

A Medicina Perioperatória Orientada para o Doente

Patient-Oriented Perioperative Medicine

João Pina^{1*}

Autores

¹ICU Director in the Hospital do Santo Espírito at Ilha Terceira, Azores, Portugal.

Palavras-chave

Cuidados Centrados no Doente; Cuidados Perioperatórios; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde

Keywords

Patient-Centered Care; Perioperative Care; Quality Assurance, Health Care

INTRODUÇÃO

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

Já não é suficiente a cirurgia correr bem e o procedimento ser inédito, tremendamente trabalhoso, imaginativo ou teoricamente avançado.

“The operation was a success but, unfortunately, the patient died.”

Esta frase repetida vezes sem conta, umas em tom jocoso e outras de forma muito mais séria, pode ser rastreada até ao século XIX. A sua “sobrevivência” até aos dias de hoje demonstra as diferentes percepções de sucesso que persistem ainda entre os médicos.¹ Tornou-se importante, sobretudo com a pressão das entidades pagadoras, identificar *outcomes* que agradem e satisfaçam os doentes e a sua família. Um destes *outcomes* que tem merecido mais debate e atenção é a sobrevivência sem incapacidades. Ou seja, sobreviver com a percepção para o doente e para a família de não ter havido sequelas identificáveis que comprometam a suas competências prévias. Mais, a experiência pela qual o doente passou deve ficar marcada pela atenção dada à informação e à comunicação numa relação com traços de afectividade. Torna-se pois portanto, urgente que os médicos e a Medicina, nomeadamente a perioperatória no caso da Anestesiologia, desperte bem para este tema, conceba e implemente os indicadores e as métricas necessárias que têm a fiabilidade e a capacidade para perceber o valor das intervenções estratégicas que se começam a delinear ou que virão a ser propostas no futuro garantindo *outcomes* completos que reflectam os resultados técnicos e a satisfação do doente.

DEFINIÇÃO

Charles Bardes² começa o seu artigo com uma história conhecida de todos: O doente vai à consulta de Ortopedia por uma dor no joelho. O Cirurgião entende que não existe indicação cirúrgica e, por essa razão, envia o doente para a consulta de Reumatologia; o Reumatologista não encontra evidência de doença inflamatória sistémica e envia o doente para a consulta de Medicina Física e de Reabilitação que por sua vez o envia ao técnico de Fisiatria que finalmente o trata e alivia da dor resolvendo o problema do doente. Surpreendentemente todos fizeram o papel que lhes cabia pela respectiva especialidade, provavelmente com toda a qualidade e toda a autoridade, mas ninguém resolveu o problema do doente. Esta “indiferença” perante o caso concreto do doente pondo em causa a própria vocação médica, deve-se a vários factores que influenciaram o médico e o doente no seu “trajecto”. É um pouco como se se estivesse a construir uma ponte começando nas duas margens ao mesmo tempo. Uma ponte que provocasse o encontro do médico com o doente. Só se sabe que é para construir porque assim está previsto e assim dita o plano. Cada equipa começa ao mesmo tempo em cada margem, mas perdem de vista, por razões diversas, o seu complemento do lado oposto. Talvez porque as margens estão muito afastadas, talvez pelo nevoeiro que se levanta, talvez porque olhem demasiado para o seu projecto e pouco para o que se passa à volta. Perdendo a referência, qualquer vento, qualquer acidente do terreno ou a força das águas no rio, qualquer diferença nos coeficientes de dilatação dos materiais que vão sendo aplicados, provocam pequenos desvios, que se vão somando e o resultado é a insatisfação e frustração do doente quando não encontra a frente de construção do lado oposto. Ou o alinhamento é parcial e só permite uma passagem difícil e condicionada. E é essa a realidade do aforismo do século XIX e é essa a realidade da pequena história de Charles Bardes que se repete dia após dia. Reconhecê-lo é um passo decisivo para a sua resolução.

*Autor Correspondente:

João Paulo Azenha Pina

Morada: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, Canada do Breado, 9700-049 Angra do Heroísmo, Portugal.

