



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



ARTIGO ESPECIAL

Implantação de residência em anestesiologia no interior do Nordeste do Brasil: impacto nos processos de trabalho e na motivação profissional



Cláudia Regina Fernandes^{a,b,*}, Rafael Queiroz de Sousa^c,
Francisco Sávio Alves Arcanjo^c, Gerardo Cristino de Menezes Neto^{a,c},
Josenília Maria Alves Gomes^{a,c} e Renata Rocha Barreto Giaxa^d

^a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^b Centro de Ensino e Treinamento/Ministério da Educação/Sociedade Brasileira de Anestesiologia (CET/MEC/SBA), Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^c CET/MEC/SBA, Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral, CE, Brasil

^d Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Recebido em 12 de julho de 2013; aceito em 20 de agosto de 2013

Disponível na Internet em 26 de setembro de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Residência médica;
Tutoria;
Anestesiologia;
Assistência
perioperatória

Resumo

Justificativa e objetivos: Compreender, pela teoria das representações sociais, a influência exercida pela implantação de um programa de residência em anestesiologia nos cuidados anestésicos e na motivação profissional em um hospital de ensino terciário do interior do Nordeste do Brasil.

Método: Metodologia qualitativa. A fenomenologia e a teoria da representação social foram o referencial teórico. Formaram-se cinco grupos focais multidisciplinares, com 17 profissionais de saúde (cinco cirurgiões, cinco anestesiologistas, duas enfermeiras e cinco técnicos de enfermagem) que atuam no Centro Cirúrgico e na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, todos com experiência anterior e posterior à implantação da referida residência.

Resultados: Da análise de conteúdo das falas, emergiram as seguintes categorias empíricas: motivação para atualização, reciclagem dos profissionais anestesiologistas e melhoria das práticas anestésicas; o residente como um elo interdisciplinar nos cuidados perioperatórios; melhorias na qualidade da assistência perioperatória; reconhecimento de fragilidades no processo perioperatório. Evidenciou-se que a criação de uma residência em anestesiologia traz avanços, que se refletem na motivação dos anestesiologistas; o residente funcionou como um elo interdisciplinar entre a equipe multiprofissional; houve reconhecimento de fragilidades do sistema, identificaram-se as deficiências e apontaram-se ações para superação.

Conclusão: A implantação de um programa de residência em anestesiologia em um hospital de ensino terciário do interior do Nordeste do Brasil promoveu atualizações científicas, melhorou

* Autor para correspondência.

E-mail: claugifer@gmail.com (C.R. Fernandes).

KEYWORDS

Medical residency;
Mentoring;
Anesthesiology;
Perioperative care

a qualidade da assistência e os processos de cuidados interdisciplinares, reconheceu as fragilidades do serviço, desenvolveu planos de ação e sugeriu que esse tipo de iniciativa pode ser útil em áreas remotas de países em desenvolvimento.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Implementation of a residency program in anesthesiology in the Northeast of Brazil: impact on work processes and professional motivation**Abstract**

Background and objectives: Understand, through the theory of social representations, the influence exerted by the establishment a residency program in anesthesiology on anesthetic care and professional motivation in a tertiary teaching hospital in the Northeast of Brazil.

Method: Qualitative methodology. The theoretical framework comprised the phenomenology and the Social Representation Theory. Five multidisciplinary focus groups were formed with 17 health professionals (five surgeons, five anesthesiologists, two nurses, and five nursing technicians), who work in operating rooms and post-anesthesia care units, all with prior and posterior experience to the establishment of residency.

Results: From the response content analysis, the following empirical categories emerged: motivation to upgrade, recycling of anesthesiologists and improving anesthetic practice, resident as an interdisciplinary link in perioperative care, improvements in the quality of perioperative care, recognition of weaknesses in the perioperative process. It was evident upper gastrointestinal bleeding secondary to prolonged intubation that the creation of a residency in anesthesiology brings advancements that are reflected in the motivation of anesthesiologists; the resident worked as an interdisciplinary link between the multidisciplinary team; there was recognition of weaknesses in the system, which were identified and actions to overcome it were proposed.

