

O Anestesiologista no Rio Grande do Sul *

Marcelo Meira Pilau¹, Airton Bagatini, TSA², Luiz Gilmar Bondan, TSA², José Sperb de Oliveira³

RESUMO

Pilau MM, Bagatini A, Bondan LG, Oliveira JS - O Anestesiologista no Rio Grande do Sul

Justificativa e Objetivos - Este trabalho foi realizado com o objetivo de verificar alguns aspectos do anestesiologista no Rio Grande do Sul (RS), considerando os diferentes modos de se praticar a anestesiologia, sua formação profissional, seu relacionamento direto com o paciente e suas opções em termos de técnicas e drogas para a realização da anestesia.

Método - Foi elaborado e enviado aos 739 anestesiologistas cadastrados na Sociedade de Anestesiologia do Rio Grande do Sul (SARGS) um questionário com 25 questões fechadas, que envolviam respostas, simples e múltiplas, relacionadas com a prática anestésica. Na análise das variáveis, foi utilizado para comparação de proporções o método de intervalo de confiança para proporções, com base na distribuição binominal exata e o teste de Qui-quadrado.

Resultados - Dos 739 anestesiologistas, 39,24% enviaram suas respostas, sendo 49,3% da capital e 50,7% do interior. Não houve preferência por anestésicos inalatórios, enquanto que o fentanil e o tiopental foram os agentes venosos mais utilizados. A anestesia condutiva é significativamente mais utilizada que a anestesia geral (61,8% x 38,1%), especialmente no interior do estado. A incidência de processos médicos não demonstrou diferenças significativas entre o interior e a capital. No interior do estado, 27,2% dos anestesiologistas formaram-se em CET fora do Rio Grande do Sul, dados significativamente superiores aos de Porto Alegre (10,5%). A ocorrência de processos médicos e a realização de visita pré e pós-anestésica é semelhante entre os anestesiologistas com e sem TSA, entretanto, os profissionais com TSA publicam artigos científicos com maior frequência que os outros (55,1% x 21,5%).

Conclusões - Existe uma clara preferência entre os anestesiologistas por determinadas drogas e técnicas anestésicas, especialmente quando se compara a capital com o interior do estado. Foi observado um alto índice de condutas perioperatórias elogiáveis, como a visita pré e pós-anestésica. Quanto ao TSA, não foi observado uma maior qualificação dos serviços prestados por portadores do título em relação aos outros. Conclui-se que ainda se faz necessário a educação

médica continuada, para eliminarmos certos vícios que persistem na prática da anestesia no RS.

UNITERMOS - ANESTESIOLOGISTA

SUMMARY

Pilau MM, Bagatini A, Bondan LG, Oliveira JS - Profile of Anesthesiologists in the State of Rio Grande do Sul

Background and Objectives - This study aimed at analyzing some anesthesiologist patterns in the State of Rio Grande do Sul (RS), Brazil. We took into consideration different anesthetic methods, professional background, physician-patient relationships, anesthetic techniques and drug choices.

Methods - A questionnaire with 25 closed questions involving single and multiple answers related to the anesthesiology practice was sent to 739 registered members of the SARGS (Rio Grande do Sul's Anesthesiology Society). To analyze variables and compare proportions we used the confidence intervals method for proportions based on exact binominal distributions and the chi-square test.

Results - From 739 anesthesiologists surveyed, 39.24% responded, being 49.3% from the capital and 50.7% from the countryside. There has been no preference for any specific inhalational anesthetics, while fentanyl and thiopental were the most popular intravenous agents. Spinal and epidural anesthesia are far more used than general anesthesia (61.8% vs. 38.1%), especially in the countryside. The incidence of medical lawsuits did not show significant differences between capital and countryside. In the countryside, 27.2% of anesthesiologists graduated in medical schools out of the state of RS as compared to only 10.5% in Porto Alegre. The incidence of medical lawsuits and pre and post anesthetic evaluations is similar between anesthesiologists with or without AST (Anesthesiology Superior Title), although anesthesiologists with AST publish more scientific papers than those without AST (55.1% vs. 21.5%).

Conclusions - There is an evident preference by anesthesiologists for certain drugs and techniques, especially when capital and countryside are compared. A high number of recommended perioperative practices, such as pre and post anesthetic evaluations, were observed. There have been no differences in quality of services between AST and non-AST anesthesiologists. We concluded that continuous medical training is still necessary to eliminate some weaknesses still persisting in RS's anesthesiology practice.

KEY WORDS - ANESTHESIOLOGIST

* Trabalho realizado no Centro de Ensino e Treinamento do SANE, Porto Alegre, RS

1. ME₂ do CET/SBA do SANE-RS

2. Anestesiologista do CET/SBA do SANE-RS

3. Professor e Consultor em Estatística Computacional. Especialista em Metodologia de Pesquisa e Saúde

Apresentado em 24 de agosto de 1999

Aceito para publicação em 28 de janeiro de 2000

Correspondência para Dr. Airton Bagatini

Rua Santana, 483/301

90040-373 Porto Alegre, RS

E-mail: airtonb@amrjgs.com.br

© 2000, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Desde a primeira demonstração em 1846, por William Morton¹, a Anestesiologia foi um dos ramos dentro das ciências médicas que mais evoluiu. A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ainda guarda os registros das cirurgias realizadas na quinta secção cirúrgica no início de 1890, e o clorofórmio era o agente anestésico mais utilizado². Nos anos subseqüentes, novos medicamentos como o éter, a morfina, o cloreto de etila, a cocaína, a estovaína, o óxido

nitroso foram introduzidos a procura do anestésico ideal. Em busca de drogas mais eficientes no controle dos pacientes, ocorreu progressivo aumento do desenvolvimento de técnicas, materiais, monitores, aprimoramento humano e uma profunda qualificação de nossos serviços foi acontecendo, acompanhada de aperfeiçoamento técnico de todos equipamentos à nossa disposição. As diversas opções que os anestesiológicos possuem nesse início de século, têm permitido que cada qual desenvolva o seu *estilo* de anestésiar, o que inclui, desde a visita pré-anestésica, passando pelo período per-operatório, até atingir o estágio de um pós-operatório tranquilo. Isto é fruto de contínuo aperfeiçoamento científico através de leituras, congressos, cursos, seminários e obtenção do Título Superior em Anestesiologia (TSA).

