos ou com mais de uma resposta para cada questão. A análise estatística foi realizada no software Epiinfo 7.1

RESULTADOS

Foram aplicados o total de 125 questionários, entretanto, 12 foram excluídos da pesquisa por estarem incompletos ou conterem mais de uma resposta por questão. Dessa forma, a mostra foi constituída por 113 pacientes, sendo 73 mulheres (64,6%) e 40 homens (35,4%). A caracterização sociodemográfica está apresentada na Tabela 1, adiante. A idade variou de 20 a 75 anos (a mediana foi de 44 e a média de 42,8 anos). Em relação ao nível de escolaridade, a maior parte dos questionados (55,75%) possuía apenas o ensino fundamental e 7,07%, nível superior ou pós-graduação. A ausência de histórico anestésico prévio foi relatada por 24,78% dos pacientes; 46,02% afirmaram que já foram submetidos pelo menos uma vez ao ato anestésico e 29,2% disseram que tinham recebido mais de uma anestesia.

O anesthesiologista foi reconhecido como médico especialista por apenas 40,71% dos pacientes. Esse profissional foi considerado um técnico especializado por 16,81% dos respondentes, seguido de cirurgião especializado (15,95%) e enfermeiro especializado (5,31%). A taxa daqueles que não souberam responder foi de 21,24% (Gráfico 1).

A maior parte (53,98%) dos doentes disse que não sabia o tempo necessário para a formação de um médico anesthesiologista, considerando a graduação; 18,58% dos pacientes subestimaram esse tempo para cinco anos; apenas 12,39% dos entrevistados acertaram o tempo necessário de treinamento e 15,04% o sobestimaram em 12 anos ou mais (Gráfico 2).

Quando se comparou o tempo de formação do médico anesthesiologista com o do médico geral e da família, 47,79% dos pacientes responderam que esse tempo era semelhante; 7,08% atribuíram como menor

o tempo para a formação do médico anesthesiologista em comparação com as outras duas especialidades e 20,35% afirmaram que seria necessário um tempo maior para a formação do anesthesiologista; 24,78% não souberam responder a esse questionamento.

Dentre as responsabilidades do médico anesthesiologista no período perioperatório, a tarefa de assegurar que o doente não acorde durante a cirurgia foi a mais lembrada (95,58%), seguida do controle dos níveis pressóricos e da glicemia (93,97%), do gerenciamento da dor no pós-operatório (93,8%), de assistir ao paciente no pós-operatório (79,65%) e de acordar o paciente após a cirurgia (61,06%). Realizar transfusão sanguínea, prevenir náuseas e vômitos e administrar antibióticos profilaticamente foram classificados como de nenhuma ou pouca responsabilidade por 53,1%, 53,09% e 50,44%, respectivamente.

Os pacientes avaliados mostraram um baixo conhecimento em relação às possíveis funções do médico anesthesiologista fora do centro cirúrgico. Apenas 48,7% afirmaram que o anesthesiologista está envolvido ou muito envolvido no ensino a estudantes de medicina. Em relação à participação em comissões hospitalares e faculdades de medicina, a taxa foi de 41,59%. No tratamento da dor crônica, 46,9% responderam que o anesthesiologista não tem nenhum envolvimento ou tem pouco envolvimento. Já na participação em ressuscitação cardiopulmonar, essa taxa foi ainda maior, 47,79%. Em relação ao cuidado de pacientes em UTI, apenas 39,05% afirmaram que o anesthesiologista tem envolvimento ou muito envolvimento.

DISCUSSÃO

Apesar da grande evolução da medicina perioperatória ocorrida nos últimos anos, o conhecimento dos pacientes acerca do papel do médico anesthesiologista, bem como sua formação, é ignorada pela maioria dos doentes atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS). E no Ambulatório de Avaliação Pré-anestésica do Hospital Universitário de Sergipe não é muito diferente.

Quando questionados sobre o que é um médico anesthesiologista, 59,29% dos avaliados não souberam informar que o anesthesiologista é um médico

especializado e responderam de forma equivocada a essa pergunta. Esse dado difere de um estudo semelhante realizado no Brasil, no qual 66,2% dos doentes reconheceram esse especialista como médico⁶. Dos pacientes do Ambulatório de Avaliação Pré-anestésica do Hospital Universitário de Sergipe, 59,52% que já receberam anestesia previamente desconhecem o que é o anesthesiologista (Tabela 2), apesar de esse resultado não ter significância estatística ($p > 0,05$).

A consulta pré-anestésica pode ser definida como uma avaliação clínica e especializada que precede o ato anestésico realizado pelo médico anesthesiologista¹¹. Não foi objeto deste estudo, mas seria interessante conhecer se esses pacientes foram submetidos a esse modelo de consulta, no qual, além da avaliação clínica habitual feita pelo anesthesiologista, o paciente recebe informações completas sobre o procedimento ao qual será submetido e sobre os membros da equipe que realizará a cirurgia. Além de ser um momento em que o paciente tem a oportunidade de dissipar as dúvidas sobre o ato anestésico, é também uma chance para difundir a imagem do médico anesthesiologista¹². Estudos revelam que os pacientes que participam de uma entrevista pré-anestésica padrão são capazes de identificar corretamente o anesthesiologista como médico¹³.

Maior nível de escolaridade foi um fator estatisticamente significativo para o reconhecimento do anesthesiologista como um médico especialista pelo paciente (Tabela 3). Esse dado é corroborado por duas pesquisas semelhantes realizadas no Brasil^{6,8}.

Mesmo com a facilidade de acesso à informação, a função do médico anesthesiologista no período intraoperatório foi desconhecida neste estudo, em consonância com outros já realizados^{2,5,6,8}.

Grande parte dos pacientes reconheceu esse profissional como aquele que assegura que o doente não acorde durante a cirurgia, mas desconhece o fato de que ele monitora os níveis pressóricos e de glicemia, bem como assiste ao paciente no pós-operatório, realiza e define a necessidade de hemotransfusões, administra antibióticos e determina medidas para prevenir náuseas e vômitos. A visão do paciente em relação ao médico

anestesiologista dentro do centro cirúrgico permanece como aquele que “faz o paciente dormir”, e as demais funções desse profissional são subvalorizadas pelos doentes, como mostra um estudo comparativo realizado em centros cirúrgicos de três países diferentes⁵.

Os pacientes avaliados também subvalorizaram o trabalho do anestesiologista fora do centro cirúrgico – ele não foi considerado envolvido ou muito envolvido pela maior parte dos doentes avaliados em nenhuma das atividades levantadas neste estudo. A atividade que mais foi lembrada foi a de ensinar estudantes de medicina. Interessante é que outros estudos, nos quais o mesmo questionário foi aplicado, também chegaram a esse mesmo resultado. Um fato que talvez explique essa

semelhança é que todas as pesquisas foram realizadas em hospitais universitários brasileiros, estadunidenses, australianos e alemães^{5,8}.

CONCLUSÃO

Grande parte dos pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe desconhece o fato de que o anestesiologista é um profissional médico especializado, assim como ignora suas funções no período intraoperatório e fora do centro cirúrgico. Os doentes avaliados também subestimaram o tempo necessário para a formação do referido especialista.

REFERÊNCIAS

1. Lafta JM, Roizen MF. Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anaesthesia: a review. *Anesth Analg*. 1996.
2. Calman LM, Mihalache A, Evron S et al. Compreensão atual da atitude do paciente em relação ao papel e prática do anestesista em Israel: efeito da experiência do paciente. *J Clin Anesth*. 2003;15;6:451-54.
3. Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências Portaria. *Diário Oficial da União*. 19 de maio de 2006, seção 1.
4. Imran M, Khan F. Mudança na percepção e conhecimento do paciente em relação à prática anestésica após uma visita à clínica de anestesia pré-operatória. *Internet J Anesthesiol*. 2012;30;3.
5. Gottschalk A, Seelen S, Tivey S et al. What do patients know about anesthesiologists? Results of a comparative survey in an U.S., Australian, and German university hospital. *J Clin Anesth*. 2017;25;2.
6. Oliveira KF, Clivatti J, Munechika M et al. What do patients know about the work of anesthesiologists? *Rev Bras Anesthesiol*. 2011;61;6:720-7.
7. Harendza S, Pyra M. Just fun or a prejudice? Physician stereotypes in common jokes and their attribution to medical specialties by undergraduate medical students. *BMC Med Educ*. 2017;17;1:128.
8. Ribeiro CF, Mourão JIB. The Anesthesiologist: the patient's vision. *Rev Bras Anesthesiol*. 2015;65;6.
9. Calman LM, Mihalache A, Evron S et al. Current understanding of the patient's attitude toward the anesthetist's role and practice in Israel: effect of the patient's experience. *J Clin Anesth*. 2003;15;451-4.
10. Leite F, Da Silva LM, Biancolin SE et al. Patient perceptions about anesthesia and anesthesiologists before and after surgical procedures. *Med J*. 2011;11;224-9.
11. Dobson G, Chow L, Flexman A et al. Guidelines to the practice of anesthesia. *Can J Anesth/Can Anesth*. 2019;66;1.
12. Wijesundera DN. Preoperative consultations by anesthesiologists. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011;24;326-30.
13. Zvara DA, Mathes DD, Brooker RF et al. Vídeo como ferramenta de ensino do paciente: isso aumenta a consulta anestésica pré-operatória? *Anesth Analg*. 1996;82; 1.065-8.

QUESTIONÁRIO AO DOENTE

Este inquérito é composto por 11 questões. Por favor, assinale com um X apenas uma alínea nas questões 2 a 7 e classifique cada alínea nas questões 8 a 11.

1. Idade: _____anos

2. Sexo

- a) Masculino
- b) Feminino

3. Alguma vez teve uma anestesia?

- a) Não, nunca
- b) Sim, uma vez
- c) Sim, mais do que uma vez

4. Qual o nível de escolaridade máxima obtido?

- a) Não terminei o ensino secundário
- b) Secundário
- c) Faculdade
- d) Pós-graduado

5. Um anestesiológista é:

- a) Um enfermeiro especializado
- b) Um médico especialista
- c) Um técnico especializado
- d) Um cirurgião especialista
- e) Não sabe

6. Quanto tempo, depois de completar o 12º ano de escolaridade, é necessário de educação e treino para ser um anestesiológista?

- a) 5 anos
- b) 9 anos
- c) 12 anos
- d) 15 anos
- e) Não sabe

7. Qual das seguintes opções é verdadeira em relação à educação e ao treino do anestesiológista comparativamente com médicos de família e cirurgiões?

- a) O treino de anestesiologia é mais curto que o de medicina geral e familiar e cirurgia
- b) O treino de anestesiologia é mais longo que o de medicina geral e familiar e cirurgia
- c) O treino de anestesiologia é o mesmo que o de medicina geral e familiar e cirurgia
- d) O treino de anestesiologia é mais longo que o de medicina familiar, mas mais curto que o de cirurgia
- e) Não sabe

8. Qual destas opções você vê como responsabilidade do anestesiologista?

a) Assegurar que os pacientes não acordem durante a cirurgia.

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nenhuma responsabilidade | Pouca responsabilidade | Alguma responsabilidade | Responsável | Muito responsável |

b) Gerir a dor imediatamente após a cirurgia.

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nenhuma responsabilidade | Pouca responsabilidade | Alguma responsabilidade | Responsável | Muito responsável |

c) Acordar o paciente após a cirurgia.

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nenhuma responsabilidade | Pouca responsabilidade | Alguma responsabilidade | Responsável | Muito responsável |

d) Prevenir náuseas e vômitos após a cirurgia.

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nenhuma responsabilidade | Pouca responsabilidade | Alguma responsabilidade | Responsável | Muito responsável |

e) Tratar a tensão arterial elevada e a elevação do açúcar no sangue durante a cirurgia.

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nenhuma responsabilidade | Pouca responsabilidade | Alguma responsabilidade | Responsável | Muito responsável |

f) Administrar antibióticos para prevenir infecções.

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nenhuma responsabilidade | Pouca responsabilidade | Alguma responsabilidade | Responsável | Muito responsável |

g) Efetuar transfusão sanguínea, se necessário, durante a cirurgia.

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nenhuma responsabilidade | Pouca responsabilidade | Alguma responsabilidade | Responsável | Muito responsável |

h) Cuidar do paciente no recobro.

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nenhuma responsabilidade | Pouca responsabilidade | Alguma responsabilidade | Responsável | Muito responsável |

9. Em quais das áreas adicionais do hospital, além do bloco operatório, um anestesiologista está envolvido?

a) Tratamento da dor crônica.



b) Ressuscitação cardiopulmonar.



c) Cuidar dos pacientes nas unidades de cuidados intensivos.



d) Ensinar estudantes de medicina.



e) Nas comissões hospitalares e comissões das faculdades de medicina.



Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos pacientes avaliados: sexo, idade, número de anestésias prévias, escolaridade

| | |
|-------------------------------|-------------|
| <i>Gênero</i> | |
| Masculino | 40 (35,40%) |
| Feminino | 73 (64,60%) |
| <i>Idade (média)</i> | 42,8 anos |
| <i>Anestésias Prévias (%)</i> | |
| Nenhuma | 28 (24,78%) |
| Apenas uma | 52 (46,02%) |
| Mais que uma | 33 (29,20%) |
| <i>Nível de escolaridade</i> | |
| Ensino fundamental | 63 (55,75%) |
| Ensino médio | 42 (37,17%) |
| Ensino superior | 7 (6,19%) |
| Pós-graduação | 1 (0,88%) |

Gráfico 1 Compreensão de quem é o anestesiológico

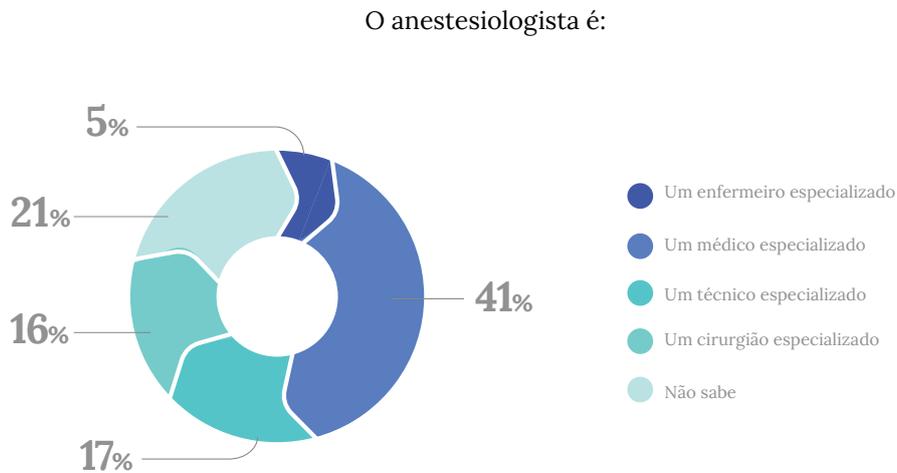


Gráfico 2 Inquérito sobre o tempo de formação do médico anestesiológico

Quanto tempo, depois de completar o 12º ano de escolaridade, é necessário de educação e treino para ser um anestesiológico?

