

**DA NECESSIDADE DUMA MODIFICAÇÃO NO CRITÉRIO
DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL EM RELAÇÃO
À ANESTESIA GERAL E DA SUA REGULAMENTAÇÃO
POR LEI**

✓ **AUJOR AVILA DA LUZ**

Docente Livre de Medicina-Legal da Faculdade de Direito de
Santa Catarina. Médico-Legista do Instituto
Médico-Legal de Florianópolis.

**Necessidade do médico especializado em
anestesia geral**

AP3225
A anestesia, condição indispensável à prática da cirurgia, sempre foi motivo de preocupação para o cirurgião e o grande espanto que afastava e afasta ainda o doente, necessitando uma operação cirúrgica, da mesa de operação ou, quando uma operação se faz absolutamente indispensável ou inadiável, lhe infunde prejudiciais e téticos temores...

Mas, passado um século, desde que Morton introduziu a anestesia pelo éter, e com os progressos mais recentes da técnica e da arte de anesthesiologia, esta anestesia passou a ser feita, quando por pessoas hábeis, experimentadas e com profundos conhecimentos do seu mecanismo, de uma maneira segura e quase absolutamente sem perigos, trazendo para os doentes conforto e segurança e para os cirurgiões despreocupação com a narcose durante o ato operatório e ampliação do campo da cirurgia.

Contribuiu precipuamente para este progresso notável, dois fatores importantíssimos: a descoberta e uso de novos anestésicos, especialmente gasosos, com a conseqüente melhoria da aparelhagem para sua administração e o fato de se ter constituído, como uma especialidade médica nova, a prática da anestesia por médico que só cuida única e exclusivamente de assuntos relacionados a ela. Isto só foi possível depois do grande desenvolvimento que tiveram os serviços cirúrgicos e a instalação e organização dos grandes e

modernos hospitais, de que a América do Norte é a pioneira e o padrão.

Entretanto, se bem que sejam patentes e de todos conhecidas as vantagens desta nova orientação em matéria de anestesia, ainda não foi, por razões diversas, em que se anotam, além da resistência imposta pela rotina, certas despesas e razões de ordem econômica, adotada na prática geral da cirurgia e por todos os hospitais existentes em nosso país.

Mas, a segurança do doente (principalmente esta) e o progresso da arte médico-cirúrgica estão a requerer a exigir de todos os responsáveis a adoção dos novos métodos e da nova orientação anestésica.

Seria supérflua tal exigência, no terreno por exemplo da assepsia, pois não existe mais hoje, no mundo, um hospital, por pequeno que seja, que não disponha de sua aparelhagem para a esterilização dos campos, aventais, instrumental e demais utensílios empregados nas operações cirúrgicas, aparelhagem que é manejada por pessoas treinadas no mistério e que já adquiriram a indispensável "mentalidade asséptica".

Mas o mesmo não se dá com a anestesia. Esta é ainda, na grande maioria dos hospitais brasileiros, excluídos naturalmente os grandes hospitais modernos das grandes cidades e capitais, feita quase sempre por métodos antigos e até rudimentares, e sem uma orientação definida. Numerosíssimos são os hospitais onde ainda se administra o éter, o cloreto e até o antiquadíssimo clorofórmio em simples máscaras abertas e, o que é pior e anti-legal, serviço esse executado, na maioria, por leigos, enfermeiros, auxiliares ou irmãs de caridade.

Seja por falta de elemento humano, seja por razões econômicas, seja pela força da rotina, os operados continuam assim expostos a acidentes sérios, muitas vezes fatais. Qual o médico do interior, já com alguns anos de exercício da clínica, que não ouviu falar, (ou assistiu mesmo) algumas vezes, que, em tal hospital, morreu um paciente quando estava sendo narcotizado, geralmente por uma enfermeira ?

E isto numa época de intensa legislação trabalhista e social, que, se de um lado ampara o trabalhador, de outro obriga, na grande maioria dos casos, os seus beneficiados, operários ou acidentados, a se submeterem a determinadas operações cirúrgicas para a recuperação da saúde ou da capacidade de trabalho, exigindo uma anestesia que põe em risco a vida do paciente...

A cirurgia profreuiu muitíssimo, o cirurgião é hábil, o pré e o pós-operatório são feitos, mas a anestesia continua a ser a negra e grande incógnita nos hospitais desaparelhados para a execução da anestesia moderna.

Diz-se que a responsabilidade médica está ligada e decorre do direito de curar, reconhecido por todos. E realmente é assim.

E ainda mais. Dado que a legislação social e trabalhista, em certos casos, exige de seus associados e acidentados o cumprimento das prescrições médicas, reforça-se ainda mais esta necessidade da responsabilidade profissional.

Diz o texto da lei: "O segurado fica obrigado a seguir o tratamento sob pena de suspensão do benefício". Então, muitas vezes, o paciente teme a intervenção cirúrgica que vai restabelecer ou melhorar sua capacidade para o trabalho mas que não é urgente, porque sua vida não está em perigo, mas para não perder o benefício, pensando na falta que o dinheiro vai fazer à mulher e aos filhos, vê-se obrigado e deixa-se operar, temendo, às vezes, muito mais a anestesia do que pròpriamente a operação.

