

Especialista em Oftalmologia

Sr, Editor

Especialista em Oftalmologia

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia outorgou ao nosso colega Alberto Affonso Ferreira o título de Especialista em Oftalmologia. O referido título foi conquistador após minuciosa prova, e vem fazer justiça aos seus inestimáveis estudos de farmacologia clínica, aplicada em oftalmologia,

bem como às suas prestações de serviços aos oftalmologistas e ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia, ao longo de laboriosa vida profissional. A Anestesiologia Brasileira sente-se honrada e homenageada pelo acontecimento, augurando muita saúde e paz ao prezado colega, companheiro e amigo.

João Lopes Vieira
Av. Andrade Neves, 611
13020 – Campinas, SP

Segurança em Anestesia

Senhor Editor

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia muito tem se preocupado com a segurança na prática da Anestesiologia em nosso País. Recentemente a Jornada de Anestesiologia do Sudeste Brasileiro teve como tema central "SEGURANÇA EM ANESTESIA", onde muito se discutiu sobre o referido tema. No entretanto, quer me parecer que ainda levaremos algum tempo para conseguir exercer a prática da anestesia com a segurança desejada por todos nós, pelo menos em alguns pontos do País, senão única e exclusivamente às custas do profissional Anestesiologista. No Estado do Rio de Janeiro, local onde milito profissionalmente, ainda carecemos das mínimas condições de trabalho e segurança – a não ser às custas do profissional, como já disse – em algumas Casas de Saúde e Hospitais Privados, onde são praticados diuturnamente procedimentos cirúrgicos em, caráter particular ou em convênio com as várias Companhias de Seguro-Saúde existentes no País.

Pois bem, quando somos solicitados a prestar nossos serviços profissionais em tais Casas de Saúde ou Hospitais, onde o paciente se interna em caráter "particular", não raras vezes é oferecido ao Anestesiologista simplesmente uma saída

de O_2 na parede da S.O. ou um cilindro de O_2 . É comum o Anestesiologista possuir uma maleta composta de aparelhagem básica para a prática de anestesia, aparelhagem essa que cada vez mais se torna difícil a sua aquisição devido aos altos custos cobrados pelos fabricantes.

No caso específico do Rio de Janeiro, me parece que são raras as Instituições Privadas que oferecem ao Anestesiologista condições próprias para o exercício profissional.

Parece-me que é chegado o momento de algo ser feito, no sentido da conscientização dos dirigentes dessas Instituições Privadas, da importância da aparelhagem de anestesia. Não é possível mais, aos Anestesiologistas (dentre os quais me incluo), para que possam trabalhar, carregarem consigo todo um aparato (maleta de anestesia com material básico, blocos de fluxômetro, monitores, cilindro de N_2O , etc. . .). Quero crer que está na hora de começarmos a discutir tal situação.

Dr. Paulo Sérgio Gomes Lavinias
Chefe do Serviço de Anestesiologia e
Responsável pelo CET/SBA do
Instituto Nacional de Câncer –
M.S. – RJ

Um Passo a mais em Direção à Respeitabilidade

Ilmo Sr.
Dr. Masami Katayama
Av. Andrade Neves, 611
13020 – Campinas – SP

Senhor Editor

O excelente editorial “Aspectos Éticos da Pesquisa Clínica não poderia ser mais oportuno. Aqui no terceiro mundo, sem exceção para o Brasil, nunca demos real importância a normas, leis e disposições. Fomos gradualmente tornando-nos o povo do “jeitinho”, da “criatividade” e do “enjambrado”. O “jeitinho” nada mais é do que uma forma agressiva, pouco civilizada, de prejudicar outras pessoas. Pois com o “jeitinho” alguém leva a vantagem na decorrência da desvantagem de outro. E a “criatividade” e o “enjambrado” em nossa profissão são pura imprudência e/ou negligência.

Nós também não lemos. Não lemos artigos longos, não lemos livros grossos, não lemos cartazes, não lemos avisos e não lemos normas aos autores.

Nossas Revistas Médicas publicam estatísticas “acertadas”, resultados mal interpretados, bibliografia “pirata”, testes mal conduzidos e sobretudo conclusões com base neles. Na verdade, no que pese nossa boa vontade, nos esquecemos de planejar de forma adequada nossa pesquisa. Aqui no Brasil conhecida como “trabalhinho”. Ciência, macumba, ou variável de atributo, o resultado plasmado e melancólico.

No memento em que nos preparamos, talvez, para tornar a Revista bilíngüe, para tentarmos nos fazer ouvir no mundo desenvolvido, precisamos também de ordem na casa.

O Editorial supracitado, pelo menos assim entendi, não apenas levanta, mas alerta para os aspectos ético-legais envolvidos no âmbito da pesquisa e divulgação científicas, desrespeitados com frequência em nossas páginas. Não pela falta de exigências (2), mas por negligência na sua observação.

A própria Rev Bras Anest, até 1987, Vol. 37, subentendia, sem exigir, nas suas normas aos autores, que os trabalhos de pesquisa clínica deveriam trazer o consentimento dos pacientes e a aprova-

ção das Comissões de Ética. Passou a fazê-lo a partir do volume 38. A partir desta data, o Conselho Editorial deve sistematicamente recusar todos os trabalhos cujos textos não obedeçam a esta disposição.

Vamos, é bem verdade, esbarrar em um outro problema: quem, como e quais serão as Comissões de Ética? A maioria dos Hospitais brasileiros não possui Comissão de Ética. Os Conselhos Regionais ficam nas Capitais e as consultas enfrentam a burocracia das sessões de julgamento e o resultado depende sempre de decisões plenárias. Isto demanda tempo de acordo com as prioridades dos processos a serem julgados.

