

EDITORIAL

OS EXTENSOS HORIZONTES DA ANESTESIOLOGIA

Devido aos rápidos e imensos avanços feitos pela Especialidade, dia a dia mais se amplia o campo de ação do Anestesiologista. Foi-se o tempo em que a sala de operações era seu único lugar de labuta. Atualmente sua influência se faz sentir em todos os ramos da Medicina, sejam êstes médicos ou cirúrgicos.

AP2930
É nossa intenção abordar os principais pontos desta evolução, tão impetuosa que chega a ser difícil acompanhá-la de perto em tôdas as suas facetas. Analisaremos vários itens, cada um mostrando novos avanços em determinados setores, sempre levando em conta a situação atual em nosso meio e o que seria prático e viável entre nós.

Anestesiologia Clínica: No plano da *analgesia obstétrica*, estamos em grande atrazo no atendimento à parturiente e no combate à dor de parto normal. Nada justifica êste esquecimento, quando vemos diàriamente o sofrimento intenso de grande número de mulheres nestas horas cruciais. Felizmente já nos liberamos das pressões religiosas que queriam que o aforismo bíblico "em dor parirás os teus filhos", permanecesse para sempre uma realidade. Mais que a descoberta do clorofórmio, devemos a Simpson a destruição dêste conceito monstruoso, injustificável no mundo de hoje.

A organização de um Serviço de Analgesia Obstétrica exige um número suficiente de indivíduos a fim de que seja possível uma cobertura de 24 horas por dia e 7 dias por semana. É uma necessidade a instalação de tais departamentos em nossas maternidades e em hospitais gerais que atendem parturientes.

A presença de um anestesista na sala de partos, além de proporcionar alívio e supressão da dor, garante, o que é ainda mais importante para a comunidade, um melhor atendimento ao recém-nato. Inúmeros idiotas e oligofrênicos que sobrecarregam a sociedade são, na grande maioria das vêzes, conseqüência de reanimações mal feitas ou tardias, possibilitando seqüelas permanentes do Sistema Nervoso Central.

De um modo geral, os métodos condutivos, bloqueios peridurais, raquídeos ou tronculares, são mais seguros e de menor impacto sobre a mãe e o feto. As técnicas de inalação tem a sua melhor indicação no período expulsivo, desde que o estômago cheio ou a prematuridade tornem o seu uso um risco pouco compensador.

Em referência a Psiquiatria, é inadmissível que ainda se vejam pacientes com fraturas resultantes de eletrochoque-terapia. O emprêgo de barbituratos associados com succinilcolina tornam esta ocorrência uma impossibilidade. São procedimentos rápidos, de duração inferior a 5 min., que exigem muito pouco material. Um conjunto Ambu de insuflação e aspiração, contendo todo o equipamento para uma entubação de urgência é geralmente o suficiente. Em doentes mais idosos ou frágeis, é interessante a administração de oxigênio na bolsa auto-inflável, o que não apresenta problemas. Um cilindro leve, do tipo C, com válvula redutora é o bastante, sendo facilmente transportável.

Em relação à Anestesia Odontológica em ambulatório, pouca atenção tem sido dada em nosso país as técnicas que podem ser empregadas, especialmente em crianças. São poucas as cidades que dispõem de serviços adequados, onde tratamentos dentários completos podem ser feitos numa única sessão, representando assim grande economia de tempo e dinheiro.

Além de uma assistência preciosa para a coletividade, o atendimento desta classe de doentes, geralmente feito a tarde, contribui bastante para que o anestesista melhore seus proventos, coisa também importante nesta época de socialização médica mal feita e sem planejamento, como é o caso no Brasil.

A nosso ver, a criação de uma unidade odontológica, reunindo vários dentistas, seria a solução ideal. Aqueles teriam a responsabilidade da instalação e da manutenção de vários gabinetes dentários, enquanto que o anestesista teria a seu cargo apenas a parte de anestesia e de material a esta referente. Organizado deste modo, um único médico pode dar conta de vários casos por dia, sem prejuízo dos demais dentistas, que continuam atendendo a clínica comum, onde a narcose não é indispensável.