Flaminio Fávero, um dos mestres da medicina legal brasileira, é favorável ao direito de curar para salvar uma vida ou a saúde coletiva, mas se insurge contra tal Portaria coercitiva, justamente pelo fato dela incluir casos que não se ajustam às condições acima e às vezes até obrigar tratamento de exceção, perigoso, intervenções de alta mortalidade, especialmente se executadas sob más anestésias.

Leoncini, um dos expoentes da medicina legal italiana, também acha que o Instituto não pode exigir do segurado operação não urgente e arriscada; pode, segundo êle, apenas exigir o tratamento comum, de rotina.

O professor brasileiro H. Tannes de Abreu é de idêntica opinião.

Entretanto a lei vigente diverge dêstes pontos de vista; os Institutos de Previdência, cada vez mais, sobrecarregam-se com incapacitados; hoje, pela cirurgia e ortopedia modernas perfeitamente recuperáveis. E portanto é legal e justa tal exigência de seguir o segurado o tratamento médico indicado.

Acresce que mesmo os tratamentos de rotina, como quer Leoncini, estão sujeitos a acidentes anestésicos e muitas vezes são muito mais perigosos e temidos pelo doente, do que pròpriamente o ato cirúrgico.

Mas, como diz P. Ayres Neto: ⁽¹⁾ "A anestesia moderna assumiu, em nossos dias, grande complexidade, mas trouxe, ao mesmo tempo, reais vantagens, quer para o operado quer para o cirurgião".

Exemplifiquemos a asserção acima. Em operações demoradas (que se fazem hoje e que duram às vezes 3, 4, 6 horas) em que se precisa mudar, durante elas, a posição do doente (por exemplo, do decúbito dorsal para o decúbito ventral, como na operação de Albee, de enxerto ósseo da tíbia na coluna vertebral), a anestesia tem que ser dada com intubação; e se se faz anestesia mixta, por exemplo, com inalação de protóxido de azoto com oxigênio e ainda tionembutal endovenoso (para diminuir a quantidade de protóxido e poder aumentar a de oxigênio) porque se vai usar serra acionada por motor elétrico que desprende chispas, é necessário curarizar prèvia-

(1) P. Ayres Neto — "Lições de Anestesiologia." — Briquet, pág. 86.

mente o doente (com, por exemplo, injeção endovenosa de flaxedil) para permitir a passagem da cânula de intubação lubrificada com nupercaína — pomada. A intubação será útil quando o doente estiver sendo anestesiado e operado com o ventre para baixo. Uma tal anestesia que se desenvolve tôda ela em planos superficiais (1.º e 2.º) exige a atenção constante do anestesista, que auxiliará a respiração do paciente curarizado, expremendo intermitentemente o balão do aparelho que se enche com a mistura gasosa. Os reflexos indicadores (movimentos oculares, paralisia dos músculos intercostais) da sucessão dos planos, por causa da curarização inicial, já agora não se prestarão para orientar o anestesista, que se guiará então sòmente pela sua prática.

O que queremos repetir ainda mais uma vez é que não há uma anestesia única, "Standard" que encontre aplicação em todos os casos; pois em cada caso cirúrgico, conforme as indicações e contra-indicações, deve ser escolhido o método e o anestésico indicado.

Por isso cabe ao anestesista escolher e indicar os agentes e os métodos de anestesia, no caso de uma operação feita por cirurgião, a não ser que êste opte pela local ou raquidiana, sob sua estrita responsabilidade.

Tudo isto faz ressaltar a necessidade absoluta da anestesia ser feita por médico unicamente anestesista.

Nos Estados Unidos, já diversos Estados da União possuem leis que obrigam a anestesia praticada exclusivamente por anestesista de carreira.

Se hoje, portanto, com a anestesia moderna, isto é, praticada por anestesista especializado com todos os recursos técnicos ao seu alcance, conseguiu-se uma segurança quase absoluta, e sendo a anestesia a base de todo ato cirúrgico, é preciso que a lei também obrigue — por uma questão de equidade — os Hospitais, Institutos de Previdência e médicos a colocarem ao alcance do segurado esta garantia dada pela anestesia moderna.

Uma dificuldade surgiria logo à generalização do novo método anestésico, se não houvesse preocupação em preparar o maior número possível de técnicos em anestesia.

Diz Ayres Netto: "O problema que surge desde a primeira hora é a falta de pessoal habilitado para a arte da anestesia. O seu conhecimento teórico é logo apanhado pelos que se iniciam nesta especialidade. A técnica, o conhecimento dos diversos anestésicos e as suas possibilidades e modalidades de aplicação, os pequenos segredos e táticas de cada anestesista, exigem, naturalmente, mais tempo e só podem ser adquiridos com a prática, constante e continuada."

Mas porque o número de médicos anestesistas em nosso país é ainda insuficiente para uma generalização da anestesia moderna, é necessário — e isso se fará forçosamente desde que uma lei obrigando-a a se tornar iminente e reclamada — que as Associações

médicas, a Sociedade de Anestesiologistas e as Sociedades de Cirurgia estimulem a difusão desta especialidade, encorajem seus pioneiros e cultores e promovam o funcionamento de cursos privados para sua aprendizagem.

Na Itália, Inglaterra e Estados Unidos, existem nas Faculdades de Medicina cursos de Anestesiologia. Na América do Norte, conforme diz o grande cirurgião Lahey, estes cursos de seis meses habilitam perfeitamente os futuros anestesiologistas, com a prática aproximada dum 500 anestésias, de todos os tipos, feitas por cada aluno, cada vez menos guiado até poderem agir independentemente, sem nenhuma assistência dos professores.