E-mail: pina.jpa@gmail.com

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

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

O conceito de *Patient Centered Medicine*, inspirado no *Patient Centered Care*, assume o cariz holístico, re-orienta o *locus* dos cuidados médicos diferenciados e especializados para os cuidados primários, mas também transforma o doente num consumidor pleno em que o sistema de saúde trabalha, sobretudo, para o deixar satisfeito. Aquele doente que um dia foi paternalizado pelo médico agora vê-se no meio do mercado procurando escolher o produto que, não só resolve o seu problema clínico, mas que o resolve de acordo com as suas preferências, gostos pessoais e perfil específico. Este facto não deixa de ser preocupante e por isso é necessário olhar para a *Patient Centered Medicine* como uma metáfora que contrasta com a *Doctor Centered Medicine*. Talvez o termo mais apropriado devesse ser Medicina Orientada para o Doente.

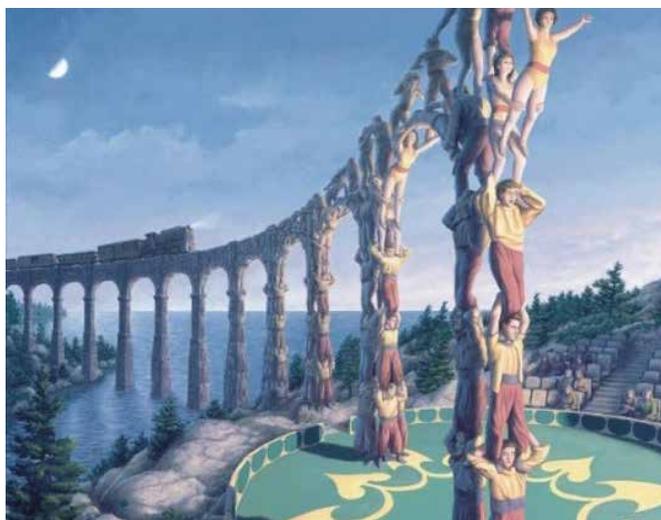


Figura 1. Acrobatic Engineering por Rob Gonsalves³

A MEDICINA PERIOPERATÓRIA PARA O DOENTE

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

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

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

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

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

substantivo masculino

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

A Anestesiologia, como actividade médica, clínica e técnica, perioperatória que é,⁵ revelou-se uma disciplina privilegiada por várias razões, e por essas mesmas razões tem primazia natural no entendimento e na adopção da PCM. Vejamos, sobreviveu ao retalhamento vocacional em especialidades sofrido pela Medicina conservando um cariz generalista, não compartimentado, não sendo guardião de nenhum órgão ou sistema mas obrigando-se a compreender o organismo e a fisiopatologia no seu todo. Esta visão da Anestesiologia abre-lhe o caminho à compreensão da PCM mas traz, por esse motivo, muitas responsabilidades em todo o processo perioperatório. Em segundo lugar o Anestesiologista apresenta-se como mediador conciliando a agressividade do processo cirúrgico com o bem-estar do doente não apenas através da técnica anestésica para permitir a intervenção cirúrgica mas também como explicador do processo, tranquilizador, tradutor da linguagem médica, tantas vezes o único médico que consegue articular o processo técnico com a preparação e informação ao doente. O Anestesiologista também precisa frequentemente

de ser intérprete do doente, isto é, perceber o que o doente quer, quais são as suas preocupações, o que é para o doente uma cirurgia e uma anestesia com êxito, perceber se sobreviver aos 90 anos é o maior sucesso para o doente, saber o que perturba mais o doente e a família na “experiência” hospitalar, e tantas outras. O Anestesiologista, pela sua versatilidade, inerente à sua vocação e à natureza da Anestesiologia, consegue frequentemente configurar o processo anestésico de forma a obter maior conforto para o doente, condições para a cirurgia, e ainda respeitar as preferências do doente. Em Maio de 2017 a *newsletter* da American Society of Anesthesiologists (ASA) publica a história duma doente que foi submetida a cirurgia do tornozelo e que conta⁶:

“I recently had surgery on my ankle. Because my church choir activities are extremely important to me, I was concerned when the surgeon mentioned that the procedure would be done under general anesthesia, as my friend recently had a sore throat and hoarseness for a couple of weeks after her surgery. You can't imagine how relieved I was when my anesthesiologist presented the option of spinal anesthesia. The brochure that explained the block, along with its risks and benefits, clarified the upsides and downsides of my anesthesia choices. I was thrilled with the outcome of the spinal. Please thank my anesthesiologist for offering me this choice.”

