

CONCEITOS EM ANESTESIOLOGIA

DR. ZAIRO E. G. VIEIRA, E.A. (*)

A anestesiologia como disciplina médica transcende ao ato puramente técnico de administrar anestesia. O anesthesiologista na prática da medicina tem atualmente uma atividade diversificada, atuando fora do centro cirúrgico, numa ampla área de diagnóstico e tratamento, desde os problemas inerentes a dor até o tratamento de pacientes extremamente graves.

São especificadas as condições necessárias para o exercício destas atividades, bem como os setores em que se impõe a presença do anesthesiologista. Alguns aspectos da prática da anestesiologia, são apresentados, tais como a escolha da anestesia, a polifarmácia, sendo feita referências aos abusos e tentações da especialidade.

O aspecto dinâmico da anestesiologia, é enfatizado ao se discorrer das oportunidades que a mesma oferece, no ensino e na investigação. Finalmente são considerados alguns aspectos da aceitação da anestesiologia como especialidade.

AP 229 B

Não há justificativa para um médico dedicar sua vida profissional ao ato puramente técnico de administrar anestésias, atividades tradicional dos anestesistas. A Anestesiologia é antes de tudo uma disciplina médica e verdadeira Prática da Medicina.

A seleção de drogas, a elaboração de prescrições, o diagnóstico e o tratamento de complicações são atividades médicas implícitas na prática clínica da Anestesiologia. Além disso o anesthesiologista de hoje tem uma atividade diversificada pois enquanto na sala de operações êle previne e trata todos os problemas que possam ocorrer durante a cirurgia e a anestesia, fora do centro cirúrgico êle atua numa ampla área de diagnóstico e tratamento, desde os problemas inerentes à dor até o tratamento de pacientes médicos extremamente graves.

Na realidade o anesthesiologista é o internista da sala de operações pois, em última análise a sua função é diagnosti-

(*) Professor titular (Anestesiologia) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília — DF.

car e tratar problemas físico-patológicos e farmacológicos, que ocorrem quando o paciente atravessa um período extremamente estressante: a intervenção cirúrgica ou uma emergência.

Em decorrência dessas atividades, o anesthesiologista deve estar preparado para ser:

- 1 — Um *Clínico* capaz de prevenir, diagnosticar e tratar as doenças prevalentes em sua área;
- 2 — Um médico familiarizado com a *Cirurgia*, para antecipar as necessidades do cirurgião;
- 3 — Um bom *Farmacologista*, conhecedor profundo não só dos analgésicos e anestésicos, como das drogas empregadas em situações de crise ou emergência;
- 4 — Um bom *Fisiologista*, particularmente versátil nos mecanismos básicos da respiração, das trocas gasosas, da hemodinâmica circulatória, da função hepática e da função renal;
- 5 — Um bom *Técnico* capaz de demonstrar destreza e habilidade com a aparelhagem e o instrumental pertinente às suas atividades.

As atividades do anesthesiologista também se expandiram noutras direções; de um lado êle assumiu responsabilidades administrativas no hospital e de outro, implantou ou passou a fazer parte de serviços auxiliares de suporte em benefício de melhores cuidados aos doentes.

Entre as funções administrativas de maior realce destacam-se:

- 1 — *Supervisão do Centro Cirúrgico*, trabalhando em conjunto com a enfermeira encarregada. Os problemas de escala cirúrgica, de melhor utilização do tempo ocioso do Centro Cirúrgico, de renovação de equipamento, de manutenção e melhoria das facilidades físicas, de recrutamento e treinamento de pessoal são aspectos que afetam diretamente a sua atividade profissional.
- 2 — *Consultoria*, em matéria de construção e renovação de salas de cirurgia, áreas de recuperação e áreas de recepção de pacientes com problemas agudos. Esta atitude terá enorme influência nas boas ou más condições futuras de trabalho para o anesthesiologista.