A lei que regulamentasse a organização e funcionamento dos hospitais no país e obrigasse a prática da "anestesia moderna", previria também a criação pelas Faculdades de Medicina e pelos Hospitais oficiais e pelos Institutos de Previdência, de cursos de anestesia, com a duração de 6 meses.

A estes anestesiologistas caberiam, depois de um determinado prazo de tolerância que a lei marcasse aos hospitais para a adoção do método, aquisição do material e adaptação do pessoal, a prática única e exclusiva da anestesia no país e só em especialíssimas circunstâncias seria permitida a anestesia praticada por médico não anestesiologista especializado.

Este prazo de adaptação será absolutamente necessário não só para o preparo do elemento humano como também para a aparelhagem material, devendo o governo também estimular e amparar a indústria nacional para a fabricação sob especificações aprovadas, dos referidos aparelhos e gases no próprio país, e conceder auxílio aos hospitais, ainda não aparelhados para a anestesia moderna, a fim de adquirirem o respectivo material e habilitarem o seu pessoal técnico.

Mas para que tudo isso não demore é preciso que em nosso meio se implante o mais breve a noção da necessidade do médico anestesiologista.

E' preciso dar-se "à anestesia a significação de uma especialidade com corpo de doutrina próprio e uma infinidade de repercussões sobre ramos cirúrgicos e médicos colaterais, sem falar de suas relações íntimas com as ciências fundamentais", como disse o Professor Uffreduzzi. E continuando: "E' preciso que o cirurgião não só aceite, como mesmo solicite uma colaboração mais eficaz e perfeita da parte do anestesiologista". Dogliotti, apregoando a necessidade da criação da figura do anestesiologista moderno, diz: "Alhures, a especialização em anestesia e analgesia é um fato consumado (refere-se aos países anglo-saxões) e o anestesiologista um médico que, apesar de criado em ambiente cirúrgico e com educação cirúrgica, preocupa-se exclusivamente com os problemas direta ou mesmo indiretamente relacionados com a anestesia: preparação e estudo do operado, para estabelecer o método de anestesia mais indicado:

administração de narcótico, de pré-anestésicos e do anestésico propriamente dito: vigilância sobre o doente no período pós-operatório; estudo das complicações e dos acidentes que podem ter relação com a própria anestesia”.

Acidentes anestésicos e responsabilidade penal e civil

Se a “anestesia moderna” ainda está sujeita, se bem que muito raramente, a acidentes mais ou menos sérios e até mortais, o que não dizer da anestesia administrada pelo método clássico primitivo, ainda vastamente empregado no país.

No mesmo ano (1847) em que foi usado, pela primeira vez, o clorofórmio, o anestesista inglês John Snow assinalou o primeiro caso de morte por anestesia clorofórmica e afirmou que o principal perigo deste anestésico era a sua alta concentração e recomendou sua diluição numa mistura com maior quantidade de ar. Em 1864 foi constatado um grande número de mortes pelo clorofórmio, o que alarmou o meio médico; várias comissões foram nomeadas para investigar seus perigos; e chegou-se à conclusão que podia causar síncope cardíaca (conforme a escola londrina) ou paralisia respiratória (conforme a escola escocês) ou intoxicação tardia (necrose aguda do fígado).

Várias estatísticas existem desses casos de morte repentina durante a anestesia. Mas como observou Braun: “as cifras correspondentes não de ser consideradas como mínimas, porque, sem dúvida, muitos casos mortais, devidos à anestesia ficam sem ser registrados”.

Uma revista médica de 1891, entretanto, dizia: “Na Inglaterra houve há pouco uma verdadeira epidemia de mortes causadas pelo clorofórmio. Em um dos hospitais, em pouco tempo, faleceram devido a essa causa cinco doentes”.

Mas é preciso que se diga aqui, que na época da “cirurgia com dor”, também se morria de choque ou síncope reflexa, e sem anestesia.

Simpson, por exemplo, após os sucessos com o clorofórmio no parto, quis ensaiá-lo na cirurgia e combinou uma narcose com um cirurgião; mas por qualquer motivo, no dia e hora marcada, não pôde comparecer e o cirurgião resolveu fazer a operação, como sempre costumava fazer, sem anestesia mesmo: ao incisar a pele o doente morreu de síncope cardíaca reflexa.

Descrevia o velho cirurgião russo Pirogov o estado da cirurgia, por volta de 1830: “Uma morte rápida, quase se pode dizer instantânea, surpreendia às vezes o doente operado, devido a uma dor insuportável.

A operação, como qualquer outro processo, podia ocasionar um choque mortal devido unicamente à dor, em pessoas em extremo sensíveis”.

Os acidentes mortais com o éter, apesar d'êste agente só dar síncope respiratória e não cardíaca, também têm sido numerosos, pois a anestesia sendo ministrada por pessoa pouco hábil, leiga e sem conhecimentos médicos, deixa-se passar o momento em que suprimindo a máscara anestésica, tracionando a língua e fazendo manobras respiratórias seria possível fazer o paciente voltar a respirar e viver. O cirurgião, apesar de sua preocupação constante com a anestesia, muitas vêzes entretanto com a atenção absorvida e concentrada no ato operatório, pode deixar de perceber a anormalidade que ocorre e não poder avisar o improvisado anestesista sobre o perigo iminente.

