

O Anestesiologista em Juízo: Verdade ou Falácia?

José Roberto Nocite, TSA

Não há dúvida de que os problemas relativos à responsabilidade médico-legal constituem hoje uma das causas da ansiedade ligada à prática da Anestesiologia. O anestesiologista, ao lado de profissionais de outras áreas médicas, está hoje consciente de sua vulnerabilidade diante de processos médico-legais. Como esta posição consciente leva a mudanças nos padrões da prática anestésica, tem sido objeto de interessantes investigações.

Recentemente, um estudo nacional conduzido por Cohen e cols¹ entre os anestesiologistas canadenses sobre o impacto da responsabilidade médico-legal na prática anestésica, mostrou que 93,8% adotaram mais monitorização, 75% aumentaram a documentação e 63% passaram a dedicar mais tempo à discussão com os pacientes dos riscos e benefícios do tratamento cirúrgico. Curiosamente, foi quase unânime a opinião de ineficácia sobre a comunicação com os pacientes: mesmo quando o procedimento é cuidadosamente explicado, eles comumente não compreendem os riscos envolvidos. Não obstante, muitos acreditam que um bom relacionamento prévio com os pacientes reduz o risco de ser processado.

É difícil determinar até que ponto realmente o temor de ser processado proporciona mudanças nos padrões da prática anestésica. A disponibilidade de novas tecnologias leva às mesmas mudanças, obviamente na dependência da vontade e da atualização científica do anestesiologista.

As falhas de equipamentos e a falta de padronização dos aparelhos de anestesia são causas frequentes de acidentes anestésicos. Entretanto, tem sido observado em outros países que, à medida que progridem os trabalhos das Comissões de Normas Técnicas e estas colaboram com os fabricantes na padronização do equipamento, acidentes desta natu-

reza tendem a ser menos frequentes.

Outra causa de acidentes é a prática de anestésias simultâneas. Aqui também deve ser invocada a experiência de outros países. Na década de 1970, a vivência da Associação Canadense de Proteção aos Médicos com o problema levou a entidade a advertir repetidas vezes os médicos anestesiologistas contra a prática de anestésias simultâneas². Quando ocorre um acidente nestas circunstâncias, quando um paciente sofre lesão cerebral hipóxica e um processo médico-legal é instaurado, não há como defender o anestesiologista da acusação de negligência. A experiência da Associação Canadense foi altamente positiva e esta prática indefensável é nos dias atuais rara ou inexistente naquele país. Esta mudança de comportamento do anestesiologista canadense é sem dúvida uma das explicações para o fato de a anestesia não mais figurar hoje entre os atos médicos catalogados pela Associação Canadense de Proteção aos Médicos como de maior risco quanto a processos médico-legais.

Embora com algum atraso, a Anestesiologia brasileira segue hoje os mesmos passos de suas congêneres do Hemisfério Norte no que diz respeito à padronização de equipamento, ao aumento da monitorização e à campanha contra anestésias simultâneas, como formas de diminuir a mortalidade e a morbidade peri-anestésicas e por consequência os riscos de processos médico-legais. Em 1989 a Sociedade Brasileira de Anestesiologia publicou em seu órgão oficial, o Boletim Anestesia, a definição de normas gerais de segurança do paciente anestesiado, aprovada por Assembléia Geral da entidade³. Em 1990, no mesmo órgão oficial, foi definido o papel do médico anestesiologista na avaliação pré-anestésica, nos cuidados pós-operatórios e na necessidade

de sua permanência durante todo o tempo junto ao paciente anestesiado, o que exclui e condena a prática de anestésias simultâneas⁴. Ainda em 1990, o Presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia passou às mãos do ex-Ministro da Saúde Dr Alceni Guerra relação detalhada de equipamentos e monitores constantes das condições de segurança do paciente anestesiado, obtendo dele o compromisso de implementá-los a curto e médio prazo, dentro do esforço do Governo Federal para recuperação e aparelhagem da rede hospitalar brasileira⁵.