Conclusion: The implementation of a residency program in anesthesiology at a tertiary education hospital in the Northeast of Brazil promoted scientific updates, improved the quality of care and processes of interdisciplinary care, recognized the weaknesses of the service, developed action plans and suggested that this type of initiative may be useful in remote areas of developing countries.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A residência médica (RM) é um programa de treinamento em serviço de longa duração reconhecido como o melhor mecanismo de capacitação de médicos para o exercício profissional especializado, responsável e de qualidade. Tendo em vista a necessidade diagnosticada de expansão de residência médica para atender às demandas de especialistas em áreas e regiões estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), os ministérios da Saúde e da Educação vêm desenvolvendo um esforço conjunto de financiamento de novos programas para promover essa expansão de forma ordenada, em consonância com as resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).¹ Estudos de 2005, repetidos em 2006 e 2008, revelaram alta concentração de programas e instituições que oferecem residência médica nas regiões Sudeste e Sul, respectivamente. A concentração de vagas e bolsas de RM na região Sudeste coincide com a concentração de outros indicadores de saúde. Os estudos nacionais mostraram a sobreposição percentual de médicos em atividade sobre a oferta de vagas-bolsas de residência médica por região do Brasil.² A oferta

de novos locais de residência com programas de qualidade contribui para a fixação de médicos nas regiões em que cursaram tais programas. Um estudo publicado em 2010 no *New England Journal of Medicine*³ confirma alguns dados coletados entre 2004 e 2008 no Brasil.² Da mesma forma, estudos feitos no Canadá confirmam a RM como fator de fixação de médicos, mesmo em regiões mais distantes daquele país.⁴

A formação médica especializada, presente no país há mais de 30 anos, nunca havia sido objeto de políticas públicas específicas. O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas (Pró-Residência), lançado em outubro de 2009, constitui-se um marco na instituição de uma política pública destinada a fomentar a formação médica especializada, a partir das necessidades de saúde no país, e proporciona credenciamento de novos programas sob apoio matricial.²

O apoio matricial consiste em um arranjo complementar, construído a partir da constituição de uma retaguarda especializada de apoio às instituições matriciadas. Tem o propósito de uma corresponsabilização, com função técnico-pedagógica, com transferência de tecnologias para a qualificação das equipes.⁴

Mediante estudo de distribuição de especialistas no cenário nacional, a anestesiologia foi uma especialidade considerada prioritária no Nordeste. Em 2010 teve início o primeiro Programa de Residência Médica (PRM) em Anestesiologia do interior do Nordeste do Brasil sob matriciamento, credenciado pelo Ministério da Educação e pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência exercida pela implantação do Programa de Residência em Anestesiologia em um hospital de ensino terciário do interior do Nordeste do Brasil, nos processos e cuidados anestésicos, mediante percepção de profissionais de saúde que atuam no setor e vivenciaram esse período de transição.

Método

Este estudo usou o recorte teórico-metodológico conferido pela pesquisa qualitativo-fenomenológica⁵⁻⁷ sobre a percepção dos profissionais de saúde que atuam no Centro Cirúrgico e na Sala de Recuperação Pós-Anestésica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (Hospital de Ensino da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral), sejam eles anesthesiologistas, cirurgiões, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, acerca das transformações e da evolução dos processos ocorridos nos setores Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Serviço de Anestesiologia, a partir da implantação da Residência em Anestesiologia. A teoria da representação social^{8,9} permitiu a compreensão do fenômeno de transformação que a implantação de uma residência médica pode exercer em um serviço ou setor.

Amostra e processo de seleção

Foram entrevistados 17 profissionais de saúde (cinco cirurgiões, cinco anesthesiologistas, duas enfermeiras e cinco técnicos de enfermagem) durante seu horário de trabalho. As entrevistas ocorreram em uma sala reservada, próximo ao ambiente do Centro Cirúrgico. A amostra foi selecionada por conveniência e considerou o “ponto de saturação”, que fica configurado quando o entrevistador percebe que não há mais informações novas a serem ouvidas. Participaram os profissionais de saúde que atuavam no Centro Cirúrgico e na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, todos com experiência anterior e posterior à criação da residência médica em anestesiologia e que aceitaram voluntariamente o convite para participar do estudo. Foram excluídos os profissionais que não tinham experiência anterior à criação da referida residência.

