

Diálogos
Clínicos
em

ANESTESIA

Um serviço de informação e atualização em anestesia regional da BD · Ano 10 - Número 20 · 1º quadrimestre de 2007

Uma década de Diálogos com
a Anestesiologia no Brasil

Há 10 anos a BD publica o Diálogos Clínicos em Anestesia com o objetivo de compartilhar com os anestesiológicos artigos, entrevistas, casos de sucesso e estudos clínicos que contribuíram no aprimoramento das técnicas da Anestesia Regional.

Celebrando este marco, inovamos na apresentação desta publicação, tornando-a acessível também pela mídia eletrônica. Acessando nosso site (www.bd.com/br)

o leitor agora pode fazer o *download* das matérias e imprimí-las, se assim desejar. No mesmo site estão disponíveis as edições anteriores, desde a primeira, na qual o Dr. José Carlos de Almeida Carvalho compartilhava sua experiência sobre raquianestesia em obstetria.

Esta nova edição traz matérias e entrevistas sobre Biossegurança em Anestesiologia, abordadas pelos colaboradores e entrevistados, com a finalidade de esclarecer, conscientizar e auxiliar os médicos, além dos demais profissionais da saúde que atuam com os anestesistas, sobre o problema do risco biológico inerente ao ambiente de trabalho e como preveni-lo. Acreditamos que essa também seja uma maneira de contribuirmos com os profissionais da saúde, apoiando-os no processo de conscientização e visando melhorias das técnicas e procedimentos também desta especialidade médica, através das inovações tecnológicas e apoio às atividades educacionais.

Em 2007, a BD mundial comemora 110 anos, algo que poucas empresas no mundo conseguiram. O fato demonstra que estamos no caminho certo, comprometidos com os profissionais da saúde e clientes no propósito de ajudar as pessoas a viverem mais saudáveis, seguindo nossa missão e valores essenciais: tratar uns aos outros com respeito, fazer o que é certo, procurar sempre melhorar e aceitar responsabilidade pessoal, buscando seguir nossa missão ainda por muitos anos. Convidamos os leitores a compartilharem conosco estes desafios.

Boa leitura!

Sidney Semedo,
Gerente de Produto - BD Anesthesia Systems.



Veja nesta edição:

Risco biológico sempre
presente na atividade
anestesiológica

A infectologista, **Dra. Cristiane Rapparini**, analisa os riscos aos quais estão sujeitos os profissionais da saúde, especialmente os anestesistas, de se contaminarem por agentes infecciosos após exposição a sangue e outros materiais biológicos. *Página 2.*

Biossegurança em anestesia

Para que as medidas de biossegurança sejam aplicadas da melhor forma possível, faz-se necessária uma ação multidisciplinar, envolvendo os administradores, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), serviço de medicina ocupacional e anestesiológicos, assim como os demais profissionais da saúde. É o que afirma o **Dr. Marcos Charf**, membro do Comitê de Qualidade em Anestesiologia do Hospital Israelita Albert Einstein e da CSO da SAESP.

Leia nas páginas 3 e 4.

Prevenção de infecção:
questão de educação e
atitude

O diretor científico da SAESP, **Dr. Rogério Luiz da Rocha Videira**, considera muito importante que os médicos anestesistas trabalhem em cooperação com seguradoras, indústria, poder público e hospitais, a fim de garantir continuamente a segurança do paciente, oferecendo sempre o melhor atendimento possível. *Página 5.*

SAESP cria Comissão de
Saúde Ocupacional

Com o objetivo de reduzir a incidência de doenças ocupacionais e suas conseqüências para os anestesistas, a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (SAESP) criou a Comissão de Saúde Ocupacional (CSO).

Conheça as propostas desta iniciativa na página 6.

Risco biológico é ameaça também ao anestesiológico

Por: Dra. Cristiane Rapparini – coordenação@riscobiologico.org
Médica Infectologista e coordenadora do Projeto Riscobiologico.org

A pesar de, historicamente, os trabalhadores da área da saúde não serem considerados como categoria de alto risco para acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estudos realizados nas últimas três décadas em relação aos processos de saúde e doença desses trabalhadores têm revelado dados alarmantes. Recentemente, foi publicada a NR-32, a primeira norma regulamentadora do Ministério do Trabalho e Emprego relacionada especificamente com a proteção dos trabalhadores do setor de saúde, profissionais expostos a riscos muito peculiares, como os riscos físicos, químicos, biológicos, psicossociais, ergonômicos, mecânicos e de acidentes.