Esta pergunta me parece relevante, num País onde estes assuntos ainda não são importantes, ressalvadas as exceções.

A Rev Bras Anest poderia, como já fez com outras matérias, publicar um apêndice, incluindo três documentos fundamentais para Comissões de Ética e/ou pesquisadores: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração de Helsinki (1964) e a Declaração da American Hospital Association (1972). Estes documentos tratam especificamente dos direitos dos pacientes, das experimentações e ensaios terapêuticos sobre o homem. E por que não acrescentar o decálogo de Hewitt³, que trata das normas éticas para o autor do texto e sua relação com outros autores, co-autores e afins?

O Editorial do número 3, volume 38, da Rev Bras Anest é importante quando toca no “calo” doloroso. É brilhante quando propõem um passo a mais em direção à respeitabilidade.

Sem mais, protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Mário José da Conceição, TSA

REFERÊNCIAS

1. Duarte DF - Aspectos éticos da pesquisa clínica (Editorial). Rev Bras Anest, 1988; 3:155-158.
2. CFM - Órgão oficial do Conselho Federal de Medicina, Ano II no 8, ago/out, 1987.
3. Hewitt RM - Exposition as applied to medicine. A glance at the ethics of it. JAMA 1954; 156: 477-479.

Rigidez de tórax e hipotensão arterial

Ilmo. Sr,
Masami Katayama
M. D. Editor da RBA
Av. Andrade Neves, 611
13020 – Campinas – SP

Prezado Senhor:

Ao induzir um lactente com Fentanil 50 µg/kg e Dialil-Nortoxiferina (Alloferine) fui surpreendido por importante rigidez de tórax e hipotensão, certamente causadas pelo Alloferine, já que há muitos anos usamos o Brometo de Pancurônio com Fentanil, sem qualquer problema.

Não será difícil imaginar os momentos de tensão que passei ao não conseguir ventilar uma criança hipotensa.

Em artigo educacional publicado na RBA¹ onde os autores fazem completa revisão bibliográfica sobre curare em pediatria, nada encontrei sobre o uso dos três únicos relaxantes musculares adespolarizantes existentes no Brasil (Nortoxifemina, Gallamina e Fazadinio) em recém-natos e Lactentes. Hickey PR e col.² citam que só Pancurônio deve ser usado com altas doses de Fentanil, já que a excelente estabilidade hemodinâmica que se consegue com esta associação poderá não acontecer se outro curare for usado. Mas nós não temos mais o Pancurônio e existem muitos pacientes que se beneficiam do uso do Fentanil em altas doses.

Pensei em escrever ao laboratório que produz esta droga no Brasil, porém antes que o fizesse pude ler na sessão Cartas ao Editor³ a justificativa pela sua retirada do mercado: o preço do medicamento estava abaixo do custo.

Que paradoxo ! Esta droga vem ajudar principalmente pacientes submetidos a cirurgia cardíaca,

com os quais se gastam milhões de cruzados com oxigenadores descartáveis, marcapassos etc., tudo para oferecer mais segurança e nós não temos acesso ao que existe de mais barato, que são as drogas. E não é só o Pancurônio. Hoje não existe mais o Araminol, o Isoproterinol e tantas outras drogas importantes.

Nosso paciente felizmente está vivo, mas poderia não estar.

Nós anestesiológicos iniciamos uma luta nacional por uma tabela de honorários mais justos e a principal razão que alegamos foi a de que precisávamos ganhar melhor para oferecermos mais segurança aos nossos pacientes, através de melhor material, possibilidade de atualização etc.

A retirada de drogas importantes de nosso mercado não estará afetando igualmente a segurança de nossos pacientes? Sim, e nós na condição de guardiões de suas vidas temos o dever de usar de todos os meios possíveis para alertar nossas autoridades. (Lembro que nosso Ministro da Saúde e sócio adjunto da Sociedade Paranaense de Anestesiologia).

Carta neste sentido estamos encaminhando ao Presidente da SBA, para que possa ser agendado este assunto na próxima AR.

Atenciosamente,

Sérgio Bernardo Tenório

REFERÊNCIAS

1. Silva CA, Conceição M - Relaxantes neuromusculares no paciente pediátrico. Rev Bras Anest 1988; 38: 53-57.
2. Kaplan JA - Cardiac Anesthesia, Vol. 2, Second Edition, Orlando, 1987:675.
3. Akzo - Industria e Comércio Ltda.; PAVULON (Pancuronium Bromide) - Descontinuação do Produto. Rev Bras Anest 1988; 38:147.

Administração de glicose a gestante

Ilmo Sr.
Dr. Masami Katayama
M. D. Editor da Rev. Bras. Anest.
Av. Andrade Neves, 611
13100 – Campinas – SP

Prezado colega,

Lendo o trabalho do meu grupo, na Rev Bras

Anest 1988; 38: 3: 167-172, constatei o seguinte:

1 – Em resultados, o penúltimo parágrafo deverá conter comparação entre o grupo 1 e o grupo 3 e não grupo 2, conforme foi editado.

2 – Na discussão, no antepenúltimo parágrafo está escrito “. . .mostrando alterações mais evidentes e de relação mais negativa. . .”, o que torna o texto contraditório com os resultados obtidos e com os gráficos, e teria que ser mudado para”. . .

alterações mais evidentes e de relações mais positivas.. .“

3 – A mesma correção deverá ser feita no resumo (Português e Inglês), substituindo a palavra negativa por positiva.

Agradeceria se pudesse publicar em Cartas ao Editor como “errata” do trabalho.

Se a falha foi minha (não tenho agora os originais em mãos), peço desculpas a você e aos colegas que perceberam o erro. Sendo o que tinha para o momento, despeço-me, com um abraço.

Deoclecio Tonelli
Responsável pelo CET-ABC