

O Anestesiologista na Comunidade Hospitalar[‡]

Z. E. G. Vieira, TSA, FFARCS[¶]

Vieira Z E G – The anesthesiologist in the hospital community. Rev Bras Anest 1983; 33: 5: 359 - 362

A remarkable diversity of competencies and skills concentrated in the hospital - "our second home" - customarily carried out in partnership with other specialties characterizes Anesthesiology. Such variety of performances calls for simultaneous almost god-like qualities combining the responsibility over life and death, like Zeus, the patience of Jupiter and the many arms of Shiva. The anesthesiologist is usually a sociable individual, informal, meticulous in his assignments, firm in his decisions, compliant to the circumstances, endowed with an ultra developed sense-of humour: Fitted for team work.

Such proficiency and the easeness to communicate with nonsurgical specialties target the anesthesiologist as a prime advisor, consultant or supervisor always available in the hospital for new tasks outside the operating room. Accepting these responsibilities and performing them competently contributed for the acceptance of Anesthesiology as a medical specialty and not a technical occupation. Unfortunately this "status" and the "image" of the doctor anesthesiologist has been tarnished in the last few years.

The future challenges for Anesthesiology are socio-scientific: to guarantee the access of all patients to competent anesthesiologists, to certify competency and maintain up-to-date the proficiency of those already certified. These are complex problems with no easy solutions, however they must be tackled with energy and firmness, otherwise we may fall victims of the "future shock".

Key-Words: ANESTHESIOLOGISTS; RESPONSABILITY

Vieira Z E G – O anestesiologista na comunidade Hospitalar. Rev Bras Anest 1983; 33: 5: 359 - 362

A anestesiologia se caracteriza pela diversidade de perícias e tarefas concentradas no hospital - nosso "segundo lar" - em parceria constante com outros especialistas. Exige do indivíduo qualidades quase mitológicas desde o poder sobre a vida e a morte como Zeus, com a tranquilidade de Júpiter, até os "múltiplos braços" de Shiva. O anestesiologista é em geral informal, meticuloso nas tarefas, enérgico nas decisões, adaptável às circunstâncias, com um senso-de-humor super-desenvolvido: talhado para o trabalho em equipe.

Com estes predicados e livre transito em especialidades não cirúrgicas, passa a ser requisitado a aplicar seus conhecimentos fora do centro cirúrgico, implantando, supervisionando ou acessorando tarefas técnicas e serviços. Assumindo tais responsabilidades e executando-as com competência foi que a Anestesiologia adquiriu "status" como Especialidade Médica e não "ocupação técnica".

Infelizmente esta "imagem" sofre algum desgaste nos últimos anos.

Os desafios do futuro são de ordem sociológica e científica: garantir o acesso de todos à especialistas competentes e repensar "como certificar competência", bem como mantê-la naqueles já certificados. Problemas abrangentes de difíceis soluções, mas que devem ser atacados com energia e força de vontade, sob pena de sermos arrolados como vítimas do "choque do futuro".

Unitermos: ANESTESIOLOGISTA; RESPONSABILIDADE

DESDE 1966 a Anestesiologia é matéria obrigatória do currículo de graduação em Medicina e, a partir de 1978, foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina e pela Comissão de Residência Médica do Ministério de Educação e Cultura. A Anestesiologia é, pois, uma especialidade bem individualizada, restrita a médicos, cabendo aos profissionais que a ela se dedicam: (a) assegurar a insensibilidade à dor durante procedimentos cirúrgicos, obstétricos, dentários e diagnósticos; (b) manter a homeostasia das funções vitais durante períodos de estresse agudo e violento, em especial nos doentes inconscientes por qualquer causa; (c) tratar pacientes com dor crônica incoercível; (d) ensinar e manter eficientes equipes de reanimação cardiorespiratória-cerebral; (e) atuar como administrador, supervisor ou consultor nos centros (unidades) de terapia intensiva e serviços de inaloterapia^{3,6,9,13}.