Uma grande variedade de patógenos pode ser responsável pela contaminação de trabalhadores da área da saúde. Um artigo de autoria do pesquisador francês Tarantola, recentemente publicado na revista *American Journal of Infection Control*, descreve relatos de infecção ocupacional com 60 diferentes agentes infecciosos após exposição a sangue e outros materiais biológicos. Apesar da possibilidade de contaminação por diferentes agentes, os riscos nos serviços de saúde envolvem principalmente três patógenos: o HIV, o vírus da hepatite B e o vírus da hepatite C. Estimativas da OMS também divulgada em publicação recente, referem à ocorrência de três milhões de exposições com agulhas contaminadas por ano. Em 2000, a estimativa foi de 66 mil casos de contaminação do profissional pelo vírus da hepatite B (HBV), 16 mil de contaminação pelo vírus da hepatite C (HCV), além de mil contaminações pelo HIV.

É provável que, nos dias atuais, o Brasil esteja vivenciando situação semelhante à encontrada no início da década de 90 nos EUA, quando alguns trabalhos relatavam naquele país a estimativa de contaminação de quase 9 mil trabalhadores por ano pelo vírus da hepatite B, com 200 mortes, em decorrência de acidentes de trabalho com material biológico. Apesar da disponibilidade da vacina contra hepatite B na rede pública de saúde, uma vacina extremamente eficaz e segura, ainda existe um percentual extremamente elevado de trabalhadores que não aderem a programas de imunização.

Existe um interessante trabalho realizado pela American Society of Anesthesiologists (ASA) relacionando exposição a material biológico entre os anestesiológicos. Entre 2.500 anestesistas que representavam uma



Dra. Cristiane Rapparini

amostra de cerca de 10% dos profissionais associados à entidade, em que o objetivo era avaliar a incidência de acidentes e conhecer se esses profissionais estariam seguindo regularmente as normas de controle de infecção, foi verificado que: 88% relatavam a ocorrência de pelo menos um acidente; 21% com pacientes de alto risco e 4,5% com pacientes sabidamente HIV positivos.

Em outro levantamento da ASA foram enviados questionários por e-mail para 1.149 anestesistas também selecionados entre os associados. Houve uma taxa de retorno de 44% e o resultado foi que 88% seguiram os *guidelines* dos CDC relacionados à prevenção de infecção quando estavam tratando de paciente HIV positivo. No entanto, quando prestavam assistência a pacientes considerados de baixo risco, somente ¼ seguia regularmente as recomendações.

O mesmo trabalho aponta que 70% realizavam o recapeamento de agulhas regularmente, 31% a 72% dos anestesistas tinham história de acidente com agulha contaminada nos 12 meses antecedentes e somente 45% procuraram alguma orientação para esse tipo de acidente.

O risco de transmissão do HIV de 0,3% para acidentes percutâneos representa a média dos casos de contaminação. Acidentes mais graves podem ter o risco um pouco aumentado em relação a esta média – os acidentes de maior gravidade são aqueles que envolvem lesões profundas, dispositivo

previamente na veia ou na artéria do paciente-fonte, dispositivo com a presença de sangue visível ou o fato do paciente-fonte estar em fase terminal.

O que deve ser feito no momento do acidente? É preciso aconselhar o profissional e esclarecer as condições do acidente e os riscos envolvidos. É extremamente importante avaliar o risco de transmissão, o risco das medidas que estão sendo tomadas e decidir o que será feito.

Diante disso, surgem alguns questionamentos. Qual a importância dos sistemas de vigilância dos acidentes de trabalho com material biológico? Quantos acidentes deste tipo ocorrem no país entre os trabalhadores da área da saúde e, mais especificamente, anestesiológicos? Quais são esses acidentes? Como eles acontecem? O importante é que, para cada uma das situações e circunstâncias de ocorrência dos acidentes, podem ser indicadas medidas de prevenção diferentes. Uma das experiências no Brasil é o Projeto Riscobiologico.org, que está implementando um sistema de notificação voluntária em serviços de saúde que voluntariamente participam como centros colaboradores.