A idéia do anestesista montar êle mesmo uma ou duas cadeiras dentárias onde viriam os dentistas com seus clientes, não funciona na prática e representa um empate ruinoso de capital. Primeiro, ninguém gosta de trabalhar fora de casa, com instrumentos e aparelhos que não está habituado. Segundo, mesmo que todos os dias se realizassem intervenções sob anestesia geral, por mais que se co-

brasse, não seria o bastante para pagar tôdas as despesas com aluguel, material, enfermagem e tudo o mais.

Funcionando nas bases sugeridas, o anestesista teria apenas que arcar com os gastos referentes ao seu equipamento e manutenção, o que seria amplamente compensado pelo volume de trabalho. Não estaria limitado a uma ou duas salas e não teria que se preocupar com detalhes que dizem respeito a outra profissão.

Sob o ponto de vista técnico, muitos métodos podem ser usados. Para casos rápidos, o metohexital (Brietal) é sem dúvida o agente de escolha. Para os mais longos, a seqüência N_2O-O_2 -Fluotano ou Brietal- N_2O-O_2 -Fluotano, com ou sem entubação, representa a melhor escolha do momento. O tri-lene foi completamente superado neste campo pelo Fluotano, cujas vantagens compensam o alto custo inicial.

Os aparelhos de anestesia devem ser do tipo com fluxo de demanda, como o McKesson e o Walton V. Máscaras nasais, cânulas nasofaringéias e todo o material de entubação deve estar a mão e ser de boa qualidade. Erros e acidentes causados por negligência nesta classe de enfermos não podem ser tolerados ou perdoados. O anestesista deve cercar-se de tôdas as garantias e fatores de segurança. Casos de duração superior a 1 hora devem ser realizados em hospitais, a não ser que a clínica disponha de uma sala de operações e recuperação. Assim mesmo, a realização ou não de tais intervenções vai depender do ambiente, da indicação e do entrosamento da equipe.

As vantagens da criação dêste verdadeiro "Centro de Odontoanalgesia", seriam as seguintes:

a) Menor custo e grande economia de tempo para o doente. Numa única vez pode ser realizado sem apuro um trabalho que normalmente levaria meses.

b) Melhores proventos para o dentista, que poderia atender um número bem maior de pacientes.

c) Ideal para crianças e adultos pusilânimes, que por apreensão e medo ficariam sem tratamento.

d) Uma fonte extra de renda para o anestesista. Com o aumento do atendimento, suas despesas iniciais com a compra de equipamento serão amplamente compensadas.

Clínica de Dor: Mais e mais se multiplicam em outros países as chamadas "Clínicas de Dor". Nelas se reúnem uma série de especialistas, colaborando todos para um fim comum, que é o contrôle da dor, encarada esta com sintoma, doença ou síndrome complexa que precisa ser esclarecida.

O Anestesista, com o seu conhecimento de farmacologia, fisiologia e de bloqueios ocupa posição de destaque nesta plêiade de médicos, que compreende Neuro-cirurgiões, Neurologistas, Ortopedistas, Internistas, Radiologistas, Psiquiatras, Cirurgiões e Fisioterapêutas.

Uma reunião semanal de tal grupo, de 2 ou 3 horas, é geralmente suficiente para estabelecer normas e cuidados a serem executados neste ou naquele caso.

Indiscutivelmente o maior número de enfermos que estão afetados de dores constantes e brutais são os cancerosos. Seu número aumenta dia a dia e é um ato de humanidade aliviar o sofrimento destes infelizes.

Os métodos de alcoolização e fenólização intra-raquídeos são de aprendizagem fácil e de resultados favoráveis em mais de 70% dos doentes. São de execução simples e demandam pouco tempo do especialista interessado nestes problemas.

