

O TREINO DE ESTAGIÁRIOS DE ANESTESIOLOGIA E OS ÍNDICES DE MORTALIDADE CIRÚRGICA-ANESTÉSICA (*)

DR. NEVES FERRO (**)

DR. HUGO GOMES (***)

Nêste trabalho está enfatizada a necessidade de rigorosa observância de certas regras em Serviço de Anestesiologia, onde haja pessoal em treinamento, afim de evitar riscos inúteis para o doente.

A valorização da anestesiologia como disciplina médica, a necessidade do aumento de especialistas categorizados e a análise de estatísticas de mortalidade anestésica são três fatores que comprovam a afirmativa feita acima, cada um dos quais sendo examinado atentamente pelos A.A.

Como conclusões finais, afirmam os A.A.: a) autonomia do Serviço de Anestesia. b) presença de anestesia qualificado, durante a administração de anestésicos por pessoal em treinamento. c) existência de rotinas de trabalho na execução dos atos anestésicos.

Prendemos fazer notar que em qualquer serviço normal de cirurgia, onde o departamento de anestesiologia tenha pessoal em regimen de treino, se impõe a sujeição a normas rígidas, a fim de evitar riscos inúteis para os doentes.

E' evidente que muitas são as razões que demonstram a importância desta afirmação, mas parecem-nos mais significativos, dentro dos argumentos possíveis:

1.º — A correta interpretação do valor da anestesiologia como disciplina médica;

2.º — O aumento do movimento cirúrgico hospitalar ser, habitualmente mais acelerado do que o crescimento dos respectivos quadros de pessoal;

3.º — A análise dos grandes inquéritos referentes à mortalidade anestésica.

A anestesiologia é uma especialidade médica em que as técnicas são, na generalidade, somatório de atos simples,

(*) Trabalho apresentado ao VII Congresso Latino-Americano de Anestesiologia — Montevideu — 1964.

(**) Interno dos Hospitais Civis de Lisboa.

(***) Assistente dos Hospitais Civis de Lisboa.

AP 2820

V

mas em que as qualidades que definem o técnico qualificado são de treino bastante demorado e de estratificação muito difícil.

Streiff ⁽¹⁾ pôde dizer, durante uma reunião da Associação dos Anestesiologistas Europeus, que “temos atualmente ainda dificuldades para obter, no dia e na hora onde isso é necessário, um anestesista competente”. Isto porque o médico da nossa especialidade tem de possuir preparação anesthesiológica de fundo que lhe dê independência perante o cirurgião e autoridade perante a administração do serviço operatório.

Pelas responsabilidades que lhe são próprias, a posição do anestesiologista ultrapassou a fase de subordinação total, em que a sua finalidade era permitir o ato cirúrgico e insensibilizar o doente, para a atual, em que, como um de nós já afirmou “o anestesiologista se situa perante o doente cirúrgico, numa atitude de proteção atuante, e, desta forma, deve encarar a sua colaboração para o trabalho cirúrgico sacrificando, em benefício do doente, a comodidade do cirurgião.” ⁽²⁾

Também, como elemento da importância que tem a qualificação do trabalho anestésico, se devem interpretar as recomendações feitas por Adriani ⁽³⁾ quando escreve que “o anestesista que não vigia constantemente o doente, enquanto lhe administra um anestésico, é uma ameaça pública...”. Em síntese, êle acrescenta que “se o que administra o anestésico não conhece a fisiologia humana e a farmacologia dos anestésicos, assim como a doença do paciente e o efeito das drogas sobre ela, é um técnico: nunca um anestesiologista”.

Sendo assim, parece que se justifica o que realçamos como fator importante, no primeiro ponto citado, pois a possibilidade de delegar efetiva responsabilidade a pessoal ainda em treino num departamento de anestesiologia, será uma tendência humana e até, uma suposta boa forma de consencionalizar o médico não qualificado sempre que haja a desculpa dêle ser capaz de dominar o ato puramente técnico. Ora, acentuamos, isto será necessariamente um erro, se o indivíduo ainda não responsável possuir apenas a capacidade dos gestos, com falta duma experiência que lhe permita a capacidade interpretativa.