Os profissionais selecionados foram divididos em grupos focais multidisciplinares. As categorias profissionais incluíram anesthesiologista, cirurgiões (traumatologistas, obstetras, cirurgiões gerais e neurocirurgião) e corpo de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem). Cada grupo focal foi composto por quatro a seis participantes, com pelo menos um membro de cada categoria. Todo o discurso foi livre, sem interrupções feitas pelo observador, com as falas surgindo de maneira aleatória pelos voluntários, o diálogo ocorreu entre eles, mas com a participação de todos. As respostas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise e posteriormente classificadas em categorias não apriorísticas por freqüenciamento.⁹

A pesquisa adotou medidas para preservar o sigilo, o anonimato e a privacidade dos entrevistados. O nome completo dos entrevistados ficou restrito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos respectivos profissionais. Os procedimentos metodológicos aplicados foram esclarecidos aos entrevistados individualmente, até acerca da possibilidade de o entrevistado interromper, responder ou não às perguntas e ter o direito de se recusar a participar da pesquisa.

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital.

Instrumento de pesquisa

O instrumento de coleta de dados usado foi um roteiro semiestruturado de entrevistas com exposição aos voluntários de cinco perguntas norteadoras: Após o início da Residência em Anestesiologia: 1) “Houve mudança na rotina do centro cirúrgico?”; 2) “Houve melhoria na qualidade dos cuidados anestésicos?”; 3) “Houve incorporação de novas técnicas anestésicas?”; 4) Houve alteração nas relações pessoais interdisciplinares?”; 5) “O que poderia ser melhorado na referida residência implantada?”

Análise dos dados

Após a devida transcrição, os dados e as informações coletados na fala dos profissionais de saúde dos grupos focais foram analisados quanto ao seu conteúdo com base na teoria das representações sociais. Buscou-se explorar as estruturas que os entrevistados manifestaram como relevantes. Foram levados em conta, no momento da coleta e da análise dos dados, os elementos não verbais manifestados pelos entrevistados.⁵

Resultados

A partir da análise dos grupos focais, surgiram as categorias enumeradas a seguir:

Motivação para atualização, reciclagem dos profissionais anesthesiologistas e melhorias das práticas anestésicas

Foi enfatizado que a presença do residente motivou os profissionais anesthesiologistas da referida instituição na busca de atualização e despertou a necessidade de se envolver com processos de educação continuada. Houve satisfação com a criação de tempo protegido para desenvolvimento didático-científico, como seminários e palestras com diferentes convidados. Foi evidenciado por meio das seguintes falas:

Em termos de aprendizado foi excelente o estímulo para estudo, alçar voos maiores com pacientes mais graves, com troca de experiências com os residentes. (Anesthesiologista)

Esse estímulo à atualização e capacitação não ficou restrito apenas à instituição hospitalar, os profissionais anesthesiologistas se motivaram a participar de congressos e

jornadas científicas, incentivados pela presença constante dos residentes nesses eventos.

Houve bastante mudança em termos de ensino. Os próprios preceptores anestesistas passaram a estudar mais, ter maior cuidado com as rotinas anestésicas. Com a maior participação em congressos, trouxeram inovações, modernizaram o serviço. Houve uma mudança substancial, com melhorias e crescimento por parte do serviço de anestesia da ordem de 60% a 80% após a implantação da Residência de Anestesiologia. (Cirurgião)

A aquisição e a melhoria de equipamentos, tanto quanto a estrutura do centro cirúrgico, foram tópicos de muita discussão nos grupos focais e opinião recorrente nas falas:

Houve compra de aparelhos novos, reciclagem total dos profissionais anestesistas, substituição do material sucatado. (Cirurgião)

Com a chegada dos residentes à instituição ressaltou-se o uso de maior variabilidade de técnicas anestésicas, técnicas essas já conhecidas pelos profissionais, porém subusadas por causa da imensa demanda cirúrgica que sobrecarregava os profissionais que lá atuavam, o que resulta em algum grau de fragilidade na qualidade dos cuidados oferecidos.

A gente já conhecia os procedimentos anestésicos, como a colocação de cateteres peridurais em cirurgias de grande porte, mas os residentes passaram a motivar-nos a fazer esse procedimento, pois, para abreviar o tempo de procedimento anestésico, nossa iniciativa era sempre proceder à anestesia geral, não tínhamos um olhar mais acurado acerca da dor pós-operatória. Com a introdução dos cateteres peridurais houve uma soma importante na qualidade dos cuidados. [...] Outro tipo de monitoração que foi de importância para o Serviço foi o BIS. Com a implantação do Programa de Residência começou-se a usar esse equipamento. Antes sabíamos da existência por meio da literatura, porém com a chegada dos residentes foi posto em funcionamento. (Anestesiologista)

Em consonância com os cirurgiões e os anestesiológicos, a equipe de enfermagem também reconheceu a evolução e as melhorias que envolveram as técnicas anestésicas e ressaltou mais uma vez os benefícios para os pacientes acerca do uso dos cateteres peridurais em cirurgias de alta complexidade, com repercussões positivas no controle da dor aguda no pós-operatório.