Esta definição ou descrição da Anestesiologia ressalta as características invulgares da especialidade e dos seus

¶ Trabalho apresentado no XXIX Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Curitiba, PR

§ Professor Titular (Anestesiologia) da Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, DF

Correspondência para Zairo Eira Garcia Vieira
Caixa Postal 13 - 2074
70000 - Brasília, DF

Recebido em 15 de dezembro de 1982
Aceito para publicação em 10 de março de 1983

© 1983, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

especialistas. Em primeiro lugar, a diversidade de tarefas e perícias que presuppõe um rígido e prolongado aprendizado; em segundo lugar, porém não menos importante, o trabalho em parceria constante com outros especialistas da área cirúrgica, nas salas de operações; da área obstétrica, nos centros obstétricos; e da área clínica, nas unidades de tratamento intensivo, nas emergências agudas, no tratamento da dor incoercível. Em outras palavras, o anesthesiologista é um especialista do trabalho em equipe¹.

A aquisição de tais perícias e das atitudes inerentes ao trabalho em equipe exigem de um só indivíduo qualidades quase mitológicas, pois ele deve ser cômico do seu poder sobre a vida e a morte como Zeus; calmo e tranqüilo como Júpiter, para assegurar sua própria sobrevivência e a de seus doentes; paciente como Penépole, para "suportar" o questionamento de enfermos e cirurgiões; pontual como Apolo, evitando prejudicar doentes e colegas; versátil como Mercúrio ao responsabilizar-se por cuidados anestésicos nas mais variadas patologias; moldável como Anteus, para atender às exigências de pacientes, colegas, cirurgiões e administradores; e, além disso, ter muitos braços como Shiva⁸. Um indivíduo com vários braços, uma enorme cabeça e uma volumosa bexiga (sic) é uma caricatura conhecida do anesthesiologista¹¹. Não é raro que na sala de operações o anesthesiologista seja ainda solicitado - sempre em caráter de emergência - para exercer o papel de empurrador de macas, carregador de doentes, leitor de prontuário, mecânico de mesa de cirúrgica, eletricitista de focos luminosos e outros aparelhos, limpador de testa ou de óculos, e até mesmo bombeiro-hidráulico ou bombeiro de fogo⁸.

Não é de admirar, portanto, que o anesthesiologista típico seja um indivíduo de natureza gregária, bastante sociável, que gosta de companhia e se relaciona bem com outras pessoas. É raro e difícil que seja uma pessoa arrogante (inadaptável ao trabalho de equipe), pois existem muitas influências em sentido oposto que contribuem para gerar um senso-de-humor super-desenvolvido. É necessariamente metódico, quase obsessivo, nas suas tarefas, atos e decisões estando todavia sempre preparado emocionalmente para aceitar mudanças de raciocínio e de técnicas de acordo com exigências circunstanciais. Aprecia imensamente um ambiente informal, descontraído, propício à convivência agradável e à fácil comunicação. Agrada-lhe a diversidade de patologias e de personalidades com quem interage diariamente⁷.

Tais qualidades, aliadas às perícias diversificadas, com atividade concentrada no hospital, um verdadeiro "segundo lar" para aqueles que se dedicam exclusivamente à anesthesiologia (pois passam mais tempo da sua vida útil no hospital do que na sua própria residência), fazem com que o anesthesiologista comumente passa a ser requisitado para assumir lugares de destaque na comunidade hospitalar, fora do centro cirúrgico. Como médico, passa a contribuir para a comunidade utilizando suas perícias em outras áreas que recebem e tratam doentes graves com risco imediato de vida. Esta contribuição pode assumir uma de três formas: implantação, supervisão ou consultoria⁶.

O livre trânsito com especialidades não cirúrgicas, obtido através de repetidas atuações conjuntas na avaliação pré-anestésica de doentes graves, contribui para que o anesthesiologista seja aceito, na dependência do seu saber e

das suas atitudes, como consultor preferido em questões referentes a depressão do sistema nervoso central em geral, formas agudas e crônicas de insuficiência respiratória, dor crônica irreduzível etc.