Referências Bibliográficas

- Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. Sharps injuries: Global burden of disease from sharps injuries to health-care workers. World Health Organization. Geneva, Switzerland: Environmental Burden of disease series No.3; 2003. p 1-39.
- Tarantola A, Abiteboul D, Rachline A. Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: A review of pathogens transmitted in published cases. *Am J Infect Control* 2006;34(6):367-375.
- Rosenberg AD et al. Accidental needlesticks: do anesthesiologists practice proper infection control precautions? *Am J Anesthesiol* 1995 May-Jun;22(3):125-32.
- Pereira TM et al. Avaliação da adoção das medidas de precauções padrão em categorias específicas de profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online) 1(1), 1999.
- Carneiro AF & Daher RR. Soroprevalência do vírus da hepatite B em anestesiológicos. *Rev. Bras. Anesthesiol* 2003;53(5): 672-9.
- AR Tait & DB Tuttle. Prevention of occupational transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus among anesthesiologists: a survey of anesthesiology practice. *Anesthesia & Analgesia* 1994;79: 623-628.
- <http://www.aids.gov.br>
- <http://www.anamt.org.br>

Biossegurança em anestesia

Por: Dr. Marcos Charf – Membro do Comitê de Qualidade em Anestesiologia do Hospital Israelita Albert Einstein e do Comitê de Saúde Ocupacional da SAESP.



Dr. Marcos Charf

A pesar de todos saberem o que é biossegurança, poucos a praticam efetivamente. Vejamos sua definição e como podemos utilizar seus ensinamentos no nosso cotidiano:

“É o conjunto de ações (técnicas, administrativas, educacionais, médicas e psicológicas) voltadas para a prevenção, redução ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados. Está focado no ambiente ocupacional e amplia-se para a proteção ambiental e a qualidade.”

A preocupação com segurança biológica é relatada desde o tempo da descoberta dos microorganismos, com Lister e Koch, e também estava presente, já nas primeiras anestésias inalatórias. Mas somente a partir da década de 80, com o advento da AIDS, o

CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) organizou e padronizou as bases para proteção dos trabalhadores da saúde.

As normas foram as seguintes:

- ▶ **1983:** Precauções com sangue e fluidos corporais.
- ▶ **1987:** Precauções Universais.
- ▶ **1996:** Precauções Padrões, que são as atualmente preconizadas.

Para que as medidas sejam aplicadas da melhor forma possível é necessária uma ação multidisciplinar, envolvendo os administradores, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), serviço de medicina ocupacional e anesthesiologistas, assim como os demais profissionais de saúde. Os administradores devem fornecer as condições ideais de trabalho, seguindo, inclusive, a NR 32 do Ministério do Trabalho e Emprego, que já está em vigor; a CCIH deve disseminar as medidas adotadas de proteção e promover treinamentos e atualizações freqüentes referentes às condutas de proteção individuais e dispositivos utilizados; e os anesthesiologistas devem seguir com rigor as técnicas padronizadas e as recomendações da CCIH, tanto em relação ao paciente como em relação aos próprios cuidados e uso dos equipamentos de proteção individual (EPI). A notificação de qualquer exposição à matéria orgânica deve ser obrigatória.

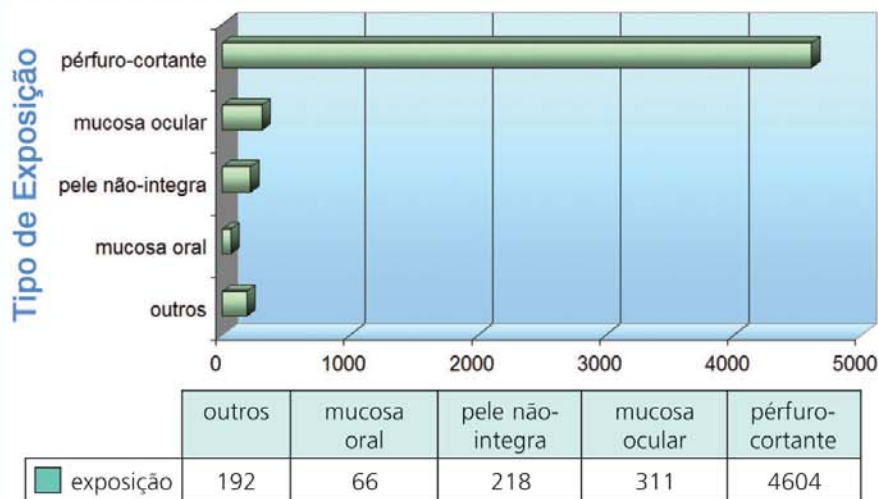
Ainda que a AIDS tenha sido a grande determinante da padronização das medidas de precaução, estas serviram para as outras doenças contagiosas, principalmente as hepatites virais – B e C. Como vemos no quadro abaixo, as hepatites apresentam risco de transmissão após acidente com agulha muito maior que AIDS, além de apresentar maior prevalência na população, que implica em maior possibilidade de contato com os portadores, durante as anestésias.