Levando em consideração esses diferentes modos de praticar a anestesiologia é que foi realizado este trabalho, com o objetivo de verificar alguns aspectos do anestesiológico no Rio Grande do Sul. Este estudo abrange formação profissional, relacionamento com o paciente e opções em termos de técnicas e drogas para a realização da anestesia.

MÉTODO

Foi elaborado um questionário com 25 questões fechadas, que envolviam respostas simples e múltiplas relacionadas com a prática anestésica. A ênfase do instrumento estava relacionada com a prática anestésica, a formação do anestesiológico, seus aprimoramentos, local e modo de trabalho, ocorrência de processos médicos por incidentes perioperatórios, avaliação do paciente, técnica anestésica e drogas mais utilizadas.

O questionário foi enviado a todos os 739 anestesiológicos cadastrados na Sociedade de Anestesiologia do Rio Grande do Sul (SARGS), via correio, juntamente com uma carta explicando os objetivos do trabalho e um envelope previamente selado com destinatário, para facilitar a participação do remetente. Os anestesiológicos foram estimulados a responderem o questionário em caráter voluntário, enviando as respostas o mais breve possível para o Centro de Ensino e Treinamento (CET/SANE) de Porto Alegre. Não era exigida a identificação do remetente, mantendo-se dessa forma o sigilo das respostas.

Um prazo de dois meses foi estabelecido para o recebimento dos questionários, tendo sido recebidas 290 respostas. Como o total das respostas foram 39,24% do desejado, decidiu-se fazer uma amostragem de validação para verificar se os resultados das 290 respostas seguiam uma tendência de opinião dos 739 anestesiológicos.

Por sorteio foram escolhidos 40 anestesiológicos (amostra prevista com margem de erro de 5%) dos 739 cadastrados pela SARGS e a esses reenviados novamente o questionário. Juntamente com o envio foi realizado um contato telefônico com cada anestesiológico reiterando-se a importância das respostas nessa fase do trabalho. Obtivemos como resultado as respostas de todos os 40 sorteados. Cada variá-

vel do instrumento foi validada pelo teste qui-quadrado, com limite de confiança de 95%.

Passou-se então análise das variáveis dos 290 questionários sendo utilizado para comparação de proporções o método de intervalo de confiança para proporções, com base na distribuição binominal exata e o teste do qui-quadrado.

Após o término do trabalho, os resultados foram apresentados a SARGS que autorizou sua publicação e divulgação.

RESULTADOS

Na primeira etapa do trabalho, das 739 cartas enviadas obteve-se um índice de resposta de 39,24%, correspondente a 290 cartas, sendo 143 (49,3%) da capital e 147 (50,7%) do interior. Já na amostra de validação o índice de resposta foi de 100%. Verificou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre os questionários da amostra de validação e dos 290 anteriormente recebidos.

Dentre os agentes anestésicos inalatórios, o isoflurano aparece de maneira preferencial entre os anestesiológicos do Rio Grande do Sul (RS), sendo usado rotineiramente por 40,6% (34,9 - 46,5), entretanto, essa diferença não é estatisticamente significativa em relação ao enflurano 37,2% (31,7 - 43,1) e halotano 34% (28,6 - 39,8) e, apenas o sevoflurano, aparece com uso significativamente menor que os demais, em apenas 11,8% (8,4 - 16,2) dos casos.

Em relação aos agentes indutores venosos mais utilizados na prática anestésica, obteve-se os resultados de acordo com a tabela I.

Tabela I - Agentes Indutores Venosos

Indutores	Porcentagem	Intervalo de Confiança
Tiopental	60,6	(54,7 - 66,2)
Propofol	43,3	(37,5 - 49,2)
Midazolam	13,8	(10,1 - 18,4)
Etomidato	9,3	(6,3 - 13,4)
Cetamina	1,7	(0,6 - 4,2)

Pode-se observar diferença estatisticamente significativa entre todos os indutores, exceto na relação entre o midazolam e etomidato, em que a preferência do uso entre um ou outro não atinge índices estatisticamente significativos.

O fentanil aparece como o opióide mais utilizado, com significância estatística em relação aos demais opióides: 92% (88,1 - 94,7). O alfentanil é o segundo opióide mais utilizado: 12,8% (9,3 - 17,3), porém sem diferença significativa em relação à morfina, que é usada por 10,8% (7,6 - 15,1) dos anestesiológicos que responderam o questionário. Já a meperidina, com índices de 4,9% (2,8 - 8,3), é significativamente menos usada que o alfentanil, embora sem diferença em relação a morfina.

Para proceder intubação traqueal, 56,9% (51 - 62,7) dos anestesiológicos entrevistados, não utilizam rotineiramente a succinilcolina, o que corresponde à maioria significativa,

e apenas 43,1% (37,3 - 49) utilizam esse bloqueador neuro-muscular em suas anestésias.