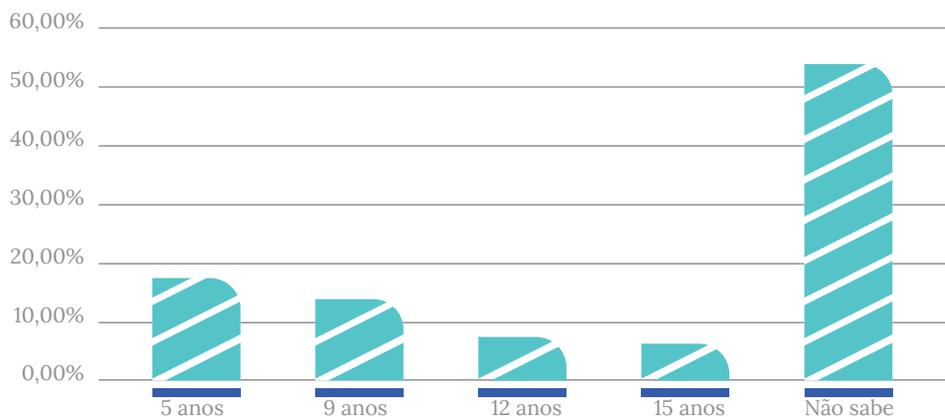


Tabela 2 Comparação entre histórico anestésico e conhecimento sobre a formação do médico anestesiológico

| | Responderam que o anestesiológico é um médico especializado | Não souberam responder ou responderam de forma equivocada |
|--|---|---|
| Pacientes que já se submeteram ao ato anestésico | 40,48% | 59,52% |
| Pacientes que nunca receberam anestesia | 41,38% | 58,62% |

P > 0,05

Tabela 3 Comparação entre nível de escolaridade e conhecimento sobre a formação do médico anestesiológico

| | Responderam que o anestesiológico é um médico especializado | Não souberam responder ou responderam de forma equivocada |
|--|---|---|
| Pacientes que estudaram até o ensino médio | 37,14% | 62,86% |
| Pacientes com, pelo menos, o nível superior incompleto | 87,50% | 12,50% |

P < 0,05

SP[®] **SISTEMA EXCLUSIVO CRISTÁLIA**
STERILE PACK[®]

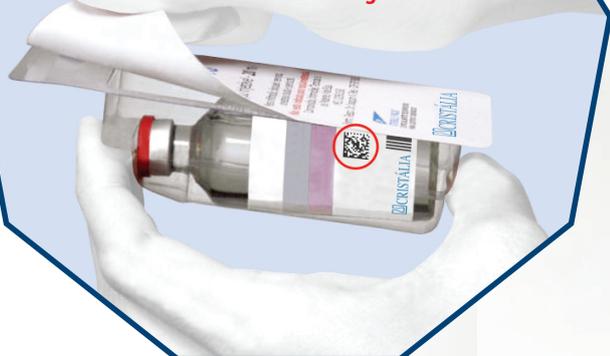
Padrão em segurança na anestesiologia⁽¹⁾

Padrão em
SEGURANÇA
na esterilização de
fármacos usados
no neuroeixo,
espaço epidural e
raquianestesia.⁽¹⁾

Embalagens estéreis diminuem a exposição e o contato dos anestésicos locais com a carga microbiana, reduzindo a possibilidade de contaminação da solução.⁽⁴⁾

INOVAÇÃO
PARA +
SEGURANÇA

**Menor
risco de erro
de medicação.⁽³⁾**



**Doses injetáveis
unitárias,⁽³⁾
embaladas em
estojos esterilizados⁽¹⁾
STERILE PACK[®],
**codificadas pelo
código DataMatrix[®].**⁽²⁾**

Informe publicitário

Referências Bibliográficas: 1. Fernandes CR, Fonseca NM, Rosa DM, Simões CM, Duarte NMC. Brazilian Society of Anesthesiology Recommendations for Safety in Regional Anesthesia. Rev Bras Anesthesiol. 2011; 61 (5): 668-694. 2. Resolução RDC Nº157 de 11 de maio de 2017 [Internet]. Ministério da Saúde. 2017 [citado 08 jun 2017]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_157_2017_.pdf/d900df14-b958-4166-8bcb-5003e96233a9 3. Resolução-RDC Nº 71 de 22 de dezembro de 2009 [Internet]. Ministério da Saúde. 2009 [citado 03 jun 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0071_22_12_2009.html 4. Freitas RR, Tardelli MA. Comparative analysis of ampoules and vials in sterile and conventional packaging as to microbial load and sterility test. Einstein (São Paulo). 2016 May 24;14(2):226-30.

 **SAC**
0800 7011918

www.cristalia.com.br

 **CRISTÁLIA**
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA.

DESAFIOS NO CONTROLE DA DOR EM GASTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA



**CAIO MÁRCIO BARROS
DE OLIVEIRA (MA)**

TSA/SBA

Professor adjunto de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão
(UFMA)

Pós-doutor em Ciências pela
Universidade Federal de São Paulo
(Unifesp/EPM)

Responsável pelo serviço de Dor do
Hospital São Domingos (MA)



**ED CARLOS REY
MOURA (MA)**

TSA/SBA

Mestre e Doutor pela Universidade
Federal de São Paulo (Unifesp)
Professor Adjunto de Medicina
da Universidade Federal do
Maranhão (UFM)



**PLÍNIO DA CUNHA
LEAL (MA)**

TSA/SBA

Pós-doutor em Ciências pela
Universidade Federal de São Paulo
(Unifesp)

Responsável pelo CET do
Anestlife – Hospital São Domingos

A gastroplastia com derivação intestinal em Y de Roux (ou *by-pass* gástrico em Y de Roux) e o *sleeve* (cirurgia restritiva) são as técnicas cirúrgicas mais utilizadas atualmente para o tratamento da obesidade. A via laparoscópica vem sendo cada vez mais empregada, pois está relacionada com menor tempo de estadia hospitalar e em UTI e menor incidência de complicações pós-cirúrgicas.

Entretanto, mesmo em pacientes submetidos a cirurgia por laparoscopia, o controle da dor é inadequado. Estudo norte-americano constatou que 80% dos pacientes apresentam dor após procedimentos cirúrgicos e, destes, menos de 50% recebem tratamento adequado para alívio da dor.

No Brasil, estudo com pacientes obesos submetidos à gastroplastia laparoscópica demonstrou que 56,98% dos pacientes apresentaram dor moderada a intensa em algum momento na sala de recuperação pós-anestésica, e entre os que evidenciaram escore de dor > 3, 25,53% não receberam morfina. O controle inadequado da dor pós-operatória está associado a aumento do tempo de internação hospitalar, maior consumo de opioides e maior ocorrência de dor pós-operatória persistente e de complicações psicológicas, o que aumenta a morbidade e reduz a qualidade de vida dos pacientes.

Com o intuito de reduzir o uso de opioides no período perioperatório, a lidocaína – tanto por via venosa quanto por via peridural – tem promovido importante alívio da dor pós-operatória, com redução de sua intensidade, diminuição do consumo de anestésicos, retorno rápido do trânsito intestinal e diminuição da produção de interleucinas, melhorando a qualidade da recuperação dos pacientes submetidos a cirurgias abdominais.

Recentemente, Sakata et al.¹ relataram que a lidocaína reduziu o consumo de morfina, porém não diminuiu o tempo para atingir os critérios de

alta hospitalar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Da mesma forma, Oliveira et al.², ao estudarem pacientes submetidos à gastroplastia videolaparoscópica, demonstraram redução no consumo de morfina nas primeiras 24 horas e melhora nos escores de qualidade global de recuperação naqueles que receberam a lidocaína. Resultados semelhantes ocorreram em outros tipos de cirurgia que fizeram uso de lidocaína endovenosa no intraoperatório.

Além da lidocaína, outras drogas têm demonstrado bons resultados, como anticonvulsivantes, cetamina e dexmedetomidina. Alguns trabalhos – tanto com gabapentina quanto com pregabalina – têm evidenciado efeito poupador de opioides e redução da intensidade da dor quando administrados como dose única pré-operatória em pacientes obesos mórbidos (OM) submetidos à cirurgia bariátrica. Contudo, é necessária atenção ao uso pré-operatório de rotina desses fármacos em pacientes com obesidade mórbida, pois causam sedação profunda e padrões alterados de sono, principalmente naqueles com apneia obstrutiva do sono³.

Em relação à cetamina, seu uso como adjuvante, em baixas doses (0,1-0,5mg/kg), promove analgesia preventiva, tem efeito poupador de opioide e propriedades anti-hiperalgésicas. Além disso, favorece a respiração, reduz a intensidade da dor e a incidência de náuseas e vômitos, além de diminuir a capacidade de a dor tornar-se crônica. Seu principal efeito colateral são manifestações neuropsiquiátricas indesejáveis, que praticamente não existem quando usada em doses muito baixas (< 0,1mg/kg). O uso da cetamina é particularmente interessante em OM, pois possui baixa incidência de sedação e de depressão respiratória em doses subanestésicas⁴.

A dexmedetomidina é um alfa 2-agonista altamente seletivo e de curta ação que promove sedação sem causar depressão respiratória. Em geral, reduz a intensidade da dor pós-operatória, o uso de opioide

e a incidência de náuseas, sem prolongar o tempo de recuperação. Seu perfil terapêutico é adequado aos pacientes com OM, o que explica seu uso abrangente em protocolos de analgesia multimodal em cirurgia bariátrica. Recentemente, uma metanálise feita com obesos mórbidos submetidos à gastroplastia demonstrou melhor controle da dor pós-operatória associada à redução do consumo de opioides e de náuseas e vômitos pós-operatórios, sem efeitos adversos importantes. A dose mais comumente usada é 0,2-0,4µg/kg/h. Porém, mesmo doses menores, administradas apenas na indução para não retardar o despertar, parecem ajudar no controle da dor⁵.

Desde sua descrição, em 2001, o bloqueio do transversos abdominal (TAP) se tornou um dos bloqueios regionais mais realizados. Ele pode ser usado para fornecer analgesia pós-operatória para cirurgia abdominal aberta e laparoscópica. Sinha et al.⁶ realizaram estudo randomizado controlado com placebo utilizando o TAP *block* bilateral, com um volume de 20ml de ropivacaína a 0,375% em gastroplastia laparoscópica e encontraram redução significativa do consumo de opioide e no escore de dor em comparação com o placebo.

Outro bloqueio em estudo é o bloqueio da bainha do reto abdominal. O anestésico é injetado na bainha do reto posterior, orientado por ultrassom, proporcionando analgesia da porção média da parede abdominal anterior, desde o processo xifoide até a sínfise púbica em adultos. Hong et al.⁷ realizaram o bloqueio bilateral com 40ml de ropivacaína a 0,375% e obtiveram analgesia superior ao placebo na gastrectomia aberta.

O bloqueio do quadrado lombar também pode ser utilizado para analgesia da parede abdominal, proporcionando extensão analgésica superior ao TAP *block*, provavelmente por causa da migração do anestésico para o espaço paravertebral após a injeção lateral ao músculo quadrado lombar na área de contato com a fáscia transversal. Tal bloqueio proporcionou analgesia eficaz na dose de 20ml de ropivacaína a 0,375% bilateral para cirurgia laparoscópica.⁸

Por último, temos o bloqueio do nervo eretor da espinha, guiado por ultrassom, com a agulha direcionada para o processo transversos de T7. A injeção de 20ml de bupivacaína a 0,375%, bilateral, proporcionou redução do consumo de opioides no pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica⁹ e parece ser uma estratégia interessante em cirurgia bariátrica.

Quando comparamos a analgesia peridural com o TAP *block* fica claro que ambos proporcionam analgesia semelhante, porém, os pacientes submetidos à analgesia peridural apresentaram aumento significativo de íleo paralítico, náuseas e vômitos no pós-operatório em comparação com o grupo bloqueio¹⁰. Além disso, diversos adjuvantes já foram utilizados nesses bloqueios com aumento da eficácia, como a dexametasona, a clonidina, a dexmedetomidina e o sulfato de magnésio.

Assim, o conceito de analgesia multimodal deve estar sempre presente quando se fala em controle da dor em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica laparoscópica, procedimento que, muitas vezes, tem seu potencial de dor subestimado.