Na área cirúrgica, a implantação de um bom programa de cirurgia ambulatorial e centros de tratamento intensivo oferece ao anesthesiologista a oportunidade muito importante de praticar primariamente uma medicina holística e secundariamente a sua perícia técnica. Além disso oferece condições ideais para que apareça como verdadeiro médico aos olhos do público.

Na área obstétrica, nada mais confortador para o obstetra super-ocupado e para a gestante em trabalho de parto do que a atuação eficiente do anesthesiologista integrado no trabalho da equipe.

Por sua versatilidade, facilidade de adaptação e convivência com processos decisórios rápidos, com estreita ou nenhuma margem de erro, o anesthesiologista é frequentemente escolhido, muitas vezes por eleição do corpo clínico, para compor ou presidir comissões hospitalares importantes, além daquelas próprias da especialidade, como a comissão do centro cirúrgico e a comissão de reanimação cardiorespiratória-cerebral¹³.

Foi com esta atuação diversificada e generosa, participando em atividades importantes e condignas fora do centro cirúrgico, que os anesthesiologistas da década de 1950 e 1960 conseguiram o respeito e o reconhecimento da especialidade, tanto no contexto hospitalar como dentre os colegas de outras especialidades^{5,6}. Com tal "imagem" ficou mais fácil recrutar novos talentos para as nossas fileiras, como comprovam as dezenas de jovens que acorrem aos nossos congressos.

Infelizmente, esta "imagem" sofre um desgaste contínuo nos últimos anos, principalmente por culpa do sistema de trabalho com horários sincopados em jornadas de 4 horas ou plantões de 24 horas, em diferentes hospitais que constituem a antítese da boa prática da medicina e da Anesthesiologia. Este sistema ignora impede qualquer relação médico-paciente, só conseguida através de cuidadosa (e demorada) visita pré-anestésica; entrava uma adequada relação médico-médico; e impossibilita a atuação (ou a simples presença) do anesthesiologista nas reuniões hospitalares multidisciplinares ou nas comissões normativas do corpo clínico. Dificulta até mesmo a essencial reunião do quadro de anesthesiologistas: colegas que trabalham no Serviço do mesmo hospital não tem oportunidade de conversar, trocar idéias e muitas vezes nem se conhecem. Acrescentando-se a tendência à acomodação e a natural inércia do genero humano a tais entraves, estão armadas as condições ideais para o retrocesso da Anesthesiologia, que passa a ser considerada uma ocupação técnica - como sempre quiseram os tecnocratas - e não uma profissão para médicos¹⁴.

Outro fator que muito concorre para o desprestígio da Anesthesiologia é o açodamento com que são realizados certos concursos para especialistas, com a conivência de bancas de especialistas, que acomodam as "aprovações" (ainda que por "pressão superior") para prioritariamente "preencher as vagas", esquecendo que qualquer especialidade somente se reafirma com a mais alta qualificação de seus profissionais e nunca "nivelando por baixo". Nada repercute pior na classe médica, em especial para os jovens aspirantes a especialistas, do que teste-

munhar um anestesiolegista concursado incompetente.

Não se deve esquecer que o respeito de um indivíduo, de uma especialidade ou de uma comunidade não pode ser legislado. Tem que ser conseguido individual ou coletivamente com atitudes, comportamentos e competências compatíveis com a respeitabilidade desejada^{5,9}. Como respeitar um especialista que coloca seus próprios interesses acima dos interesses e dos direitos dos pacientes, ou que realiza atos médicos simultâneos em enfermos diferentes, ou que se omite na monitoragem de um doente inconsciente ou estressado sob sua responsabilidade primária? Como exigir tratamento condigno da comunidade hospitalar se, além disso, o "especialista" se omite quando solicitado a colaborar nos assuntos comunitários e recusa sistematicamente, alegando falta de tempo ou desculpa semelhante, a comparecer a reuniões multidisciplinares, discussão de casos, comissões normativas ou órgãos colegiados fora do âmbito restrito do centro cirúrgico? Estes fatos, com honrosas exceções, estão ocorrendo nos grandes centros, onde com a desculpa de "luta para sobrevivência" (sic) cometem-se os maiores absurdos em termos de desprestígio da especialidade e da classe médica em geral. Nos centros de tamanho médio situa-se, no momento e no meu entender, a reserva moral da Medicina e da Anestesiologia, com médicos trabalhando em tempo integral num só hospital e que não se omitem nos seus deveres com a comunidade hospitalar.