De uma maneira geral, a prática de anestesia regional é significativamente mais elevada em comparação com a anestesia geral, com índices de 61,8% (56,5 - 66,6) e 38,1% (32,9 - 43,4), respectivamente. Entretanto, ao considerarmos o local de trabalho do anestesiolegista, observou-se que em Porto Alegre há um certo equilíbrio entre a prática de anestesia regional e anestesia geral. Em relação à anestesia regional, há uma preferência de 50,6% (45,7 - 62,5) dos anestesiolegistas, enquanto 49,3% (44,3 - 61,2) realizam freqüentemente anestesia geral, não havendo diferença significativa nestes dados. Já no interior do estado o bloqueio é significativamente mais freqüente que a anestesia geral: 72,1% (65,4 - 77,2) dos anestesiolegistas realizam a anestesia condutiva, enquanto que somente 27,8% (21,4 - 35,1) referiram proceder freqüentemente à anestesia geral, dados estatisticamente significativos (Figura 1).

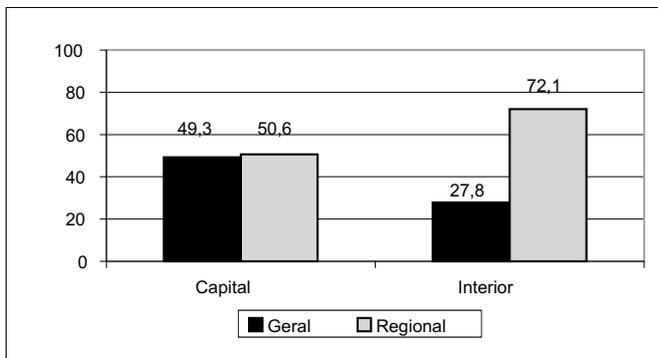


Figura 1 - Anestesia Geral versus Anestesia Regional - Dados em Porcentagem de Anestesiolegistas

Quanto ao tipo de bloqueio espinal e o local de trabalho do anestesiolegista, os dados mostraram uma preferência dos profissionais do interior do estado pela raquianestesia 63,2% (55,5 - 70,0) enquanto que na capital ela é realizada em percentuais relativamente mais baixos, 38,4% (30,6 - 46,8) dos casos, diferença estatisticamente significativa. Dos anestesiolegistas de Porto Alegre, 61,5% (53,1 - 69,1), responderam que preferem o uso da anestesia peridural na realização do bloqueio, percentual significativamente maior que no interior, que mostra valores de 36,7% (29,3 - 44,5) (Figura 2).

Nenhuma diferença estatisticamente significativa entre a incidência de processos médicos pelos anestesiolegistas da capital e do interior do estado foi encontrada. Apenas 6,3% (95% IC: 3,1 - 12) dos anestesiolegistas de Porto Alegre já sofreram algum processo médico por incidentes perioperatórios, enquanto no interior esse índice foi de 6,8% (95% IC: 3,5-12,5).

Ao relacionarmos o local de especialização do anestesiolegista com o seu atual local de trabalho, observamos que, 85,3% (78,2 - 90,5) dos anestesiolegistas de Porto Alegre, fizeram sua formação anestésica em algum Centro de Ensino e Treinamento (CET) do Estado, índices significativamente

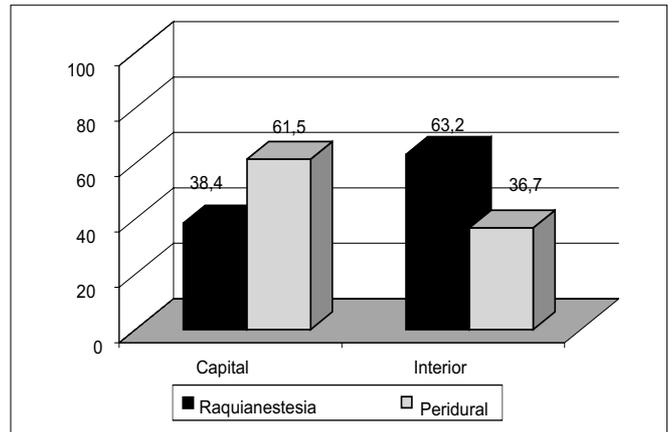


Figura 2 - Raquianestesia versus Anestesia Peridural - Dados em Porcentagem de Anestesiolegistas

maiores que dos profissionais do interior, onde 67,3% (59 - 74,7) fizeram sua residência médica no RS. Já a formação em CET de outros estados brasileiros atinge 27,2% (20,4 - 35,3) dos anestesiolegistas do interior, índices significativamente maiores que dos médicos anestesiolegistas de Porto Alegre, os quais somente 10,5% (6,2 - 17) fizeram residência fora do estado. Do número total de anestesiolegistas de Porto Alegre, 4,2% (1,7 - 9,3) não fizeram residência médica, taxas que não atingem diferença estatisticamente significativa em relação aos do interior do estado, onde 5,4% (2,5 - 10,7) não fizeram residência médica específica em anestesiologia (Figura 3).

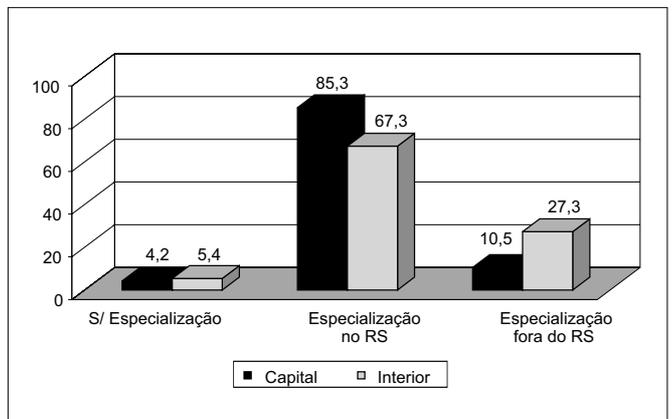


Figura 3 - Capital versus Interior - Dados em Porcentagem de Anestesiolegistas

A ocorrência de processos médicos por incidentes perioperatórios não apresenta diferença estatisticamente significativa entre os anestesiolegistas que tiveram sua formação anestésica no RS ou fora do estado. Observou-se que 6,8% (4 - 11,2) dos anestesiolegistas formados em CET gaúchos já sofreram algum processo médico, enquanto 3,6% (0,6 - 13,6) dos anestesiolegistas com especialização em CET de

outros estados já responderam juridicamente por algum incidente perioperatório. A incidência de processos médicos entre os anesthesiologistas que não fizeram especialização é maior, 14,3% (2,5 - 43,9), porém não apresenta diferença estatisticamente significativa em relação aos demais.