Mas, não só a morte repentina durante a anestesia (a "akuter Narcosentod" dos alemães), como também muitas mortes tardias, por insuficiência hepática, após operações da cavidade abdominal, em processos inflamatórios agudos ou crônicos de seus órgãos parenquimatosos, foram imputadas tanto ao clorofórmio como ao éter.

O clorétilo, mais perigoso, porque ataca diretamente o coração produzindo fibrilação ventricular mortal, inscreve em seu passivo também grande número de mortes.

A ética não permite que se publique os casos fatais de anestesia do conhecimento dos médicos que freqüentam serviços de cirurgia. Podemos afirmar — e é do consenso geral — que são ainda numerosos, nos hospitais do interior em que se anestesia ainda é ministrada à antiga e por qualquer pessoa.

Os anestésicos barbitúricos endovenosos devem também merecer extremo cuidado do médico responsável por uma anestesia. Quando o cirurgião trabalha isolado, sozinho, sem outro colega, é obrigado, muitas vêzes, a pedir que uma enfermeira injete o tionembutal na veia do seu doente, enquanto êle pratica a sua pequena intervenção; tôda a responsabilidade desta anestesia recai sobre o médico que deverá determinar as doses, as indicações e contra-indicações. Há muitos anos, quando surgiu o evipan sódico, o autor, como simples expectador, assistiu a morte de um vigoroso rapaz nas seguintes circunstâncias: o doente apresentava um fleimão do pescoço, que estava bastante edemaciado; o cirurgião que era um laringologista, aprestava-se para abri-lo com anestesia local, quando, por sugestão de um outro colega, resolveu experimentar a anestesia endovenosa pelo evipan sódico, então de aparecimento recente; leu-se a bula e nenhuma contra-indicação se encontrou; um enfermeiro, lentamente, conforme as instruções do laboratório, começou a injetar a solução anestésica e nem bem havia introduzido a metade, o doente ficou cianótico e morreu, apesar de tôdas as manobras respiratórias e cardiotônicos... Algum tempo depois, as revistas médicas começaram a publicar casos semelhantes e a bula do evipan começou a trazer entre as contra-indicações as afecções inflamatórias da cabeça e pescoço, como possíveis causas de edema super-agudo da glote.

A lei brasileira (Decreto-lei n.º 20.931, de 11 de janeiro de 1932), que regula o exercício da medicina, diz no art. 2.º: "Só é permitido o exercício da medicina ao médico, cujo diploma foi, de acôrdo com o art. 5.º, registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública". Ora, administração de anestesia geral é puro exercício da medicina... Logo...

Ainda mais, o mesmo decreto, no art. 30, diz que o cirurgião-dentista sòmente poderá prescrever agentes anestésicos de uso tópico... Quer dizer que nega a êstes profissionais a prática da anestesia geral, quando foram os dentistas mesmos, nos albores da técnica anestésica, os seus pioneiros e propagadores a começar com Wells e Morton.

Aliás, esta proibição do dentista, no nosso país, fazer anestesia geral, vem de muito antes. Tanner de Abreu, em sua Medicina Legal aplicada à Arte Dentária (1922) diz: "Entre nós o cirurgião-dentista não pode fazer anestesia senão mediante o emprêgo de anestésicos locais". "Apesar, entretanto, dessa proibição categórica, não fica o dentista privado dos demais recursos de anestesia que não êsse da anestesia local. Basta que êle se valha do auxílio de um médico que se poderá encarregar da anestesia do paciente a ser submetido à intervenção cirúrgica do profissional dentista. Dest'arte é realizável na clínica odontológica a anestesia geral".

Os arts. 36 e 37, referente às parteiras e enfermeiras obstétricas, que comumente as circunstâncias colocam em situação de terem que administrar uma anestesia geral para que o obstetra — que se encontra sòzinho — possa intervir, também limitam a ação dessas profissionais e, implicitamente, vedam-lhes a execução de anestesia — que se pode considerar como intervenção cirúrgica ou, pelo menos, como fazendo parte dela, como sendo um ramo da cirurgia.

Proibe taxativamente, portanto, os leigos, pessoas não diplomadas em medicina, de administrarem a anestesia, e se porventura, apesar dessa proibição, uma tal pessoa fizer ou prestar-se a fazer trabalho de anestesia e, por infelicidade vier a ocorrer um acidente fatal de ordem anestésica, tanto essa pessoa, como os que têm direta responsabilidade no caso (o cirurgião, a direção do hospital) são responsáveis penal e civilmente. Não há portanto, nesta hipótese nenhuma dúvida, pois a lei é clara. Agora, quando o acidente se dá nas mãos de um médico qualquer, que não é anestesista, mas que a lei autoriza a executar a anestesia, para que haja, legalmente, a responsabilidade médica, é preciso que o caso apresente tôdas as suas condições clássicas, que são: o agente seja médico com diploma registrado no D. N. S. P., o acidente seja puramente anestésico, tenha havido imperícia, imprudência ou negligência ou experimentação, sem dolo, mas que causou dano real (invalidez ou morte) e sôbre cujo nexo não haja dúvida. Então, o caso cai dentro do previsto pelo Código Penal, artigos 15, 121 e 129 e do Código Civil, art. 159.