Entre os serviços de suporte que o anestesiológista deve encorajar, implantar, supervisionar ou tomar parte ativa poderão ser citados:

- 1 — *Clínica da dor*, para diagnóstico, revisão e tratamento de problemas de dor em todos os setores do hospital, inclusive ambulatório com ênfase nos bloqueios nervosos.
- 2 — *Reanimação*. Ninguém mais apto do que o anestesiológista para estruturar e coordenar o tratamento de doentes em colapso respiratório ou circulatório, seus conhecimentos são particularmente úteis no manuseio do coma e das intoxicações exógenas. Programas intensivos de reanimação de recém-natos nas salas de parto e berçários são responsabilidade conjunta do anestesiológista e do pediatra.
- 3 — *Inaloterapia*. A vivência diária do anestesiológista com a mecânica e fisiologia respiratória indica-o como candidato natural para organizar a estrutura desse serviço ou participar ativamente do mesmo como consultor. Um corolário natural do serviço de inaloterapia é a criação da unidade respiratória, com a participação conjunto do anestesiológista e do pneumologista.
- 4 — *Recuperação*. Dirigir e supervisionar uma área de recuperação pós-anestésica é uma responsabilidade natural do anestesiológista. A função de consultor da área de recuperação pós-cirúrgica completa as suas atividades.
- 5 — *Terapia Intensiva*. O relacionamento dos problemas vitais do paciente grave com as ocorrências que o anestesiológista habitualmente enfrenta no doente anestesiado qualificam-no como o consultor mais importante e mais requisitado na enfermaria de terapia intensiva.
É uma atividade da qual o anestesiológista não pode se omitir sob pena de regredir às funções simplesmente técnicas de "dar anestésias" aos olhos dos demais colegas. A função de consultor pode ser ampliada com a supervisão médica e a responsabilidade administrativa dessa área.
- 6 — *Fluidoterapia*. A responsabilidade pela administração intravenosa de fluídos e sangue na sala de operações é do anestesiológista, portanto ele deve atuar como consultor na organização e funcionamento desses serviços.

ASPECTOS DA PRÁTICA DA ANESTESIOLOGIA

O anestesiológista deve pautar sua atividade pela *filosofia da individualização*, isto é, cada doente deve receber a anestesia que melhor se adapte às suas necessidades individuais. Agentes, técnicas e métodos são escolhidos de acordo com indicações e contra-indicações com o objetivo de manter o equilíbrio homeostático daquele indivíduo. Por exemplo, todos concordam que um diabético não deve receber drogas que interfiram com os hidratos de carbono ou que produzam acidose, porém, muitos médicos acham que ele pode ser anestesiado com éter porque o anestesista tem grande experiência e vai dar só um pouquinho. Isto é uma violação flagrante de uma contra-indicação farmacológica do éter etílico e a antítese da filosofia da individualização.

O caso do asmático é outro exemplo comum: enquanto o éter e o halotano são salutares por suas propriedades broncodilatadoras, o ciclopropano e o tiopental sódico são contraindicados por seus efeitos parasimpatomiméticos. No entanto, quantas vezes o anestesista "experiente" não prefere a indução com tiopental, contrariando princípios farmacológicos estabelecidos.

O mesmo conceito da individualização pode ser apresentado de outra maneira: "o anestesiológista deve adaptar sua anestesia para enquadrar-se no doente e nunca tentar enquadrar o doente na sua anestesia de rotina preferida". Apesar do "Acacianismo" da afirmativa na prática ela tem sido negada por muitos e durante vários anos. Quantas vezes ouvimos dizer: "o tipo de anestesia ou anestésico não faz diferença, o que importa realmente é a habilidade do anestesista". É óbvio que a proficiência técnica é necessária, pois quando o anestesista é tecnicamente incompetente o fracasso ou sucesso de qualquer método fica com as leis das probabilidades. Felizmente a "chance" geralmente favorece o anestesiológista, pois o organismo humano tem uma enorme capacidade de suportar e compensar insultos fisiológicos e farmacológicos. Mas é ridículo que um médico-anestesiológista — fique dependendo da sorte; ele, por definição, tem o dever de prevenir insultos farmacológicos selecionando drogas, técnicas e evitando a rotina.