O hábito de sempre preencher a ficha de anestesia aparece significativamente mais elevado pelos anesthesiologistas que fizeram residência médica no RS, quando comparado aos graduados fora do estado. Dos anesthesiologistas formados em CET gaúchos, 89,1% (84 - 92,8), sempre preenchem ficha de anestesia, contra 70,9% (56,9 - 82) dos médicos anesthesiologistas com formação fora do RS. Já a frequência daqueles que não fizeram residência médica, 85,7% (56,1 - 97,5) e preenchem ficha de anestesia, não tem diferença estatisticamente significativa em relação aos outros dois grupos (Figura 4).

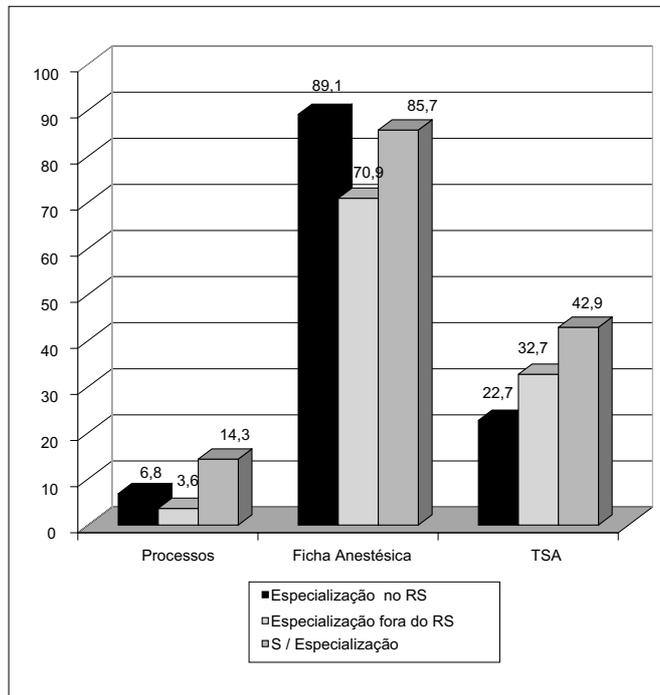


Figura 4 - Especialização Médica - Dados em Porcentagem de Anesthesiologistas

A qualificação através do Título Superior em Anesthesiologia (TSA) aparece em 42,9% (18,8 - 70,4) dos anesthesiologistas que não fizeram especialização, frequência superior, porém não estatisticamente significativa, em relação àqueles que realizaram a especialização em anesthesiologia no RS ou fora do estado. Dos anesthesiologistas com formação em CET gaúchos, 22,7% (17,5 - 28,9) possuem TSA, e com formação fora do RS 32,7% (21 - 46,8) têm TSA. As diferenças não são estatisticamente significativas.

A prática de rotular seringas na realização da anestesia não mostra diferença estatística significativa entre os três grupos (especialização médica no RS, fora do RS ou sem especialização médica), como mostra a tabela II.

Tabela II - Rótulo de Seringas

Local de Residência	Porcentagem	Intervalo de Confiança
No RS	69,2	(62,6 - 75,1)
Fora do RS	78,2	(64,7 - 87,8)
Sem especialização médica	71,4	(42,0 - 90,1)

O trabalho mostrou que 9,5% (4,2 - 19,1) dos anesthesiologistas que possuem TSA já sofreram algum tipo de processo médico na sua carreira profissional. Esse índice é maior que entre os anesthesiologistas sem TSA, onde 5,6% (3,1 - 9,8) já responderam judicialmente alguma vez, por acidentes perioperatórios. Entretanto, não se observa diferença estatisticamente significativa entre esses índices.

Já a publicação de artigos científicos em revistas especializadas em Anesthesiologia mostrou ser bem mais freqüente entre os profissionais que possuem TSA. Dos qualificados com Título Superior em Anesthesiologia, 55,1% (43,1 - 66,5) já tiveram algum artigo ou trabalho científico publicado, diferença estatisticamente significativa em relação aos que não possuem TSA, onde apenas 21,5% (16,3 - 27,7) referiram alguma publicação.

A visita pré-anestésica foi um hábito que se mostrou bastante elevado, tanto entre os anesthesiologistas com TSA como entre aqueles que não possuem. Os portadores do Título Superior em Anesthesiologia, 97,3% (89,7 - 99,5) referiram que fazem constantemente visita pré-anestésica aos seus pacientes, índices superiores, porém não estatisticamente significantes, em relação aos sem TSA, os quais 90,2% (85,2 - 93,7) responderam positivamente.

Também a visita pós-anestésica apresentou resultados semelhantes, apesar de freqüências mais baixas. Dos profissionais que possuem TSA, 83,8% (73 - 91) fazem constantemente visita pós-anestésica. Entre os anesthesiologistas sem TSA, a frequência de visita pós-anestésica é de 77,6% (71,2 - 82,9). A diferença não é estatisticamente significativa (Figura 5).