	HIV/AIDS	Hepatite B	Hepatite C
Prevalência da população	+	+++	+++++
Quantidade de vírus/mL sangue	10-103	106-109	103-104
Risco de transmissão após acidente com agulha	0,36%	30-45%	3-10%
Vacina disponível	Não	Sim	Não
Profilaxia após exposição disponível	Sim	Não	Não

Assim, as hepatites virais representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no Mundo. O Ministério da Saúde

Gráfico 1

Acidentes ocupacionais notificados segundo tipo de exposição no Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003.



Fonte: SINABIO - Divisão de Vigilância Epidemiológica PE DST/AIDS - SES-SP

estima que pelo menos 70% da população já tiveram contato com o vírus da hepatite A e 15% com o vírus da hepatite B. Em função deste risco e da ocorrência de grande número de acidentes perfuro-cortantes (ver gráficos 1 e 2, referentes à notificação de acidentes biológicos em profissionais da saúde), aos quais os anestesiológicos estão sujeitos, a adoção de barreiras/rotinas de precauções devem ser sempre adotadas.

O reencape de agulhas só deverá ser feito se estas não tiverem contato com o sangue do paciente. Para isso podemos utilizar tubos extensores, para aumentar a distância entre o paciente e o ponto de conexão da seringa nos diversos sistemas fechados de infusão.

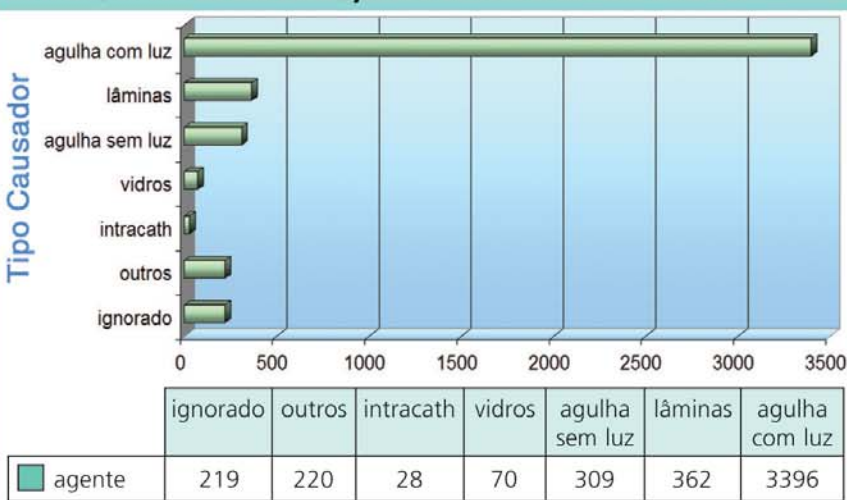
A adoção de procedimentos corretos para higiene das mãos pelo anestesiológico, antes e após contato com o paciente, também é um das rotinas importantes no que se refere à proteção de sua saúde. A utilização de luvas, sempre que houver risco de contato com sangue e líquidos corporais, deve ser obrigatória, lembrando que devem ser retiradas após cada procedimento, evitando ser o veículo de disseminação de microorganismos.

Outros equipamentos de proteção individual (EPI) são os óculos, as máscaras e o avental. A vacinação também é outra forma de prevenção, sendo a da hepatite B, obrigatória, e a da *Influenza* recomendada.