Apesar de tudo, as qualidades de espírito, personalidade e versatilidade científica que caracterizam os verdadeiros especialistas em Anestesiologia continuam contribuindo para que estes sejam chamados para assumir os mais variados papéis na comunidade hospitalar. Contam-se, às centenas, o número de anestesiolegistas do Brasil que, sem abandonar suas origens, assumiram posições proeminentes e exerceram com eficiência cargos executivos e normativos em hospitais, faculdades de medicina, universidades e instituições governamentais da área da saúde.

Todavia, o maior impacto social do anestesiolegista e aquele que mais realça, enfatiza e enobrece a "imagem" pública da Anestesiologia é a atuação direta na comunidade, seja ela qual for, como incentivador e executor do ensino e divulgação dos primeiros socorros de emergência e reanimação cardiorespiratória-cerebral (o ABC da ressucitação). Pessoal hospitalar não médico, pessoal do sistema escolar, organizações públicas de emergência, corpo de bombeiros, polícia, grupos de salvamento, clubes de serviços (como o Lyons e o Rotary), clubes esportivos

em geral, são altamente receptivos a programas deste tipo. A aceitação e colaboração é sempre entusiástica, eles somente esperam um sinal e algum esforço de parte dos anestesiolegistas. Posso afirmá-lo por experiência pessoal durante anos, que o esforço é válido e retribuído em termos de satisfação íntima, bem como a sensação de "ter sido útil" para salvar uma vida, que evidentemente ainda não estava "em tempo de morrer".

O que nos reserva o futuro?

Já dizia Toffler^{1,2} que a segunda vítima do choque do futuro é o especialista que procura acompanhar a "mudança" apenas no seu estreito setor de atuação, permanecendo intelectualmente cego, surdo e mudo para outras inovações que estão ocorrendo à sua volta.

Os grandes desafios da Anestesiologia são de ordem sociológica e científica. Sociologicamente, o objetivo da especialidade é garantir que todos os pacientes tenham acesso aos serviços de um anestesiolegista competente¹⁰. Para tanto, há que mobilizar maiores esforços no recrutamento de médicos com talento, melhoria dos programas de aprendizado, na distribuição mais equitativa dos especialistas, num sistema de trabalho mais lógico e "mais humano", na redução do custo social da anestesia e na renegociação, palavra da moda, da composição salarial do anestesiolegista. Por que não um único contrato num só emprego em tempo integral, em lugar de dois ou três míseros salários em outros tantos hospitais ou empregos? O credor, em última análise, aquele que paga as contas, não é um só: o governo, ou melhor, o povo? Cientificamente há que repensar a maneira de certificar a competência na especialidade, de manter atualizados aqueles já especialistas, de prover maiores oportunidades e facilidades para a educação continuada e de incentivar de maneira mais eficaz a melhoria do nível da pesquisa em Anestesiologia^{2,4}.

São problemas complexos, de caráter abrangente e soluções difíceis, porém não há como negá-los. Necessitam evidentemente de muita energia, tempo, amadurecimento e excepcional força de vontade, por parte da comunidade anesthesiológica, para atacá-los antes de sermos arrolados como vítimas do "choque do futuro".