Finalmente o Anestesiologista assume-se frequentemente como provedor do doente pois a proximidade criada pela relação pré-operatória do Anestesiologista com a família e com o doente traz responsabilidades acrescidas na gestão e na definição das preferências e vontades destes. O que vai ser feito já o disse o Cirurgião. Traz consigo a promessa duma cura ou duma melhoria funcional. No entanto, como vai ser feito, como operacionalizar, quais as complicações, como se preparar, isso cabe ao Anestesiologista e aos enfermeiros do serviço. O rosto do Anestesiologista é o primeiro rosto médico que vê depois de aceitar a cirurgia na consulta de anestesiologia ou ao chegar à sala de operações, é o último que vê antes de perder a consciência e é o primeiro que vê quando acaba a intervenção. É também o rosto da equipa de dor aguda que o acompanhará nas dores, nos enjoos, na ansiedade, na articulação com a estrutura hospitalar em partilha com os enfermeiros do serviço. Muitas das vezes o Anestesiologista é o médico que vela pelo controlo e pela evolução da patologia associada como a hipertensão arterial, a doença pulmonar obstrutiva crónica e a diabetes. Dali para a frente o Cirurgião vê os drenos e manda tirar os pontos. Se só for isto, a cirurgia será considerada um êxito. E tudo o resto? As expectativas de melhoria cumpriram-se? Não acrescentámos mais uma incapacidade? Mitigámos a ansiedade? Como está a família a reagir ao internamento do doente? Todas as características apontadas se expressam num ambiente de significativa gravidade, seja no período perioperatório, seja enquanto actividade em Medicina Intensiva, seja numa Reanimação Cardio-respiratória, seja na dor crónica incapacitante associada ou não a processos oncológicos. São momentos

intensos, de grande vulnerabilidade, e muito significativos na vida da pessoa e dos seus próximos. Forçosamente têm que encontrar reciprocidade nos profissionais de saúde.

QUALIDADE, SATISFAÇÃO E SEGURANÇA

Historicamente a Anestesiologia tem as suas raízes mergulhadas no conforto e na segurança do doente. Esse facto é inegável e cria uma responsabilidade vocacional, técnica e ética, actual e urgente, de responder aos problemas duma medicina perioperatória que cumpre os requisitos das instituições e dos profissionais mas em que o doente por vezes parece ser marginal. A Anestesiologia perfila-se isolada como sendo a disciplina médica que pode compreender e ajudar a resolver a marginalização a que o doente tem sido votado. Larsson e colaboradores,⁷ num estudo publicado em 2013, constataam que já outros profissionais de saúde, na primeira década do século XXI, tinham reconhecido e adoptado o PCC como uma prática necessária e desejável. E defende a inclusão dessa prática no treino da Anestesiologia. Importa, portanto, mudar a atitude e mais que: “*What is the matter with the patient?*” interessa “*What matters to the patient?*” como refere Smith num artigo de correspondência.⁸

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

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

Permito-me acrescentar um último:

10. Em caso de dúvida prevalece o primeiro princípio.

Os indicadores de qualidade têm que ser vistos com muita precaução porque estão aferidos não às preferências do doente mas à eficiência das instituições.^{10,11} Bayman¹² chama a atenção para o “*time to extubation*” como exemplo dum indicador que não avalia o desempenho do Anestesiologista, ao contrário do que se pretendia com a sua introdução, mas reflecte antes o funcionamento dum sistema onde também se inclui o tipo de cirurgia, desempenho e experiência do Cirurgião, enfermeiro de anestesia, o médico interno de Anestesiologia em formação, disponibilidade de fármacos e funcionamento, vigilância e segurança, do recobro e da enfermagem, além do desempenho do próprio Anestesiologista. Assim, neste estudo Bayman recomenda alguma cautela na avaliação dos indicadores de qualidade. Em primeiro lugar atenção às análises estatísticas simplistas quando comparam qualidade. A Anestesiologia, pela sua natureza, obriga-se à qualidade e à segurança. Em caso de dúvida é melhor reler a análise estatística. Em segundo lugar desconfiar de indicadores de qualidade muito fáceis de medir: Porquê 15 minutos o tempo limite de qualidade para a extubação? Porquê 10 minutos para uma consulta? Será que é nisto que queremos basear a qualidade da Anestesiologia e definir cuidados de excelência ao doente? A anestesia é um botão que se liga e desliga? Que se toma quanto quer? Não me parece. A terceira mensagem que Bayman deixa é mais perturbadora. Além de Bayman outros autores deixam transparecer que poucas são as medidas implementadas, ou fáceis de implementar, que garantem, de acordo com a análise dos Anestesiologistas, processos de qualidade. Mesmo quando bem fundamentadas e implementadas com sucesso os resultados institucionais são fracos e, na melhor das hipóteses, mostram diferenças a nível individual. Mesmo o impacto clínico demonstrado é débil. Desta forma os Anestesiologistas correm o risco de mostrar aos políticos, gestores e financiadores falta de vontade ou incapacidade para melhorar o que quer que seja. Na realidade, uma análise mais detalhada de Bayman mostra que o Anestesiologista raramente está sozinho num processo e portanto torna-se necessário delinear estudos mais abrangentes e discriminatórios com métricas e indicadores bem validados que, para além da satisfação do doente, traduzam eficiência e ganhos financeiros com qualidade caso contrário esse trabalho será feito pelos burocratas. E o resultado é fácil de imaginar.

A satisfação como parte do *outcome* tem sido talvez o aspecto mais bem estudado em Anestesiologia no âmbito da PCM.³⁻¹⁶ A garantia de que as preferências e os valores do doente estão incluídos no processo de decisão médico além de estarem no topo das preocupações de vários serviços de saúde, como o britânico, fazem parte da agenda de todas as seguradoras nos

EUA. Como afirma Heidegger e colaboradores¹⁴ no estudo publicado em 2013, ficou claro que a satisfação do doente é um *outcome* importante e que a orientação dos cuidados de saúde em Anestesiologia tem de incluir forçosamente informação, comunicação, relação emocional e continuidade de cuidados. Escreve Roger Goss, advogado que foi Director do Conselho Editorial do *British Medical Journal*: “To be satisfied, I want to be informed”.

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

ESTRATÉGIAS PARA FAZER CHEGAR A PCM AO DOENTE E À INSTITUIÇÃO

Como já foi referido o Anestesiologista, por si só, tem pouco impacto no desempenho do hospital e nos indicadores de qualidade e eficiência. Mas o ADN do Anestesiologista, quando este expande a sua capacidade de influenciar através da liderança dum grupo motivado, como responsável pela medicina perioperatória, pode ter um papel chave na aceitação de processos orientados para o doente com vista a melhorar o desempenho, aumentar a satisfação do doente e garantir a qualidade e a segurança nos cuidados perioperatórios.^{5,17} A própria instituição, acaba por dirigir a sua atenção para este processo em particular mas que se pode tornar inspirador para outros sectores.

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

intra-operatória; 6) Profilaxia do trombo-embolismo venoso. Outra estratégia importante deverá contemplar a Manutenção dos Padrões de Segurança relacionados com o procedimento anestésico. O Institute of Medicine (IOM) reconhece que a Anestesiologia reduziu muito a mortalidade do procedimento anestésico de 1:1000 em 1940 para 1:15 000 na primeira década deste século apesar do aumento substancial da idade média da população e do aumento concomitante na prevalência das doenças crónicas, factores estes, associados independentemente a um aumento da mortalidade cirúrgica. Para esta melhoria na mortalidade tem contribuído em muito a presença do Anestesiologista como “Perioperativista”.¹⁹⁻²¹