A anestesia de um doente não é matéria de gosto ou preferência individual do anestesiológista; porém, uma decisão clínica com base em considerações fisiológicas e farmacológicas; é matéria de indicações e contra-indicações.

Outra expressão muito comum: "com a anestesia moderna a duração da cirurgia não tem importância?". Dados compulsáveis em qualquer hospital provam que após três horas de cirurgia e anestesia a incidência de complicações e óbitos sobe em relação direta com a duração da cirurgia e anestesia. Não se pode manter impunemente um doente em "stress" prolongado representado por várias horas de cirurgia. Maior mortalidade e maior morbidade é o preço à pagar.

Outro lugar comum nas salas de operações: "para evitar complicações, principalmente em doentes muito graves, dê pouquíssimo anestésico, ou melhor, nenhum". Concordo que se dê pouco anestésico porém o suficiente para garantir sem sombra de dúvida um bloqueio completo da dor. A dor, além de várias alterações fisiológicas, pode produzir morte súbita. Não esqueçamos também que a obrigação primária do anestesiolgista é aliviar a dor.

ANESTESIA GERAL VERSUS ANESTESIA REGIONAL

A maneira de encarar a prática clínica da anestesiologia parece sofrer uma distribuição geográfica em todos os países e as preferências variam com a moda ou com o aparecimento de novos líderes. Assim, por exemplo, no Brasil existem regiões exclusivas de anestésias gerais, e outras, em menor número, que dão ênfase a procedimentos regionais

Se perguntarmos o "porque" deste fato não conseguiremos uma resposta convincente. Será que a anestesia geral oferece maior segurança para o doente? Será que a anestesia regional ficou mais perigosa depois de tantos anos de uso? Será que estes enquistamentos técnicos regionais não decorrem da falta de aprendizado dos anestesiolgistas jovens em métodos regionais? Será que o anestesiolgista de hoje necessita de estímulo cinestésico de "segurar o balão entre suas mãos" ou do estímulo auditivo do funcionamento ritmado de um ventilador de pulmão? Será que o anestesiolgista da década de 60 acha demasiadamente monótono ficar sem fazer nada durante uma intervenção bem conduzida sob anestesia regional, com alterações fisiológicas mínimas no doente? Será que é um esforço muito grande manter contato verbal com um doente consciente sob anestesia regional? Será que a razão mais importante é a preferência dos cirurgiões?

Para adquirir a confiança dos cirurgiões a anestesia geral foi usada (e abusada) nos primórdios da especialidade. O cirurgião depois de testemunhar a segurança das anestésias e os benefícios recebidos pelo doente, propiciados pelo

anestesiologista abandonou aos poucos suas próprias preferências.

Hoje, a maioria dos departamentos e serviços de anestesiologia adquiriram não só a plena confiança dos cirurgiões como também uma sólida posição na organização hospitalar.

Já é tempo de deslocar o pêndulo para uma posição moderada, pois há lugar para anestésias gerais e para anestésias regionais. O objetivo do anestesiologista é prover o doente com a anestesia que melhor se adapte às suas necessidades imediatas, não há lugar para rotinas universais.

PURISMO VERSUS POLIFARMACIA

Para mim os melhores anestesiologistas clínicos são aqueles que aprenderam os efeitos de cada agente usando-o isoladamente. Subseqüentemente, eles podem compôr com maior conhecimento e grande facilidade, qualquer combinação de agentes ou métodos para preencher as necessidades impostas pelas condições do doente.