Um ganho como o cateter peridural, em cirurgias grandes, uma grande melhoria para os pacientes no pós-operatório, isso é muito bom. (Enfermagem)

O residente como um elo interdisciplinar nos cuidados perioperatórios

Nessa categoria foi evidenciada recorrentemente a melhoria da interlocução anestesiológica-cirurgião acerca do planejamento e da escolha da técnica anestésica baseados no procedimento cirúrgico proposto.

Passou a haver mais diálogo entre preceptor anestesiológico e cirurgião sobre o procedimento cirúrgico. Aventou-se a possibilidade de uma determinada técnica

anestésica para determinado procedimento. Eu já senti isso, com os residentes há um questionamento. (Cirurgião)

Essa afirmação sugere que a presença do residente, por trazer questionamentos, estimula o diálogo e contribuiu para uma tomada de decisão compartilhada entre preceptor anestesista e cirurgião, com participação efetiva do residente. A melhoria nas relações interdisciplinares e nos processos de comunicação se estendeu à equipe de enfermagem.

Os residentes, junto com a gente, se tornaram um elo entre enfermagem, cirurgiões e anestesistas. (Enfermagem)

Citou-se ainda a minimização de conflitos no ambiente cirúrgico demonstrada pelo discurso:

Existiam até mais conflitos nas salas de cirurgia. Com os residentes, isso aí desapareceu, até pela parte educativa. (Anestesiologista)

Melhorias na qualidade da assistência perioperatória

Observou-se persistentemente nos discursos a melhoria da qualidade na assistência aos pacientes após a implantação do Programa de Residência em Anestesiologia, com indução da prática reflexiva pelos preceptores, motivada pelas constantes indagações e pelos constantes questionamentos dos residentes, como também mediante uma abordagem mais completa e integrada dos pacientes, em detrimento de uma abordagem puramente tecnicista e intraoperatória. Essas questões podem ser percebidas nos seguintes depoimentos:

Os residentes fazem a visita no pré-anestésico [...] isso é um ganho na qualificação do serviço de anestesia. (Cirurgião)

Esse depoimento toca em um ponto importante da qualidade da assistência, pois a avaliação pré-anestésica, com o conhecimento das condições clínicas do paciente previamente ao procedimento, é obrigatória segundo a resolução CFM nº 1.802/2006, especialmente para avaliar os riscos, traçar um adequado plano anestésico e tornar o procedimento mais seguro.

A presença do residente de anestesiologia no Serviço facilitou a execução dos cuidados perioperatórios e a avaliação pré-anestésica foi um ponto de destaque, com subsequente discussão dos casos com os preceptores, já que esses, por serem em número reduzido para a grande demanda cirúrgica, não tinham tempo reservado para prestar assistência pré-operatória adequada aos pacientes candidatos a cirurgias eletivas.

Nossa equipe é pequena e são mais de mil cirurgias por mês [...], a gente termina atropelando demais e simplificando os processos. Cirurgias de grande porte com indicação de cateter peridural acabam não sendo feitas, por não se ter tempo. Os residentes tornaram esse procedimento viável conosco. (Anestesiologista)

Os residentes fazem a visita no pré-anestésico e isso é um ganho na qualificação do serviço de anestesia. (Cirurgião)

A avaliação prévia dos casos, com discussão com os preceptores, e a criação de um plano anestésico, que aperfeiçoa a monitoração intraoperatória, proporcionaram um ambiente favorável à sistematização dos cuidados, aumentaram a segurança do ato anestésico e melhoraram a qualidade da assistência. Essas considerações ficam bem evidentes nas falas:

A questão da monitoração, a questão da assistência, o conjunto como um todo, o paciente foi muito mais bem assistido. (Anestesiologista)

Noto que eles conversam com a gente, eles pedem o que está faltando antes, preparam o material antes. O que estiver faltando: medicação, cateter, tubo; eles chegam para a enfermagem e pedem. (Enfermagem)