A maioria desses pacientes aparecem saturados com opiáceos, comumente ineficazes, devido a má escolha da droga e da dose. Cabe ao anestesista, com o seu conhecimento de narcóticos, orientar o clínico e cirurgião em seu uso quando estes se tornam imperativos. A seqüência aspirina, codeína, petidina (Dolantina), morfina, dihidromorfinona (Dilaudid) e hidro-metilmorfinona (Dromoran) deve ter suas vantagens explicadas e aproveitadas. É tolice aumentar a dose de codeína quando esta se torna já inútil. O enfermo necessita de uma droga mais forte, que seria então a petidina, recorrendo-se por último a hidro-metil-morfinona associada ou não a neuroplégicos.

As infiltrações peridurais com esteróides e anestésicos locais para o tratamento de dores do tipo da ciática, abriram um campo novo no tratamento destas algias tão freqüentes, cruciantes e duradouras.

Os bloqueios de estrelado e do simpático lombar muitas vezes mudam completamente o prognóstico de uma doença vascular periférica, de uma distrofia simpática ou de uma causalgia.

Poderíamos ainda falar na importância prognóstica, diagnóstica e terapêutica dos vários tipos de anestesia regional. É suficiente no entanto, apenas assinalar que muito ainda resta a ser feito neste importante setor da medicina.

Unidades Respiratórias: A epidemia de Pólio que assolou a Dinamarca em 1952 produziu 345 casos de paralisia alta, afetando gravemente a ventilação pulmonar. Para o tratamento destes doentes tornou-se necessária uma mudança radical nos métodos então usados, adotando-se, segundo a sugestão de Ibsen, o conceito de que os pacientes com paralisia bulbar eram semelhantes àqueles que haviam tomados doses

muito altas de curare. A respiração controlada manual e a traqueostomia com a colocação de tubos com manguito foram a pedra de toque desta terapêutica. Como não haviam respiradores adequados e em número suficiente no país, estudantes de medicina foram empregados na dura tarefa de manter respiração controlada manual em sistema vai e vem por semanas e meses.

Os conceitos estabelecidos em Copenhague firmaram as bases modernas para o tratamento de todos os tipos de insuficiência respiratória, independente de sua natureza.

Começaram a ser criadas nos países mais desenvolvidos Unidades Respiratórias onde um grupo treinado de médicos e enfermeiros, chefiados por um anestesiológico, tomavam a seu cargo o tratamento imediato de emergência respiratórias.

A etiologia destes acidentes é sem dúvida a mais variada possível.

Para o seu tratamento, é necessária a manutenção das trocas gasosas entre o sangue e os alvéolos, exigindo para isto, permeabilidade de vias aéreas, circulação pulmonar e sistema eficaz de manutenção da ventilação alveolar. Estas condições são preenchidas pelo uso de respiradores do tipo IPPB (Cabral de Almeida, Bird, Bennet, Smith Kline, Engstroem, Morch, etc.), por entubação endotraqueal ou traqueostomia e pela conservação da tensão arterial em níveis os mais próximos possíveis do normal com uso de transfusoterapia, simpaticomiméticos e cardiotônicos.

Qualquer hospital, por mais pobre que seja, necessita ter uma Unidade Respiratória, que possa prestar a população um tratamento a altura dos conhecimentos modernos. Sua instalação não fica tão cara, exigindo 2 ou 3 leitos para o seu funcionamento. Enfermagem competente, aspiradores, material de anestesia e 1 ou 2 respiradores IPPB completam o equipamento. A centralização de todos os pacientes afetados de sintomatologia igual a descrita permite grande economia e evita perda de tempo e esforço. Seus resultados se medem ainda pelo número de vidas salvas e pela diminuição da permanência do doente no hospital, devido aos cuidados mais eficazes.

Nestas Unidades pode ainda ser reservado espaço para o tratamento ambulatorio de pacientes portadores de processos agudos (crise asmática) ou crônicos (enfisema, síndromes obstrutivas pulmonares) utilizando-se aerosóis e nebulizações por meio do IPPB. Os broncodilatadores e mucolíticos usados deste modo, especialmente por meio de um aparelho de controle de fluxo independente da pressão, fornecem resul-

tados realmente surpreendentes e que muitas vêzes, são suficientes para evitar a acidose e a descompensação respiratória.