O jovem iniciante em anestesiologia, que usa desde o princípio várias misturas de agentes ou técnicas, nunca chega a conhecer com clareza as reações provocadas por agente específico: ele sempre observa uma mistura de efeitos farmacológicos, uma polifarmácia, nos seus doentes.

ABUSOS EM ANESTESIOLOGIA

Prover anestesia clínica, é basicamente, um serviço pessoal que envolve uma relação contratual direta entre anestesiologista e paciente. Quando desaparece o respeito pelo relacionamento pessoal e a anestesia clínica passa a ser uma rotina de escalas cirúrgicas ou de dias da semana os abusos começam a aparecer. Entre os mais comuns escolhi três deles em particular, que devemos estar preparados para combater com vigor:

- 1 — Honorários: os honorários do anestesiologista, como de outros médicos, devem obedecer uma escala relativa de valores que englobe as variáveis pertinentes ao desempenho clínico na especialidade.

Honorários exorbitantes encolerizam os doentes, irritam os cirurgiões e toda a profissão é atingida com críticas acerbas.

O valor dos honorários com base *exclusiva* no tempo, prática bastante comum, referendada e

estampilhada no Brasil, não é digna da profissão médica: é indefensável em termos de trabalho intelectual e oferece munção de alta efetividade aos inimigos mais virulentos da anestesiologia como especialidade médica. Se pretendemos e defendemos que a anestesiologia é a prática da medicina em toda sua pureza e que a anestesia clínica é um serviço pessoal com características próprias para cada doente, como conciliar estes conceitos com uma cobrança horária? Além disso, a cobrança por hora-de-serviço é característica de uma ocupação e não de uma profissão.

Honorários fixados a partir de uma porcentagem dos honorários do cirurgião são de uma irrelevância facilmente demonstrável no dia-a-dia do anestesiológico. Basta lembrar a anestesia para uma amigdalectomia numa criança de pouco mais de um ano portadora de anomalia cardíaca congênita.

Acredito que o anestesiológico deve sempre discutir antecipadamente com o doente as suas pretensões quanto a honorários e que uma escala relativa de valores, na qual o tempo seria *um dos fatores*, deve ser estabelecida para organizações públicas ou privadas que representem uma comunidade. O público deve saber antecipadamente o custo real dos serviços do anestesiológico, assim como sabe o custo de uma viagem antes de viajar ou de um pão antes de comê-lo.

- 2 — Anestésias Simultâneas: Um serviço pessoal não pode ser prescrito a dois ou mais pacientes ao mesmo tempo. Ninguém concebe que um médico cirurgião opere dois doentes simultaneamente, nem que um médico internista diagnostique e trate dois pacientes em situação de crise ao mesmo tempo. Se queremos ser acatados como médicos e clínicos reconhecidos devemos demonstrar o estofamento moral, os conhecimentos intelectuais e as atitudes características da nobreza da profissão médica.
- 3 — Anestesiológico fantasma: O pior abuso de qualquer especialidade médica é a burla. Cobrar honorários por serviços prestados por outrém, principalmente quando o nível de competência e treinamento não são iguais, é uma prática fraudulenta, imoral e capciosa. Os doentes e a própria anestesiologia,

como especialidade médica são as grandes vítimas deste abuso.

Quando existirem condições especialíssimas pode ser necessária a substituição do anestesiológico na última hora, porém tanto o cirurgião como o doente devem ser avisados e ambos estarem de acordo com a substituição. O doente nunca deve ser enganado.

TENTAÇÕES DA ANESTESIOLOGIA

A falta relativa de anestesiológicos e maiores oportunidades de se estabelecer como especialista tem atraído muitos médicos cujo único interesse é conseguir uma boa posição econômica com pouco esforço e após um período curto de aprendizagem. Estes colegas podem até ser clinicamente competentes de início, porém eles não tem o menor interesse intelectual da especialidade e rapidamente se desligam da ciência, ignoram os progressos científicos, se omitem em continuar o aprendizado e se transformam em técnicos de uma rotina monótona, esterelizante e sem o menor apetite intelectual.

