

## Um Ano para Esquecer ou para Recordar?

*A Year to Forget or to Remember?*

<https://dx.doi.org/10.25751/rspa.21801>



Dr. José Luís Ferreira



Dr. Simão Esteves

**D**everia ser um ano de boa memória... 2020 estava associado a um grande investimento público em modernização de equipamentos (Programa 2020) e nada fazia pensar que não seria um ano igual ou até melhor do que os anteriores.

Com a pandemia a mostrar agora na Europa toda a sua força destruidora, social (a mais irreversível), económica (a mais extensa) e sanitária (a mais ameaçadora da vida e do presente), parece cedo para reflectir sobre um ano que ainda não terminou. Fazer uma avaliação global antes de meados do

próximo ano, quando as consequências em vidas perdidas e repercussões sociais forem mais claras, pode mesmo ser precoce. Mas, precisamente porque os próximos meses vão ainda ser de grande sofrimento e disrupção do nosso dia-a-dia, é importante olhar para estes meses em busca de orientação para o futuro.

### Os Desafios

Após quase dois meses de negação internacional da gravidade da dispersão do vírus, seguiu-se um período a que poderíamos chamar de pânico – com lideranças ausentes na antecipação e preparação de uma resposta, ficaram à vista a impreparação de governos, sistemas de saúde e administrações hospitalares para se organizarem de forma estruturada e objectiva.<sup>1</sup> O desconhecimento da ameaça concreta e a informação não filtrada tiveram o seu papel. A memória ainda muito presente da *severe acute respiratory syndrome* (SARS), levou-nos a copiar as soluções da altura, convictos (médicos e governantes) de que a) era possível conter a epidemia com cuidados especializados, b) a protecção dos profissionais e sistemas de saúde era a maior prioridade e c) não seria necessária uma reorganização estrutural do sistema de saúde. Baseando-nos na experiência prévia, cometemos erros (*mistakes*, Reason 1990) “pela regra” ou “por conhecimento”,<sup>2</sup> enquanto procurávamos respostas adequadas à nova ameaça. Mas teremos feito o esforço de aprender a actuar da forma correcta? A pouca validação científica<sup>3,4</sup> de algumas das novas práticas sugere que não.

A disseminação do vírus paralisou o sistema de saúde, com as consequências gravosas que conhecemos e que irão persistir pelo menos até ao retorno de alguma normalidade associada ao controle da epidemia. Mal preparada a resposta inicial por erros talvez desculpáveis, já não é aceitável a falta de preparação da retoma da actividade suspensa, e ainda menos o pouco reforço do sistema antecipando uma segunda vaga mais mortífera.

Sem sombra de dúvida, os SA estiveram aqui globalmente muito bem, contribuindo significativamente para o que de melhor se fez, reagindo prontamente na adaptação a novas necessidades, disponibilizando os seus recursos para onde o hospital mais necessitasse, criando orientações práticas, etc. A sua polivalência e conhecimento alargado dos problemas e necessidades dum hospital foram determinantes nesta capacidade.

### Os Problemas

A degradação progressiva do SNS e desvalorização tutelar das necessidades dos serviços eram já notícia recorrente no verão e final do ano passado. O envelhecimento dos serviços e a competição pelos recursos humanos por parte

---

Autor Correspondente/Corresponding Author:

José Luís Ferreira

Morada: Hospital de S. José, R. José António Serrano, 1150-199 Lisboa, Portugal.

E-mail: [jlferreira@netcabo.pt](mailto:jlferreira@netcabo.pt)

de uma medicina privada com um sucesso quase sem paralelo na economia nacional, foram elementos adicionais da criação da “tempestade perfeita” desencadeada pela pandemia.