Uma terceira estratégia a adoptar consiste em implementar ou melhorar um sistema de resposta rápida e eficaz às complicações cirúrgicas e médicas das cirurgias.¹⁰ A taxa de complicações nos hospitais com elevada mortalidade é igual à dos hospitais com baixa mortalidade. A diferença na mortalidade, cerca de 2,5 vezes, resulta essencialmente, segundo os trabalhos de Ghaferi e colaboradores,^{22,23} da melhor e maior capacidade de resposta às complicações nos hospitais com baixa mortalidade. Este aspecto constitui, segundo o IOM, uma das áreas a melhorar nos hospitais de elevada mortalidade. As complicações major são, além da própria mortalidade, a pneumonia, intubação traqueal não-planeada, ventilação invasiva por mais de 48 horas, trombose venosa profunda e trombo-embolia pulmonar.

Uma quarta iniciativa que pode ser implementada, sozinha ou em associação com outras estratégias, é a criação e manutenção duma comissão ou grupo que assegure a qualidade do serviço, melhoria no desempenho e programas e protocolos para segurança do doente. Neste âmbito todas as ideias são bem-vindas, incentivam-se os “*brainstorm meetings*” e todos são encorajados a olhar para os erros e os eventos indesejáveis como uma oportunidade de melhoria. A atenção, no caso da PCM em Anestesiologia, deve envolver os doentes e os familiares dando conta das suas preferências e das suas necessidades. A participação do cidadão comum, não-doente, mas responsável, crítico e participante deve ser facilitada. Os aspectos éticos têm um lugar privilegiado numa comissão como a referida pelo que alguém da comissão de ética hospitalar deverá ter assento nestes encontros e uma palavra a dizer.

Alguns argumentos trabalham em favor das estratégias mencionadas no contexto duma Medicina perioperatória orientada para o doente. Cada vez a actividade cirúrgica está mais especializada e técnica exigindo muito treino e dedicação e deixando pouco espaço para a formação médica continuada do Cirurgião. A capacidade do Cirurgião prestar cuidados médicos no período perioperatório tem vindo a diminuir rapidamente com a prevalência de doenças crónicas onde se tornaram muito significativas as doenças cerebrovasculares, isquémica cardíaca e pulmonar obstrutiva. Por outro lado

cada vez há menos médicos a optar por seguir carreira em cirurgia. Nos EUA, em Junho de 2010, a Association of American Medical Colleges previa um défice de 90 000 cirurgiões em 2020 e 130 000 em 2025. Esta carência tem vindo a ser acompanhada por um défice semelhante nos Cuidados Primários de Saúde, refere o mesmo relatório. A criação e desenvolvimento duma equipa de Medicina perioperatória orientada para o doente, liderada por um Anestesiologista que comunica, no sentido lato, com os cirurgiões, com a Medicina Intensiva, com a Dor aguda, além de dominar o acto anestésico estrito e possuir uma familiaridade natural com o doente e a sua história, é de interesse crítico para acrescentar elevado valor aos serviços de saúde no futuro. Outra razão a favor das estratégias apontadas é que a Anestesiologia encontra-se numa posição única, como já foi referido, para melhorar os *outcomes* cirúrgicos como defendem os estudos de Grocott, Bartels e outros autores.^{18,24-27} Isto não será a custo zero e por isso é necessário expandir o core dos conhecimentos anestesiológicos, as suas capacidades e a sua experiência como é esperado numa Medicina perioperatória orientada para o doente. Também há argumentos económicos que pugnam a favor da Medicina perioperatória orientada para o doente e materializada numa equipa multidisciplinar liderada pelo Anestesiologista. O tempo que vivemos já não se contenta com o mantra que Irene Kraus levou para as *Daughters of Charity National Health Care System*, “no margin, no care”. Cada vez mais, o *outcome*, de vasta abrangência, onde está incluída a satisfação e a informação do doente, a forma pessoal como viveu a experiência dos cuidados de saúde, determina o financiamento do sistema e o novo adágio é “no *outcome*, no *income*” como refere Jacoby e colegas.²⁸ Para levar a bom termo este desiderato as instituições terão de basear as suas estratégias, mais em equipas multidisciplinares com liderança adequada do que em desempenhos individuais ou de serviços e departamentos hospitalares. O IOM em 1998 já reconhecia que a má qualidade dos cuidados de saúde radicava sobretudo no “*overuse, underuse, and misuse*” dos recursos, algo que se mantém paradigmático nos dias de hoje como referem Chassin e Berwick.^{29,30} A evidência, tal como referido por Epstein,^{31,32} Rathert³³ ou Bertakis,³⁴ demonstra que a orientação dos cuidados médicos para o doente melhora os *outcomes* clínicos, a qualidade de vida e a satisfação mas também está associada a uma diminuição do uso inapropriado dos recursos e serviços nos cuidados primários de saúde.