REFERÊNCIAS

1. Sakata RK, de Lima RC, Valadão JA et al. Randomized, double-blind study of the effect of intraoperative intravenous lidocaine on the opioid consumption and criteria for hospital discharge after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 2020;30:1.189-93.
2. Oliveira GS, Duncan K, Fitzgerald P, Nader A, Gould RW, McCarthy RJ. Systemic lidocaine to improve quality of recovery after laparoscopic bariatric surgery: a randomized double-blinded placebo-controlled trial. *Obesity Surgery*, 2014;24:212-8.
3. Hassani V, Pazouki A, Nikoubakht N, Chaichian S, Sayarifard A, Shakib Khankandi A. The effect of gabapentin on reducing pain after laparoscopic gastric bypass surgery in patients with morbid obesity: a randomized clinical trial. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 2015;5:e22372.
4. HM K. Ketamine as an adjuvant to morphine for patient controlled analgesia in morbidly obese patients. *J Med Sci*, 2008;8:364-70.
5. Singh PM, Panwar R, Borle A, Mulier JP, Sinha A, Goudra B. Perioperative analgesic profile of dexmedetomidine infusions in morbidly obese undergoing bariatric surgery: a meta-analysis and trial sequential analysis. *Surgery for obesity and related diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 2017;13:1434-46.
6. Sinha A, Jayaraman L, Punhani D. Efficacy of ultrasound-guided transversus abdominis plane block after laparoscopic bariatric surgery: a double blind, randomized, controlled study. *Obes Surg*, 2013 Apr;23(4):548-53.
7. Hong S, Kim H, Park J. Analgesic effectiveness of rectus sheath block during open gastrectomy: a prospective double-blinded randomized controlled clinical trial. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Apr;98(15):e15159.
8. Ishio J, Komazawa N, Kido H, Minami T. Evaluation of ultrasound-guided posterior quadratus lumborum block for postoperative analgesia after laparoscopic gynecologic surgery. *J Clin Anesth*, 41:1-4. doi:10.1016/j.jclinane.2017.05.015.
9. Altıparmak B, Korkmaz Toker M, Uysal AI, Kuşçu Y, Gümüş Demirbilek S. Ultrasound-guided erector spinae plane block versus oblique subcostal transversus abdominis plane block for postoperative analgesia of adult patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: randomized, controlled trial. *J Clin Anesth*, 2019;57:31-36. doi:10.1016/j.jclinane.2019.03.012.
10. Pirrera B, Alagna V, Lucchi A, Berti P, Gabbianelli C, Martorelli G et al. Transversus abdominis plane (TAP) block versus thoracic epidural analgesia (TEA) in laparoscopic colon surgery in the ERAS program. *Surg Endosc*, 2018 Jan;32(1):376-382.

RECOMPENSA FINANCEIRA PELOS SERVIÇOS PRESTADOS EM ANESTESIOLOGIA



**PEDRO CANDIDO
ISMAEL (SP)**

TSA/SBA

Instrutor do CET do hospital São Francisco de Ribeirão Preto (SP)



**JOSÉ ROBERTO
NOCITI (SP)**

Presidente da SBA – Gestão 1990

Corresponsável do CET do hospital São Francisco de Ribeirão Preto (SP)



**FERNANDO FELIX
TINCANI (SP)**

Médico anestesiológico - CET/SBA- Hospital São Francisco de Ribeirão Preto (SP)

MBA em Gestão em Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas

Embara o assunto suscite ainda alguma discussão, o trabalho em grupo constitui a forma mais próxima do ideal para o desempenho das atividades na área da anestesiologia. Ele assegura continuidade diuturna das ações; descanso após determinado período de trabalho; férias anuais; possibilidade de atualização em cursos/congressos fora da cidade; eventual colaboração de colegas para enfrentar desafios na sala de cirurgia; continuidade de ganho em caso de doença e seguro em grupo (de menor custo que o individual) para o exercício profissional, entre outros benefícios.

O trabalho em grupo envolve escalas de plantão; consultas pré-anestésicas; atendimento na sala cirúrgica e em locais afastados do centro cirúrgico; atividades na sala de recuperação pós-anestésica; constituição de quadro de diretores administrativos e de relacionamento com entidades hospitalares e serviços ou departamentos que possuem médicos em especialização/residentes. Somam-se a esses fatores as atividades de ensino e de gerenciamento de curso, que geram tantas horas de trabalho quanto aquelas dedicadas ao atendimento nas salas cirúrgicas.

Obviamente, para que o trabalho em grupo seja bem-sucedido, é preciso que seus membros entendam essas premissas e concordem com elas, além de manter um bom relacionamento pessoal entre si.

Resultam desse cenário os problemas relativos à recompensa financeira pelos serviços prestados. Em hospitais universitários e públicos, geralmente (mas nem sempre), é adotado o sistema de remuneração por salários, adaptados ao número de horas semanais (ou, eventualmente, mensais) trabalhadas. Entretanto, nos grupos privados, a situação é diferente: normalmente, se trabalha com o sistema de “caixa única”, em que os pagamentos arrecadados de pacientes particulares ou

de convênios formam um *pool* que deve ser dividido entre os componentes. Surge então a questão: como valorar o desempenho de um anestesologista que atende uma cirurgia cardíaca com duração de 4-5 horas e o de outro que atende o consultório de avaliação pré-anestésica no mesmo período ou, ainda, o de um terceiro que pratica sedação no hospital oftalmológico afastado do hospital-sede? Acrescente-se a essas questões a possibilidade de um membro do grupo julgar-se prejudicado porque não foi adequadamente remunerado por um serviço mais difícil do que o executado por outro membro na sala ao lado.

Várias soluções têm sido aventadas, na maioria das vezes adaptadas às condições locais de trabalho de cada grupo. Aquela por nós adotada remonta a 1984, quando um dos membros do Serviço de Anestesia do Grupo São Francisco teve a oportunidade de visitar a Clínica de Anestesia São Paulo, na época gerida pelo dr. Alberto Caputo, e conhecer o método praticado ali chamado de Fator Modulador de Desempenho, que minimizava o descontentamento com a relação trabalho/remuneração entre os membros da equipe.

O modelo consiste basicamente em contabilizar o faturamento bruto do serviço de anestesia e dele deduzir as despesas fixas e variáveis. Chega-se, dessa forma, ao lucro líquido,

do qual 37% são separados e depositados em uma conta denominada “conta-ponto” e o restante, 63%, é destinado à divisão baseada nas regras de progressão porcentual que normatizam o ingresso de novos membros no grupo.

O saldo existente na “conta-ponto” é dividido pelo número total de pontos anotados pelos anestesologistas em impresso adequado, baseado num manual de valor de tarefas – médicas, administrativas, docentes etc. No primeiro dia útil de cada mês, realiza-se a apuração do valor do ponto, que é feita dividindo-se o valor existente na “conta-ponto” pelo número total de pontos. Em

“O desempenho profissional no teatro cirúrgico como a evolução científica, ambos fatores fundamentais para a obtenção da qualidade do serviço.”

seguida, o número de pontos obtidos por cada membro é multiplicado pelo valor do ponto, e cada um recebe parte de seus proventos com base no número de pontos que fez no mês. Esse valor somado ao que cada um recebe de acordo com as regras já citadas para ingresso e permanência no serviço de anestesia compõe a recompensa financeira mensal individual.

A título de ilustração, seguem, abaixo, os números de pontos para recompensa financeira por alguns serviços prestados em anestesiologia num grupo como o nosso, que atende um hospital sede e outros locais, incluindo uma maternidade, e que possui curso de especialização reconhecido pela SBA.

| | Nº DE PONTOS |
|---|--------------|
| I. PLANTÕES | |
| 1º plantonista (18h) | 180 |
| 2º plantonista (9h) | 100 |
| Sábados, domingos e feriados (24h) | 500 |
| Feriados especiais (Natal e ano-novo, 24h) | 1.000 |
| II. ANESTESIAS | |
| Portes 1 a 5 (Tabela AMB) | 20 |
| Portes 1 a 5 (duração maior que 3h) | 40 |
| Portes 6 e 7 | 40 |
| Cirurgia bariátrica | 60 |
| Craniotomia ou aneurisma | 60 |
| Cirurgia cardíaca (duração de 4h) | 100 |
| Cirurgia cardíaca (duração maior que 4h) | 100 + 10/h |
| Cirurgia neuropediátrica (duração de 4h) | 100 |
| Cirurgia neuropediátrica (duração maior que 4h) | 100 + 10/h |
| Craniotomia paciente acordado (duração 4h) | 100 |
| Craniotomia paciente acordado (duração maior que 4h) | 100 + 10/h |
| Tomografia, ressonância | 30 |
| Embolização, endopróteses | 60 |
| Valvuloplastias percutâneas | 100 |
| III. CARGOS E ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS | |
| Reunião administrativa | 100 |
| Diretor (chefe de serviço) | 800/mês |
| Vice-diretor | 200/mês |
| Tesoureiro | 500/mês |
| Responsável CET/ SBA | 600/mês |
| Portador de TSA/SBA | 250/mês |
| Doutorado | 80/mês |
| Mestrado | 40/mês |
| IV. ATIVIDADES DE ENSINO | |
| Aulas de curso teórico | 150 |
| Confecção e aplicação de provas trimestrais | 150 |
| Provas admissão novos MEs/residentes | 100/cada |
| Palestras na especialidade na cidade | 200 |
| Palestras na especialidade em outras cidades | 700 |
| Tema livre no CBA com nome de ME/residente | 500 |
| Publicação na especialidade em revista/livro | 1.000 |
| Publicação na especialidade em revista de outra especialidade | 500 |

Pela exposição, fica claro que um sistema como este – de recompensa financeira por serviços prestados – pode ser adaptado às condições peculiares de qualquer serviço/departamento de anestesiologia, para facilitar

o relacionamento e evitar atritos entre seus membros. Nele são valorizados tanto o desempenho profissional no teatro cirúrgico como a evolução científica, ambos fatores fundamentais para a obtenção da qualidade do serviço.

67º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA

Carlos Alberto Pereira de Moura (RJ)

Presidente da Comissão Executiva do 67º CBA



A Assembleia de Representantes (AR) da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) do ano de 2015 aprovou que a Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro (Saerj) fosse a organizadora do Congresso Brasileiro de Anestesiologia (CBA) do ano de 2020.

O orgulho e a felicidade tomaram conta da Saerj e de sua Diretoria. Logo em seguida, iniciou-se a adoção das medidas necessárias para viabilizar esse evento de tamanha representatividade e magnitude para a anestesiologia brasileira.

Em 2020, vamos fazer acontecer o 67º Congresso Brasileiro de Anestesiologia! Esse foi o pensamento dominante na Saerj e a grande meta da Diretoria da época e das que vieram a seguir.

A Saerj pensou – e pensa – em organizar um evento com a participação de 3.500 a 4.000 congressistas. Evento à altura da anestesiologia brasileira e da cidade do Rio de Janeiro.

A Assembleia Geral da Saerj elegeu o presidente da Comissão Organizadora, que, em conjunto com os diretores da sociedade, escolheu os demais componentes dessa comissão, a saber:

Carlos Alberto Pereira de Moura – presidente;

Carlos Eduardo Lopes Nunes – presidente da Comissão Científica;

Fernando Antonio de Freitas Cantinho – presidente da Comissão de Secretaria;

Jorge de Albuquerque Calasans Maia – presidente da Comissão de Tesouraria;

Mauro Pereira de Azevedo – presidente da Comissão Social.

A Comissão Organizadora, por meio de seus “líderes” em cada área, convidou vários membros da Saerj para participarem de todo o trabalho que envolve a organização de um CBA. Somos um time formado por 25 membros da Saerj!

Esse grupo, juntamente com as Diretorias da Saerj 2017/2018 e 2019/2020, respectivamente presididas por Helton José Bastos Setta e Samuel Felipe da Fonseca Gelli, vem atuando de forma intensiva para proporcionar um CBA do qual os anestesiológicos brasileiros (e de outros lugares do mundo) nunca se esqueçam.

Durante e logo após o bem-sucedido 66º CBA, em Goiânia, Go, intensificamos nossa atuação, e a prova disso é que já saímos de Goiânia com 224 inscrições realizadas. Em 26 de abril de 2020, chegamos a 483 inscritos sem que tivéssemos tido a oportunidade de divulgar o 67º CBA na Jonna e no Copa de 2020.

Nessa mesma ocasião, ainda que com a mesma observação em relação à Jonna e ao Copa e acrescida da não realização da feira

Hospitalar, tínhamos 16 empresas patrocinadoras acertadas para participar do 67º CBA.

Em relação a convidados de outros países, já havia entendimento com 28 palestrantes nomeados pela Comissão Científica e mais 11 que nos foram apresentados pela SBA. Nesse primeiro contato, havia a resposta positiva de todos eles.

Nossas regionais, comissões e comitês da SBA foram contatados para que enviassem a relação de palestrantes e os respectivos temas para que a Comissão Científica, dentro das ideias e propostas, pudesse absorver o maior número de colegas brasileiros como convidados do evento.

Nosso objetivo era ter uma prévia da programação científica até 30 de abril e sua conclusão, em 31 de maio.

“Levanta, sacode a poeira e dá a volta por cima.” Com esse lema seguimos em frente e vamos fazer o 67º CBA com mais força, vibração, elegância e alegria para todos os que dele participarem.

Também já estava tudo pronto para lançarmos um aplicativo do 67º CBA em abril, o qual seria rotineiramente municiado de todas as informações referentes ao evento.

Centro de convenções, empresa assessora de organização de eventos, empresa de marketing, agência de viagens, tudo certo e funcionando corretamente.

Porém, como todo mundo, fomos diretamente atingidos pela pandemia do novo coronavírus e isso nos fez reavaliar todas as conquistas obtidas até então, bem como as possibilidades de manter viável a realização do 67º CBA na data prevista – de 14 a 18 de novembro de 2020.

Durante o mês de abril e no dia 1º de maio totalizamos seis reuniões, sendo três entre nós, da Comissão Organizadora, e as outras três entre nós e a Diretoria da SBA, para tomarmos uma decisão a respeito da manutenção ou não do CBA em 2020.

Em 1º de maio, na reunião conjunta com a Diretoria da SBA, solicitamos o adiamento do 67º CBA para o ano de 2021, no período de 20 a 24 de novembro. Conseguimos garantir o mesmo centro de convenções para essa data.

A Diretoria da SBA nos deu total apoio nessa solicitação e envidou os esforços necessários para torná-la possível, uma vez que quatro outros CBAs já estavam programados por decisão de AR.

Esse entendimento com as diretorias das regionais e também, em alguns casos, com a Presidência da Comissão Organizadora do CBA obteve êxito e todos concordaram em adiar, por um ano, o calendário científico da SBA em relação ao CBA.