Mas não devemos apenas olhar para os erros de tutela. Também cometemos alguns erros, mesmo após alguns alertas atempados,<sup>5,6</sup> e que ainda não corrigimos. A facilidade com que aceitámos como válidas orientações sem fundamentação científica, por conta da urgência da situação e escassez de certezas, persistiu para além dessa fase inicial de muito ruído. Criaram-se novos dogmas.<sup>7,8</sup> A escolha da ISR como opção primeira generalizada sem uma avaliação caso a caso, ou a dispensa da auscultação após a intubação traqueal, justificadas como redução do risco de contaminação, são dois exemplos de alteração das práticas sem uma validação científica e sem uma reavaliação posterior. Num e noutro caso estamos a agravar o risco para o doente sem benefício real, ao mesmo tempo que estamos a comprometer o ensino numa área em que o Anestesiologista tem sido a competência máxima - a abordagem e controle da via aérea. Ao mesmo tempo aumentamos a dependência de meios de monitorização que deviam ser complemento e não substitutos da avaliação clínica. A diminuição de oportunidades para o ensino da semiologia durante a faculdade irá persistir ao longo dum internato que deveria ensinar o uso da clínica como componente fundamental da segurança da nossa prática. A avaliação objectiva do risco (no pré-operatório, na escolha de técnica, na determinação das necessidades peri-operatórias, mesmo num contexto não cirúrgico) é um elemento fundamental da aprendizagem da Anestesiologia. Pode isso ser compatível com uma abordagem “one size fits all”?

Pouco esforço foi feito para avaliar a nossa prática e validar cientificamente as escolhas feitas, como é o caso da colaboração *Intubate Covid* (ainda em publicação), que nos apresenta conclusões importantes para uma actuação fundamentada. O incentivo à actividade de investigação e ao ensino baseado em evidência deveriam ser sempre uma das nossas prioridades, mesmo em tempos de emergência social.

### **As Virtudes**

Duas das nossas maiores potencialidades resultam dum ensino estruturado e dum vivência diária abrangente e variada da vida hospitalar que nos torna particularmente capazes de lidar com imprevistos e falhas da organização. Somos uma Especialidade sem âmbito nosológico delimitado e sem grupo etário limite - em rigor somos a única que tudo abrange, desde o antes da vida até ao depois da morte.

Mas não basta sermos capazes de dar resposta a problemas e desafios. Devíamos usar essas capacidades também como proponentes de soluções e novos caminhos.

O Anestesiologista é antes do mais um facilitador, ajudando a tornar possível o desenvolvimento de práticas clínicas inovadoras, o estabelecimento de novas fronteiras em segurança. Permite a concretização de procedimentos que geram mais-valia para o doente e instituição, garante a segurança do doente, mantém-se focado na prestação de cuidados humanizados, eleva o padrão de cuidados ao mostrar que a eficiência dos cuidados não é incompatível com o respeito pela sua individualização.

### **A Oportunidade**

O papel moderno do Médico deve ser, mesmo dentro dum organização complexa e pressionada por objectivos de eficiência, para além da prestação de cuidados directos (onde é insubstituível na observação e diagnóstico, execução de procedimentos, orientação terapêutica) um de informação ao doente e orientação da sua decisão.

Aqui o médico renova a prática humanista tradicional de ser um ouvinte das ansiedades mais profundas, um técnico conhecedor mas igualmente capaz de compreender a condição humana (na sua dimensão moral, social e familiar) da pessoa que está à sua frente, ajudando-o a decidir o que é melhor para si. Na execução de cuidados tratamos a doença, na informação e confiança tratamos o doente. Somos Anestesiologistas, mas antes disso somos Médicos. Em que é que poderemos melhor assumir este papel será portanto a questão a levantar.

Sujeitos à premência que nos concentra apenas na prestação de cuidados arriscamos o caminho de nos tornarmos irreversivelmente “seres” do bloco operatório ou áreas de procedimentos. Este caminho aparentemente mais adequado ao momento, faz antever um futuro mais negro e menos dignificante para a nossa especialidade. Cedemos a nossa autonomia ao gestor do processo, às administrações, fragilizamos a autonomia das Direcções de Serviço (autoridade técnica, mas muito mais que isso), desbaratamos a vivência dum Serviço como um todo indissociável dum visão e missão (conceitos geralmente mal compreendidos e talvez por isso desvalorizados).