Reanimação: As manobras de reanimação respiratória por insuflação, do tipo bôca a bôca ou bôca-nariz, se revelaram superiores às que eram empregadas até pouco tempo. Tôdas aquelas que se baseavam em trações e compressões rítmicas da caixa torácica, como a de Holger Nielsen, Schaffer, Sylvester e Emerson foram abandonadas por grande número de serviços de Pronto Socorro na América e Europa devido ao fato de que a manutenção de uma via aérea permeável durante a sua execução é muito problemática.

A insuflação bôca a bôca, utilizando ar expirado, é suficiente para manter a vida e possibilita a um único indivíduo executar ao mesmo tempo uma boa ventilação e assegurar uma via aérea livre.

Na América Latina êste método é muito pouco usado; estamos muito atrasados em relação a países, como a Noruega, onde estas técnicas de primeiros socorros são ensinadas nos bancos escolares. Bonecos e manequins especiais tornam mais fácil o aprendizado.

Cabe a nós, que diàriamente lidamos com doentes apresentando problemas de vias aéreas e ventilação, fazer ver aos demais o valor dêstes métodos e a sua viabilidade. Muitas vidas tem sido salvas pelo seu uso e é imprescindível que êstes conhecimentos sejam difundidos por anestesistas a todos os demais que se ocupam de reanimação, desde médicos até pessoal de ambulância.

Também devemos propagar os novos conhecimentos de resuscitação cardíaca pela massagem externa. Sua execução é fácil, não exige instrumental e seus resultados já foram provados altamente satisfatórios. Pode ser empregado na casa do enfermo, numa viatura ou num corredor de hospital. Necessita apenas que o operador compreenda bem o que deve fazer e que o diagnóstico tenha sido imediato.

Naturalmente não é preciso acentuar aqui o fato de que a ventilação pulmonar deve ser mantida durante a massagem externa, por bôca a bôca, Ambu ou outro qualquer sistema adequado. Numa sala de operações o aparelho de anestesia ou uma fonte de O₂ sob pressão é satisfatório.

O trabalho de orientar equipes de salvamento e ensinar todos êstes novos detalhes sôbre reanimação é uma tarefa a qual o anesthesiologista não pode se furtar. Ninguém melhor do que êle para transmitir a todos os demais a importância dos ensinamentos obtidos diàriamente em sua tarefa.

Ensino: Talvez êste seja o campo que tenha sido mais descuidado no nosso meio. Em muitos lugares, ao invês de acentuar-se a importância de um bom anestesista clínico,

tenta-se pôr em evidência as belezas e os encantos da pesquisa em fisiologia e farmacologia. Isto é muito interessante em países com os E.U.A., Inglaterra e Suécia onde predominam tôdas as facilidades e especialistas podem ser postos de lado para êste fim.

No Brasil, onde existem menos de 800 anestesistas para 75 milhões de habitantes, um número realmente irrisório, a necessidade premente e fundamental é treinar a maior quantidade possível de especialistas, que sejam, acima de tudo, seguros e que não ponham em risco a vida do paciente confiado aos seus cuidados.

Necessitamos difundir dados e informações sôbre o que representa um Anestesiologista dentro da Medicina atual. E' nos últimos anos das faculdades que temos de recrutar novos elementos para preencher tantos claros existentes. Para isto, é importante a criação de departamentos autônomos dentro de hospitais e escolas médicas, onde o estudante possa ter uma breve idéia da riqueza e da importância da nossa especialidade.

Não há dúvida de que teremos uma grande luta em nossa frente para realizar tudo isto. Não entanto, os sinais são promissores. Os Centros de Treinamento começam a multiplicar-se e em breve poderemos apreciar os resultados dêste esforço onde tantos tem colaborado de corpo e alma.

CONCLUSÃO

Procuramos abordar alguns dos aspectos mais atuais e promissores da anestesiologia. Tentamos fazer um apanhado geral do que tem sido feito em outros países e do que pode ser realizado entre nós. Os horizontes são amplos e estão a nossa frente. Resta apenas trilhar um caminho ainda difícil, mas que se apresenta pleno de possibilidades e certeza de um futuro brilhante.

ARMANDO FORTUNA

Santos, S.P.