Vemos então, do que ficou exposto até aqui, sobre as vantagens da "anestesia moderna", praticada por anestesista especializado, dos receios e perigos que cercam o doente quando esta anestesia moderna não é feita e deve então submeter-se por coerção, à prática anestésica antiga executada por qualquer médico, que a lei está em desacôrdo com a realidade científica e o progresso da anestesia, porque dá um "bill" de endenidade ao médico geral seja para praticar um método de anestesia para o qual não está capacitado, seja para privar o paciente de recursos técnicos que só lhe trarão vantagens. *E é aqui então, que advogamos uma mudança no critério médico-legal para a responsabilidade nos acidentes anestésicos, critério êsse, assim modificado, que deverá influir nas decisões dos tribunais e até chegar a induzir a feitura de uma lei que ponha o exercício da anestesia mais em consonância com a inteligência e a realidade dos fatos.*

São de Dogliotti, as palavras abaixo transcritas:

"Por isso mesmo, impõe-se a criação de um "Serviço de Anestesia" em tôda clínica cirúrgica e em todo hospital de certa importância. As vantagens que daí advirão, serão enormes. Haverá maior confiança por parte dos doentes, que se sentirão confortados pela presença de um protetor seguro na hora de maior angústia e perigo. Diminuirá a mortalidade operatória e pós-operatória, além de ser reduzido o prazo médio de invalidez a que forçosamente estão sujeitos os operados. O cirurgião por sua vez, terá oportunidade de convergir seus esforços para um maior aperfeiçoamento em sua própria especialidade, vendo-se aliviado de uma parcela de responsabilidade que, até então, pesava exclusivamente sobre os seus ombros. A criação do anestesista de carreira constitui, em suma, importante passo avante e admirável conquista que a medicina logrou realizar para maior benefício da humanidade sofredora."

E quando falamos em "privar o paciente de recursos técnicos que só lhe trarão vantagens", então, implicitamente, estendemos êste conceito de responsabilidade também às profissões ou ocupações para-médicas, pois estas podem causar dano, especialmente pela negligência ou omissão.

O Direito comum, num preceito geral, obriga tôda pessoa responder por danos a terceiros, pois só os alienados e menores é que são irresponsáveis. Tanto a responsabilidade penal como a civil dos médicos, decorre dêste princípio; e, por êle, não só o médico é responsável, como tôda e qualquer outra pessoa, física ou jurídica, também o é, pelo mesmo fato que se relacione com a imperícia, imprudência ou negligência de ordem médico-cirúrgica, desde que sua participação tenha, direta ou indiretamente, contribuído para sua ocorrência. Falando em responsabilidade profissional, em relação à anestesia, então incluimos, não só o médico, o cirurgião, o anestesista, o laboratorista, a enfermeira, mas também e principalmente a direção do hospital, representada no seu diretor-médico ou leigo,

provedor, mordomo ou ecônomo (como chamam em certas regiões do Rio Grande do Sul), pois ela, orientando e dirigindo um nosocômio, é responsável por suas deficiências, por negligências ocorridas dentro das suas paredes, talvez mais do que o próprio clínico ou cirurgião, pois hoje com a falsa e unilateral socialização da medicina, enquanto estes empobrecem e se tornam todo-poderosas, e participando seus diretores também de seu prestígio, devem justa e forçosamente arcarem com uma maior soma de responsabilidades.

No item 3 das conclusões finais ordenamos as hipóteses em que a direção de um hospital é também responsável na ocorrência de acidente anestésico fatal, e por isso não as repetiremos aqui.

Na Inglaterra e nalguns outros Estados da "Commonwealths", exceção feita da Índia, vigora um dispositivo legal que considera tôda morte ocorrida numa mesa de operação como um "honourcase", isto é, um caso de promotoria.

Ao saber de uma tal morte, sem precisar mesmo de denúncia de quem quer que seja, automaticamente a promotoria ou ministério público toma a si a tarefa de mandar abrir e acompanhar o inquérito para apurar se houve imperícia médica e, se tal houver, a quem cabe a responsabilidade da morte do operado; se ao cirurgião, com algum erro técnico; se ao anestesista, com alguma imperícia; se à direção do hospital, com alguma imprevidência, como seria a falta na ocasião precisa de um medicamento ou medicação de urgência.

O que não se concebe mais, porque repugna a consciência do jurista e do médico-legista, é que, no nosso país, dentro de um hospital com certo movimento cirúrgico, se continue a permitir a administração do éter, cloreto e barbitúricos endovenosos, pelos processos comuns por pessoas não médicas, como enfermeiras e auxiliares.

Em nenhuma hipótese deve ocorrer isto, e a direção do hospital deveria ser responsabilizada quando tal ocorresse, mesmo sem ter havido morte por anestesia. Ainda mais, não se explica como tais hospitais não adotaram ainda a "anestesia moderna", tranquilizadora de pacientes e médicos; mas, no dia em que adotarem, mesmo na ausência de lei reguladora, só poderá administrar a narcose por gases nestes modernos aparelhos, o médico especializado em anestesia.

Não desaparece a responsabilidade em acidente de anestesia executada por anestesista especializado; pelo contrário, ela se torna muito maior, porquanto o anestesista sendo hábil e competente, os acidentes forçosamente desaparecerão. Eles só podem ocorrer ou por falta grave e previsível ou, numa pequeníssima minoria, por uma razão imprevisível e indeterminável pela mais rigorosa perícia. Se, por falta grave e previsível, injustificável portanto para um anestesista especializado e de longa prática, como deve ser, só pode acarretar uma responsabilidade muito maior do que se fôra um simples médico geral o agente de um acidente por anestesia feita com o

método comum, pois êste não é especialista e deve-se-lhe desculpar algumas deficiências nos seus conhecimentos e na sua técnica.