Nosso muito obrigado às regionais da Paraíba, do Mato Grosso, do Rio Grande do Sul e do Ceará por terem entendido nossa situação e terem aprovado a alteração do calendário dos CBAs. Essa atitude ratifica nosso lema de que “a SBA somos todos nós”.

A Comissão Organizadora é a mesma; os demais componentes de cada comissão são os mesmos; a Diretoria da Saerj mudará, mas seus membros continuarão nas diferentes comissões do CBA, e a vontade de todos, nesse momento, é muito maior, pois a anestesiologia brasileira é grande e superior a essa pandemia.

Os patrocinadores estão conosco firmes e fortes. Os já confirmados ratificaram sua presença,

O 67º CBA está vivo e acontecerá na cidade do Rio de Janeiro, no Centro de Convenções do Hotel Windsor Oceânico, no bairro da Barra da Tijuca, no período de 20 a 24 de novembro de 2021.

são parceiros de longa data e sempre estão conosco nos diferentes momentos de nossa caminhada. Os demais já se comprometeram em acertar conosco, em futuro próximo, tão logo voltemos à normalidade.

Aos inscritos mandamos uma mensagem de agradecimento por terem feito essa opção com bastante antecedência. Se quiserem é só deixar como está. Além disso, estamos oferecendo a eles uma inscrição grátis para um acompanhante e a chance de concorrer ao sorteio de um videolaringoscópio durante o CBA.

Se, porventura, não puderem se fazer presentes em 2021, agradecemos da mesma forma e pedimos que entrem em contato pelo e-mail cba2020@interevent.com.br até 31 de agosto de 2020 para que possamos efetuar o reembolso do valor pago.

“Levanta, sacode a poeira e dá a volta por cima.” Com esse lema seguimos em frente e vamos fazer o 67º CBA com mais força, vibração, elegância e alegria para todos os que dele participarem.

JUNTOS VAMOS DERROTAR A COVID-19!

Maria Luiza Melo Alves da Silva (PE)

Presidente da Saepe



A Sociedade de Anestesiologia do Estado de Pernambuco (Saepe), preocupada com seus associados e com os profissionais de saúde que estão fazendo o máximo para salvar vidas no combate à Covid-19, tem feito um excelente trabalho em seu centro de simulação. Com a impossibilidade de realizar os cursos que estavam programados – e que foram cancelados por causa do isolamento social – e usando a expertise do anestesiológico, optou por incrementar um programa de treinamento – presencial e on-line – com o tema Intubação e Manejo de Via Aérea para Pacientes com Covid-19. Na ocasião, convidou médicos de todas as especialidades, associados ou não da Saepe, da Região Metropolitana do Recife e do Interior do estado de Pernambuco.

// Enfoque da Regional

Graças ao esforço, à habilidade e à disponibilidade do grupo de 29 instrutores, já foram treinados, até o momento, quase 700 médicos! A Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco encaminha colegas do interior para participarem do treinamento on-line.

A Saepe conta com o apoio da Coopanest - PE e da SBA nessa jornada. Comemoramos as vitórias que alcançamos a cada dia. Estamos passando por um momento em que nossos esforços são cruciais e cada vitória é um marco. O apoio da SBA, que nos concedeu horários da plataforma Zoom para os treinamentos on-line, foi muito importante.

Os cursos são gratuitos, mas, em paralelo, iniciamos uma ação social, na qual a Saepe e a Coopanest - PE arrecadam doação de cestas básicas, produtos de limpeza e higiene ou doação em dinheiro para a compra desses itens. Várias instituições que prestam assistência já foram contempladas!

De batalha em batalha, todos juntos venceremos essa a guerra.



Da esquerda para a direita, Dra. Maria Luiza Alves, presidente, e Dra. Jane Amorim, diretora científica.

Da esquerda para a direita – dr. Ezequiel Calou, diretor da Saepe, Padre Severo, da Paróquia Nossa senhora do Ó (Ipojuca-PE), e dra. Miriam Passos, diretora da Coopanest (PE)





Dr. Ezequiel Calou, diretor da Saepe



Dra. Ana Cíntia Carneiro Leão

TREINAMENTO DE INTUBAÇÃO E MANEJO DE VIA AÉREA PARA PACIENTES COVID 19

A PARTIR DO DIA **13/04**
DURAÇÃO DO TREINAMENTO: 1H

*TREINAMENTO PARA MÉDICOS ANESTESISTAS E NÃO-ANESTESISTAS
*GRUPO DE 3 MÉDICOS POR HORÁRIO

*CURSO GRATUITO E PARA OS QUE DESEJAREM CONTRIBUIR COM A CAMPANHA SOCIAL DA SAEPE, ESTAREMOS ARRECADANDO ALIMENTOS, PRODUTOS DE LIMPEZA E CONTRIBUIÇÕES PARA A COMPRA DE ESSES ITENS.

| | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta |
|--------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 08:30- 09:30 | ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS |
| 09:45- 10:45 | ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS |
| 11:00- 12:00 | ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS |
| 14:00- 15:00 | NÃO-ANESTESISTAS | ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | ANESTESISTAS |
| 15:15- 16:15 | NÃO-ANESTESISTAS | ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | ANESTESISTAS |
| 16:30- 17:30 | NÃO-ANESTESISTAS | ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | NÃO-ANESTESISTAS | ANESTESISTAS |

*OS PARTICIPANTES DEVEM LEVAR AS SUAS MÁSCARAS

REALIZAÇÃO: SAEPE

APOIO: COOPANEST-PE SBA

08:55



Dr. Emmanuel Victor Magalhães Nogueira

O HUMANO QUE EXISTE EM TODO PROFISSIONAL

Lorena Ibiapina Mendes de Carvalho (PI)

- Residência médica e doutorado em anestesiologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp)
- Presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado do Piauí (Saepi)
- Médica anestesiológica plantonista do Hospital Getúlio Vargas e Hospital Maternidade Satélite (Teresina-PI)

Que caminhos em nossa história cheia de meandros e alegrias e dificuldades e desafios nos trouxeram para o ser anestesiológico

que há em cada um de nós? Que forças de caráter se imprimem na missão pela qual batalhamos, na diversidade de facetas de que lançamos mão como profissionais? Ao agregar sabedoria, humanidade, justiça, moderação, coragem e transcendência, ora algumas dessas forças, ora outras, somos muitos em um só. Somos, antes de tudo, seres humanos. Imperfeitos nas bordas, mas transcendendo os mais puros valores no centro da essência.

Quais são, pois, seus valores? Seus medos? Suas angústias? E o que o motiva a seguir, fundamentalmente, em cada ação e cada força que o move?



A fim de contextualizar tal ideia, do fragmento e do todo, do profissional que existe dentro de cada humano e do humano que habita o profissional – em nosso caso, médicos e anestesiológicos –, peço licença para contar-lhes uma breve história.

Com pouco mais de cinco anos de experiência como anestesiológica, uma trajetória torta de estudos e busca da essência da felicidade colocou-me nessa missão. Após um ano de residência médica em clínica médica em renomada instituição, ainda me prendiam as inseguranças de por que eu estava seguindo aquele caminho. Passado um ano de fortalecimento e aprendizado intenso que todo R1 proporciona, acordei no meio de uma madrugada e, ao abrir os olhos, decidi que mudaria de rumo.

Sem saber exatamente para que rua conduzia aquela curva, nessa mesma manhã, assinei alguns papéis na Comissão de Residência Médica da FMRP (USP) e me despedi da instituição que tanto me ensinara naquele breve, mas intenso, período. Esse dia, diria, foi o divisor de águas. O momento em que se vira a chave da vida e se abre uma porta nova na certeza de que, daquele minuto em diante, adentra-se em uma mudança que impacta sua história para sempre. Um curto estágio observacional de anestesiologia na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB – Unesp), realizado dois meses depois, resgatou-me o ânimo e a motivação há tanto tempo perdidos. Seguiram-se a residência médica em anestesiologia na mesma instituição que tão bem me acolhera (FMB – Unesp) e uma profissional com alto grau de satisfação e ávida por novos desafios.

Passados pouco mais de oito anos daquela virada de chave, como muitos de nós antes de ter um caso difícil, estudo e leio algumas páginas

que o tempo permite na véspera, a fim de prover o melhor cuidado possível para aquele paciente que, deitado na mesa fria do centro cirúrgico, espera receber ao cerrar os olhos com a indução anestésica.

Um desses estudos deu-se para uma criança de cerca de 3 anos, com proposta de cirurgia cardíaca para correção de comunicação interventricular (CIV). Preparei-me com o afinco que a complexidade da cirurgia requeria, atualizando os principais protocolos em anestesia de doses de medicações para o peso daquela pequena paciente. No dia da cirurgia, naquela apertada salinha de espera, aguardavam-me a mãe, a avó, o pai e a própria paciente, envolvida tranquilamente nos braços de sua genitora. Após cuidadosa apresentação e conversa com a família, tive como saldo o ganho da confiança de minha pequenina paciente. Acolhi-a nos braços e nos direcionamos à sala de cirurgia. Ao virar as costas, senti uma mão no ombro esquerdo. “Doutora, por favor, cuide bem de minha filha. Ela é tudo na minha vida.” Voltando a

vista em sua direção, encarei, com empatia, seus olhos lacrimejados ao receber esse valoroso pedido. Com algumas palavras, então, confortei-a: “*Tudo ficará bem, vamos cuidar bem dela.*”

Tudo bem planejado, indução anestésica tranquila e cirurgia sem nenhuma intercorrência. Todavia, a saída da circulação extracorpórea (CEC) – todo anestesiológico sabe – é etapa crucial e delicada para o êxito da cirurgia cardíaca. Nesse caso, na saída da CEC, foi necessária transfusão de concentrado de hemácias, e a sequência de eventos foi uma montanha-russa de emoções que o gerenciamento de crise impacta para toda a equipe. Nossa pequena paciente evoluiu com uma grave reação transfusional – TRALI

(abreviação curta para *transfusion related acute lung injury*) foi a hipótese que melhor se ajustou ao quadro, e apareceram, no fundo da memória, outros casos semelhantes que eu havia presenciado no RI de clínica médica. Em momento de extrema dificuldade clínica

**“Doutora, por favor,
cuide bem de minha
filha. Ela é tudo na
minha vida.”**

e emocional, enquanto liderava aquela equipe e aqueles experientes cirurgiões, rezava a Deus pedindo uma solução. O pediatra intensivista foi acionado para dar suporte clínico e, pensando alto, juntos, tentamos conduzir tão complicada situação.

Em algum momento, apesar de todos os nossos esforços, aquela singela criança, que senti no colo horas antes, sucumbiu. Equipe unida, fomos juntos (anestesiológico, cirurgiões, pediatra intensivista e enfermeira) dar a pior notícia possível a uma mãe: apesar de todos os esforços, sua filha se fora para sempre. Abracei-a, sabendo que aquele não era o abraço que ela queria sentir. Baixei a cabeça, por um momento, como mãe, não mais médica, por não cumprir a promessa horas antes proferida. Somente imagino a dor daquela mulher, naquele momento, aquela chave da vida dela que se virava. E com a cabeça baixa de impotência e uma angústia profunda, retirei-me dali, atrás de mim os gritos e o choro que ecoavam o mais extremo desespero. O caminho daquele centro

cirúrgico nunca foi mais comprido e mais triste, certa de que somente minha sombra habitava o lugar. Minhas forças desabaram e, sentada num banco em algum canto, coloquei as mãos no rosto e senti todas as lágrimas do mundo nos dedos. Éramos eu e Deus, e nenhum estudo, por melhor que fosse, preparou-me para aquele momento. Senti, então, uma mão no ombro. Era a mão de outro colega, anesthesiologista, muito querido e parceiro de qualquer empreitada. Com algumas palavras de conforto, ele aliviou minha dor.

Foram muitos meses para recuperar-me desse incidente. Desistir da anesthesiologia nunca havia sido uma opção, mas será que a anesthesiologia teria desistido de mim? Era preciso dar um novo significado para aquele dia, que impregnava meu currículo. Não o lattes, mas aquele currículo que escrevemos na alma, ao encosto do travesseiro, antes de dormir, sabendo que no dia seguinte o reabrir dos olhos iniciará uma nova jornada. E, então, pouco a pouco, uma anestesia após a outra, o peso da dor transformou-se em experiência de vida. E o peso da alma tornou-se mais leve da culpa carregada (de como tal momento poderia ter sido diferente?), dando lugar a alguém perfeitamente ciente de suas limitações.

O que ficou disso? O sentir daquele toque, daquelas duas mãos sobre meus ombros em momentos tão distintos. A primeira mão, da confiança, que todo paciente coloca sobre nós, seus médicos anesthesiologistas, que cuidaremos de suas vidas, assim como cuidamos de nós mesmos, conforme juramento outrora proferido sob tão nobre púlpito. A segunda mão, a da solidariedade, da entrega, da amizade, de um colega para o outro. Do colega que não apenas divide o plantão, mas também a sabedoria e a mágica de cada indução anestésica, cada caso difícil, cada palavra de apoio ou, na plenitude do mistério que abriga o silêncio, que seja um toque de uma mão sob o significado mais humano e mais profundo que existe no vocábulo... União.

Quais são seus valores? O que é seu centro? A essência que o torna único, no ser humano e profissional que se entremeiam e completam sua pessoa?

A Sociedade Brasileira de Anesthesiologia (SBA) semeia como valores primordiais a educação por

meio da ciência, a ética e a união, culminando na missão de exercer a formação, educação, certificação e representação de seus associados. Esses valores traduzem os pilares fundamentais da SBA. "A SBA somos todos nós!" Somos, hoje, mais de 12 mil anesthesiologistas brasileiros sócios da SBA (12.629, precisamente) que disseminam esses valores em cada uma de suas respectivas 25 regionais e mundo afora. É preciso, outrossim, lembrar o princípio que nos move na confiança e no amparo do toque da mão de cada colega sobre o ombro do outro, não importando sua localização geográfica ou sua história, mas sabendo com quem podemos contar nas mais diversas esferas da vida, incondicionalmente, e sempre!