O fator do constante aumento do movimento cirúrgico hospitalar não é menos significativo na questão de que nos ocupamos. A sobrecarga de trabalho pode levar a outorgar maior responsabilidade do que a devida a um estagiário de anestesia ou, até, a um anestesiologista jovem, inexperiente em certa técnica. Mas se, o mais importante para nós, especialistas, é a nossa própria responsabilidade, para o doente

e para a ética do médico o que tem maior relevância é o fato em si. Aqui se projeta o papel do cirurgião. Na verdade, um trabalho operatório em constante exigência de produtividade pelas necessidades sempre crescentes do movimento hospitalar, pode arrastar a uma facilitação em que o operador ou o cirurgião chefe solicitem o trabalho de elementos menos preparados, pertencentes ao departamento de anestesiologia, sobrepondo a sua autoridade à dos diretos responsáveis. Isto é tanto mais fácil de ocorrer quanto, infelizmente, nem sempre e nem por toda a parte, o departamento anestesiológico tem a individualidade e a hierarquia necessárias.

Assim acontecem os erros que não podemos atribuir a quem os pratica, mas pelos quais temos de responsabilizar uma autoridade exercida sem ponderação. Por isto, já há quase dez anos, como eco de vozes de todas as partes afirmava, na revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, o seu Presidente ⁽³⁾ de então que "não será preciso repetir que em todos os sítios em que a anestesia está bem organizada, os hospitais têm serviços independentes e centrais de anestesia, com um chefe que é sempre um anestesista, com um número de assistentes, de internos e de estagiários que está de acordo com o movimento cirúrgico do hospital".

Mesmo no caso duma chefia anestesiológica, em serviço estruturado e personalizado dentro da nossa especialidade pode o aumento do serviço cirúrgico ser desproporcionado com os quadros existentes e este fato determinar que os elementos responsáveis pelo ensino do pessoal em treino encarreguem este de tarefas que estão acima das suas potencialidades de conhecimentos.

A análise dos inquéritos de mortalidade anestésica, terceiro fator por nós citado, vem justamente mostrar que a relativa impreparação do pessoal estará na base de grande número de casos de acidentes mortais indicados nas estatísticas. Sendo isto uma conclusão óbvia resulta oportuna e atual, na medida em que não se encontra como elemento etiológico nesses mesmos inquéritos, apesar deles corresponderem a resultados de grupo, onde a diversidade de qualificação é evidente e muitos dos resultados são da participação dum indivíduo, mas resultam feitos por vários.

Para revisão, segundo os conceitos que defendemos, analisamos alguns inquéritos dos quais um representa o nosso contributo.

A primeira estatística que comentaremos é o trabalho publicado por Beecher e Todd, o qual continua a ter uma importância significativa, entre outras razões por se referir ao enorme número de cerca de 600.000 intervenções, das

quais 1/3 são de grande cirurgia. Como fazem notar os autores francêses que intervieram na sua discussão, publicada num número dos "Cahiers d'Anesthesiologie" (5), a conclusão sôbre os perigos dos curarisantes resulta dela ter de ser analisada perante a certeza que tôda a curarização comporta uma assistência da respiração, e esta não pode ser bem conduzida por um elemento ainda em treino. Por outro lado, os números de Beecher e Todd que mostram ser a mortalidade de 1/1800, quando a anestesia é praticada por enfermeiras especializadas, de 1/1.200 no caso dos médicos em treino e de 1/890 quando a anestesia foi praticada por anesthesiologistas qualificados, parecem-nos permitirem válidamente, duas conclusões: em primeiro lugar, que a experiência do executante é de maior importância que a cultura geral e, em segundo lugar, que terão sido os casos complicados e a cirurgia mais grave o que em muito maior número ocupou os verdadeiros especialistas. Ora, grande número das anestésias desta estatística foram feitas por jovens residentes em treino, por internos de cirurgia que a praticaram durante dois meses, por estudantes de medicina no seu estágio obrigatório, finalmente, pelas enfermeiras dos departamentos anestésicos.