Seriam faltas graves, traduzindo imperícia, imprudência ou negligência de um anestesista, por exemplo: Obstrução das vias aéreas do paciente, choque cirúrgico ou anestésico fatal, explosão de agentes anestésicos inflamáveis, a administração dos gases em concentrações excessivas, má administração do anídrido ou gás carbônico, troca de gases, má intubação, obstruindo um brônquio ou penetrando nas vias digestivas em vez de nas aéreas, etc. etc.

“Obstrução das vias aéreas é um dos perigos mais sérios da anestesia geral por inalação”, diz Eduardo Etzel, de São Paulo. Essa obstrução pode se dar por: espasmo do faringe ou do laringe, por obstáculo lingual, por vômitos, por excesso e acúmulo de muco ou secreções brônquicas não aspiradas convenientemente pelo anestesista, por intubação mal feita obstruindo um brônquio e dando atelectasia do pulmão correspondente. São tôdas situações que o anestesista deve conhecer e saber combater, pois caso contrário, levarão o paciente à morte por asfixia e seria então uma autêntica imperícia médica, agravada pela circunstância de ser cometida por um especialista.

No ato operatório, tanto por manobras cirúrgicas como por efeito do próprio anestésico, dá-se modificações na pressão arterial (queda da sistólica para 8 cm de Hg é índice de alarme), que são sinais de perigos maiores (choque) e que o anestesista — com o seu aparelho de Vasquez aplicado ao braço do paciente — vai verificando de 15 em 15 minutos e combaterá, em casos necessários, com: toni-cardíacos, analépticos circulatórios e principalmente com transfusão de sangue ou plasma.

Constituem também imperícia técnica os acidentes por explosão de agentes anestésicos inflamáveis (éter, cloreto, etileno, ciclopropano), pois ao anestesista não é desculpável o desconhecimento de tais possibilidades, das condições em que se dão e dos meios para evitar explosões e incêndios.

O gás carbônico (CO₂), enecessário à vida, pois é um excitante dos centros bulbares da respiração, é usado, só ou associado ao oxigênio, na síncope respiratória azul para restabelecer o ritmo respiratório ou no final da anestesia para acordar o paciente; mas também o excesso de CO₂ no ar alveolar, por exemplo, na administração prolongada de anestésico com “rebreathing” (circuito fechado), determina apnéia por esgotamento dos centros bulbares e a administração de mais CO₂ para combater tal estado é, não só perigoso, como um contrasenso e uma imperícia médica... E' puro desconhecimento por parte do anestesista de detalhes absolutamente necessários de fisiologia ! Por isso é que Mondadori diz: “A administração do CO₂ puro, por nós referida, só deve ser efetuada por pessoa que tenha bastante experiência com o uso dêste gás”.

A possibilidade de troca de gases existe: pode-se dar durante a anestesia ou na montagem dos tubos no aparelho e, em ambos os casos, a culpa cabe ao anestesista; mas também pode-se dar na fábrica onde os tubos são carregados e então a responsabilidade recai sobre esta. No Brasil mesmo já tem havido tais casos. Em um hospital na cidade de São Paulo, por exemplo, deu-se uma vez, duas mortes sucessivas de pacientes anestesiados por médico anestesista; foi-se verificar a razão das duas mortes e encontraram-se os tubos de oxigênio (pintadas de cor característica e com a inscrição: *Oxigênio*) contendo o gás protóxido de azoto! A troca havia se dado na fábrica dos gases em questão ao se encherem os cilindros; e as mortes se deram por asfixia em atmosfera saturada de protóxido de azoto. Nesse caso a responsabilidade penal e civil, se tivesse sido apurada rigorosamente como deveria ter sido, mas não o foi, teria saltado da direção do hospital para a da fábrica...

Como uma das atribuições do anestesista é combater o choque e como o remédio heróico deste é a transfusão sanguínea, deverá caber portanto ao próprio anestesista de um hospital o seu "Serviço de Transfusão de Sangue". E como também esta implica em graves responsabilidades, como tão bem as sopesou e estudou em sua magnífica tese "A responsabilidade médica nas transfusões de sangue", o titular da cadeira de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Paraná, o Prof. Ernani Simas Alves, que somarão as da anestesia geral, temos pesando sobre os ombros do anestesista uma carga que representa um alívio para o cirurgião, atarefado como se acha com outra função importantíssima, como o ato operatório mesmo, e uma dupla vantagem para o cliente: transfusão e anestesia mais cuidadas e operação melhor executada.

Sem precisarmos nos alongar mais, podemos encerrar nosso pequeno trabalho, com as conclusões finais, a que nos levaram esta explanação e discussão dos fatos relacionados à anestesia geral, como acabamos de fazer.

Conclusões

1.º — Não se discute mais se anestesia geral pode ser administrada por pessoa que não seja médico; a lei vigente é clara e taxativa. Qualquer infração do dispositivo legal que proíbe a prática da anestesia por leigos, além de importar em responsabilidade penal a ser apurada, comporta a responsabilidade civil do hospital onde se deu o insucesso anestésico.