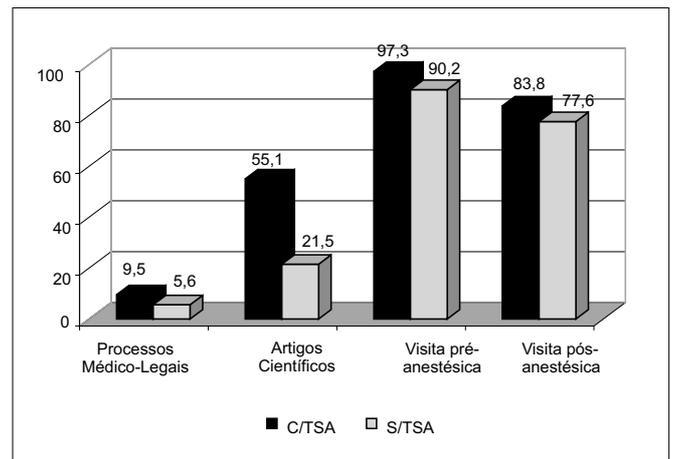


Figura 5 - TSA, Processos Médico-Legais, Publicações e Visitas aos Pacientes - Dados em Porcentagem de Anesthesiologistas

DISCUSSÃO

A anestesia é considerada uma arte recente. Em relação a várias outras ciências, somos apenas iniciantes. Ainda estamos atravessando um processo de formação de nossa imagem, de otimização de nossas atitudes e de aprimoramento de nossas condutas. As normas que regem a conduta do homem só podem ser definidas quando se leva em consideração a natureza humana, pois ela basicamente atua de acordo com a interpretação que faz da realidade. Cabe a nós interpretá-la da melhor maneira possível, com bom senso e sabedoria. Só assim seremos dignos de conduzir a maior de todas as descobertas: a abolição da dor.

No nosso trabalho, a porcentagem de 39,24% das respostas obtidas, foi considerada pelos autores apenas como razoável, já que houve a participação de menos da metade dos anestesiológicos cadastrados pela SARGS. Entretanto, o estudo de validação realizado posteriormente serve justamente para ratificar os resultados obtidos na primeira etapa do trabalho. Como não houve diferença estatisticamente significativa entre as respostas das 290 cartas da primeira etapa e das 40 cartas do trabalho de validação, em que a participação dos anestesiológicos foi de 100%, podemos afirmar que os resultados obtidos na grande amostra são fidedignos.

Embora não seja o hipnótico ideal, o tiopental tem uma história destacada por sua segurança, previsibilidade e produz hipnose rápida e de curta duração³. Dessa forma, continua sendo a droga mais utilizada para a indução da anestesia, destacando-se significativamente das demais. Entretanto o propofol, fruto de uma pesquisa iniciada em 1973 na Inglaterra e disponível no mercado brasileiro a partir do início dessa década⁴, tem a preferência de 43,3% dos anestesiológicos, e acreditamos que só não é maior devido a seu preço e a indisponibilidade em alguns hospitais.

O trabalho não demonstrou preferência por algum anestésico inalatório específico. Isoflurano, halotano e enflurano dividem a preferência dos Anestesiológicos no RS. Considerando as propriedades ditas como anestésico inalatório ideal, a proporção em escala decrescente de um potencial anestésico ideal entre os halogenados disponíveis seria: sevoflurano = isoflurano > enflurano > halotano. Infelizmente, os intermináveis anos de pesquisa específica na busca do anestésico ideal acarreta um preço elevado aos novos agentes, representando um pesado ônus financeiro ao orçamento hospitalar⁵. Provavelmente isso justifica o baixo percentual de uso do sevoflurano como agente inalatório de rotina nos hospitais gaúchos, onde sua utilização é de apenas 11,8%.

Até alguns anos atrás, a morfina era considerada o opióide por excelência e as drogas novas eram comparadas a ela. Atualmente, o fentanil é o opióide mais usado em anestesia, sendo o moderno padrão de comparação³. Os nossos resultados comprovam claramente a preferência pelo fentanil em relação aos demais opióides. Seu baixo custo, previsibilidade, relativa segurança e ótima analgesia seduzem o anestesiológico na escolha do opióide a ser utilizado. Sua elevada utilização na anestesia é secundário a pesquisas realizadas

nas últimas décadas, as quais desenvolveram opióides que aumentaram as possibilidades terapêuticas, permitindo que hoje a anestesia seja mais segura e com menor incidência de efeitos adversos e de complicações perioperatórias³. A esses novos opióides inclui-se o sufentanil e o remifentanil, os quais não foram citados como alternativa de escolha no questionário elaborado pelos autores.

Os resultados obtidos demonstraram que a maioria significativa dos anestesiológicos no RS não utilizam a succinilcolina rotineiramente para proceder à intubação traqueal. Dados de 1985 mostraram que a succinilcolina era o bloqueador neuromuscular mais utilizado em anestesia, empregada em cerca de 75% dos procedimentos anestésicos realizados nos Estados Unidos⁶. No RS 43,1% dos anestesiológicos utilizam-na como rotina nas suas anestésias, a despeito dos seus diversos efeitos colaterais, como fasciculações musculares, elevação do potássio sérico, aumento da mioglobina e da creatino-fosfoquinase, da pressão intraocular e intragástrica e alterações da frequência e do ritmo cardíaco. Seu uso atualmente parece estar mais indicado na indução de pacientes submetidos à cirurgia de urgência e de estômago cheio, onde produz, em curto período de tempo, ótimas condições de intubação traqueal⁷.