A disponibilidade de novas tecnologias, a abolição de padrões indesejáveis da prática anestésica, a educação médica continuada, as recomendações e iniciativas das Sociedades especializadas e a conscientização do anestesiológico quanto aos riscos de processos médico-legais, são fatores que tendem a diminuir a mortalidade associada à anestesia.

Estudos epidemiológicos têm mostrado, tanto no exterior como no Brasil, que a taxa de mortalidade associada à anestesia é de 1 - 2 casos/10.000⁶. Alguns deles, mais detalhados, concluem que do total de fatalidades apenas 15 - 22% podem ser totalmente imputáveis à anestesia⁷⁻⁹. Nos demais casos, o fator determinante da morte está ligado às condições clínicas do paciente ou ao próprio ato cirúrgico, podendo a anestesia eventualmente contribuir para agravá-lo. Nos casos fatais totalmente imputáveis à anestesia, a hipóxia e falhas na condução de anestésias espinais são as causas mais comuns, o que deve ser levado em conta na elaboração dos programas educacionais de médicos anestesiológicos. É fato significativo que, quando a hipóxia é a

causa determinante, um número apreciável de mortes ocorre no período de recuperação pós-anestésica, quase sempre por inexistência da Sala de Recuperação Pós-Anestésica, configurando a responsabilidade do próprio Hospital para com a segurança dos pacientes internados. Esta responsabilidade legal está expressa em pareceres de juristas em renome, como o de Fischer na América do Norte, que data de 1970¹⁰.

Concluindo, podemos dizer que o anestesiológico em juízo não é falácia. O risco está presente na prática anestésica. Não obstante, quando o processo médico-legal se concretiza, é preciso estudar a fatalidade em seus múltiplos aspectos, antes de enquadrá-la na categoria das mortes totalmente imputáveis à anestesia e, mais do que isso, na das mortes em que há erro ou falha do anestesiológico. A manutenção e a melhoria da qualidade da prática anestésica, através de programas educacionais e de pesquisa, continuam sendo as melhores formas de atender aos interesses do paciente e do anestesiológico. A diminuição da vulnerabilidade do anestesiológico diante de processos médico-legais será uma consequência disto.

José Roberto Nocite
Editor Associado da Rev Bras Anest

R Airton Roxo 870 - CP 707
14100 Ribeirão Preto - SP

REFERÊNCIAS

01. Cohen MM, Wade J, Woodward C - Medico-legal concerns among Canadian anaesthetists. *Can J Anaesth*, 1990; 37: 102-111.
02. Brown FN - Is the tide turning? (Editorial). *Can J Anaesth*, 1990; 37: 4-6.
03. Cangiani LM - Normas gerais de segurança (Editorial). *Boletim Anestesia*, 1989; 6: 2.
04. Nocite JR - Segurança em anestesia: o fator humano e o tecnológico (Editorial). *Boletim Anestesia*, 1990; 1: 1.
05. Nocite JR - A S.B.A. e o centro de decisões na área da saúde (Editorial). *Boletim Anestesia*, 1990; 4: 1.
06. Nocite JR - Mortalidade associada à anestesia: estudos epidemiológicos. *Rev Bras Anest*, 1991; 41: 3-7.
07. Lunn JN, Mushin WW - Mortality Associate with Anaesthesia. London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.
08. Tiret L, Desmonts JM, Hatton P, Vourc'H G - Complications associated with anaesthesia. A prospective study in France. *Can Anaesth Soc J*, 1986; 33: 336-344.
09. Olsson GL, Hallén B - Cardiac arrest during anaesthesia. A computer-aided study in 250, 543 anaesthetics. *Acta Anaesthesiol Scand* 1988, 32: 653-664.
10. Fischer TL - Responsibility for care in recovery rooms. *Can Med Assoc J*, 1970; 102: 78-79.