2.º — Urge uma lei que regulamente a organização e funcionamento dos hospitais em todo o país, onde fique estabelecida uma classificação pela importância dos mesmos e a obrigação dos que possuem grande serviço cirúrgico possuírem aparelhagem moderna de anestesia sob a responsabilidade direta e exclusiva de um ou mais médicos especialistas em anestesia, com a obrigação de tais

serviços de anestesia possuírem e preencherem com todos os dados as fichas de anestesia aprovadas e onde fiquem assentadas tôdas as ocorrências, antes, durante e após a anestesia. Caberia também a êsses médicos anestesistas o importante serviço de transfusão de sangue. Ficaria ainda estabelecido nesta lei que nenhum hospital, que não possuisse serviço moderno de anestesia poderia pleitear auxílio dos governos, para criação ou ampliação de outros serviços a não ser o de anestesia, que deverá ser instalado primeiro, isto é, ter prioridade sôbre os outros.

3.º — Tanto nesta lei, ainda a ser feita, como na doutrina da responsabilidade médica, na ocorrência de acidentes anestésicos fatais, devem ser aceitos e adotados os seguintes critérios de responsabilidade penal, civil e administrativa:

a) O hospital é responsável por êrro técnico grosseiro cometido por seu anestesista especializado, que também o será penalmente.

b) Se o hospital dispõe de aparelhagem moderna e de um médico especialista em anestesia e:

1. Se o cirurgião, fazendo parte do corpo clínico do hospital, isto é, sendo seu funcionário e não se utilizando do médico anestesista, opera, sob sua direta responsabilidade, com anestesia geral executada por outra pessoa não médico anestesista, caso venha ocorrer acidente anestésico, tanto o cirurgião como o hospital são responsáveis civilmente; e êste também é responsável porque tinha o direito, o dever e os meios para compelir aquêle a entregar a anestesia a um *médico anestesista*. Exclue-se a responsabilidade do hospital — sômente na anestesia — se não havia indicação absoluta para a anestesia geral, por exemplo, abertura de simples panarício, extração dentária, aplicação de injeção, narcoanálise para fins diagnósticos, etc.

2. Se o cirurgião é estranho ao corpo clínico do hospital, então tôda responsabilidade recai naquele.

c) Se o hospital não dispõe de aparelhagem, nem de um médico especialista em anestesia, então, é responsável civilmente em todo acidente anestésico ocorrido dentro de suas paredes, independente da responsabilidade penal ou civil do cirurgião ou anestesista diretamente ligado ao caso.

São também responsáveis as Caixas de Aposentadoria e os Institutos de Previdência ou Seguro Social ou de Acidente de Trabalho que, apesar de possuírem localmente grande número de associados que necessitem intervenção cirúrgica, mantiverem contrato de assistência médica com hospitais que não dispõe de aparelhagem anestésica moderna com o seu respectivo anestesista especializado.

4.º — Aos peritos nomeados pelo juiz, em ocorrência de acidente anestésico, cabe averiguar o diagnóstico, o prognóstico, as circunstâncias mórbidas, a perfeita ou errônea indicação do tipo de anestesia, os dados fornecidos pela ficha anestésica e o tipo de anes-

tesia, os dados fornecidos pela ficha anestésica e o tipo de acidente que vitimou o operando; cabe ainda avaliar a idoneidade dos títulos do anestesista, vistoriar as instalações do hospital e dar parecer sobre o regulamento interno pelo qual se dirige o corpo clínico do mesmo. Pela autópsia será possível muitas vezes o perito determinar com precisão a "causa mortis", e até a razão do acidente anestésico, especialmente se ocorreu falta grave, como má intubação, troca de gases, obstrução das vias aéreas, etc. etc.

5.º — Há necessidade de serem criados, nos centros cirúrgicos dos principais hospitais e nas Faculdades de Medicina do país, cursos oficializados de anestesistas para médicos ou formandos. Há necessidade dos governos ampararem e estimularem a indústria de aparelhagem médica e anestésica, sob especificações aprovadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública.

6.º — O médico anestesista, como qualquer médico ou especialista, é responsável profissionalmente. E ocorrendo acidente anestésico que acarrete morte ou invalidez ou doença incurável, o anestesista é responsável penal e civilmente. A apuração desta responsabilidade seria facilitada e garantida com a adoção da prática forense inglesa que considera toda morte ocorrida em mesa de operação, automaticamente como da alçada da Promotoria.

Equipamentos para Oxigenoterapia

Tendas de oxigênio O. E. M., para entrega imediata.

Canópias — Analisadores — Máscaras Reguladores, etc.

Maiores informações com o nosso Departamento de Serviços Técnicos, que orienta, esclarece e dá assistência.

S. A. WHITE MARTINS

**Matriz: Rua Beneditinos, 1 a 7 - Rio
Telefone: 23-1680**

REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGIA

Órgão oficial da
"ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ANESTESIOLOGIA"

Subscrição anual 100 pesos argentinos
Pagamento, de preferência, por cheque à ordem da
"Revista Argentina de Anestesiologia"

Direção e Administração:
CALLE GUEMES 4070, 2.º D.
Buenos Aires - Argentina

MEDICAÇÃO HERÓICA
DAS
MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS

PHENERGAN

3277 PR

Cloridrato de N (dimetilamino-2'metil-2') etil
dibenzoparatazina



Neutraliza experimentalmente os efeitos de
1.500 doses mortais de histamina



INDICADO EM TODOS OS ESTADOS ALÉRGICOS
PASSÍVEIS DE TRATAMENTO PELOS
ANTI-HISTAMÍNICOS
ANESTESIA POTENCIALIZADA — HIBERNOTERAPIA



Associado de vários modos e em várias proporções ao
Amptictil, ao Diparkol e à Scurocaine, o PHENERGAN
constitui um dos componentes dos "coquetéis líticos" de
Laborit e Huguenard.