Reconhecimento de fragilidades no processo perioperatório

O ponto mais frágil dos cuidados no processo perioperatório demonstrado nesse estudo referiu-se ao setor Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Várias são as justificativas, como a sobrecarga de cirurgias, pois, por ser um hospital terciário de referência para emergência e de alta complexidade, que atende 55 municípios do norte do Ceará, não há como regular o número de pacientes que a ele são encaminhados, o que gera superlotação, deficiência de recursos humanos para suprir a demanda, o que repercute na qualidade do atendimento no período pós-operatório, assim como não há um anestesiologista plantonista destinado exclusivamente à SRPA. Fica aos cuidados da equipe de enfermagem, sob a supervisão dos profissionais anestesiologistas, que atuam no Centro Cirúrgico, como representado nos recortes das falas:

O ponto número um, que necessita de reestruturação urgente, é a recuperação pós-anestésica. (Cirurgião)

Gostaríamos que houvesse participação maior dos médicos na recuperação, acompanhando, fazendo o pós-operatório, como o médico exclusivo da sala de recuperação pós-anestésica. (Enfermagem)

Por causa da demanda acentuada precisa-se de uma estrutura melhor dessa sala de recuperação, ela é uma das grandes mazelas da Santa Casa, um dos grandes desafios que tanto os cirurgiões como os anestesiologistas e os residentes enfrentam [...] é a grande batalha. (Cirurgião)

Acho que na sala de recuperação falta um médico anestesiologista exclusivo para o setor, e isso é uma falta gravíssima [...] quanto à Sala de Recuperação, precisamos de mais equipamentos, além de um médico anestesiologista exclusivo para o setor, precisamos aumentar a equipe de enfermagem para dar conta da demanda acentuada. (Anestesiologista)

No contexto perioperatório, a urgência de se estabelecer uma rotina pré-anestésica mais regular, com uma possível criação de ambulatório específico, é também um discurso recorrente.

Ambulatório de pré-anestésico. Ajuda até a diminuir o número de cirurgias suspensas. (Enfermagem)

Sei que não dá para fazer a visita pré-anestésica em todos; mas alguns pacientes já idosos, para cirurgia de fratura de colo de fêmur e o pós-anestésico, a gente sente muita falta de ver isso. (Cirurgião)

Primeira coisa, melhorar a visita pré-anestésica. Tem que haver a melhoria da visita. (Anestesiologista)

A resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.802/2006 determina em seu artigo 1º aos médicos anestesiologistas que: "Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesiologista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível: para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar".

Discussão

A residência médica (RM) é compreendida como um espaço de ensino e educação permanente, que não pode ser limitado a uma concepção de projeto educacional de especialização isolado. A RM também não pode ser vista como um processo de trabalho somente. A complexidade de sua natureza e a indissociabilidade desses dois aspectos apontados marcam uma característica singular e extremamente interessante da RM: o reconhecimento e a valorização do papel do trabalho como instrumento fundamental da aprendizagem de um profissional.¹⁰ Participam desse contexto preceptor anestesiologista e aprendiz residente, há uma troca de saberes indissociáveis e um processo de ensino-aprendizagem bilateral, que indubitavelmente contribuem para melhoria da qualidade da assistência em serviço.

A Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006, dispõe sobre requisitos mínimos dos programas de residência médica, assim como a Sociedade Brasileira de Anestesiologia dispõe sobre o regulamento dos Centros de Ensino e Treinamento¹¹ que induz inevitavelmente aos avanços e às melhorias nos serviços que se propõem a ser formadores de especialistas. Dessa feita, a história natural esperada de um serviço que abriga um programa de residência médica é que se produzam emancipação e melhorias em todos os aspectos, inclusive no controle da dor aguda pós-operatória.¹²

A percepção de que a presença do residente, quando adequadamente supervisionado, traz avanços na qualidade da assistência não é somente dos profissionais de saúde que atuam e convivem no setor, os pacientes também percebem a qualidade dos serviços prestados pelo residente sob supervisão e se mostram muito satisfeitos, conforme evidências publicadas.¹³

Estudos demonstram que os processos de comunicação e integração entre as equipes de trabalho, especialmente entre anestesiologista e cirurgião, melhoram a efetividade dos resultados e a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e causam impacto na cultura organizacional dos serviços.¹⁴