O ensino da anestesiologia, como já o apontava Lassner, exige que o pessoal em treino a execute, mas a nossa responsabilidade perante o doente exige que êsse ensino se faça sob vigilância constante.

Também os inquéritos do "Comité sôbre Mortes Relacionadas com a Anestesia", da Associação dos Anestesistas da Grã-Bretanha e Irlanda, feita por Edwards, Morton, Pask e Wylie (6), nos parecem bastante informativos, pois o maior número de mortes correspondente aos acidentes que mais se verificam na falta de perícia. Na realidade, êste trabalho informa-nos que em 589 casos de morte em que a anestesia estava incriminada, 110 deveram-se a vômito ou regurgitação e 107, a insuficiência circulatória imediata à injeção intravenosa do barbitúrico indutivo.

Dum inquérito, apresentado em 1963 em Lisboa, no II Congresso Luso-Espanhol de Anestesiologia, podemos tirar conclusões paralelas. Essa estatística, feita sôbre depoimentos pessoas, e, sobretudo, o resultado do trabalho de grupos, ou seja, influenciado por diversa qualificação profissional, onde entra, a presença de pessoal em treino nos centros onde os casos se verificaram.

Nêste inquérito se classificam as etiologias em quinze grupos, os quais apresentam variáveis porcentagens de mortalidade que vão de 0,44 a 22,2. Ora, os grupos que se referem às causas de morte, que mais frequentemente ocorrem

na falta de experiência são os que mais altos índices de mortalidade apresentam, todos com porcentagens entre 8,6 e 22,2. Assim, uma vez mais se torna aparente a responsabilidade do departamento anestésico e do especialista qualificado perante o trabalho do pessoal em treino.

A nossa própria experiência, no Serviço 5 do Hospital de S. José, do conjunto dos Hospitais Civis de Lisboa, prova-nos o mesmo. Este Serviço, manteve homogeneidade no tipo de doentes (traumatologia e ortopedia), viu crescer progressivamente o seu trabalho operatório, sempre dispôs dum quadro de cirurgiões e internos sensivelmente estável, sempre teve condições de nível constante em material e sempre possuiu um setor anestésico com os mesmos elementos qualificados, mas teve variação nos tirocinantes da especialidade anestesiológica. O progressivo desenvolvimento deste setor anestésico foi marcado, essencialmente, por melhor organização, ganho de maior experiência e progressiva qualificação profissional dos seus componentes.

Durante os seis primeiros semestres do período a que nos referimos a mortalidade atribuível à anestesia foi mais alta do que nos sete semestres em que se fez estatística, além de se verificarem a maioria dos casos nas etiologias próprias aos acidentes de inexperiência. Os cinco semestres consequentes foram analisados após recolha e estudo de dados estatísticos.

SEMESTRES	MOMENTO ANESTÉSICO	NÚMERO DE MORTES	%
7º	288	3	1,04
8º	309	3	0,97
9º	313	6	1,92
10º	382	2	0,52
11º	402	0	0
12º	423	2	0,47
13º	425	1	0,24
Totais	2542	17	0,67

Estabelecemos como critério serem mortes presumivelmente cirúrgico-anestésicas as que se verificaram até ao 10.º

cia do pós-operatório. Investigadas a totalidade destas ⁽¹⁷⁾, verificamos a seguintes distribuição:

- I) Aspiração de vômito ou asfixia — 0
- II) Erros na escolha ou administração das técnicas e dos anestésicos — 2
- III) Toxicidade ou sensibilidade específica — 1
- IV) Erros de manêjo instrumental — 0
- V) Explosões e outros incidentes — 0
- VI) Má avaliação do risco operatório — 7
- VII) Paragem cardíaca sem erro prévio — 1
- VIII) Etiologia duvidosa — 5

Nota: neste grupo figuram 4 casos em que a causa de morte não pode ser avaliada e um de causa accidental, embolia pulmonar.