Existem também as tentações inerentes a qualquer atividade profissional e que geralmente atingem os que procuram a anestesiologia como se fôra uma atividade relativamente fácil em que a habilidade técnica e a destreza mecânica podem encobrir muitas limitações de conhecimento intelectual. Em pouco tempo eles perdem a visão perspectiva de sua razão de ser como médicos e passam uma vida inteira angustiados e limitados a uma área estreita. Para evitá-lo há que manter um contato permanente com as ciências básicas, com o laboratório clínico e experimental e com os colegas das outras especialidades.

Em resumo, a anestesiologia é o campo ideal para homens e mulheres de caráter forte e intelectualmente preparados para agir com energia, imaginação e determinação. Para estes a anestesiologia oferece uma vida cheia de interesse, com inúmeros desafios e plena de realizações materiais e intelectuais.

OPORTUNIDADES PARA ENSINO

A anestesiologia oferece inúmeras oportunidades para ensino àqueles que desejarem. O anestesiológico de um hospital geral ou comunitário, por exemplo, está em condições

excepcionais para ensinar os princípios de reanimação para o público leigo, pessoal hospitalar, corpo médico, residentes e internos de todos os serviços. Ele deve transmitir seus conhecimentos sobre problemas agudos em medicina — obstrução respiratória, apnéia, hipotensão, arritmias cardíacas, convulsões, parada cardíaca, coma e desequilíbrio hidro-eletrolítico — em benefício dos colegas e, principalmente, dos doentes.

O anestesiolegista de hospital universitário deve ensinar o manuseio de doentes inconscientes a todos os estudantes na fase clínica. Junto com o anatomista, o anestesiolegista universitário ensina a anatomia topográfica necessária para bloqueios nervosos e a anatomia funcional da via aérea. Ele divide com o fisiologista a responsabilidade pelo ensino das aplicações clínicas dos princípios básicos da respiração. Ele ajuda o farmacologista na interpretação da ação de drogas no homem. O anestesiolegista e o psiquiatra se preocupam com os aspectos de ansiedade e tensão emocional nos doentes. Ele e o pediatra enfrentam o desafio da asfixia do recém-nato. Ele e o radiologista se preocupam com a resposta do doente a certos testes diagnósticos radiológicos. O internista e ele trabalham juntos no tratamento da doença respiratória aguda ou crônica. Todos são educadores e o ensino só tem a ganhar quando os conhecimentos e habilidades especiais de cada um se juntam no interesse do ensino da medicina em benefício do doente.

OPORTUNIDADES PARA INVESTIGAÇÃO

Cada anestesia pode ser considerada como uma experiência em investigação clínica. Vejamos: — as reações do doente são imprevisíveis; o anestesiolegista administra drogas em diferentes doses e com técnicas diversas; antes da anestesia ele estudou e reviu a bibliografia; depois pensou, concluiu e escolheu aquilo que vai observar no doente; durante a anestesia ele preenche um protocolo experimental adrede preparado com parâmetros medidos objetivamente e finalmente, ele analisa os resultados obtidos.

É verdade que há muitas variáveis e que é extremamente difícil deduzir a relação causa-efeito; no entanto, a oportunidade de investigar fisis-farmacologia humana está sempre ao alcance do anestesiolegista. As drogas que ele emprega diariamente são os melhores instrumentos para esmiuçar mecanismos biológicos básicos do homem.

