

OS NOVOS DESAFIOS NA ANESTESIOLOGIA OBSTÉTRICA

FILIPA LANÇA

Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

A Obstetrícia está em constante evolução. O avanço do conhecimento médico e a inovação tecnológica permitem que as mulheres engravidem cada vez mais tarde, e que mulheres com comorbidades graves, que antigamente não conseguiam sequer engravidar, possam levar a sua gravidez a termo. Estes “milagres” maravilhosos, levantam sérios desafios à Anestesiologia.

Do anestesiológista que se dedica a esta área é esperado que obtenha cada vez mais competências técnicas e não técnicas. O domínio exemplar dos diversos algoritmos, como são exemplos os da abordagem da via aérea difícil, da hemorragia massiva ou do tromboembolismo pulmonar, acompanham o manuseamento de novos fármacos e de novos dispositivos.

Apesar da grande maioria das mulheres em idade fértil serem saudáveis, e consideradas de risco peri-operatório mínimo, é sabido que a própria gravidez, a coexistência de alguns fatores materno-fetais e a associação de patologias pré-existentes condicionam um aumento significativo quer do risco obstétrico quer do risco anestésico-cirúrgico. A morbidade relacionada com as grávidas / puérperas não pode ser ignorada. Situações de cardiopatias graves, hipertensão pulmonar, doenças neurológicas limitativas, obesidade mórbida, atonias uterinas pós-gravidezes gemelares e acretismos placentares, entre outras, são, infelizmente, cada vez mais comuns nas nossas maternidades. Num editorial de novembro de 2015, Mhyre refere um aumento de 47% nas complicações graves peri-operatórias obstétricas de causa não anestésica, e um aumento de 75%, entre 1998 e 2009, na morbidade grave materna.¹

Por outro lado, as grávidas e seus familiares têm um acesso fácil a informação (embora nem sempre correta) na Internet, chegando muitas vezes à maternidade com planos de parto que, nalguns pontos, colocam a própria ou o feto em risco. É notória a potencial fonte de conflitos que este fenómeno representa e que se tem vindo a traduzir num aumento de pedidos de esclarecimento nos gabinetes do utente e também de processos médico-legais. Cerca de 12% das queixas registadas no projeto “Closed Claims” da Sociedade Americana de Anestesiologia estão relacionadas com os cuidados anestésicos prestados em Obstetrícia.

De acordo com as Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) sobre “Anestesia em Obstetrícia”, elaboradas em 2007 e revistas em consenso em 2009,² a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às grávidas deve constituir um dos objetivos principais de todos os “anestesiologistas obstétricos”. São recomendações de gestão de qualidade, mais do que orientações clínicas. O enfoque é mantido na necessidade da presença física do anestesiológista 24/24 h nas Unidades de Obstetrícia. Longe deve permanecer a ideia de, como antigamente, o anestesiológista só ser chamado à sala de partos quando uma grávida atinge os 3 ou 4 cm de dilatação

para lhe fazer uma “epidural”.

A formação contínua de todos os anestesiológistas constitui premissa obrigatória. De acordo com o programa de 2012 do Comité para a Educação e Ensino do Bordo Europeu e da Secção de Anestesiologia da UEMS, a competência do anestesiológista (e extrapolando para a Anestesiologia Obstétrica) abarca quatro áreas distintas: tem que ser um “especialista” nesta disciplina da medicina, dominando o conhecimento e as tecnologias, afirmando-se como o responsável do peri-parto e das situações críticas; deve crescer no sentido de se tornar um líder no trabalho da equipa multidisciplinar para promoção da segurança das grávidas, fomentando as relações e interações humanas entre os diversos profissionais de saúde e com as grávidas e familiares, bem como assumir-se como o principal guardião da responsabilidade económica e médico-legal; ter um papel preponderante como formador/educador, estimulando a aquisição de competências nos mais novos e nos outros profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar, dedicando a sua vida a uma aprendizagem baseada na reflexão, com atualização permanente de conhecimentos e participação ativa na investigação e na formação das próprias grávidas; por último, e não menos importante, deve assumir com profissionalismo todas as suas funções, desempenhando-as com empatia, honestidade, integridade e compaixão. Estas competências já vinham referidas no documento elaborado pela SPA que enfatiza, no ponto 2 das recomendações gerais, que, nas instituições com Internato Médico de Anestesiologia, os médicos em formação só podem prestar os cuidados necessários às grávidas sob supervisão direta de um especialista. Todos temos conhecimento que a falta de recursos humanos nas instituições hospitalares têm, por vezes, conduzido a situações que não são as recomendadas. Os internos da especialidade, com exceção dos do último ano, não devem ser deixados sem supervisão direta na sala de partos. E supervisão direta significa presença física em simultâneo do especialista. Se bem que a realização de um bloqueio do neuroeixo tem uma curva de aprendizagem pequena, no meu entender, os internos de anestesiologia obstétrica têm como objetivos a aquisição de competências muito mais vastas. Trata-se de formar a pessoa certa (moldando personalidade e ética), de modo a que consiga fazer as coisas certas (com aquisição de capacidades e habilidades), de uma maneira certa (adquirindo poder de decisão).