Do que espusemos, permitimo-nos tirar as seguintes conclusões:

a) Verificou-se tendência decrescente da mortalidade presumivelmente anestésica, ao longo de seis anos e no nosso departamento de anestesia, apesar duma mortalidade global do Serviço, sensivelmente estabilizada à volta dos 3,5% e dum volume crescente de atividade do bloco operatório;

b) Só 4 dos 17 doentes falecidos, nos cinco últimos semestres, tinham idades inferiores a 75 anos, apenas houve uma morte intra-operatória e outra com menos de 12 horas de sobrevivência e a incidência dos casos por aspiração de regurgitação ou vômito, por sobredosagem relativa, por insuficiente assistência ventilatória ou por imperícia no manêjo do material anestésico é cada vez mais baixa.

c) O número relativamente elevado dos casos de má avaliação do risco operatório resulta do anestesiolologista qualificado pessoalmente não poder dispensar tempo suficiente à prévia observação do doente, à relativa dependência do setor anestésico perante o setor cirúrgico e às necessidades crescentes no movimento dos doentes para baixar os tempos médios de internamento. De resto, estas conclusões ficaram bem marcadas na análise estatística dos semestres 7, 8 e 9 incluída no trabalho apresentado por um de nós no II Congresso Luso-Espanhol de Anestesiologia ⁽⁸⁾.

Por tudo o que ficou dito, pensamos útil e necessário chamar a atenção para as seguintes conclusões com que terminamos:

I) Com vista à exigência básica da maior segurança do doente, o departamento hospitalar de anestesiologia deve ter individualidade, responsabilidade e hierarquia que lhe permitam total independência nas resoluções que lhe sejam próprias, no domínio da anestesia e da reanimação.

II) Não devem haver pretextos para o médico em treino anestésico substituir em responsabilidade o especialista qualificado, seja por transferência de encargo ou para aumento da rentabilidade do serviço cirúrgico. O trabalho anestésico deve depender exclusivamente da capacidade de execução do pessoal especializado.

III) As anestésias efetuadas pelo pessoal em regimen de treino não dispensam em momento nenhum — preparação, evolução pré, intra e pós-operatória — a presença dum anestesista qualificado.

IV) Devem existir rotinas de trabalho muito treinadas e especialmente escolhidas para a execução dos atos anestésicos da responsabilidade dos anestesistas menos evoluídos, devendo ser o aperfeiçoamento destes feito no departamento de anestesiologia, sob vigilância constante do pessoal qualificado.

SUMMARY

ANESTHETISTS IN TRAINING AND THE ANESTHETIC-SURGICAL MORTALITY RATE

The authors stress the importance of a certain number of routines and rules in a Anesthesia Service, where new specialists are trained, in order to avoid certain risks for the patients.

The authors examines three facets of the development of teaching centers, namely the need to consider anesthesiology a part of medical education, the necessity to increase the number of anesthesiologists and the purposefull study of postanesthetic mortality.

As final conclusions the authors plead for autonomy for the Anesthesia Service, the presence of a trained anesthesiologist during the administration of anesthetics by a trainee, and the application of certain routines in the busy schedule of a training center.

BIBLIOGRAFIA

1. Streiff, B. — Symposium d'Anesthésie et de Réanimation, Centre de Documentation Médical (Soesil), Lausanne, 1960.
2. Hugo Gomes — «Mesas Redondas Internacionais», Hospitais Cívicos de Lisboa, 1960.
3. Adrfani, J. — «La Selección de la Anestesia», Trad. argentina, Buenos Aires, 1956.
4. Lopes Soares — «Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (Secção de Anestesiologia) Tomo CXX, n.º 8, 1956.
5. Cahiers d'Anesthesiologia» Tomo 4, n.º 1, Setembro 1956.
6. Uma investigação sobre mortes ligadas à Anestesia», British Medical Bulletin, Tomo XIV, n.º 1, Janeiro, 1958.
7. Agosti, L. — «Actas do II Congresso Luso-Espanhol de Anestesiologia» V. II, Lisboa, 1963.
8. Neves Ferro — «Análise de 1170 casos de anestésias para traumatologia» Actas do II Congresso Luso-Espanhol de Anestesiologia» V. II, Lisboa, 1963.

DR. HUGO GOMES
Rua do Alecrim, 53 - 2.º
Lisboa — Portugal