Há três tipos de abordagem para estimular a investigação num departamento clínico ou serviço:

- 1 -- O departamento escolhe um assunto ou tema e pede a cada participante para estudar e investigar profundamente um determinado aspecto do tema. Desta maneira o departamento, como um todo adquire rapidamente maiores conhecimentos com contribuição de todos. É um método muito produtivo, porém, pouco criativo. Não deve ser a única abordagem do problema.
- 2 — As atividades intelectuais dos membros no departamento não são rigidamente enquadrados numa política pré-estabelecida. Eles têm oportunidade de explorar com imaginação e engenhosidade, ao lado de medidas objetivas, qualquer assunto ou problema que chame atenção e prenda seu interesse. A multiplicidade desses esforços intelectuais individuais facilita a assimilação de fatos aparentemente desvinculados, a correlação de idéias e a sistematização de conhecimentos possibilitando a criação de um conceito geral.
- 3 — A investigação laboratorial em animais não tem contato freqüente com a clínica e mesmo com o ensino médico. Há uma tendência no isolamento entre o homem do laboratório e o homem da clínica. O anesthesiologista ocupa posição invejável para servir de ligação, entre o investigador experimental e o investigador clínico, pois sente-se a vontade nos dois ambientes.

Em medicina a clínica e o laboratório são interdependentes e se completam, uma vive e se nutre da outra. A conclusão experimental "per se" sem fornecer subsídios para uma aplicação clínica futura não justifica o seu alto preço não contribui para o aprimoramento cultural da medicina e não interessa ao público, que em última análise é quem financia.

ACEITAÇÃO DA ANESTESIOLOGIA

A anestesiologia ainda sofre de um certo complexo de inferioridade que se reflete nos anesthesiologistas. Temos muito em comum com as ciências básicas porém mal atingimos a puberdade no vasto campo das ciências. Apesar de

reconhecemos nossa juventude científica, e talvez por isso mesmo, queiramos ser aceitos sem restrições na comunidade da medicina e na ciência.

Duvidar do nosso valor ou da nossa importância (em medicina) não acalma a nossa inquietação. Ao contrário, devemos sempre perguntar introspectivamente "o que a anestesiologia criou de novo como ciência?" e "o que a anestesiologia produziu de útil e prático como disciplina médica?", se podemos responder satisfatoriamente a qualquer das perguntas é porque temos valor.

Se continuamos preocupados é porque somos muito ambiciosos como todos os jovens, e gostaríamos de produzir ou de criar algo extraordinariamente importante, alguma coisa de repercussão mundial estrondosa que colocasse a anestesiologia definitivamente entre as ciências reconhecidas. Mas, nós, somos humanos, individual e coletivamente, e como tal não encontraremos a verdade universal pelo simples fato de desejarmos muito. Ela só virá com o tempo, esforço e trabalho intelectual ininterrupto.

Tudo isto faz parte do amadurecimento da anestesiologia. A maturidade chegará quando adquirirmos tranqüilidade intelectual: aprendermos a errar e a estudar os nossos erros.

SUMMARY

CONCEPTS IN ANESTHESIOLOGY

The teaching of anesthesiology involves more than the technical administration of anesthetic drugs. The anesthesiologist of today practices a highly diversified medical activity, acting outside of the operating room in areas of diagnosis and treatment, including the treatment of pain and of the extremely ill patient. These activities are explained, as well as the conditions necessary for their fulfillment. Some aspects of anesthesiology are further elaborated such as the choice of anesthesia and necessity of individualization, polypharmacy and the main abuses and temptations in this specialty.

The dynamic aspects of anesthesiology are emphasized, its mission in teaching of lay, paramedical and medical personnel, and in basic and applied research. Finally the main aspects of specialty acceptance are considered.

BIBLIOGRAFIA

1. Definition of Anesthesiology — Directory of Members, American Society of Anesthesiologists, 1971.
2. Collins, V. J. — Concepts in Anesthesiology. JAMA 182:105, 1962.
3. Dripps, R. D. e Lamont, A. — Your future in Anesthesiology. The New Physician, Jan., 1966.
4. Beecher, H. K. e Col. — The anesthetist as a Physician. JAMA. Republicado e distribuido pela American Society of Anesthesiologists, 1970