Claro que um interno de Anestesiologia é um adulto, e toda a formação tem que ser nele centralizada. Chegam à sala de partos com expectativas muito próprias sobre o processo de aprendizagem, sendo já detentores de alguns conhecimentos e acumulando experiências únicas, interesses e motivações. É extraordinariamente importante conseguir estabelecer, para cada um, um padrão de aprendizagem pessoal. Esta aprendizagem deve, portanto, ser autodirigida, com enfoque nas necessidades individuais e baseada em problemas concretos. Segundo Kolb (1984),³ o modelo de aprendizagem do adulto tem como base

experiências reais, que fomentam reflexão, conceptualização das soluções e experimentação para verificação das mesmas. Temos que consciencializar que o papel do formador mudou e que o ensino não se assemelha a derramar, aos poucos, água num copo vazio. Um bom formador investe grande parte do seu tempo a cuidar da sua própria formação. Alia atributos pessoais, tais como capacidade de comunicação e de organização, com competências médicas, englobando atualização de conhecimentos, atitude profissional irrepreensível e envolvimento na qualidade dos serviços prestados, bem como demonstra uma preparação para o ensino, com treino específico e procura do desenvolvimento do ensino continuado. Ao contrário do ensino tradicional, em que o formador é a única pessoa ativa e os formandos são “recipientes” passivos da informação, atualmente o ensino interativo permite o completo envolvimento dos formandos no processo de aprendizagem. Este envolvimento participativo promove a atenção, motivação, relacionamento e satisfação dos internos, atingindo-se um maior nível de aprendizagem. Evidentemente, este estadio só é alcançado quando todo o processo é acompanhado por uma reflexão conjunta e quando o interno recebe *feedback* constante das suas ações. Ou seja, quando especialista e interno trabalham lado a lado.

De um modo muito simplista, podemos definir um formador em Medicina como alguém que compreende a necessidade de ser capaz de definir os objetivos de uma sessão de ensino, de conhecer diferentes métodos para alcançar esses objetivos e de saber como avaliar, de modo simples, se esses objetivos foram alcançados. Podemos encarar o processo formativo do interno como um ciclo de gestão. Após o diagnóstico individual de necessidades formativas, procedemos à elaboração do plano de formação respetivo e, de seguida, executamo-lo. Este ciclo completa-se depois de realizada uma avaliação e controlo da formação ministrada. Deve ser, como já frisado, um ciclo de competências, com identificação das que estão em falta, aquisição de performances e avaliação das mesmas. Este é outro desafio: a avaliação das competências adquiridas. Não é um processo fácil, muitas vezes passível de originar perceções de injustiça, mas é crucial para um crescimento contínuo. A avaliação do desempenho faz-se habitualmente por observação direta na sala de partos; na avaliação das competências podemos socorrer-nos de ferramentas tão úteis como a simulação; os conhecimentos são habitualmente avaliados por testes escritos, discussão de relatórios ou exames orais. Em todos estes momentos, o *feedback* mantém-se como uma peça essencial do puzzle.

Em conclusão, podemos afirmar que uma maternidade é uma excelente escola para aquisição de competências. As variações fisiológicas, anatómicas e farmacológicas das grávidas, associadas à grande multiplicidade de patologias maternas e fetais, bem como o desenvolvimento de novas tecnologias constituem ingredientes de motivação do conhecimento. As grávidas chegam-nos com um nível muito elevado de expectativas e a sua satisfação depende em grande parte da atuação do anestesiológista que com elas partilham longos momentos de espera. Como já referido, o potencial de conflitos médico-legais é elevado, constituindo este mais uma razão para escudar os mais novos aprendizes. Sendo mais ou menos evidente dependendo da instituição, assiste-se, sem dúvida, a uma mudança de para-

digma. A Anestesiologia Obstétrica tem que ser, obrigatoriamente, um parceiro da Obstetrícia nesta mudança de paradigma, estando presente continuamente nas salas de parto. Tem que apostar na formação contínua e na aquisição de competências, bem como numa gestão estratégica dos recursos humanos e logística envolvidos. Só assim conseguiremos manter uma melhoria contínua dos cuidados prestados às grávidas e aos recém-nascidos apesar dos imensos desafios que se adivinham.

Conflitos de Interesse: O autor declara não ter quaisquer conflitos de interesse relativamente ao presente artigo.

Fontes de Financiamento: Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição de subsídio ou bolsa.

REFERÊNCIAS

1. Mhyre JM, Bateman BT. Stemming the tide of Obstetric Morbidity – An Opportunity for the Anesthesiologist to Embrace the Role of Peridelivery Physician. *Anesthesiology*. 2015; 123: 986-9.
2. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Recomendações Anestesia em Obstetrícia. *Rev Soc Port Anestesiol*. 2010; 19: 8-10.
3. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1984.