

Fernando Godinho Zampieri<sup>1,2</sup>

## Avaliações categorizadas da subjetividade: a classificação ASA ainda tem um papel a desempenhar?

*Categorical measurements of subjectiveness: is there still a role for the ASA classification?*

1. Unidade de Terapia Intensiva, Disciplina de Emergências Clínicas, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.

2. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo (SP), Brasil.

Em 1941, Saklad propôs um sistema de classificação que tentava avaliar e medir a reserva fisiológica do paciente antes de um procedimento cirúrgico.<sup>(1)</sup> Após passar por algumas modificações, tornou-se amplamente conhecido como o sistema para classificação de condição física da *American Society of Anesthesiologists* (ASA).<sup>(2)</sup> Este método tornou-se amplamente utilizado e faz parte da rotina de avaliações pré-operatórias em diversos países - nos Estados Unidos, é também utilizado para questões relativas a faturamento.<sup>(2)</sup> Trata-se de um sistema classificatório aparentemente simples, que com frequência tem demonstrado associação com desfechos de morbidade e mortalidade.

O sistema de classificação ASA foi revolucionário em sua área de atuação.<sup>(2)</sup> Diferentemente dos modernos escores prognósticos,<sup>(3,4)</sup> ele se baseia em um princípio aparentemente simples: o desfecho depende das comorbidades prévias que o paciente apresenta e da maneira como estas o afetam. Se as comorbidades afetarem a reserva fisiológica de determinado paciente, menos restará para suportar o estresse cirúrgico. À medida que a estatística se mesclou à medicina, a formulação de prognósticos passou a basear-se em aspectos mais objetivos e “palpáveis”. Consequentemente, nenhum dos índices de gravidade mais utilizados recentemente e aplicados em unidades de terapia intensiva incorpora qualquer avaliação prévia sobre a condição de desempenho,<sup>(3,4)</sup> embora tenha sido demonstrado diversas vezes que a condição de desempenho é significativa em termos prognósticos.<sup>(5,6)</sup> Até mesmo os sistemas de pontuação que têm como objetivo prever a morbidade pós-operatória, tais como as ferramentas POSSUM, P-POSSUM e SORT,<sup>(7,8)</sup> deixam de levar em conta a condição de desempenho. Há algumas razões para isto. Primeiramente, as avaliações objetivas são menos propensas a sofrer viés pessoal e local. Por exemplo, realiza-se a avaliação da frequência cardíaca do mesmo modo em qualquer lugar, assim como ocorre com a pressão arterial, o pH etc. Por outro lado, o escore ASA varia muito de pessoa para pessoa, já que é subjetivo. Logo, não surpreende que a concordância entre os escores ASA obtidos por diferentes médicos e entre escores ASA obtidos em diferentes momentos seja apenas moderada.<sup>(9,10)</sup>

Em segundo lugar, os escores objetivos são mais facilmente comparáveis. As mais frequentes análises estatísticas se baseiam na mensuração apropriada de uma variável relevante, em um certo número de vezes (e/ou em um certo número de sujeitos), que é suficiente para se obter um determinado nível de significância. Mensurar e combinar opiniões é uma tarefa complicada até mesmo para cientistas sociais experientes, e ainda mais para médicos ao pé do leito. Portanto, é fácil entender que, em função de razões de comparação e validade externa (entre muitas outras razões), os escores objetivos são frequentemente aplicados em anestesiologia e medicina intensiva.<sup>(11)</sup>

**Conflitos de interesse:** Nenhum.

**Autor correspondente:**

Fernando Godinho Zampieri  
Unidade de Terapia Intensiva do  
Hospital das Clínicas, 6º andar  
Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255  
CEP: 05403-010 - São Paulo (SP), Brasil  
E-mail: fgzampieri@gmail.com

DOI: 10.5935/0103-507X.20150016

Entretanto, há vantagens da inclusão de mensurações subjetivas nas avaliações pré-operatórias de risco. Qualquer escore que incorpore algum grau de subjetividade pode auxiliar na comunicação e prover, de certa forma, uma opinião mensurável do médico responsável. Isto não pode ser determinado por meio de uma simples análise estatística. Quando o anestesista, após uma cirurgia de grande porte, transfere um paciente para o intensivista, informar-lhe o escore ASA pode ajudá-lo a prever a evolução pós-operatória, independentemente do número de comorbidades ou quaisquer outras variáveis medidas no transcurso da cirurgia. Pode também auxiliar o médico intensivista a compreender como o anestesista percebeu as condições do paciente. O simples registro do escore ASA na ficha de avaliação pré-operatória pode ser uma forma de relato emocional, ou uma mensuração de “como o anestesista acha que as coisas correrão”.<sup>(12)</sup>