Agradecimentos

Ao dr. Marcos
Albuquerque e ao
Núcleo do EU (SBA) pelas
vivências e referências de
positividade, felicidade,
ciclos da vida e forças de
caráter.

Ao dr. Augusto
Takaschima pelas
referências sobre a SBA e
os valores que constam de
seu estatuto.

HOMENAGEM AO DR. HUMBERTO DO VAL

Wellington Menelli Pioto (ES)

- Presidente da Sociedade de Anestesiologia do Espírito Santo (ES)
- MBA em gestão em saúde

Dr. Humberto Do Val, 80 anos, é médico, anesthesiologista, e pesquisador. Hoje ele tem uma fábrica que salva vidas! Mas vamos voltar ao início dessa história para entender como tudo começou.

Foi no dia 19 de setembro de 1939, em Castelo, cidade pequena do interior do Espírito Santo, que nasceu Humberto Ribeiro Do Val. De família de classe média, filho de pai farmacêutico e mãe “do lar”, ele começou a trabalhar aos 14 anos. Trabalhou na farmácia do pai até os 18 anos. Depois, decidiu ir para o Rio de Janeiro. Para isso, contou com a ajuda do pai e dos irmãos mais velhos. Lá ele concluiu o terceiro ano e, logo depois, em 1960, ingressou na faculdade, na época chamada de Escola de Medicina e Cirurgia



do Rio de Janeiro. Lá ele conheceu José Joaquim Cabral de Almeida, um português que se tornou seu mentor. Sua vontade inicial era ser cirurgião, mas ao conhecer uma das criações de Cabral de Almeida, um ventilador pulmonar, ele se apaixonou pela área de anestesiologia. Já no quinto ano de faculdade, o ainda jovem Humberto fez sua primeira criação: uma válvula que era usada em reanimadores. A invenção foi publicada na Revista Brasileira de Anestesiologia em 1966.

Já formado, o médico decidiu retornar para Vitória. E foi em um congresso de anestesiologia, em Guarapari, que ele conheceu Kentaro Takaoca, o maior fabricante de equipamentos de anestesiologia do Brasil da época. Durante o encontro, o dr. Humberto apresentou a Kentaro o esquema de um aparelho de ventilação que usava como “motor” um respirador criado por ele. Um sistema do tipo *bag in bottle*, uma espécie de balão dentro de uma botija. Foi assim que nasceram os ventiladores da série 800 KT.

“Eu ainda colaborei com mais três sistemas pneumáticos do Takaoca, entre eles um modo de alterar a relação INS-EXP “respirador 670” e uma válvula de segurança 310”, diz, com orgulho, o dr. Humberto.

E ele não parou mais. Em 1969, com a ajuda de um grupo de profissionais, o dr. Humberto desenvolveu a primeira unidade respiratória do Espírito Santo, implantada no Hospital São José, hoje Hospital Central. Isso foi o embrião de uma unidade de terapia intensiva. No início dos anos 1970, eles também criaram o primeiro centro de ensino e treinamento em anestesiologia do Espírito Santo.

E aqui cabe citar uma curiosidade. Foi esse mesmo grupo, juntamente com o dr. Humberto, que também implantou a Central do BIP, sistema em que os médicos ligavam para uma central e recebiam os recados mais importantes. Esse empreendimento trouxe liberdade, tranquilidade e descanso ao trabalho exaustivo dos médicos.

Em 1982, o pai do dr. Humberto, depois de uma complicação cirúrgica, teve que ser

transferido para o Hospital Santa Rita. Lá, o dr. Humberto conheceu o médico cardiologista Wilson Valadão Azeredo, que se tornaria seu sócio. Passados alguns anos de pesquisa, eles desenvolveram a tecnologia que utilizam até hoje.

Em 1987, saíram em busca de parcerias. Uma empresa do sul do país, a Narcosul, topou a ideia. Nascia, assim, a Vent-Logos, e a fabricação de equipamentos começou em 1989.

“Eu queria muito suprir uma carência do estado”, sonhava o dr. Humberto.

No final dos anos 1980, começaram a surgir ventiladores pulmonares mais modernos, eletrônicos, depois, os microprocessados, mas o dr. Humberto não se rendeu aos encantos dessa tecnologia: **“Fui teimoso, fui na contramão. Resolvi insistir no pneumático, por serem mais baratos, duráveis e seguros. Nossa garantia é de cinco anos”, diz orgulhoso do invento.**

E mesmo diante da forte concorrência, o dr. Humberto ainda criou o primeiro aparelho dedicado especialmente aos prematuros e recém-nascidos.

“Existe muita tecnologia na simplicidade. Até o simples tem segredo. Minha paixão pela ventilação mecânica já tem 57 anos”, diz um emocionado dr. Humberto.

E quem diria que, hoje, durante a pandemia, o sonho que nasceu na década de 1980 poderia dar suporte à vida de pacientes vítimas da Covid-19?

A fábrica fica no bairro Santa Luíza, em Vitória, onde as peças brutas que passam pela usinagem ganham a forma e o tamanho necessário para integrar o equipamento. De processos manuais e automáticos nascem os ventiladores pulmonares, popularmente conhecidos como respiradores. A fábrica produz três principais tipos de respirador: um mais compacto, muito utilizado em emergências, e os outros dois com mais utilidade em UTIs móveis, terapias semi-intensivas, transporte intra-hospitalar e ambulatórios.

A produção não para, porque não há dificuldade na aquisição de peças. Todos os componen-

tes dos respiradores produzidos aqui são nacionais. Uma solução num momento tão angustiante: **“Os ventiladores específicos de terapia intensiva dependem de insumos importados, então, neste momento, em detrimento dessa ausência, o mercado está vendo a gente como uma possibilidade de solução”**, explica o filho que cuida dos negócios da família, Eduardo Val.

A escassez desse produto no mercado fez com que a fábrica se movimentasse ainda mais. A produção que era de, aproximadamente, 40 subiu para 200 unidades por mês. Novos números que estão prestes a se multiplicarem. Uma parceria com uma indústria médica de São Paulo vai colocar ainda mais respiradores capixabas no mercado.

“Essa associação vai permitir que nossa produção ultrapasse 2 mil unidades por mês. A expectativa é que nossa indústria, que é brasileira, consiga – juntamente com a indústria de São Paulo, que também tem registro

na Anvisa, que também é brasileira – suprir a demanda de ventilação mecânica de nossa sociedade”, informa o filho Eduardo.

Essa é a única fábrica de respiradores pulmonares do Espírito Santo.

Aos 80 anos, o médico, anesthesiologista e pesquisador, dono de uma inteligência e criatividade sem fim, não pensa em parar: **“Quero trabalhar até a véspera de meu enterro”**, concluiu o dr. Humberto.

“Estou dando continuidade ao legado dele. É bonito ver que o mercado hoje compreende o valor desse patrimônio. É um privilégio poder fazer isso com ele em vida. Ele está muito feliz. Ele tem 80 anos e está trabalhando como um menino. Ele tem um propósito de vida claro. O propósito de salvar vidas”, afirma, honrado, o filho Eduardo.

É com muito orgulho que a Sociedade de Anestesiologia do Espírito Santo presta esta singela homenagem a esse grande capixaba!

Com contribuição da jornalista Eliana Gorriti



1º Congresso Virtual de Anestesiologia da SBA

31 OUT. A
2 NOV. 2020

TEMA

ANESTESIA E CONECTIVIDADE

REALIZAÇÃO



PATROCÍNIO



SEGURANÇA DO PACIENTE

NÓS NOS PREOCUPAMOS

Mais do que promover medicamentos, a **Aspen Pharma** está comprometida com uma experiência clínica de qualidade, e a difusão de informações científicas, sempre com foco na **SEGURANÇA DO PACIENTE.**



Informe publicitário

Acesse nossas redes e conheça um pouco mais sobre nossa atuação no Brasil e filosofia de trabalho.



aspenpharmabrasil

A PROVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA E O PERFIL DO CANDIDATO

Autores (Comissão de Educação Continuada – 2020):

Catia Sousa Goveia

Sara Lúcia Ferreira Cavalcante

Abel Fernando Rech

Felipe Souza Thyrso de Lara

Luiz Carlos Bastos Salles

Paulo Adilson Herrera

A prova do Título de Especialista em Anestesiologia (TEA) obedece à normativa da Associação Médica Brasileira (AMB) para a concessão de titulação e certificação de especialista, atualizada em janeiro de 2017¹. É um exame de suficiência, organizado e realizado pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), que está em conformidade com os critérios que atendem às resoluções do Conselho Fede-

ral de Medicina (CFM) nº 2.148/2016 e nº 2.149/2016^{2,3}.

Como pré-requisito obrigatório para inscreverem-se no exame, os candidatos que realizaram a especialização fora dos centros de ensino e treinamento credenciados pela SBA devem comprovar formação e treinamento reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou, para aqueles que não realizaram programas de

especialização ou residência médica, é necessária a comprovação de atuação na área pelo dobro do tempo de formação do programa de residência médica, o que, no caso da anestesiologia, corresponde a seis anos.

A Comissão de Educação Continuada (CEC) da SBA é, há três anos, responsável por elaborar, aplicar e corrigir as provas para a outorga do TEA. A SBA promove o exame uma vez a cada ano. Conforme a normativa da AMB, a avaliação de suficiência deverá ter, no mínimo, duas das seguintes avaliações: teórica, teórico-prática, prática ou análise curricular. A SBA estabelece que seu exame seja composto por duas etapas: avaliação teórica – realizada sob forma escrita – e teórico-prática, historicamente ministrada em formato de prova oral⁴. A nota para aprovação deve ser superior a seis em ambas as etapas.

A prova teórica do TEA já passou por diversos formatos e, atualmente, é constituída por 60 itens de resposta selecionada, com questões de múltipla escolha. O conteúdo abordado corresponde exatamente ao programa teórico utilizado pela Comissão de Ensino e Treinamento (CET) para os cursos de especialização em centros credenciados pela SBA e pela matriz de competências estabelecida pelo Ministério da Educação^{5,6}. O modo de aplicação do exame também passou por diferentes métodos e, neste ano de 2020, com a crescente modernização dos processos da SBA, será ministrada apenas no formato eletrônico. As regionais da SBA credenciadas são responsáveis por seguir a logística da aplicação da prova.

Na prova teórico-prática, realizada no Rio de Janeiro (cidade-sede da SBA), em até 40 dias após a divulgação do resultado da primeira etapa, o candidato é avaliado por uma banca composta por dois examinadores portadores de TSA sendo um deles, obrigatoriamente, membro da CEC. Nessa fase, o candidato deve demonstrar capacidade de identificar, entender e manusear situações clínicas em anestesia com embasamento teórico. Excepcionalmente, neste ano corrente, em virtude das restrições sanitárias impostas pela pandemia da Covid-19, a segunda fase

do exame não será aplicada no formato de prova oral, mas por meio de itens de resposta construída^{7,8}, com prova teórico-prática discursiva de respostas curtas, com a utilização de casos clínicos estruturados.

Nos últimos anos, a SBA vem investindo na formação e qualificação dos membros das comissões responsáveis pela elaboração de suas provas, a saber: Comissão de Educação Continuada (CEC), Comissão de Ensino e Treinamento (CET) e Comissão Examinadora do Título Superior em Anestesiologia (CETSA). Seus integrantes participam, anualmente, de oficinas de elaboração de questões com especialistas da área de educação médica, e a conformidade aos novos padrões tem sido alcançada com sucesso.

Em 2019, uma comitiva composta por membros da Diretoria e das comissões científicas da SBA iniciou parceria com o American Board of Anesthesiology (ABA – <http://www.theaba.org>). O objetivo foi a troca de informações e experiências com os especialistas em educação médica e em análise psicométrica da instituição americana responsável pelos exames de certificação em anestesiologia daquele país. Nas reuniões por videoconferência, o ABA participa do diagnóstico dos pontos fortes e das fragilidades dos exames de certificação da SBA e contribui para o processo de adequação às atuais expectativas⁹.

Em conformidade com os preceitos modernos da educação médica, a prova do TEA emprega itens de avaliação com diferentes tipos de operação cognitiva: desde questões que exigem a aplicação de conhecimento em novas circunstâncias até aquelas que consideram a compreensão e a interpretação e até mesmo a recordação de informações memorizadas. O que se espera no exame de suficiência em anestesiologia é que o especialista demonstre aspectos cognitivos de alta abstração e seja capaz de interpretar situações clínicas e realizar a tomada de decisão¹⁰.

Na construção da formação pessoal e profissional, existe a necessidade de se definirem conhecimentos e habilidades bem determinados para completar o objetivo da proficiência. Na formação de

um anesthesiologista, o marco direcionado para essa constatação é a prova do TEA. Na ocasião, os candidatos se colocam diante de uma prova de suficiência em que a matriz da SBA está bem definida e aplicada. Contudo, as formas de avaliação estão em constante adaptação, tanto tecnológica quanto em relação às aspirações e características de cada geração. Os conceitos tecnológicos complementam desde a aplicação e a segurança do conteúdo até a correção de provas e ainda podem ampliar o alcance territorial da avaliação do TEA. Além disso, as novas gerações e o conceito educacional promovem uma grande discussão, sobretudo no que se refere a métodos e objetivos de uma avaliação. A geração Y representa a maior proporção em nossa profissão, mas, atualmente, cresce o número dos candidatos da geração Z¹¹. Com as mudanças mais céleres, cada vez mais gerações diferentes trabalharão juntas, o que exige o desenvolvimento de competências comportamentais distintas ou virtudes para o êxito no ambiente profissional e na vida em sociedade.