Poderíamos pensar numa “reinvenção” dos Serviços de Anestesia – o nome não é significativo, a ideia sim. Não se trata de propor um modelo organizacional específico, pois este terá sempre de ser moldado em função da instituição e da população que serve. Seria antes dar um novo papel aos Serviços de Anestesia dentro do Hospital (e fora dele também), mostrar a importância dum trabalho presente em múltiplos aspectos da vivência diária da

Instituição, que é quase sempre construtor de soluções apesar da fama injusta de criadores de problemas... O que passa necessariamente por algum “marketing” interno, uma atitude proactiva na apresentação de soluções baseadas numa visão abrangente dos problemas. Só uma Especialidade capaz de observar a vida diária de todo o hospital pela natureza do seu trabalho, o consegue. Não devemos ficar à espera da definição de objectivos globais e das solicitações dos Serviços nossos pares – devemos ter uma ideia própria, baseada na nossa experiência e no conhecimento das nossas capacidades, e apresentá-la desde logo. Assumindo-nos não como meros prestadores de serviços internos (vista pouco além da função gerir recursos, ou seja de fazer escalas) mas como parte da solução - precisamente porque somos muito bons a “levantar problemas”. Mostrar que o papel de um Serviço de Anestesia vai muito mais além na vida hospitalar, sendo a sua polivalência e criatividade (qualidades pouco características dos serviços cirúrgicos a quem geralmente é deixada a definição de prioridades e necessidades, por vezes sem uma estratégia clínica clara) uma fonte de recursos adicionais única e com capacidade de resposta rápida, como se viu na actuação na presente pandemia.

Se os Serviços de Anestesia não sentirem a necessidade dum diferente caminho, estaremos também a perder uma oportunidade de preservar e dar continuidade ao trabalho de gerações anteriores, que tornaram a Anestesiologia numa especialidade autónoma e respeitável, potenciadora da modernização das Instituições e dos avanços da Medicina.

E estaremos, de algum modo, a torná-la menos interessante como área de conhecimento e menos atractiva para as novas gerações - excepto talvez como fonte de emprego.

Lisboa, Porto, Novembro 2020,



(José Ferreira e Simão Esteves, Assistentes Graduados Seniores em Anestesiologia)

## Referências:

1. Pisano GP, Sadun R, Zanini M. Lessons from Italy's Response to Coronavirus. [March 27, 2020] Disponível em: <https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus>
2. Course : Knowledge is the Enemy of Unsafe Care Topic : Learning from error Summary. (n.d.)
3. Zangrillo A, Gattinoni L. Learning from mistakes during the pandemic: the Lombardy lesson. *Intensive Care Med.* 2020;46:1622-3. doi: 10.1007/s00134-020-06137-9.
4. Wei H, Jiang B, Behringer EC, Hofmeyr R, Myatra SN, Wong DT, et al. Controversies in airway management of COVID-19 patients: updated information and international expert consensus recommendations. *Br J Anaesth.* 2020 (in press). doi: 10.1016/j.bja.2020.10.029.
5. Kalil AC. Treating COVID-19-Off-Label Drug Use, Compassionate Use, and Randomized Clinical Trials During Pandemics. *JAMA.* 2020;323:1897-8. doi: 10.1001/jama.2020.4742.
6. Guharoy R, Krenzelok E. Searching for COVID-19 treatments: First, do no harm. *Am J Health Syst Pharm.* 2020;77:1899-905. doi: 10.1093/ajhp/zxaa257.
7. Turner MC, Duggan LV, Glezerson BA, Marshall SD. Thinking outside the (acrylic) box: a framework for the local use of custom-made medical devices. *Anaesthesia.* 2020;75:1566-9. doi: 10.1111/anae.15152.
8. Zagury-Orly I, Schwartzstein RM. Covid-19 - A Reminder to Reason. *N Engl J Med.* 2020;383:e12. doi: 10.1056/NEJMp2009405.

## Autor:

**José Luis Ferreira** - Assistente Graduado Sénior em Anestesiologia; Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

**Simão Esteves** - Serviço de Anestesiologia; Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência - Centro Hospitalar Universitário do Porto, Portugal.

## Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsidio o bolsa ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Comissionado; sem revisão externa por pares.

## Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Commissioned; without externally peer review.

## ORCID

José Luis Ferreira  <https://orcid.org/0000-0002-6965-5721>

Simão Esteves  <https://orcid.org/0000-0003-0305-1842>

Submissão: 15 de dezembro 2020 | Received: 15<sup>th</sup> of December, 2020

Aceitação: 15 de dezembro 2020 | Received: 15<sup>th</sup> of December, 2020

Publicado: 29 de dezembro 2020 | Published: 29<sup>th</sup> of December, 2020

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista SPA 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPA Journal 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.