O trabalho demonstrou que a anestesia regional é preferida em relação a anestesia geral no RS. Não é bem clara a razão dessa preferência. Pode-se especular em relação ao preço, já que a anestesia regional é uma técnica mais barata, a sua praticidade ou simplesmente a preferência pessoal da maioria dos anestesiológicos do Estado. Uma metanálise de 59 estudos publicados desde 1966 mostrou uma pequena redução (2,3%) da mortalidade quando foi utilizada a anestesia regional em comparação a anestesia geral⁸. Essa diferença parece ser mais significativa especificamente em pacientes de alto risco submetidos à cirurgia de grande porte, principalmente em vasculopatas isquêmicos que sofreram cirurgia vascular periférica de membros inferiores.

A preferência de anestesia espinhal a anestesia geral é mais evidente no interior do Estado. Já em Porto Alegre observou-se um certo equilíbrio entre a frequência da anestesia geral e a anestesia espinhal, provavelmente devido ao maior número de procedimentos de grande porte realizados na capital, como cirurgias cardíacas, torácicas, microcirurgias reconstitutivas de cabeça e pescoço, enquanto que no interior prevalecem as cirurgias gineco-obstétricas, ortopédicas e de abdome inferior, passíveis de serem realizadas sob anestesia regional.

A escolha entre o bloqueio peridural e a raquianestesia é uma discussão antiga entre os anestesiológicos. No Brasil ainda está mantida a preferência pela anestesia peridural sobre a raquianestesia para cesariana e, principalmente, para o parto⁹. Além da analgesia em obstetrícia, o bloqueio peridural possibilita a obtenção de anestesia cirúrgica, analgesia pós-operatória, tratamento de dor crônica e a complementação da anestesia geral. A ausência de cefaléia pós-punção, segurança da analgesia/anestesia segmentar, uso de técnicas de infusão contínua de drogas e variedade de anestésicos locais e opióides que podem ser utilizados fir-

mam algumas vantagens da peridural sobre a raquianestesia⁸.

Entretanto, admite-se que a raquianestesia permita obtenção de anestesia mais segura que a peridural em função da massa anestésica empregada, da maior previsão do nível de bloqueio, da facilidade de sua execução e da impossibilidade de provocar convulsão e depressão cardíaca direta. Além do fácil manuseio, a raquianestesia reduz custos e permanência hospitalar ao garantir recuperação rápida e excelente analgesia pós-operatória.

Os resultados do trabalho demonstraram uma clara preferência dos anesthesiologistas de Porto Alegre pela peridural, enquanto no interior a raquianestesia é a técnica mais utilizada. As razões para esses dados permanecem desconhecidos.

A incidência de processos médicos é semelhante tanto em Porto Alegre como no interior do RS. Cerca de 6% dos anesthesiologistas que atuam no estado já tiveram um processo por acidentes perioperatórios. Também não se observou uma relação entre a especialização médica em Anestesiologia e a ocorrência de processos médicos: tanto aqueles que fizeram especialização no RS, fora do estado ou não fizeram especialização sofreram processos médicos sem diferenças relevantes para análise. A incidência de processo variou de 3,6% àqueles com residência fora do estado até 14,3% para os médicos sem residência médica em Anestesiologia.

Os resultados aqui obtidos demonstraram que, os médicos que fizeram especialização em Anestesiologia no RS tendem a permanecer trabalhando em Porto Alegre, diferentemente daqueles que realizaram a formação em anestesia fora do estado, os quais dirigem-se preferencialmente para o interior do RS. Considerando que o RS possui quatro CET reconhecidos pela SBA, com três deles situados em Porto Alegre, conclui-se que há uma tendência dos anesthesiologistas gaúchos a permanecerem no local onde fizeram residência, nos próprios CET ou em hospitais de abrangência destes. Por outro lado, os profissionais que tiveram sua formação anestésica em CET de outros estados brasileiros, ao retornarem para o RS, tendem a dirigir-se para cidades do interior do estado, provavelmente devido a uma maior oferta de emprego, já que as vagas em Porto Alegre são preenchidas pelos que fizeram residência nesse local. Já a distribuição dos médicos sem residência médica em Anestesiologia, é semelhante no interior e na capital.

Fala-se muito atualmente em Programas de Qualidade Total, termo extraído da área administrativa das empresas e estendido agora à prática anestésica¹³. O processo de Qualidade Total em Anestesiologia visa permitir a identificação de possíveis problemas, a avaliação dos fatores etiológicos desses problemas, a adoção de medidas para sua solução e estabelece métodos epidemiológicos de vigilância para a verificação da incidência desses problemas antes e após a aplicação de medidas corretivas⁸. O preenchimento da ficha de anestesia não é considerado pelos autores como um ponto do processo de Qualidade Total: a ficha de anestesia é considerada como ato obrigatório, sensato e administrativamente necessário. É inconcebível admitir que antes dos pro-

gramas de qualidade total a ficha de anestesia não seja preenchida. A resolução número 1363 de 12 de março de 1993 estabelece que os sinais vitais do paciente serão verificados e registrados em ficha própria durante o ato anestésico, assim como a ventilação, oxigenação e circulação, avaliados intermitentemente¹⁰. A ficha de anestesia também pode ser usada com propósitos de ensino e aprendizagem, na avaliação da técnica empregada no serviço, em pesquisas epidemiológicas e, principalmente, na defesa do profissional em casos jurídicos¹⁴. O trabalho demonstrou que quase 90% dos anesthesiologistas formados em CET gaúchos têm o hábito de sempre preencher ficha de anestesia. Essas porcentagens são significativamente mais elevadas que dos anesthesiologistas com formação fora do RS, onde cerca de 30% não preenchem a ficha de anestesia.