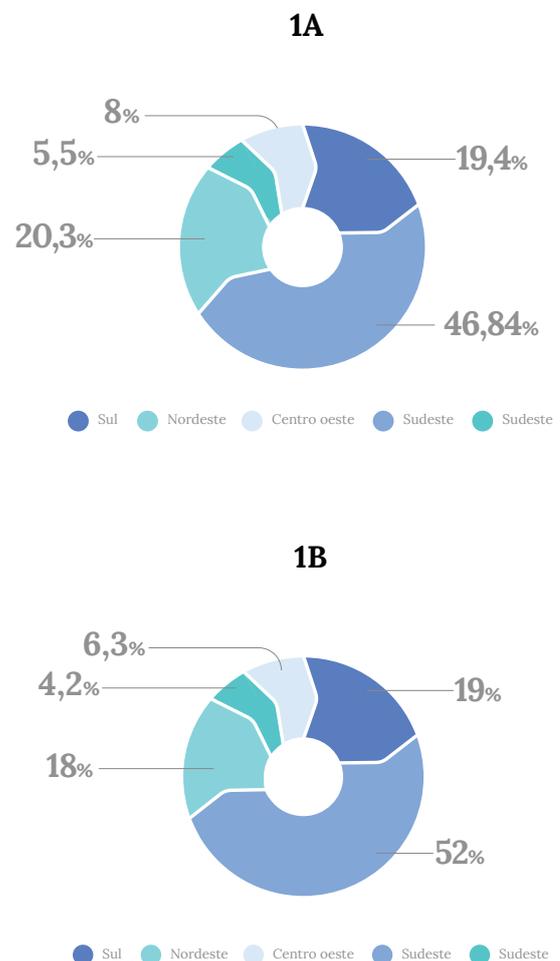
As gerações mais influenciadas pela evolução tecnológica em grande escala vêm mostrando uma necessidade de *feedback* e de formatação de propósitos para qualquer nível de avaliação, teste ou mudanças. Assim, reivindicam processos mais transparentes para o estabelecimento de metas, retornos mais frequentes e avaliações menos formais. O universo populacional reflete o “líquido” que o polonês Zygmunt Bauman¹² escolheu como metáfora para ilustrar o estado dessas mudanças: facilmente adaptáveis, fáceis de serem moldadas e capazes de manter suas propriedades originais.

Portanto, para que se conheçam os atuais candidatos ao exame de suficiência em anesthesiologia e também o futuro associado da SBA, a CEC conduziu, em 2019, uma pesquisa para entender seu perfil. Para tanto, foram entrevistados, por meio de formulário eletrônico, 235 candidatos quando realizaram a segunda fase (prova oral) da avaliação para o TEA 2019. Entre eles, 56,5% eram do sexo masculino e 43,5% do feminino. A idade média dos candidatos foi de 33,55 anos (IC 95% = 32,78 - 34,33) – o candidato mais jovem tinha 27 anos e o mais idoso, 68 anos. Cerca de 92% haviam concluído

a residência médica em centros não credenciados pela SBA e somente 7,6% dos candidatos não haviam concluído a residência médica. Os candidatos que não concluíram a residência médica tinham média de idade significativamente maior (42,35 anos; IC 95% = 36,49 - 48,22) em relação àqueles que concluíram a residência (32,83 anos; IC 95% = 32,19 - 33,47) (p = 0,0034). Para comparação, foi utilizado o teste T de Student para as duas amostras com variâncias diferentes (Stata 12.1®. Statacorp - Texas, USA).

Na prova oral do TEA, foram avaliados candidatos de todas as regiões do Brasil. Na Figura 1A, pode ser observada a distribuição dos candidatos segundo sua origem e, na Figura 1B, a região do país de atuação profissional.

Figura 1 – Distribuição dos candidatos ao TEA segundo região de origem (1A) e região de atuação profissional (1B)



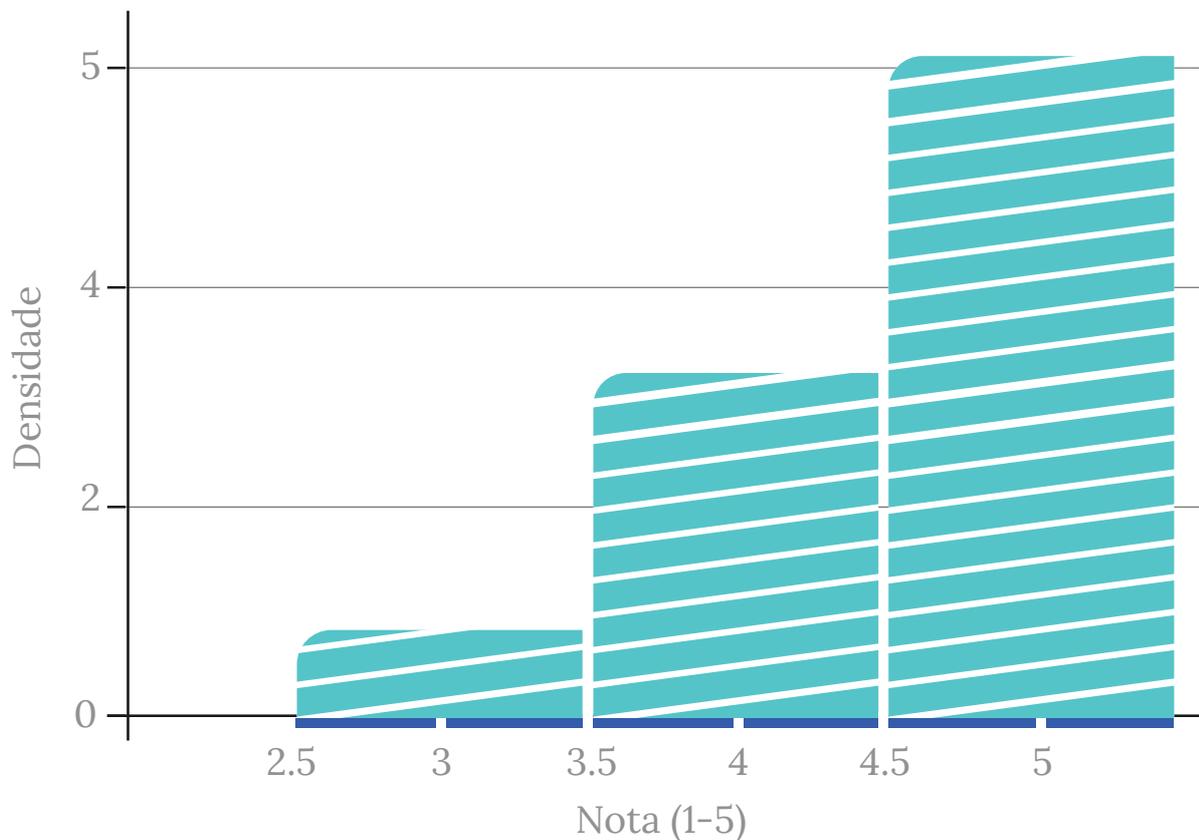
Entre os candidatos entrevistados, 74% atuam profissionalmente na esfera pública e privada, 17,6% somente no serviço público e 8,4% somente no serviço privado. Majoritariamente, trabalham apenas na especialidade de anestesiologia (91%); somente 9% dos avaliados atuam em outra especialidade. Em média, os candidatos já exerciam a especialidade há cerca de 3,4 anos (IC 95% = 2,80 - 4,07), com amplitude de, no mínimo, zero e, no máximo, de 18 anos.

Na pesquisa também foi avaliada a impressão dos candidatos sobre a prova teórica da primeira fase.

Consideraram-na bem equilibrada entre raciocínio clínico, conhecimento e memorização (69% das respostas); 20% julgaram que houve predomínio do raciocínio clínico e conhecimento e apenas 11% dos entrevistados pensam que houve um predomínio de perguntas que exigiam memorização.

Para a experiência geral com a prova teórica, foram convidados a atribuir uma nota de 1 a 5. Em 95% das respostas, atribuíram nota igual ou superior a 3. Para reafirmar a satisfação com o processo, nota igual ou superior a 4 foi dada por 90% dos candidatos (Figura 2).

Figura 2 - Histograma de distribuição das notas atribuídas pelos candidatos à prova escrita do TEA



O avanço do conhecimento e a forma de adquiri-lo não são estáticos, como bem demonstra a história dos diversos campos da ciência. Dessa forma, é racional que as ferramentas para sua aferição acompanhem essa realidade e se moldem às novas conjunturas. Para tanto, a SBA continuamente mede parâmetros, entre eles os aqui descritos, que, além de ajudarem a caracterizar o público de nossas provas e futuros associados, auxiliam também a nos nortear corretamente para avaliações mais justas, capazes de analisar a proficiência.

A busca pelo aprimoramento faz parte da filosofia da SBA, o que é publicamente divulgado em seu planejamento estratégico, visando atender os anseios de seus associados. Entre os quatro pilares de atuação da SBA – formação, educação continuada, defesa profissional e certificação – esse último também está em evolução e sob constante atenção. Como instituição responsável por irradiar o conhecimento em anestesiologia, temos o dever de entregar provas por meio das quais os candidatos sejam realmente medidos em relação à finalidade pretendida, e como consequência de seu empenho e sua excelência profissional atestada, que possam ficar orgulhosos de suas conquistas e oferecer os melhores cuidados e segurança aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Associação Médica Brasileira (AMB). Normativa de regulamentação do exame de suficiência para titulação de especialista ou certificação de área de atuação. São Paulo, setembro de 2016.
2. Resolução CFM nº 2.148/2016. Publicada no DOU, em 3 agosto de 2016, seção I, p. 99. Em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2148_2016.pdf.
3. Resolução CFM nº 2.149/2016. Publicada no DOU, em 3 de agosto de 2016, seção I, p. 99. Em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf.
4. Regulamento do Título de Especialista em Anestesiologia. Em: <https://www.sbahq.org/resources/pdf/arquivos/estatuto/sba/2020/REGULAMENTO-DO-TEA.pdf>.
5. <https://www.sbahq.org/programa-me/>.
6. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=102641-matriz-anestesiologia&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.
7. Osterlind SJ. Constructing test items: multiple-choice, constructed-response, performance, and other formats. 2nd ed. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1998.
8. Sam AH, Field SM, Collares CF, van der Vleuten CPM, Wass VJ, Melville C, Harris J, Meeran K. Very-short-answer questions: reliability, discrimination and acceptability. *Med Educ*. 2018 Apr;52(4):447-455. doi: 10.1111/medu.13504. Epub 2018 Feb 1.
9. Zhou Y, Sun H, Macario A, Martin DE, Rathmell JP, Warner DO. The American Board of Anesthesiology's staged examination system and performance on the written certification examination after residency. *Anesth Analg*. 2019, Nov; 129(5):e159-e162. doi: 10.1213/ANE.0000000000004250.
10. Zaidi NLB, Grob KL, Monrad SM, Kurtz JB, Tai A, Ahmed AZ, Gruppen LD, Santen SA. Pushing critical thinking kills with multiple-choice questions: does bloom's taxonomy work? *Acad Med*. 2018 Jun; 93(6):856-859. doi: 10.1097/ACM.0000000000002087.
11. Albuquerque LG, Cordeiro HTD. Perfis de Carreira da Geração Y. In: Encontro da Anpad, 37. Rio de Janeiro, 2013.
12. Bauman, Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

A SAÚDE OCUPACIONAL E O QUE PODEMOS APROVEITAR DA LEGISLAÇÃO ATUAL

Pablo Britto Detoni (SE)

- TSA/SBA
- Presidente da Comissão de Saúde Ocupacional
- Pós-graduado em Medicina Ocupacional



A palavra “anestesiologia” nos faz pensar em duas coisas: primeiramente, a ciência, o conhecimento; e, em segundo plano, a profissão, o trabalho. As formas de obtermos proventos ao colocar em prática a anestesiologia são bastante variadas e, geralmente, pouco abordadas. É difícil falar em dinheiro e mais difícil ainda ter noção das opções de como ganhar dinheiro.

Diante disso, é importante abordar esse assunto e pensar em como ele influencia a saúde laboral dos anestesiológicos. De modo geral, os anestesiológicos podem ser celetistas, servidores públicos e profissionais autônomos, sendo essa última opção a mais comum. No cenário da atividade liberal, somos nossos próprios chefes e, algumas vezes, nos tornamos chefes cruéis, que negligenciam as próprias férias, bem como a carga de trabalho equilibrada e a saúde laboral.

O dia 15 de novembro de 2018 foi um marco para a saúde do anestesiológico com o lançamento da Carta de Recife. Nesse documento, a SBA propôs um modelo de bem-estar ocupacional. Para

artigo do ano na Anestesia em Revista iria abordar o que são essas normas e como elas estão envolvidas com o trabalho do anesthesiologista.

Cada profissão possui seus riscos laborais específicos, e a legislação existe para avaliar e categorizar esses riscos. A título de exemplificação, podemos citar o famoso Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), que, no ano passado, ganhou evidência entre os anesthesiologistas por causa da Reforma da Previdência e da possibilidade da aposentadoria especial. Nesse contexto, surge a pergunta: afinal, o que é o PPP? O PPP é previsto no artigo 271 da Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 6 de agosto de 2010. Ou seja, desde 2004, ele é obrigatório para todas as empresas que expõem

seus empregados a agentes nocivos, o que é o caso de hospitais, que possuem agentes biológicos.

O documento supracitado acompanha toda a atividade de trabalho durante a integralidade da vida laboral do profissional. É como se fosse um verdadeiro “prontuário” do labor. Por isso, os órgãos

previdenciários exigem esse documento – por meio dele é possível ver por quantos anos o trabalhador foi exposto a insalubridades.

O PPP não promove a saúde do trabalhador em si, ele registra as exposições nocivas a que ele está submetido. É um documento previdenciário, e não oriundo de uma norma regulatória do trabalho previsto na CLT. Portanto, os anesthesiologistas celetistas, autônomos, estatutários, cooperados etc. precisam ter um PPP para comprovar a insalubridade de seu cotidiano laboral perante a Previdência.

Outro assunto que merece abordagem é a disposição contida nas Normas Regulamentares (NR), como a NR-7 e a NR-9, que tratam do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), respectivamente.

O PCMSO é o conjunto de procedimentos que deve ser adotado pelas empresas com o objetivo de prevenir e diagnosticar precocemente danos à saúde decorrentes do trabalho. Utilizando o exemplo anterior, o médico ocupacional ciente do risco de abuso de drogas instituiu exames toxicológicos periódicos para os trabalhadores, a fim de caracterizar previamente o abuso de substâncias.