É sabido que nenhum profissional detém todas as ferramentas para atender aos problemas de saúde, para um

efetivo trabalho em equipe deve haver interdisciplinaridade. Essa pode ser entendida como ações integradas com objetivo comum entre profissionais com formações de diferentes áreas. Isso é possível mediante reconhecimento das especificidades de cada área profissional, atingido com diálogo contínuo, na busca de superar a fragmentação do conhecimento e, conseqüentemente, dos serviços.¹⁵ A presença do residente de anestesia funcionou como um elo para a equipe de enfermagem e facilitou o acesso a informações sobre técnicas anestésicas planejadas para determinado procedimento cirúrgico, como também maior esclarecimento sobre as condições clínicas do paciente. Percebeu-se então melhoria nos cuidados, com abordagem mais detalhada e próxima do paciente, com adoção de uma visão multidisciplinar.

As novas direções da anestesiologia como especialidade estimulam a adoção da prática da medicina perioperatória, cujo pressuposto norteador dos cuidados se baseia na segurança do paciente. Nesse contexto, a educação interprofissional permite a aprendizagem conjunta dos membros das equipes e favorece a cultura de segurança.¹⁶ Para isso, a adoção de um currículo baseado em competências é fundamental nesse novo processo educacional. A Residência em Anestesiologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral iniciou-se planejada à luz de um currículo baseado em competências.¹⁷

As especialidades cirurgia e anestesiologia sempre estiveram intimamente interligadas. Dentro da complexidade crescente de terapias e capacidades técnicas, as disciplinas se sobrepõem em determinadas áreas. O importante é compreender que as especialidades não atuam como concorrentes, e sim como parceiros. Evidências demonstram que os desfechos cirúrgicos podem ser melhorados mediante comunicação e interação efetiva entre anestesiológicos e cirurgiões que compõem equipes multidisciplinares, o que é altamente benéfico para os pacientes.¹⁸

A presença do residente pode ser um fator propulsor da prática reflexiva dos profissionais, entendida como a habilidade de refletir criticamente sobre seu próprio raciocínio e suas decisões. Isso porque motiva o profissional a “executar” bem suas atividades e faz com que ele reveja seus conhecimentos, estude e “pense alto”. Essas ações diminuem o automatismo da prática e impulsionam o raciocínio analítico e a capacitação permanente. Conseqüentemente, há diminuição dos erros de origem cognitiva.¹⁹

Atitudes positivas de interrelacionamento e comportamento transformam o ambiente de trabalho e criam uma atmosfera favorável para adoção do *checklist* de segurança proposto pela Organização Mundial da Saúde,²⁰ já que a alta prevalência de efeitos adversos encontrados e documentados em instituições hospitalares de países da América Latina infere que a segurança do paciente pode representar um importante problema de saúde pública, tal como já foi documentado na América do Norte.²¹

A existência obrigatória de SRPA no Brasil foi determinada pela portaria 400 do Ministério da Saúde, em 1977. A Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1.802/2006, que dispõe sobre a prática do ato anestésico, estabelece, no artigo IV, que “após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro/unidade de terapia intensiva

(CTI/UTI), conforme o caso”. Determina ainda que “a alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do médico anestesiológico”; e que “na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorados quanto: à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco, por meio da cardioscopia; à respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial e oximetria de pulso; ao estado de consciência; à intensidade da dor”.

Em estudo feito no Brasil, em 2003, sobre rotinas de cuidados pós-anestésicos de anestesiológicos brasileiros, foi demonstrado que a disponibilidade de equipamentos na SRPA cresceu progressivamente para os anestesiológicos atuantes nas regiões Norte/Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. A existência de programa de residência médica na instituição associou-se com a existência de anestesiológico de plantão nas 24 horas na SRPA e a disponibilidade de equipamentos de reanimação e outros, como estimulador de nervo periférico e sistema de aquecimento ativo.²² Infere-se que a existência de um programa de residência médica é indutora de melhorias na qualidade do serviço prestado.

Quanto aos cuidados pré-anestésicos, a consulta em ambulatório de avaliação pré-anestésica é de extrema importância, a fim de estratificar os riscos e planejar melhor os cuidados intraoperatórios e a monitoração, o que contribui para o aumento da segurança da anestesia, a manutenção de vínculos e o esclarecimento de dúvidas dos pacientes, reduz a taxa de suspensão de cirurgias e ainda aumenta a satisfação dos clientes.²³ No estudo em questão essa é uma fragilidade do Serviço que ainda precisa ser mais bem estruturada.