O hábito de rotular seringas com o nome da droga a ser administrada é considerado pelos autores como um ponto no processo de Qualidade Total em Anestesiologia. Acreditamos que a identificação de forma legível e clara das seringas possa diminuir o risco de acidentes anestésicos, como a administração de uma droga errada, sobredosagem ou velocidade de administração. Além disso, torna o serviço mais organizado, permitindo o convívio de mais de um anesthesiologista (preceptor e residente), sem aumentar os riscos de administração inadvertida de medicamentos. O trabalho demonstrou que a grande maioria dos anesthesiologistas do Estado tem o hábito de rotular as seringas. Não há diferenças estatisticamente significativas, mas observou-se que entre os anesthesiologistas com formação fora do RS esse hábito é mais freqüente. A identificação de seringas é um ato que deve ser estimulado pelos CET, para cada vez mais oferecermos a nossos pacientes serviços com melhor qualificação.

O Título Superior em Anestesiologia (TSA) foi instituído em 1982 na Assembléia de Representantes da SBA em Curitiba, por ocasião do XXIX Congresso Brasileiro de Anestesiologia. Anteriormente era realizada uma prova durante o Congresso Brasileiro de Anestesiologia que conferia aos aprovados o Título de Especialista em Anestesiologia (TEA), que havia sido criado em 1957 no CBA sediado em Porto Alegre. Em 1982, como o Ministério da Educação e Cultura decidiu conceder título de especialista a todos os médicos no final da residência, resolveu-se pela criação do TSA¹⁵.

O TSA é um título conferido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia aos colegas que, ao serem aprovados nas provas elaboradas pela Comissão Examinadora do Título Superior em Anestesiologia (CE-TSA), demonstrem profundos conhecimentos teóricos e práticos da Anestesiologia. Seus objetivos são os de reconhecer a elevada qualificação profissional daquele anesthesiologista, distinguindo-o com uma titulação diferenciada, e permitir acesso de colegas de comprovado nível técnico-científico aos cargos de instrutoria em Centros de Ensino e Treinamento, Comissões Científicas e Diretoria da SBA¹⁶.

O presente trabalho comparou os portadores de TSA com aqueles que não possuem o título, em relação a ocorrência de processos médicos, publicações científicas, visitas pré e pós-anestésicas e realização ou não de especialização em

anestesiologia. Poucas diferenças significativas foram observadas entre os portadores de TSA e os demais.

Dos anestesiológicos, 25,6% possuem TSA enquanto 74,5% não o possuem. Os resultados obtidos no trabalho mostram que a qualificação com TSA é maior entre os anestesiológicos que não fizeram especialização, embora não apresente diferença estatisticamente significativa em relação aos que fizeram especialização em anestesiologia. Também foi demonstrado, sem relevância estatística, que os anestesiológicos com formação fora do estado possuem mais TSA que aqueles que fizeram residência no RS. Deve ser considerado que, os anestesiológicos que possuem TSA e não fizeram especialização, são na sua maioria, os anestesiológicos que eram portadores do Título de Especialista em Anestesiologia (TEA) e, em 1982 foram agraciados com o Título Superior de Anestesiologia, sem no entanto terem cursado uma especialização, pois não era exigência, na época

O trabalho também demonstrou uma maior incidência de processos médicos pelos profissionais que possuem TSA. Apesar de não demonstrar diferença estatisticamente significativa, os resultados demonstram que o fato de possuir TSA, apesar de ter como objetivo "reconhecer a elevada qualificação profissional daquele anestesiológico", não lhe confere um papel "protetor" contra a ocorrência de processos médicos por incidentes per-operatórios.

Os portadores de Título Superior em Anestesiologia, por sua vez, desenvolvem e publicam um maior número de artigos científicos que os anestesiológicos sem TSA. A SBA exige que todos os responsáveis pelos CET, assim como os membros das comissões que compõem o Departamento Científico, devam possuir TSA¹⁰. Como a maioria dos trabalhos é oriunda dos Centros de Ensino e Treinamento, é previsível a maior participação e desenvolvimento científico pelos portadores do TSA. Os resultados do trabalho demonstraram diferenças estatisticamente significativas quanto a publicação de artigos pelos anestesiológicos com TSA. Eles estão de acordo com o artigo V do Código de Ética Médica, onde cita-se que "o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente"¹⁷.

A avaliação pré-operatória do paciente é indispensável ao planejamento do ato anestésico, à redução de custos com exames laboratoriais e à redução da taxa de suspensão de cirurgias¹⁸. Embora não possa ser eliminada, a incidência de problemas per-operatórios pode ser reduzida pela avaliação pré-operatória e adequada preparação do paciente¹¹. Os resultados do trabalho demonstraram índices elevados de visita pré-anestésica, variando de 90% pelos que não possuem TSA e até 97% pelos que o possuem. São dados superiores aos encontrados por Farias e col nos hospitais gaúchos, os quais relataram um índice de 87,9% de visitas pré-anestésicas em hospitais públicos do estado e apenas 58,3% em hospitais privados¹⁹. Já outro trabalho realizado nas 10 capitais brasileiras com o maior número de estabelecimentos de saúde revelou que somente 35% dos pacientes submetidos a cirurgias receberam visita pré-anestésica. Dos que tiveram

contato, 96% disseram que sentiram confiança no anestesiológico, reforçando a importância da avaliação pré-anestésica para a tranquilidade do paciente. Conhecer melhor a pessoa que faz a anestesia e saber mais sobre a formação do anestesiológico e das técnicas utilizadas são os principais fatores que contribuem para a redução do medo da anestesia²⁰.

