

## Em Busca da Qualidade Total em Anestesia

José Roberto Nociti, TSA

De maneira genérica, são três os componentes da qualidade assistencial em Medicina<sup>1</sup>: 1) efetividade ou obtenção dos melhores resultados assistenciais possíveis; 2) eficácia ou obtenção destes resultados com o menor gasto; 3) aceitação ou satisfação do paciente.

A qualidade é um conceito inseparável da Anestesiologia enquanto especialidade médica. O processo de controle de qualidade e a auditoria em anestesia possibilitam a avaliação da situação assistencial de um Serviço/Departamento bem como indicam as soluções para os problemas detectados. Os objetivos são a diminuição da morbimortalidade anestésica, o bom aproveitamento dos recursos, a segurança e o bem-estar do paciente.

A qualidade do serviço oferecido em anestesia depende de diversos fatores:

1. Padronização de cuidados, incluindo: determinação periódica de pressão arterial e frequência cardíaca, eletrocardiografia contínua, oximetria, monitorização da ventilação, monitorização de desconexão de componentes do sistema respiratório, analisador de oxigênio<sup>2</sup>.
2. Padronização do aparelho de anestesia e do equipamento. Um relatório apresentado à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados norte-americana, em 1989, concluiu que os aparelhos de anestesia ocupam o terceiro lugar entre os dispositivos médicos que com maior frequência apresentam mau funcionamento, atrás apenas dos ventiladores de pulmão e dos marca-passos<sup>3</sup>. Antes da realização de uma anestesia, devem ser efetuados uma série de testes que assegurem que o aparelho está funcionando perfeitamente. Em 1986, a

FDA (*Food and Drug Administration*) norte-americana publicou uma sistemática para verificação do funcionamento do aparelho de anestesia e do equipamento correlato, antes da administração da anestesia. Em 1992, a Sociedade Brasileira de Anestesiologia encaminhou a todos os seus membros uma sistemática ou *check list* similar, elaborada pela sua Comissão de Normas Técnicas. Sistemáticas como estas podem ser criticadas pela sua complexidade. Na realidade, não há obrigatoriedade para o anestesiológico em adotá-las integralmente. O importante é que adote uma rotina de inspeção do aparelho de anestesia, que pode ser inclusive a sistemática pré-operacional do próprio fabricante. Só assim ele poderá minimizar os riscos de mau funcionamento destas máquinas, garantindo a segurança e, portanto, a qualidade do serviço.

3. Avaliação pré-operatória do paciente, indispensável ao planejamento do ato anestésico, à adequação de custos com exames laboratoriais, à redução da taxa de suspensão de cirurgias.
4. Existência de Sala de Recuperação Pós-Anestésica com estrutura adequada para reverter rapidamente alterações das funções respiratória, hemodinâmica, neuromuscular, bem como proporcionar controle da dor pós-operatória<sup>4</sup>.
5. Fator humano, que inclui algumas características inatas do anestesiológico, formação profissional, educação continuada, erros de conduta e performance inadequada devida a sobrecarga de trabalho, fadiga e indutores de estresse ambientais<sup>5</sup>.

Neste número, a Revista Brasileira de Anestesiologia inicia a publicação de uma série de artigos visando consolidar uma política de qualidade e estratégias de avaliação, na busca da qualidade total em anestesia.

José Roberto Nociti  
Editor Associado da RBA  
Membro do Comitê Executivo da WFSA  
Rua Ayrton Roxo 870  
14025-270 Ribeirão Preto - SP

## REFERÊNCIAS

01. Munoz-Ramón JM - Control de calidad en anestesiología. Rev Esp Anesthesiol Reanim, 1995;42: 91-95.
02. Eichhorn JH - The Role of Standards of Care. Problems in Anesthesia, 1991; 5(2):188-204.
03. Lees DE - Anesthesia Machine and Equipment Standards. Problems in Anesthesia, 1991;5: 2:205-218.
04. Andrews IC - The Role of Recovery Room Care. Problems in Anesthesia, 1991;5:2:246-264.
05. Gaba DM - Human Performance Issue in Anesthesia Patient Safety. Problems in Anesthesia, 1991;5:2:329-350.