Em levantamento feito pela *American Hospital Association*, verificou-se que o acompanhamento por exposição de alto risco por acidente com agulha é de U\$ 3 mil e a administração de drogas recomendadas para profilaxia por 28 dias é de U\$ 1 mil. Associado a este custo, temos o impacto emocional que pode ser forte e duradou-

Gráfico 2

Acidentes ocupacionais do tipo perfuro-cortante, segundo agente causador da lesão, Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003.



Fonte: SINABIO - Divisão de Vigilância Epidemiológica PE DST/AIDS - SES-SP

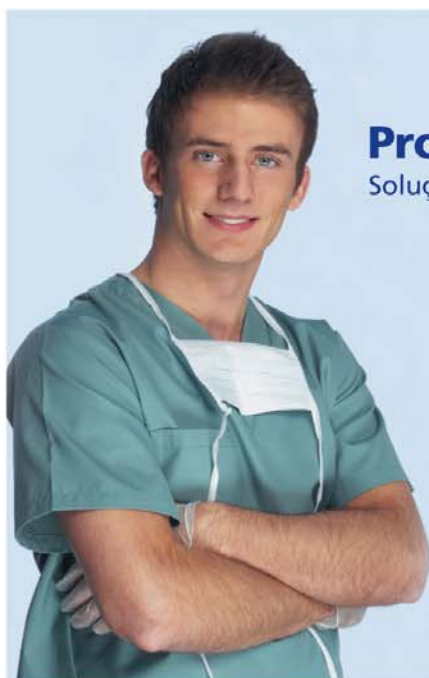
ro, mesmo quando não há contaminação do profissional de saúde, muitas vezes aumentado pelo desconhecimento da sorologia do paciente – fonte, que acentua ainda mais o estresse do profissional acidentado, da sua família e dos seus colegas de trabalho.

Proteja seus pacientes.

Proteja-se. Proteja os membros das equipes. Promova a qualidade da assistência prestada ao seu paciente!

Referências Bibliográficas

- Teixeira, P. & Valle, S. *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996
- Costa, M.A.F. *Biossegurança: segurança química básica para ambientes biotecnológicos e hospitalares*. SP: Ed. Santos, 1996.
- Trepanier CA, Lessard MR, Brochu JG, Denault PH; Risk of cross – infection related to multiple use of disposable syringes; *Can J Anaesth* 1990; 37(2):156-159.
- Greene ES, Berry AJ, Arnold III WP, Jagger J; Percutaneous Injuries in Anesthesia Personnel; *Anesth Analg* 1996; 83: 273-278.
- Lacerda RA e Cols; Controle da Infecção em centro cirúrgico – fatos, mitos e controvérsias; 2003; 387-411; Atheneu Editora São Paulo LTDA.
- Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – APECIH; Infecção associada ao uso de cateteres vasculares; 3ª edição; 2005.
- www.cdc.gov
- www.crt.saude.sp.gov.br
- <http://biosseguranca.sites.uol.com.br/index.html>



Ajudando as pessoas a viverem vidas saudáveis

Produtos BD para Anestesia

Soluções em busca do conhecimento e prevenção ao risco biológico

BD Bandejas™



A solução mais prática para seu procedimento em um único kit

BD Saf-T- Intima™



O cateter periférico integral clinicamente superior

BD SoloMed™



Seringa de Segurança e Prevenção de Reuso

www.bd.com/brasil

Prevenção de infecção relacionada à prática da anestesia: questão de educação e atitude

Por: Dr. Rogério Luiz da Rocha Videira – Diretor Científico da SAESP



Dr. Rogério Luiz da Rocha Videira

A infecção hospitalar deve ser entendida como um problema de saúde pública. Nos EUA, aproximadamente 2 milhões de pessoas são vítimas de infecções hospitalares. O número está relacionado à cerca de 90 mil mortes anuais e representa para aquele país um custo anual de 4 bilhões de dólares. No Brasil, a estimativa é de aproximadamente um milhão de vítimas por ano.

Embora seja inadequado responsabilizar um profissional específico pelo problema, cada um de nós deve se responsabilizar pela sua resolução ou controle de forma sistêmica. Precisamos considerar a nossa atividade como um ato conjunto de um grupo de profissionais que atua dentro de um sistema de saúde e que precisa ser bem analisado, conhecido com profundidade e transformado. Essa tarefa cabe a todos nós e não somente aos profissionais envolvidos na administração e planejamento do sistema.