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

CONCLUSÃO

A ponte não é ponte se não tiver continuidade. Acabam por ser duas pontas que não se encontram e perdem a sua finalidade. Face ao projecto inicial tornou-se um monumento patético, disforme e, na melhor das interpretações, sem sentido. Não há médico e não se está a fazer Medicina. Mas esta ponte também tem de ser sólida para suportar o peso da doença. E tem de ser sólida para enfrentar os ventos e as cheias que atacam constantemente o tabuleiro da ponte e põem os pilares da Medicina e da Dignidade humana à prova. Mesmo depois de construída são muitos os factores que a põem em risco. O médico define-se pela relação que estabelece com o doente. De alguma maneira não existe Medicina se não houver doença mas não existe médico se não houver doente. E doente é a palavra para algo que engloba uma pessoa única e irrepetível, com sentimentos, necessidades e preferências e onde cabe ainda uma família e todos os que com essa pessoa se preocupam. Este é o doente. Cabe ao médico reconhecê-lo e compreendê-lo. Num futuro, que esperamos, próximo a Anestesiologia, com o campo imenso da medicina perioperatória orientada para o doente poderá ser valorizada não apenas pela excelência das suas capacidades técnicas e teóricas, que de resto já hoje falam por si, mas também pela sua vocação natural que se revelará na sensibilidade emocional e na efectiva comunicação com o doente num esforço para obter a sua satisfação total. E o esforço vale a pena.

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

Conflitos de interesse

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Conflicts of interest

The authors have no conflicts of interest to declare.

Suporte financeiro

O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Financing support

This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Submissão: 27 de maio, 2018 Aceitação: 30 de maio, 2018