Assim como na visita pré-anestésica, o trabalho não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre a frequência de visita pós-anestésica pelos profissionais com ou sem TSA. Embora tenha tanta importância quanto a visita pré-anestésica, a avaliação do paciente no pós-operatório é realizada menos frequentemente pelos anestesiológicos, variando de 77% (anestesiológicos sem TSA) a 83% (anestesiológicos com TSA). Dados encontrados no trabalho descrito anteriormente revelaram que a visita pós-anestésica foi citada em apenas 6% pelos profissionais como uma qualidade do anestesiológico²⁰. Tanto a visita pré quanto a pós-anestésica são consideradas pelos autores como boa prática anestésica e de extrema importância para um maior reconhecimento, pela sociedade, do trabalho desenvolvido pelos anestesiológicos.

RESUMEN

Pilau MM, Bagatini A, Bondan LG, Oliveira JS - El Anestésista en Rio Grande do Sul

Justificativa y Objetivos - Este trabajo fue realizado con el objetivo de verificar algunos aspectos del anestésista en Rio Grande do Sul (RS), considerando los diferentes modos de practicarse la Anestesiología, su formación profesional, su relacionamiento directo con el paciente y sus opciones en términos de técnicas y drogas para la realización de la anestesia.

Método - Fue elaborado y enviado a los 739 anestésistas registrados en la Sociedad de Anestesiología de Rio Grande do Sul (SARGS) un cuestionario con 25 cuestiones cerradas, que envolvían respuestas, simples y múltiples, relacionadas con la práctica anestésica. En la análisis de las variables, fue utilizado para comparación de proporciones el método de intervalo de confianza para proporciones, con base en la distribución binominal exacta y el teste de Qui-cuadrado.

Resultados - De los 739 anestésistas, 39,24% enviaron sus respuestas, siendo 49,3% de la capital y 50,7% del interior. No hubo preferencia por anestésicos inhalatorios, encunanto que el fentanil y el tiopental fueron los agentes venosos mas utilizados. La anestesia conductiva es significativamente más utilizada que la anestesia general (61,8% x 38,1%), especialmente en el interior del estado. La incidencia de procesos médicos no demostró diferencias significativas entre el interior y la capital. En el interior del estado, 27,2% de los anestésistas se formaron en CET fuera de Rio Grande do Sul, datos significativamente superiores a los de Porto Alegre (10,5%). La ocurrencia de procesos médicos y la realización de visita pré y pós-anestésica es semejante entre los anestésistas con y sin TSA, entretanto, los profesionales con TSA publican artículos científicos con mayor frecuencia que los otros (55,1% x 21,5%).

Conclusiones - Existe una clara preferencia entre los anestésistas por determinadas drogas y técnicas anestésicas, especialmente cuando se compara la capital con el interior del estado. Fue observado un alto índice de conductas

perioperatorias elogiáveis, como la visita pré y pós-anestésica. Cuanto al TSA, no fue observado mayor calificación de los servicios prestados por portadores del título en relación a los otros. Concluyese que aun se hace necesaria la educación médica continuada, para eliminar ciertos vicios que persisten en la práctica de la anestesia en RS.

REFERÊNCIAS

01. Cohen PJ - História e Teorias da Anestesia Geral, em: Goodman e Gilman - As Bases Farmacológicas da Terapêutica, 5th Ed, New York, Guanabara-Koogan, 1978;48-54.
02. Manica JT - Anestesiologia: Princípios e Técnicas, 2^a Ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 1997;38-41.
03. Belzarena SD - A evolução da qualidade dos agentes anestésicos venosos. Rev Bras Anesthesiol, 1997;47:477-486.
04. Magella HA, Cheibub ZB - Propofol: revisão bibliográfica. Rev Bras Anesthesiol, 1990;40:289-294.
05. Vale NB - "Quo Vadis", desflurano e sevoflurano? Rev Bras Anesthesiol, 1994;44:331-338.
06. Dantas FCL, Saraiva RA, Dias ORG et al - Inibição das fasciculações musculares após a administração de succinilcolina. Rev Bras Anesthesiol, 1990;40:401-403.
07. Vianna PTG, Castiglia YMM, Ganem EM et al - Tempo de latência do rocurônio e da succinilcolina e condições de intubação traqueal. Rev Bras Anesthesiol, 1997;47:401-407.
08. Duval Neto GF - Bloqueio peridural: controle de qualidade. Rev Bras Anesthesiol, 1997;47:538-561.
09. Vale NB - Centenário da raquianestesia cirúrgica. Rev Bras Anesthesiol, 1998;48:507-520.
10. Posso IP - Responsabilidade Ética e Legal do Anestesiologista. A Sociedade Brasileira de Anestesiologia, em: Ortenzi AV, Tardelli MA - Anestesiologia - SAESP. São Paulo, Atheneu, 1996;10-21.
11. Nocite JR - Formação profissional: fator de segurança em anestesia. Rev Bras Anesthesiol, 1993;43:155-156.
12. Almeida Neto MA - Anestesia e segurança. Rev Bras Anesthesiol, 1987;37:309-310.
13. Conceição MJ - Anestesia e os programas de qualidade total. Anestesia em Revista, 1997;2:6.
14. Dornelles MA - Ficha de anestesia obstétrica pré-codificada. Rev Bras Anesthesiol, 1989;39:1;9
15. Machado LJP - O Título Superior em Anestesiologia, em: Gozzani JL, Rebuglio R - Anestesiologia - SAESP. São Paulo, Atheneu, 1991; 377-378.
16. Manica JT - O título superior em anestesiologia. Uma análise retrospectiva. Anestesia em Revista, 1997;3:16-17.
17. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília, 1988.
18. Nociti JR - Em busca da qualidade total em anestesia. Rev Bras Anesthesiol, 1997;47:281-282.
19. Farias CAT, Savaris N, Fortis EF - O anestesista na visão do paciente. Rev Bras Anesthesiol, 1998;48:(Supl. 23):CBA 151.
20. Instituto Bonilha - Imagem do anestesiologista. Anestesia em Revista, 1996;6:14-23.