Conclusões

A influência exercida pela implantação do Programa de Residência em Anestesiologia em um hospital de ensino terciário do interior do Nordeste do Brasil refletiu-se nos processos e cuidados anestésicos e na motivação dos anestesiológicos que atuam na instituição para atualização profissional, reciclagem e implementação de melhorias nas práticas anestésicas. A presença do residente de anestesiologia funcionou como um elo interdisciplinar entre os médicos anestesistas, cirurgiões e os profissionais de enfermagem e melhorou sobremaneira os cuidados perioperatórios e a segurança do paciente; porém, refletindo-se sobre o fluxo dos processos e a qualidade nos cuidados, houve reconhecimento de fragilidades relacionadas aos cuidados pré-anestésicos e pós-anestésicos, identificaram-se deficiências e apontaram-se ações para superação. Um programa de residência cuja implantação foi planejada como um processo participativo dos anestesiológicos que compõem o corpo clínico produz motivação do grupo e resulta em avanços, atualizações científicas, reflexões sobre os processos de cuidados, melhorias na qualidade da assistência, reconhecimento de fragilidades e desenvolvimentos de planos de ações para promoção de avanços contínuos na educação, atenção e assistência.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Michel JLM, Lopes Junior A, Santos RA, et al. Residência médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. *Cadernos Abem*. 2011;7:13–27.
2. Nunes MPT, Michel JLM, Brenelli SL, et al. Distribuição de vagas de residência médica e de médicos nas regiões do país. *Cadernos Abem*. 2011;7:28–34.
3. Michael E, Whitcomb. New medical schools in the United States. *N Engl J Med*. 2010;362:1255–8.
4. Mathews M, Rourke JTB, Park A. What makes medical graduates practice close to home? *CMAJ*. 2006;175:357–60.
5. Minayo MCS. Técnicas de análise do material qualitativo. In: Minayo MCS, editor. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 303–27.
6. Catherine P, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
7. Merleau-Ponty M. O problema das ciências do homem segundo Husserl. In: Merleau-Ponty M, editor. *Ciências do homem e fenomenologia*. São Paulo: Saraiva; 1973. p. 28–33.
8. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S, editor. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
9. Kitzinger J. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
10. Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência médica no Brasil. *Cadernos Abem*. 2011;7:7–12.
11. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Regulamento dos Centros de Ensino e Treinamento. Disponível em: http://www.sba.com.br/normas_e_orientacoes/legislacao.asp. Acessado em 21 de dezembro de 2012.
12. Rigg JR, Jamrozik K, Myles PS, et al., Master Anaesthesia Trial Study Group. Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery: a randomised trial. *Lancet*. 2002;359:1276–82.
13. Mourad M, Auerbach AD, Maselli J, et al. Patient satisfaction with a hospitalist procedure service: is bedside procedure teaching reassuring to patients? *J Hosp Med*. 2011;6:219–24.
14. Kirschbaum KA, Rask JP, Brennan M, et al. Improved climate, culture, and communication through multidisciplinary training and instruction. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207:200.e1–7.
15. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14 Supl. 1:1463–72.
16. Bould MD, Naik VN, Hamstra SJ. Review article: new directions in medical education related to anesthesiology and perioperative medicine. *Can J Anaesth*. 2012;59:136–50.
17. Fernandes CR, Farias Filho A, Gomes JMAG, et al. Currículo baseado em competências na residência médica. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36:129–36.
18. Körner CM, Weigand MA, Martin E. Anesthesiology: partner or competitor? *Chirurg*. 2012;83:323–6.
19. Mamede S, Schimidt HG, Penaforte JC. Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. *Med Educ*. 2008;42:468–75.
20. Checklists save, lives. *Bull World Health Organ*. 2008;86:501–2.
21. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the ‘‘Iberoamerican Study of Adverse Events’’ (Ibeas). *BMJ Qual Saf*. 2011;20:1043–51.
22. Oliveira Filho GR. Rotinas de cuidados pós-anestésicos de anesthesiologistas brasileiros. *Rev Bras Anest*. 2003;53:518–34.
23. Soares RR, Valadares FW, Araújo M. Importância da avaliação pré-anestésica: relato de caso de paciente com apneia obstrutiva do sono. *Rev Bras Anest*. 2011;61:789–92.