Em 2006, Ryan mostrou que 2,2 % dos anestesistas na Nova Zelândia reutilizam seringa em vários pacientes. E isso foi observado poucos anos após a divulgação maciça, na mídia daquele país, de um "recall" para realizar exames diagnósticos em aproximadamente 600 pacientes atendidos por um único profissional que realizava essa prática condenável. É difícil entender como isso continua ocorrendo. Podemos imaginar a

extensão desse problema aqui no nosso país, se compararmos o índice de desenvolvimento humano, cultural e educacional entre o Brasil e a Nova Zelândia.

Quando se analisam os equipamentos médicos, em geral é utilizada a **Classificação de Spalding** para categorizar os equipamentos quanto aos riscos relacionados à transmissão de infecção. Os considerados não-críticos são equipamentos que entram em contato com pele íntegra, os semicríticos entram em contato com pele lesada e mucosa e os críticos entram em contato com tecido estéril. Uma agulha de peridural ou uma agulha para raquianestesia, em qual categoria deveria estar? Vemos aqui a extensão do problema de se utilizar um produto reesterilizado ao invés de um descartável.

Em anestesia, sabemos que a prática de reaproveitar seringas e agulhas pode levar a complicações raras, como aracnoidite adesiva e meningite asséptica. Por outro lado, eventos raros também levam a complicações raras. Exemplificando este raciocínio: alguns meses após o Tsunami que aconteceu na Ásia em 2005, houve um surto de meningite por fungos, após punção dural, devido ao armazenamento inadequado e prazo de validade vencido dos produtos utilizados.

Mais recentemente, numa avaliação de 9 anos na Suécia envolvendo mais de um milhão de raquianestésias, no mais extenso estudo publicado até hoje, foi observada incidência de meningite após raquianestesia que variou de 1 para 53 mil até 1 para 3 mil, conforme a instituição analisada. As instituições hospitalares daquele país extremamente desenvolvido mostraram uma grande variação na incidência de meningite, o que sugere uma variabilidade nos processos desenvolvidos em cada instituição. E aqui, no Brasil, qual é a nossa capacidade de realmente avaliar e documentar essa endemia desconhecida? Há uma estimativa de que sejam feitas, mensalmente, cerca de 200 mil raquianestésias ou peridurais. Aplicando a incidência do estudo sueco, isso representaria em torno de 4 a 60 casos de meningite mensalmente.

Há uma série de sugestões para que o sistema seja melhorado como um todo. O recipiente de anti-séptico deve ser de uso único para cada paciente. As ampolas e frascos, utilizados para bloqueios, podem ser distribuídos em embalagem estéril. O

uso de frasco deve ser descontinuado e deve-se dar preferência às ampolas, pois o frasco estimula a reutilização do medicamento em vários pacientes. Deve ser proibido o reaproveitamento de material de alto risco como agulhas, quaisquer que sejam os seus materiais componentes.

Para quem ainda duvida do nosso potencial de risco como transmissor de doenças pela prática anestésica, cito o caso ocorrido na cidade de Valencia, na Espanha, de um anestesista, vítima de drogadição, que transmitiu hepatite C para 276 pessoas, pois usava a mesma seringa para injetar opióide no paciente e nele próprio. Pelo menos três dessas 276 pessoas morreram. O mais importante para nós é analisar como e porque isso ocorreu ao longo de quase 10 anos. Não é muito difícil imaginar que isso também pode ocorrer em qualquer outro país.

Paul Ricoeur foi um filósofo francês que dizia: *"Educação é um equilíbrio entre adaptação, reflexão e desadaptação. Esse equilíbrio é tenso e é o que nos mantém de pé"*. Ainda estamos na primeira fase, muito adaptados às nossas práticas. Sabemos o que deve ser feito. Mas é preciso realmente vontade de mudar o que fazemos com os nossos pacientes e mesmo conosco. Precisamos refletir mais sobre o que estamos fazendo para podermos alcançar outro nível de qualidade no exercício da nossa prática profissional. Por isso é muito importante que, dentro do sistema de saúde, os médicos, as seguradoras, a indústria, o poder público e os hospitais trabalhem conjuntamente com o objetivo contínuo de melhorar a segurança do paciente para que ele receba sempre o melhor atendimento possível. Nesse processo, duas coisas são fundamentais:

- 1 que o paciente seja o mais amplamente informado sobre o que está sendo feito e qual é o melhor atendimento que ele pode receber;
- 2 que o profissional da saúde tenha condições de trabalho e remuneração à altura das suas responsabilidades como depositário de vidas humanas.