Já o PPRA é um conjunto de ações que objetiva a preservação da saúde e da integridade/segurança dos trabalhadores. Esse programa atua por meio de etapas que visam à antecipação, ao reconhecimento, à avaliação e, conseqüentemente, ao controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a ocorrer

no ambiente de trabalho.

O PPRA leva em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Em muitos casos, os anesthesiologistas autônomos ficam expostos ao PPRA dos celetistas a seu redor. Ainda seguindo o exemplo anterior, podemos citar casos que envolvem o risco de abuso de substâncias

entre trabalhadores com acesso a medicamentos entorpecentes. Nessa situação, o PPRA da instituição vai impor um controle rígido de dispensa e devolução dessas medicações.

Muitas empresas enxergam as normas regulamentares para saúde como mais uma obrigação para preencher em relação aos anesthesiologistas no regime celetista. Todavia, tais regulações de promoção de saúde, quando bem cumpridas e observadas em todo o meio ambiente laboral, podem trazer grandes benefícios à saúde dos trabalhadores.

Vale salientar que a Constituição Federal de 1988 (CF/88) garante a todos os trabalhadores urbanos e rurais a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (artigo 7º, XXII), além de outros recursos que visem à melhoria de sua condição social. Ademais, a Constituição

**Cada profissão
possui seus riscos
laborais específicos,
e a legislação
existe para avaliar
e categorizar
esses riscos.**

// Defesa profissional em foco

assegura a todos o direito a um meio ambiente laboral equilibrado, conforme se extrai da leitura dos artigos 225 e 200, VIII, da CF/88.

Além da previsão constitucional de proteção de todos os trabalhadores, a CLT estabelece expressamente, em seu artigo 154, que o capítulo de normas de segurança e medicina do trabalho se aplica a todos os ambientes de trabalho.

É preciso frisar que as normas protetivas, inclusive as NRs, quando bem aplicadas, trazem grandes benefícios para todos. No entanto, os anestesiólogistas autônomos muitas vezes são excluídos desses benefícios. No intuito de buscar o bem-estar proclamado pela Carta de Recife, a CSO está elaborando um modelo com um conjunto de procedimentos que pode servir como

guia para os associados promoverem a prevenção e diagnosticarem precocemente possíveis danos à saúde decorrentes da profissão .

O referido modelo será criado com o intuito de auxiliar os anestesiólogistas, sobretudo os profissionais autônomos e os signatários da Carta de Recife, com algo semelhante ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, que possibilita diagnosticar e prevenir a síndrome de burnout, o abuso de medicamentos e a exposição a agentes biológicos, entre outros tipos de risco a que os anestesiólogistas estão expostos.

Como conclusão, podemos dizer que é dever de toda a sociedade zelar pelo bem-estar da população. Nesse sentido, a CSO está fazendo a sua parte, ao reunir esforços na busca da promoção da saúde dos anestesiólogistas.

Tabela 1 - Resumo das normas

| | PPP | PCMSO | PPRA |
|-----------------|---------------------------|------------------------|--|
| Portaria | Ministério da Previdência | Ministério do Trabalho | Ministério do Trabalho |
| Obrigatoriedade | Todos | Todos | Todos |
| Fiscalização | Todos | > CLT/Estatutário | > CLT/Estatutário |
| Característica | Documentar exposição | Promoção da saúde | Promoção da saúde e prevenção de acidentes |

*PPP: Perfil Profissiográfico Previdenciário; PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional; PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais; CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas



PARADA CARDÍACA EM POSIÇÃO PRONA

João Henrique Zucco Viesi (RS)

- Título Superior em Anestesiologia (TSA / SBA)
- Instrutor do Suporte Avançado de Vida em Anestesia (SAVA / SBA)
- Instrutor do Curso de Via Aérea (CVA / SBA)
- Membro do Comitê de Reanimação e Atendimento ao Politraumatizado (SBA)
- Instrutor Corresponsável do Centro de Ensino e Treinamento do Serviço de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Sampe / HCPA)
- Membro das equipes de transplante cardíaco e pulmonar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

As compressões torácicas precoces de alta qualidade, juntamente com a desfibrilação imediata, são de fundamental importância para aumentar as taxas de retorno à circulação espontânea durante a parada cardíaca e otimizar o prognóstico neurológico. Interrupções nas compressões torácicas podem afetar negativamente o prognóstico, e o atraso na desfibrilação está relacionado com a redução da sobrevida hospitalar¹⁻³.



O posicionamento em decúbito ventral pode ser necessário para a realização de procedimentos cirúrgicos ou a otimização clínica de pacientes críticos.

Em pacientes submetidos à ventilação mecânica por causa da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) grave, demonstrou-se que a aplicação precoce de sessões prolongadas de posicionamento prona diminuiu significativamente a mortalidade em 28 e 90 dias⁴. No contexto da pandemia do SARS-CoV-2, a complicação mais comum e mais severa da Covid-19 é a falência respiratória aguda hipoxêmica, fazendo-se necessário o uso de estratégias ventilatórias, a exemplo da ventilação mecânica invasiva⁴. Recente estudo observacional retrospectivo envolvendo pacientes com SDRA grave por SARS-CoV-2 evidenciou que a alternância de decúbito esteve associada a melhor capacidade de recrutamento pulmonar; a posição prona também foi associada a melhores padrões de oxigenação⁵. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Surviving Sepsis Campaign reforçam que a aplicação de ventilação em posição prona é recomendada para

pacientes adultos com SDRA moderada a grave (relação $PaO_2/FiO_2 < 150$) oriunda da Covid-19 por períodos de 12 a 16 horas ao dia⁶⁻⁸, podendo também ser considerada em pacientes pediátricos⁶.

Além de ser mais fácil ressuscitar alguém em decúbito dorsal, alterar o decúbito de um paciente criticamente enfermo em posição prona em uma situação de emergência está associado a vários riscos de complicações, como deslocamento do tubo endotraqueal ou extubação acidental, desconexão das linhas vasculares venosas e arteriais e lesões físicas no paciente e na própria equipe, sem contar que o consumo de tempo associado ao procedimento, além da necessidade de mais recursos humanos, inevitavelmente, atrasa o início das compressões torácicas e da desfibrilação, podendo piorar o prognóstico^{9,10}. No contexto perioperatório, durante alguns procedimentos cirúrgicos (a exemplo da neurocirurgia, cirurgia de coluna ou cirurgia vascular), muitas vezes, torna-se inviável a alteração rápida de decúbito do paciente¹¹.

A American Heart Association, em suas diretrizes de 2010, recomenda que “quando o paciente não pode ser colocado em decúbito dorsal, pode ser razoável que os socorristas forneçam RCP com o paciente em decúbito ventral, particularmente naqueles hospitalizados com via aérea avançada” (Classe IIb, nível de evidência C)¹². Em estudos realizados em ambiente de terapia intensiva com pequenos grupos de pacientes, a RCP em posição prona gerou pressões arteriais mais altas que a RCP em decúbito dorsal^{13,14}. Sugere-se que essa técnica possa estar associada a menores complicações oriundas de fratura de costela, lesão cardíaca e pneumonia aspirativa¹³.

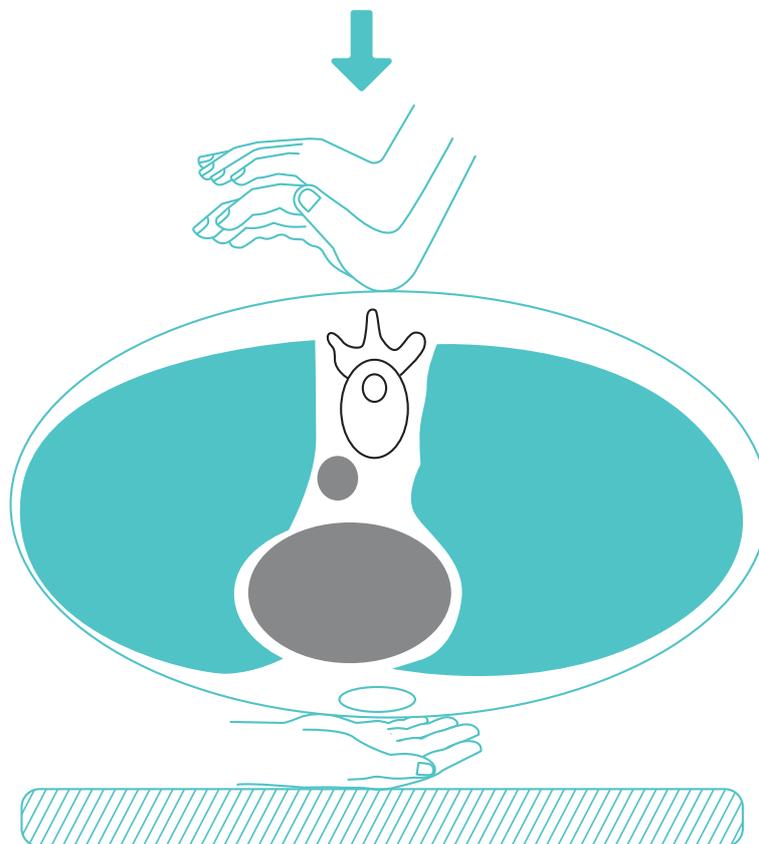
As diretrizes do Resuscitation Council (Reino Unido), publicadas em 2014, recomendam que as compressões torácicas sejam iniciadas sem mudança de decúbito em pacientes adultos com parada cardíaca durante neurocirurgia em posição prona. Nesse sentido, indica-se que a eficácia da ressuscitação cardiopulmonar seja avaliada por

meio da monitorização da capnografia e da pressão arterial invasiva, apontando-se a alteração de decúbito do paciente caso as compressões torácicas sejam consideradas ineficazes⁵.

As compressões torácicas em decúbito ventral devem ter a mesma frequência e profundidade que na posição supina, sendo necessário que o paciente esteja

sobre uma superfície rígida ou que se aplique uma contrapressão esternal¹¹. A Intensive Care Society e a The Faculty of Intensive Care Medicine recomendam a técnica de duas mãos sobre o centro da coluna torácica, localizada entre as duas escápulas¹⁰, conforme descrito por Dequin et al.⁹. A contrapressão pode ser aplicada no esterno por um segundo reanimador (Figura 1)^{9,10}.

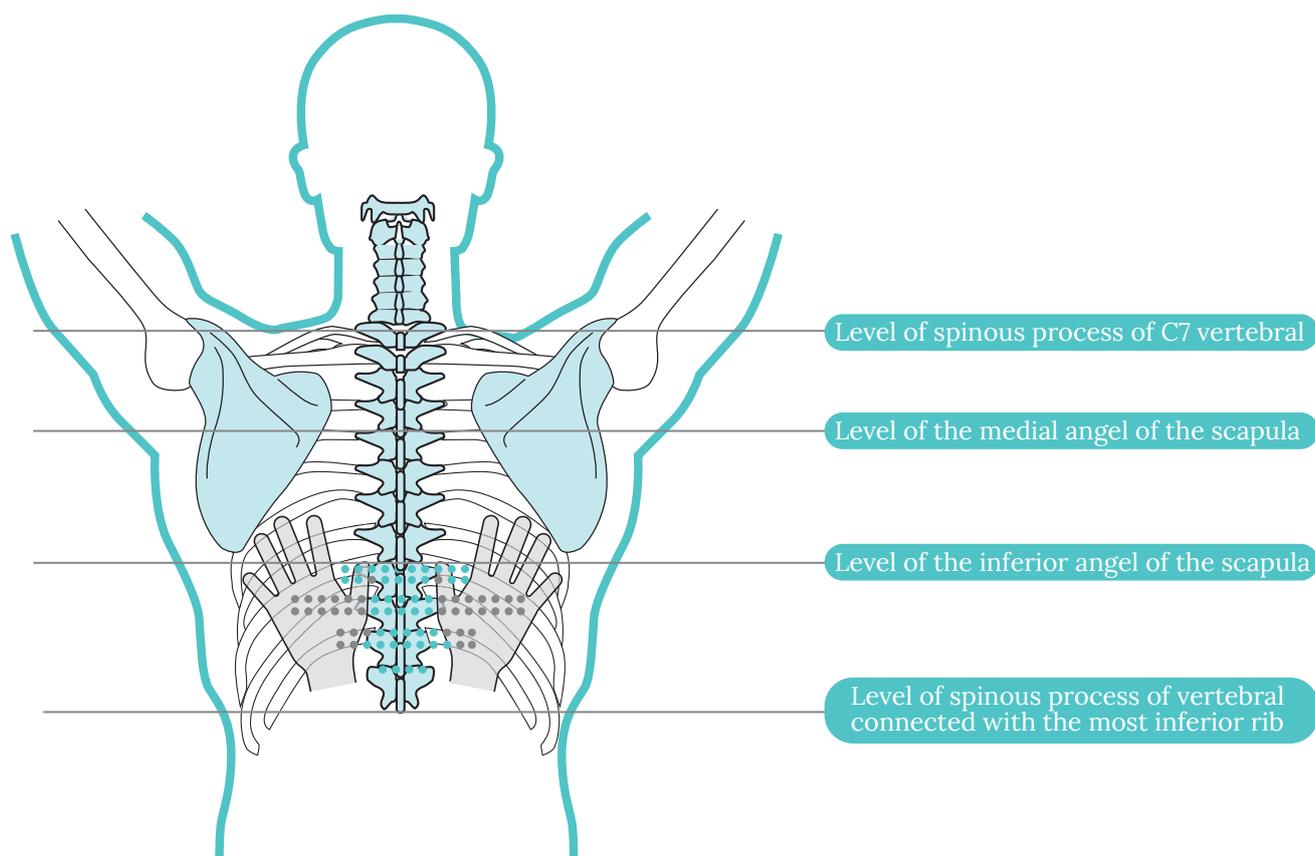
Figura 1 – Colocação das mãos durante a RCP em posição prona; o segundo reanimador realiza a contrapressão. RCP: ressuscitação cardiopulmonar (reproduzido de Dequin et al.⁸).