Isto nos leva ao questionamento sobre o que esperar do escore ASA. Moreno et al.,<sup>(13)</sup> nesta edição, utilizaram dados do estudo EuSOS para avaliar ainda mais o papel do escore ASA na prática moderna. Trata-se de uma análise muito oportuna, pela qual os autores devem ser elogiados. A reavaliação do papel das práticas e ferramentas antigas é essencial para a reinvenção necessária da prática clínica. Os autores concluíram que a capacidade discriminatória do escore ASA foi baixa, o que interpretaram como falta de relevância clínica para a prática da anestesiologia moderna. Era de se esperar que as classificações ASA 1 e 2 tenham sido agrupadas na mesma categoria de risco após a partição recursiva. No estudo principal (EuSOS), a mortalidade não foi significativamente diferente para os grupos ASA 1 e 2.<sup>(14)</sup> Além disso, houve algumas questões de classificação equivocadas com o escore ASA (como apontam os autores na discussão). Entretanto, conforme apresentado

na figura 2 e nos gráficos de Kaplan Meier, a sobrevivência diminuiu à medida que o escore ASA aumentou de 2 para 5. A associação entre o escore ASA e a mortalidade mais elevada foi mantida na análise multivariada. Isto sugere que o escore ASA mensura algo que não podemos ainda definir com clareza. Consequentemente, um ponto relevante, que não foi possível ser avaliado pelos autores na presente análise, foi se o escore ASA ainda proporciona alguma informação não detectada por outros escores ou outras regras clínicas de prognóstico. Também não é claro se o desempenho do método ASA seria melhor (ou pior) em subgrupos específicos de pacientes. A partição recursiva foi realizada pelos autores, porém avaliou apenas o escore ASA, não levando em conta outras variáveis relevantes ou possíveis interações. Por exemplo, o escore ASA poderia ser menos relevante para procedimentos menores do que para cirurgias abdominais ou torácicas de grande porte. Outras interações entre variáveis associadas ao desfecho podem ser previstas, tal como aquela entre a experiência do anestesista e o escore ASA.

Desse modo, antes que possamos dizer de forma conclusiva que o escore ASA é ultrapassado, devemos discutir todos os cenários possíveis nos quais ele poderia proporcionar informações úteis. Por exemplo, muitos sintomas clínicos e procedimentos diagnósticos têm baixa capacidade discriminativa e ainda são utilizados regularmente. A presença de crepitações tem pouca credibilidade para o diagnóstico de pneumonia, porém a auscultação para identificar crepitações ainda é ensinada a estudantes de medicina em todo o mundo.<sup>(15)</sup> O estudo de Moreno et al. salienta a importância de manter um alto nível de suspeita quanto à validade de práticas antigas.<sup>(13)</sup> Pode não ser suficiente desconstruir o papel de uma ferramenta muito antiga, porém trata-se de um avanço na interpretação do escore ASA.

## REFERÊNCIAS

1. Saklad M. Grading of patients for surgical procedures. *Anesthesiology*. 1941;2(3):281-4.
2. Fitz-Henry J. The ASA classification and peri-operative risk. *Ann R Coll Surg Engl*. 2011;93(3):185-7.
3. Zimmerman JE, Kramer AA, McNair DS, Malila FM. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV: hospital mortality assessment for today's critically ill patients. *Crit Care Med*. 2006;34(5):1297-310.
4. Moreno RP, Metnitz PG, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, Lapichino G, Edbrooke D, Capuzzo M, Le Gall JR; SAPS 3 Investigators. SAPS 3-From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. *Intensive Care Med*. 2005;31(10):1345-55. Erratum in: *Intensive Care Med*. 2006;32(5):796.
5. Rabello LS, Silva JR, Azevedo LC, Souza I, Torres VB, Rosolem MM, et al. Clinical outcomes and microbiological characteristics of severe pneumonia in cancer patients: a prospective cohort study. *PLoS One*. 2015;10(3):e0120544.
6. Zampieri FG, Colombari F. The impact of performance status and comorbidities on the short-term prognosis of very elderly patients admitted to the ICU. *BMC Anesthesiol*. 2014;14:59.
7. Scott S, Lund JN, Gold S, Elliott R, Vater M, Chakrabarty MP, et al. An evaluation of POSSUM and P-POSSUM scoring in predicting post-operative mortality in a level 1 critical care setting. *BMC Anesthesiol*. 2014;14:104.
8. Protópapa KL, Simpson JC, Smith NC, Moonesinghe SR. Development and validation of the Surgical Outcome Risk Tool (SORT). *Br J Surg*. 2014;101(13):1774-83.

9. Haynes SR, Lawler PG. An assessment of the consistency of ASA physical status classification allocation. *Anaesthesia*. 1995;50(3):195-9.
10. Sankar A, Johnson SR, Beattie WS, Tait G, Wijeyesundera DN. Reliability of the American Society of Anesthesiologists physical status scale in clinical practice. *Br J Anaesth*. 2014;113(3):424-32.
11. Nassar AP, Malbouisson LM, Moreno R. Evaluation of Simplified Acute Physiology Score 3 performance: a systematic review of external validation studies. *Crit Care*. 2014;18(3):R117.
12. Pennebaker JW. Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychol Sci*. 1997;8(3):162-6.
13. Moreno RP, Pearse R, Rhodes A; European Surgical Outcomes Study (EuSOS) Group of the European Society of Intensive Care Medicine and European Society of Anaesthesiology Trials Groups. American Society of Anesthesiologists Score: still useful after 60 years? Results of the EuSOS Study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(2):105-12.
14. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, Vallet B, Vincent JL, Hoeft A, Rhodes A; European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group for the Trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anaesthesiology. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet*. 2012;380(9847):1059-65.
15. Wipf JE, Lipsky BA, Hirschmann JV, Boyko EJ, Takasugi J, Peugeot RL, et al. Diagnosing pneumonia by physical examination: relevant or relic? *Arch Intern Med*. 1999;159(10):1082-7.