Faço agora uma última pergunta para quem acabou de ler esse texto: você é cliente de algum restaurante que utiliza copos descartáveis bem lavados?

Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo cria Comissão de Saúde Ocupacional

Com o crescimento da atenção voltada à saúde do médico, várias sociedades de diferentes países sentiram a necessidade da implantação de Comissões de Saúde Ocupacional. A experiência adquirida pelas CSOs de países em estágio mais avançado de desenvolvimento econômico e humano demonstra a necessidade urgente dessas comissões, particularmente em países menos desenvolvidos, nos quais os profissionais estão provavelmente sujeitos a maiores riscos. Essas comissões são o fórum adequado para se estimular o debate e dessa forma aprofundar a compreensão da "ecologia humana" nos ambientes de trabalho. Somente por meio dessa melhor compreensão é possível propor e implementar medidas que tornem o ambiente profissional médico-hospitalar menos inóspito do que temos atualmente.

Diante destes fatos a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (SAESP) criou recentemente sua Comissão de Saúde Ocupacional. O objetivo é diminuir a incidência e as conseqüências da doença ocupacional, por meio de orientação e assessoria aos anestesiológicos e serviços de anestesia nas questões relacionadas à doença ocupacional, viabilizando a implantação de protocolos para prevenção, detecção e acompanhamento de doenças transmissíveis, dependência química e outros problemas relacionados ao estresse, fadiga e morbimortalidade do profissional.

A CSO da SAESP é formada pelos Drs. Rogério Videira (diretor científico da entidade), Joel Avancini Rocha Filho, Marcos Charf e Railton César G. de Abrantes. Segundo seus integrantes, a comissão proverá mecanismos de educação, orientação, aconselhamento e acompanhamento por meio de protocolos específicos, direcionados à nossa

A utilização de equipamentos que priorizem a segurança é fundamental tanto para o paciente quanto para os profissionais.



Drs. Marcos Charf, Celso Schmalfluss Nogueira (presidente da SAESP), Joel Avancini Rocha Filho e Rogério Videira.

realidade, com o objetivo de difundir o conhecimento sobre a doença ocupacional, diminuir a sua incidência e proporcionar opções terapêuticas adequadas. "O setor de atendimento médico-hospitalar é um dos cinco setores de maior risco para acidentes de trabalho no Brasil. Como podemos imaginar que um paciente será bem cuidado por nós se nós não cuidamos bem de nós mesmos? Essa realidade precisa ser modificada", argumentam os membros da CSO da SAESP. Eles também comentam que a melhor forma de contri-

buição dos anestesiológicos é participar dos estudos propostos pela CSO e, a partir daí, seguir as orientações que se originarão da análise dessas informações. "A participação de todos na elaboração e implementação racional das recomendações é muito importante", asseguram os drs. da CSO.

Na visão da comissão, as empresas que produzem material médico também devem participar através da divulgação de ações relacionadas à segurança e à pesquisa, assim como na produção e comercialização de instrumentos cada vez mais seguros ao manuseio pelos profissionais da saúde. "A utilização de equipamentos que priorizem a segurança é fundamental tanto para o paciente quanto para os profissionais. Só assim poderemos tornar o nosso ambiente de trabalho menos insalubre", afirmam os membros da CSO da SAESP.

DIÁLOGOS CLÍNICOS EM ANESTESIA é uma publicação da BD • **Diretor da publicação:** Maurício Grimoni • **Coordenadores:** Sidney Semedo e Marina Peres • **Jornalista responsável:** Milton Nespatti (MTb 12460-SP - nespatti@terra.com.br) • **Revisão:** Dr. Fady Georges Chahin • **Projeto gráfico e diagramação:** revistas@alvopm.com.br. As matérias desta publicação podem ser reproduzidas, desde que citada a fonte. As opiniões e conceitos publicados são de responsabilidade dos entrevistados e colaboradores dos artigos. **Becton Dickinson Indústrias Cirúrgicas**, rua Alexandre Dumas, 1976, São Paulo-SP, CEP 04717-004 - **CRC:** 0800 055 5654.