Tubo de 20 drágeas a 25 mg de base ativa
Caixa de 5 ampolas de 2 cm³ a 5 cg de base ativa



A marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA RHODIA BRASILEIRA
AVENIDA ANTÔNIO CARDOSO, 319
SANTO ANDRÉ, SP



**PROTÓXIDO DE AZOTO E OXIGÊNIO
MEDICINAL E INDUSTRIAL, DA MAIS
ALTA QUALIDADE E PUREZA**

ESTOQUE PERMANENTE

CIA. AGA DO BRASIL DE GÁS ACUMULADO

AV. BRASIL 8201

Caixa Postal 1823 — Fone 300256

RIO DE JANEIRO

CIA. AGA PAULISTA DE GÁS ACUMULADO

AV. PRES. WILSON 1716

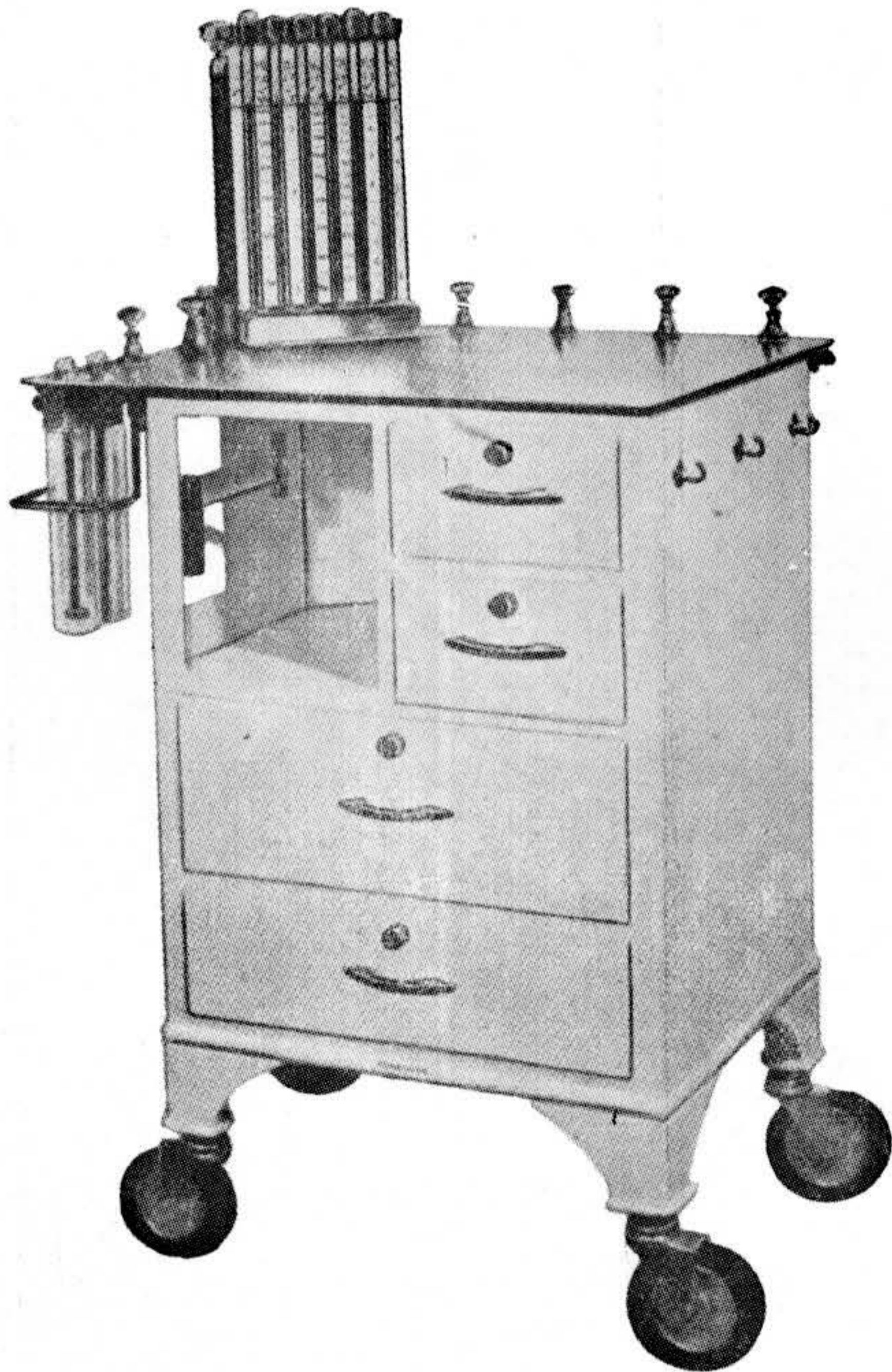
Caixa Postal 3190 — Fone 320169

SÃO PAULO

FOREGGER

IMPORTADORA E EXPORTADORA S. A.

ANESTESIA - OXIGENOTERAPIA



RUA SANTA LUZIA, 799 - 14.º AND.

TELEFONE 52-5768 — RIO DE JANEIRO