Received: 27th of May, 2018 Accepted: 30th of May, 2018

REFERÊNCIAS

1. Kalkman CJ, Kappen TH. Patient-centered Endpoints for Perioperative Outcomes Research. *Anesthesiology*. 2015; 122:481-3.
2. Bardes CL. Defining Patient-centered medicine. *N Engl J Med*. 2012; 396: 9.
3. Gonsalves R. Acrobatic Engineering [accessed Jan 2018] Available from: <http://marcusashley.com/artists/rob-gonsalves>
4. Rosen DH, Hoang U. Patient Centered Medicine: A Human Experience. Oxford: Oxford University Press; 2016.
5. Rock P. The future of anesthesiology is perioperative medicine. *Anesthesiol Clin North Am*. 2000; 18:495-513.
6. Domino KB, Posner KL, Sween LK, Shapiro FE. Improving patient-centered care delivery in 2017: introducing pre-anesthesia decision aids. *Newsletter ASA*. 2017 [accessed Jan 2018] Available from: <http://www.asamonitor.org>
7. Larsson J, Holmström IK. How excellent anaesthetists perform in the operating theatre: a qualitative study on non-technical skills. *Br J Anaesth*. 2013; 110:115-21.
8. Smith N. Patient-centered care: what's important to our patients? *Anaesth Intensive Care*. 2013; 41: 820-1.
9. Cooper JB, Longnecker DE. Safety and Quality: The Guiding Principles of Patient-Centered Care. London: The McGraw-Hill Companies; 2012.
10. Fleisher LA. Improving perioperative outcomes: my journey into risk, patient preferences, guidelines, and performance measures: ninth honorary FAER research lecture. *Anesthesiology*. 2010; 112:794-801.
11. Sandeberg WS. Searching for meaningful topics of improvement in anaesthesiology. *Anesthesiology*. 2016; 124:261-3.
12. Bayman EO, Dexter F, Todd MM. Prolonged operative time to extubation is not a useful metric for comparing the performance individual anesthesia providers. *Anesthesiology*. 2016; 124: 322-38.
13. Hwang SM, Lee JJ, Jang JS, Jim GH, Kim MC, Lim SY. Patient preference and satisfaction with their involvement in the selection of an anesthetic method for surgery. *J Korean Med Sci*. 2014; 29:287-91.
14. Heidegger T, Saal D, Nubling M. Patient satisfaction with anaesthesia – Part 1: Satisfaction as part of outcome – and what satisfies patients. *Anaesthesia*. 2013; 68:1165-72.
15. Williams BA, Kentor ML. The WAKE© score: patient-centered ambulatory anesthesia and fast-tracking outcomes criteria. *Int Anesthesiol Clin*. 2011;49:33-43.
16. Shah U, Wong D, Wong J. Patient satisfaction and positive patient outcomes in ambulatory anesthesia. *Ambul Anesth*. 2015; 2: 29-37.
17. Vetter TR, Goeddel LA, Boudreaux AM, Hunt TR, Jones KA, Pittet JF, et al. The Perioperative Surgical Home: how can it make the case so everyone wins? *BMC Anesthesiol*. 2013; 13:6
18. O'Reilly M, Talsma A, VanRiper S, Kheterpal S, Burney R. An anesthesia information system designed to provide physician-specific feedback improves timely administration of prophylactic antibiotics. *Anesth Analg*. 2006; 103: 908-12
19. Lagasse RS. Anesthesia safety: model or myth? A review of the published literature and analysis of current original data. *Anesthesiology*. 2002; 97:1609-17.
20. Li G, Warner M, Lang BH, Huang L, Sun LS. Epidemiology of anesthesia-related mortality in the United States, 1999-2005. *Anesthesiology*. 2009; 110:759-65.
21. Donaldson MS, Kohn LT, Corrigan J. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
22. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Complications, failure to rescue, and mortality with major inpatient surgery in Medicare patients. *Ann Surg*. 2009; 250:1029-34.
23. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Hospital volume and failure to rescue with high-risk surgery. *Med Care*. 2011; 49:1076-81.
24. Enneking FK, Radhakrishnan NS, Berg K, Patel S, Wishin JM, Vasilopoulos T. Patient-Centered Anesthesia Triage System Predicts ASA Physical Status. *Anesth Analg*. 2017; 124:1957-62.
25. Grocott MP, Pearce RM. Perioperative medicine: the future of anaesthesia? *Br J Anaesth*. 2012; 108:723-6.
26. Bartels K, Barbeito A, Mackensen GB. The anesthesia team of the future. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2012; 24:687-92.
27. Kehlet H, Mythen M. Why is the surgical high-risk patient still at risk? *Br J Anaesth*. 2011; 106:289-91.
28. Jacoby R, Berman B, Nash DB. No outcome, no income: CMS's "Meaningful Use Initiative". In: *Population Health Matters*. Philadelphia: Thomas Jefferson University; 2011.
29. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*. 1998; 280:1000-5.
30. Berwick DM: What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Aff*. 2009 28:w555-565.
31. Epstein BH, Dexter F. Mean arterial pressures bracketing prolonged monitoring interruptions have negligible systematic differences from matched controls without such gaps. *Anesth Analg*. 2011; 113:267-71.
32. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff*. 2010; 29: 1489-95.
33. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2013; 70:351-79.
34. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24:229-39.
35. Lobo Antunes J. Lobo-Antunes em entrevista à Visão. Lisboa: Visão; 2007 [consultado Jan 2018] Disponível em: <http://visao.sapo.pt/actualidade/cultura/lobo-antunes-em-entrevista=f520756>