Estudo recente, com o objetivo de determinar anatomicamente o melhor posicionamento das mãos para a realização de compressões torácicas em decúbito ventral, avaliou, retrospectivamente, imagens de tomografia computadorizada de tórax de cem pacientes em posição prona e concluiu que a

maior área transversal do ventrículo esquerdo é de 0 a 2 segmentos vertebrais abaixo do ângulo inferior da escápula em pelo menos 86% dos pacientes (Figura 2). Sugere-se, então, que essa região seja o local ideal para as compressões torácicas, embora sejam necessários mais estudos para confirmar tal suposição¹⁶.

Figura 2 – Nível ideal da posição das mãos para compressões torácicas durante a ressuscitação cardiopulmonar em posição prona. Cada ponto preto representa o nível da maior área transversal do ventrículo esquerdo em cada paciente estudado (reproduzido de Know et al.¹⁶).



A probabilidade de desfibrilação bem-sucedida e subsequente sobrevida à alta hospitalar está inversamente relacionada com o intervalo de tempo entre o início da fibrilação ventricular e a administração do primeiro choque, tanto no contexto intra-hospitalar quanto no extra-hospitalar^{3,17}. As pás ou placas devem ser posicionadas de forma que a corrente elétrica administrada atravessasse o eixo cardíaco em sua maior extensão, envolvendo grande parte do miocárdio. Durante o decúbito ventral, a desfibrilação pode

ser realizada com as placas aplicadas nas posições posterolateral (uma na linha axilar média esquerda e a outra sobre a escápula direita – Figura 3), biaxilar/laterolateral (uma na linha axilar média esquerda e a outra na linha axilar média direita – Figura 4) ou anteroposterior (Figura 5)^{10,15,17,18}. A desfibrilação deve ser realizada, preferencialmente, na expiração, sem pressão positiva expiratória final, para minimizar a impedância transtorácica¹⁷.

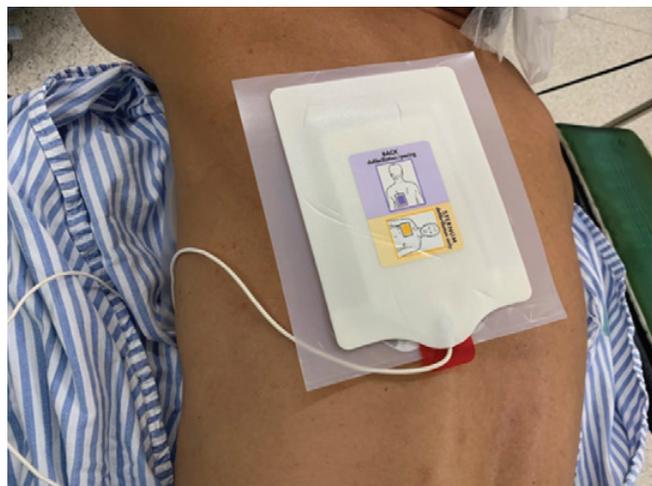
Figura 3 – Posição posterolateral das placas de desfibrilação (arquivo dos próprios autores).



Figura 4 – Posição biaxilar (laterolateral) das placas de desfibrilação (arquivo dos próprios autores).



Figura 5 – Posição anteroposterior das placas de desfibrilação (arquivo dos próprios autores).



RECOMENDAÇÕES

Para fazer a RCP na posição prona, o paciente deve ter uma via aérea definitiva para que a ventilação possa ser realizada. Concomitantemente, deve-se monitorar a qualidade das compressões torácicas por meio de parâmetros fisiológicos, a exemplo da capnografia e da pressão arterial invasiva. Em situações diferentes das mencionadas, as compressões torácicas devem continuar até que o paciente possa ser posicionado em decúbito dorsal com segurança. **ATENÇÃO PARA AS PRECAUÇÕES DE CONTATO E DE AEROSSÓIS EM PACIENTES COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19! O USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) SE FAZ NECESSÁRIO!**

REFERÊNCIAS

1. Neumar RW, Shuster M, Callaway CW, Gent LM, Atkins DL, Bhanji F et al. Part 1: Executive Summary 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132(suppl 2):315-67.
2. Zhan L, Lj Y, Huang Y, He Q, GJ L. Continuous chest compression versus interrupted chest compression for cardiopulmonary resuscitation of non-asphyxial out-of-hospital cardiac arrest (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3): art. n. CD010134.
3. Bircher NG, Chan PS, Xu Y, Faillace RT, Mancini ME, Berg RA et al. Delays in cardiopulmonary resuscitation, defibrillation, and epinephrine administration all decrease survival in hospital cardiac arrest. *Anesthesiology*. 2019 Mar;130(3):414-22.
4. Guérin C, Reignier J, Richard J-C, Beuret P, Gacouin A, Boulain T et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2013;368:2159-68.
5. Pan C, Chen L, Lu C, Zhang W, Xia J, Sklar M et al. Lung recruitability in SARS-CoV-2 associated acute respiratory distress syndrome: a single-center, observational study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;1-13.
6. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. *World Heal Organ [Internet]*. 2020 (WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4). Disponível em [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).
7. Poston JT, Patel BK, Davis AM. Management of Critically Ill Adults With COVID-19. *JAMA*. 2020;E1-3. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763879>.
8. Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, Loeb M, Gong MN, Fan E et al. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Medicine*. 2020;46:854-87.
9. Dequin P, Hazouard E, Legras A, Lanotte R, Perrotin D. Cardiopulmonary resuscitation in the prone position: Kouwenhoven revisited. *Intensive Care Med*. 1996;22:1272-82.
10. Intensive Care Society and The Faculty of Intensive Care Medicine. Guidance For: Prone Positioning in Adult Critical Care [Internet]. 2019. 1-40 p. Disponível em https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/prone_position_in_adult_critical_care_2019.pdf.
11. Bhatnagar V, Jinjil K, Dwivedi D, Verma R, Tandon U. Cardiopulmonary resuscitation: unusual techniques for unusual situations. *J Emerg Trauma Shock*. 2018;11(1):31.
12. Cave DM, Gazmuri RJ, Otto CW, Nadkarni VM, Cheng A, Brooks SC et al. Part 7: CPR techniques and devices: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122:S720-8.
13. Wei J, Tung D, Sue S, Wu S, Chuang Y, Chang C. Cardiopulmonary resuscitation in prone position: a simplified method for outpatients. *J Chinese Med Assoc*. 2006;69(5):202-6.
14. Mazer SP, Weisfeldt M, Bai D, Cardinale C, Arora R, Ma C et al. Reverse CPR: a pilot study of CPR in the prone position. *Resuscitation*. 2003;57:279-85.
15. Resuscitation Council (UK). Management of cardiac arrest during neurosurgery in adults. 2014. 1-23 p. Disponível em <https://www.resus.org.uk/publications/management-of-cardiac-arrest-during-neurosurgery-in-adults/>.
16. Kwon MJ, Kim EH, Song IK, Lee JH, Kim HS, Kim JT. Optimizing prone cardiopulmonary resuscitation: Identifying the vertebral level correlating with the largest left ventricle cross-sectional area via computed tomography scan. *Anesth Analg*. 2017;124(2):520-3.
17. Walsh SJ, Bedi A, Miranda C. Successful defibrillation in the prone position. *Br J Anaesth*. 2002 Nov 1;89(5):799-800. Disponível em <https://academic.oup.com/bja/article-lookup/doi/10.1093/bja/89.5.799>.
18. Miranda CC, Newton MC. Successful defibrillation in the prone position. *Br J Anaesth*. 2001;87(6):937-8.



POSSE DA SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A Sociedade de Anestesiologia do Estado de Minas Gerais (Samg) apresenta sua nova Diretoria, que foi empossada com a presença de diretores da SBA.

A SBA reconhece a importância da Samg e deseja um trabalho profícuo à nova diretoria, com os melhores votos de uma Samg forte, embasada nos pilares do bem servir a seus associados.





A nova Diretoria tem a seguinte composição:

Diretoria Biênio 2020/2021:

- **Presidente:** Luciana de Souza Cota Carvalho Laurentys
- **Vice-presidente:** Rodrigo de Lima e Souza
- **1ª Secretária:** Vanessa Patrícia Valle Gusmão
- **2º Secretário:** Erick Martins Faria de Abreu
- **1º Tesoureiro:** Marcelo de Paula Passos
- **2º Tesoureiro:** Marcel Andrade Souki
- **Diretor Científico:** Marcello Fonseca Salgado Filho
- **Diretor Social:** Júnior Rios Melo

Comissão Científica:

- Helena Queiroz Costa
- Luciano Costa Ferreira
- Luís Gustavo Torres dos Santos
- Roberto Araújo Ruzi
- Wladimir Wanderley Bromberg

Comissão de Estatuto, Regulamentos e Regimentos:

- Cláudia Helena Ribeiro da Silva
- Jaci Custódio Jorge
- Michelle Nacur Lorentz

Comissão de Defesa Profissional:

- Alexandre Assad de Moraes
- Alexandre de Menezes Rodrigues
- André Lorenzon de Oliveira
- Felipe Cosenza Silva Arruda
- José Roberto de Rezende Costa
- Manoel Pessoa Filho

Conselho Editorial da Revista Mineira de Anestesiologia

Coordenadores:

- Flora Margarida Barra Bisinotto
- Yerkes Pereira e Silva

Membros:

- Alan Rezende Freitas Colares
- Daniel Marques Ielpo
- Eliane Cristina de Souza Soares
- Emerson Seiberlich Rezende
- Marta Eugênia Alcici
- Monique Correa e Castro de Sá
- Raphael Rabelo de Mello Penholati
- Thadeu Alves Máximo
- Walkíria Wingester Vilas Boas

REFLEXÕES SOBRE A COVID-19

José Abelardo Garcia de Meneses (BA)

- Médico anesthesiologista
- Corregedor do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb)

O mundo vive uma pandemia anunciada aos brasileiros, por meio de medidas sanitárias e, principalmente, das agruras vividas por outros povos um pouco antes de a doença atingir o Brasil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus constituía-se numa emergência de saúde pública de importância internacional, o mais alto nível de alerta da entidade, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Já em 3 de fevereiro de 2020, apenas quatro dias depois, o Ministério da Saúde do Brasil declara Emergência

em Saúde Pública de Importância Nacional (Espín) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. E o que fizeram as autoridades brasileiras? Mantiveram a maior festa popular do mundo, com seu término previsto para a Quarta-feira de Cinzas, 26 de fevereiro.

Os direitos garantidos na Constituição Federal do Brasil, por meio de ações que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde, foram solenemente desconsiderados por prefeitos e governadores, que agora vivem correndo atrás de recuperar o tempo perdido.

Com todos os prejuízos econômicos e financeiros que pudesse ter causado a suspensão do carnaval, certamente teriam sido menores do que o que está a ocorrer, com atitudes atabalhoadas protagonizadas por diversas autoridades, muito bem divulgadas por suas assessorias de comunicação e pela mídia formal, aquela que recebe vultosas receitas oficiais para divulgar o que for, dizem, “*de interesse coletivo*”.

Entre a declaração da OMS e o início do carnaval houve tempo suficiente para planejamento adequado para enfrentar o inimigo que estava por chegar, se as autoridades científicas tivessem sido ouvidas.

Ao que se percebe, nada foi feito. Daí surgiram – e continuam surgindo – opiniões de toda ordem. São tantos especialistas, epidemiologistas, sanitaristas, infectologistas, virologistas que a população não sabe mais em quem acreditar. Algumas pessoas, ou grupo de pessoas, estão politizando tudo – o vírus, a doença, os prováveis tratamentos medicamentosos, o distanciamento social –, sabendo que a certeza cristalina do momento são as incertezas.

Investimentos têm sido feitos, decisões são tomadas conforme a onda do dia e recursos têm sido desperdiçados com compras de insumos e equipamentos – alguns não entregues pelos fornecedores, outros entregues sem condições de uso e outros ainda sem indicação para o que se

propõem. E, pasmem, há notícias de pagamentos antecipados!

Na Bahia, de repente, não mais que de repente, surgiram três autoridades a bradar atitudes próprias de ditadores, no desespero para justificar suas incúrias, reproduzindo o que já se sabia: despreparo para os respectivos cargos que ocupam. Pessoas têm sido perseguidas por descumprirem suas decisões fantasmagóricas, como proibir a circulação nas ruas à noite. Há algo de científico nisso?

Senhores, ponham a mão na consciência, reflitam sobre os equívocos, tomem atitudes com bases científicas, disponibilizem equipamentos e condições adequados para a proteção dos profissionais de saúde e os demais profissionais que estão atuando na linha de frente nesta pandemia, promovam contratações que garantam não apenas a remuneração adequada, mas também os direitos dos trabalhadores, deixem a

vaidade de lado, esqueçam as próximas eleições, não promovam ainda mais dissensão política, procurem ser mais eficazes, mais para o social do que para a comunicação social.

Enfim, o que existe de consensual na comunidade científica, e ainda é o mais racional, é a prevenção da contaminação, por meio do distanciamento social, da modificação de hábitos de higiene e da atualização de métodos de liturgia social. Ou como dizemos aqui na Bahia, “*tamos juntos contra o coronavírus, fica dendi de casa*” até quando for possível, mas, se sair, use máscara. Ainda é o mais racional.

“Senhores,
ponham a mão
na consciência,
reflitam sobre os
equívocos, tomem
atitudes com bases
científicas.”

COVID TIMES...





CÂE



Sociedade
Brasileira de
Anestesiologia

(21) 3528 - 1050

Rua Professor Alfredo Gomes, 36 - Botafogo, Rio de Janeiro, RJ



www.sbahq.org



contato@sbahq.org



1º Congresso Virtual de Anestesiologia da SBA

31 OUT. A
2 NOV. 2020

T E M A

ANESTESIA E CONECTIVIDADE

REALIZAÇÃO



Sociedade
Brasileira de
Anestesiologia

PATROCÍNIO



CRISTÁLIA

Sempre um passo à frente.



aspEN
P H A R M A