



ANESTESIA: O PROCEDIMENTO E A RESPONSABILIDADE

Fernando Bueno Pereira Leitão, Professor Associado de Anestesiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

CÉDAO: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 sala 6021 6º andar - Cerqueira César - CEP 05403-000 - São Paulo - SP

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Anestesiologia como atividade, muito bem fundamentada na Farmacologia e na Clínica, decorre da síntese e uso de fármacos pertencentes a grupos farmacológicos diversos e capazes de propiciar, com desejável segurança, a amnésia, a sedação, o bloqueio autonômico, a analgesia, a anestesia, a inconsciência e, quando necessário, o relaxamento da musculatura esquelética. É consequência, também, de outros recursos, como equipamentos e materiais específicos utilizados na permeabilização de vias aéreas, na ventilação pulmonar, na realização de determinados tipos de bloqueios, na infusão de soluções hidratantes, sangue e derivados, e nos procedimentos de monitorização. Assim, ficam favorecidos o conforto do doente e a segurança da anestesia, seja ela loco-regional ou geral.

Com a disponibilidade desses recursos, o médico tem a possibilidade de indicar o tipo de anestesia a ser empregado, conforme a idade e condição clínica do doente, o procedimento que exige a realização da anestesia, e outros fatores relacionados ao caso. É possível, até, que a indicação de anestesia loco-regional seja complementada, pelo próprio cirurgião, pela associação de outras drogas, afim de se obter amnésia e sedação; em determinadas situações, pode haver necessidade de se associar a anestesia geral. Situação inversa também é freqüente, isto é, a anestesia geral ser complementada por um determinado tipo de bloqueio loco-regional quando, então, o anestésico-local (AL) é utilizado. Quando a anestesia de escolha é o bloqueio loco-regional, como a anestesia tópica, infiltrativa ou troncular, é, na maioria das vezes, o cirurgião ou o cirurgião-dentista quem a realiza. Nesta circunstância, estará exercendo, também, as prerrogativas do anestesista, uma vez que o ato é

Sua preocupação com a segurança do paciente deverá ser a mesma do anestesista ao realizar o bloqueio loco-regional ou a anestesia geral...

anestésico-cirúrgico. Deverá estar atento para eventuais riscos decorrentes do AL e de outras drogas, eventualmente associadas. Sua preocupação com a segurança do paciente deverá ser a mesma do anestesista ao realizar o bloqueio loco-regional (anestesia plexular, raquianestesia, anestesia peridural) ou, a anestesia geral; esta consideração se refere à medidas fundamentais, preventivas, que contribuem para evitar que determinado ato anestésico-cirúrgico, de menor risco, se transforme em complicação que possa evoluir para situação de verdadeira catástrofe, como, por exemplo, inadequado e desorganizado atendimento a ocorrência do tipo depressão respiratória, obstrução de vias aéreas, hipotensão arterial ou, até, parada cardíaca. Esta citação serve para reforçar a importância dos conhecimentos da farmacologia do AL, certamente capaz de desencadear

complicações diversas, como excitação ou depressão do SNC e, também, para que o médico esteja sempre atento a complicações outras, decorrentes de drogas eventualmente associadas. Citamos, assim, como fundamentais, as seguintes medidas, relacionadas à realização de anestesia loco-regional:

- 1) necessidade de anamnese e investigação de eventuais patologias associadas e/ou complicações decorrentes de atos anestésicos anteriores, mesmo em parentes consanguíneos
- 2) avaliação clínica e exames complementares
- 3) jejum
- 4) conhecimento do ambiente cirúrgico, entrosamento com a Enfermagem, para avaliar a disponibilidade e funcionalidade de
 - 4.1 fonte de oxigênio, condutores e, pelo menos, AMBU e máscara

- 4.2 aspirador de secreções
 - 4.3 laringoscópio, sondas endotraqueais e outros materiais utilizados para intubação traqueal
 - 4.4 soluções hidratantes
 - 4.5 equipamento para monitorização: estetoscópio, esfigmomanômetro, monitor para ECG, oxímetro de pulso
 - 4.6 desfibrilador cardíaco
- 5) capacitação profissional para a realização de manobras que configuram o Suporte Básico e Avançado da Vida, salientando-se a RCP
- 6) disponibilidade de leitos na Sala de Recuperação Anestésica.

Estas medidas contribuem para a proteção do doente e, conseqüentemente, do próprio profissional, sob o ponto de vista ético e legal. Aliás, são perfeitamente condizentes com as diretrizes da Resolução CFM 1363/93, relacionadas à Anestesia e publicada no Diário Oficial da União, de 22/03/93, p 3439 - Seção I: "Médico é responsável direto e pessoal":

O CFM, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.628, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

"Considerando que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

Considerando que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

Considerando que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo CFM;

Considerando que a Portaria 400, de 6 de dezembro de 1977, do Ministério da Saúde, prevê sala de recuperação pós-anestésica para a Unidade do Centro Cirúrgico;

Considerando o que foi proposto pela Comissão Especial conjunta do CFM e da Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

Considerando, finalmente, o que ficou decidido em sessão plenária de 12 de março de 1993."

RESOLVE:

Art. 1º- Determinar aos médicos que praticam anestesia que:

- I- Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesma, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível;
- II- Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, assim como manter a vigilância permanente ao paciente anestesiado durante o ato operatório, o médico anestesista deve estar sempre junto a este paciente;
- III- Os sinais vitais do paciente serão verificados e registrados em ficha própria durante o ato anestésico,

assim como a ventilação, oxigenação e circulação serão avaliadas intermitentemente;

- IV- É ato atentatório à Ética Médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico;
- V- Todas as consequências decorrentes do ato anestésico são da responsabilidade direta e pessoal do médico anestesista;
- VI- Para a prática da Anestesia deve o médico anestesista avaliar previamente as situações de segurança do ambiente hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas as condições mínimas para a sua realização, cabendo ao diretor técnico da instituição garantir tais condições.

Art. 2º- Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática de anestesia as a seguir relacionadas:

- I- Monitorização dos pacientes com esfigmomanômetro, estetoscópio pré-cordial ou esofágico e cardioscópio;
- II- Monitorização do CO₂ expirado e da saturação da hemoglobina, nas situações tecnicamente indicadas;
- III- Monitorização da saturação de hemoglobina, de forma obrigatória, nos hospitais que utilizam usinas concentradoras de oxigênio;
- IV- Deverão estar à disposição do anestesista equipamentos, gases e drogas que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança e desfibrilador, cardioscópio, sistema ventilatório e medicações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorespiratória;
- V- O equipamento básico para administração de anestesia deverá ser constituído por secção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório complexo, tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, laringoscópio, cânulas orogástricas, aspirador, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
- VI- Todo paciente após a cirurgia deverá ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica, cuja capacidade operativa deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico;
- VII- Enquanto não estiver disponível a sala de recuperação pós-anestésica, o paciente deverá permanecer na sala de cirurgia até a sua liberação pelo anestesista;
- VIII- Os critérios de alta do paciente no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista.

Art. 3º- A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogada a Resolução CFM 851/78, 4 de setembro de 1978.

Brasília-DF, 12 de março de 1993
Ivan de A. Moura Fé
Presidente
Hércules Sidnei P. Liberal
Secretário Geral

(Publicada no D.O.U. de 22.03.1993
-Página 3439- Seção I)