

## EDITORIAL

### DO ANESTESIADOR AO ANESTESIOLOGISTA

AP 2018

Com o advento da anestesia inalatória, outro personagem a integrar a equipe cirúrgica (se assim podemos chamar ao grupo heterogêneo de pessoas, altamente individualistas e muitas vezes conflitantes, que, então, permanecia na sala de operações): "o anestesador", isto é, o médico, o estudante, a enfermeira, ou mesmo, o leigo, coagidos — é bem o termo — à administração eventual de anestésicos. Este elemento ocasional era considerado, mais ou menos, como um envenenador mal sucedido, pois, julgava-se que esse seu objetivo era, frequentemente, frustrado pela rapidez do cirurgião ou por antídotos" (analépticos, detoxificantes hepáticos, etc), prescritos no pós-operatório imediato. O início da especialização médica e a conseqüente redução da mortalidade cirúrgica fizeram com que as anestésias não fossem vistas tanto assim como tentativas de assassinatos, embora a alta morbidade trans e pós-anestésica ainda lhes conferisse um aspecto de mal necessário. E assim aqueles "anestesiadores" compelidos e improvisados foram ao poucos substituídos por médicos, espontaneamente dedicados, embora, muitas vezes, apenas tolerados, na sala de operações, pelos outros colegas. Podemos imaginar a situação daqueles precursores da especialidade, dentro da precariedade vigente de conhecimentos correlatos, da responsabilidade que lhes era imputada e da desvalorização alheia do seu trabalho profissional. Enfim, todo pioneirismo válido implica sempre em sacrifícios, maiores ou menores, na medida em que nos sacode do conservantismo, da rotina e do comodismo habitual.

Com o intenso progresso das últimas décadas, a prática da anestesia deixou de ser mera técnica, ao adquirir foros de ciência. O aforisma de que "a melhor anestesia é aquela a que estamos mais acostumados" foi ultrapassado pela diversificação de agentes e técnicas e pelos amplos conhecimentos farmacológicos e fisiopatológicos. Hoje entende-se que a escolha da anestesia não deva ser uma questão de hábito, mas uma

opção consciente, entre muitas, que melhor atenda à patologia atual e pregressa do paciente e ao tipo de cirurgia proposta. Evidentemente, isto exige do anestesiológico variedade de recursos, discernimento clínico, abertura do diálogo e capacidade decisória.

Em 1966, o American Board of Anesthesiology definiu, oficialmente, a anestesiologia como "especialidade médica, relacionada com:

1) os procedimentos necessários a tornar um paciente insensível à dor, durante operações cirúrgicas; 2) a manutenção de funções vitais, durante manipulações anestésicos-cirúrgicas; 3) a assistência clínica ao paciente comatoso, independente de sua etiologia; 4) a participação em problemas de alívio da dor; 5) a reanimação cárdio-respiratória; 6) a aplicação de métodos específicos de terapêutica inalatória; 7) a assistência clínica a vários distúrbios hidro-eletrolíticos e metabólicos" (2). A anestesiologia, assim conceituada, não se limita, simplesmente, à arte de administrar drogas, como se fôra mero capítulo da toxicologia, mas se torna também uma ciência médica (1). O campo de ação do anestesiológico já não mais se restringue à sala de operações, ampliando-se ao pré e pós-operatório, aos bloqueios diagnósticos e terapêuticos, à analgesia obstétrica, à inaloterapia, à assistência aos estados de coma e aos distúrbios cárdiorespiratórios e metabólicos agudos. Obviamente, a dilatação dos horizontes se acompanhou do aumento das responsabilidades do anestesiológico, exigindo-lhe, não apenas esperteza e improvisação, mas formação adequada e atualização de conhecimentos.

É mister, pois, que o ensino universitário e, sobretudo, o pós-graduado ofereçam ao futuro anestesiológico esta visão panorâmica da especialidade, no plano prático, clínico e teórico, incentivando-o também à renovação constante de seu aprendizado. Não que se procure formar cientistas ou pesquisadores, mas apenas proporcionar uma orientação terapêutica, que lhe permita avaliar o paciente como uma pessoa, em sua complexidade psicossomática, e não apenas como um organismo, que reage desta ou daquela maneira à administração de uma ou outra droga. Além disto, a assistência anestésiológica estendendo-se, além do centro cirúrgico, a outras áreas hospitalares (sala de recuperação, C.T.I., enfermarias, salas de pré-parto e de parto, berçário, clínicas de dor, etc) e mesmo extra-hospitalares (Unidades Móveis de Cuidados Intensivos para atender acidentes de trânsito, Centro de Recuperação de Afogados, etc.), possibilita a ampliação do mercado de trabalho, dado importante na perspectiva inflacionária

*de mão de obra especializada, que, atualmente, paira sobre a anestesiologia brasileira.*

*As limitações, pessoais e geográficas, dos que se confinam, estritamente, à sala de operações e a automatização da aparelhagem podem provocar certo desinteresse e apatia que, aliados à tendência atual de planos anestésicos superficiais, ocasionaram a definição jocosa, mas infelizmente, nem sempre falsa, de que "o anestesista é um sujeito semi-adormecido, sentado à cabeceira de um paciente semi-acordado".*

### REFERÊNCIAS

- 1) Drummond J P — Editorial — Rev Bras Anest 3:243, 1966.
- 2) Safar P — «Public Health Aspects of Critical Care Medicine and Anesthesiology» — F A Davis C — 1974.

DR. JOSÉ PAULO DRUMMOND