Pelo passado excitante na escalada para obtenção do seu reconhecimento como especialidade, pelos desafios que apresenta para o futuro, pelas características que exige dos seus cultores e pela diversificação que nos oferece é que, como indivíduo, muito me orgulho de ser anestesiolegista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amaro C M, Poleo R A -- Anestesiolegista ideal para um país em desenvolvimento. Rev Bras Anest 1981; 31: 111 - 114
2. Brown E M -- Anesthesiology: contempo 1982. JAMA 1982; 247 (21): 2941 - 2942.
3. Ditzler J W - Triage. Anesthesiology 1975; 43: 497 - 500.
4. Eckenhoff J E -- A wide angle view of anesthesiology. Anesthesiology 1978; 48: 272 - 279.
5. Foides F F -- O impacto da anestesiologia na arte e ciência de medicina. Rev Bras Anest 1969; 19: 313 - 322.
6. Gonçalves B M -- O anestesista como consultor. Rev Bras Anest 1971; 21: 134 - 140.
7. Howat D D C -- Anaesthesia as a career. Anaesthesia 1977; 32: 979 - 995.
8. In England now, commentary. Lancet 1951; 1 (May 5): 1014.
9. Keown K K -- Status of Anesthesiology: be neither apologetic nor submissive. JAMA 1966; 195 (6): 141 - 143.
10. Little D M -- There shall be no pain. Anesthesiology 1973; 39: 467 - 469.

11. Nigro R M F – Perspectivas da anestesiologia no Brasil. Rev Bras Anest 1975; 25: 14 - 24.
12. Toffler A – Future Shock Random House Publ USA 1970.
13. Vieira Z E G – Conceitos em anestesiologia. Rev Bras Anest 1971; 21: 123 - 133.
14. Vieira Z E G – Encontros e desencontros da anestesiologia com a necessidades nacionais de saúde. Rev Bras Anest 1977; 27: 659 - 675.

Resumo de Literatura

LIGAÇÃO DE BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES NÃO-DESPOLARIZANTES COM PROTEÍNAS PLASMÁTICAS EM INDIVÍDUOS NORMAIS E EM CIRRÓTICOS

Foi investigado o porcentual de ligação com proteínas plasmáticas de quatro bloqueadores neuromusculares adespolarizantes, no soro obtido de indivíduos normais e de pacientes com cirrose hepática. O método utilizado foi o da ultracentrifugação. Os resultados obtidos foram similares nos indivíduos normais e nos pacientes com cirrose, e mostraram os seguintes valores:

<i>d-Tubocurarina</i>	-	56%
<i>Fazadínio</i>	-	51%
<i>Pancurônio</i>	-	29%
<i>ORG-NC-45</i>	-	30%

A elevação da concentração plasmática de globulinas nos pacientes com cirrose não parece aumentar a ligação destas drogas com as proteínas plasmáticas, uma vez que a maior parte da ligação faz-se com a albumina.

A resistência ao bloqueio neuromuscular por pancurônio e fazadínio, já demonstrada em pacientes cirróticos, é devida, na opinião dos autores, a aumento do volume de distribuição de ambas as drogas e não a maior ligação com proteínas plasmáticas.

(Duvaldestin P, Henzel D – Binding of tubocurarine, fazadinium, pancuronium and ORG-NC-45 to serum proteins in normal man and in patients with cirrhosis. Br J Anaesth 1982; 54: 513 - 516).

COMENTÁRIO: *A ligação com proteínas plasmáticas limita a intensidade do efeito farmacológico de qualquer droga. A resistência de pacientes cirróticos (onde há níveis elevados de globulinas plasmáticas) a alguns bloqueadores neuromusculares não-despolarizantes, levou alguns autores a atribuir esta menor intensidade do efeito farmacológico a um aumento do porcentual de ligação com proteínas plasmáticas. Os resultados do presente trabalho parecem destruir esta hipótese. Os autores atribuem o menor efeito farmacológico das drogas em questão a um aumento do volume de distribuição: como há retenção de água nos pacientes cirróticos, e como pancurônio e ORG-NC-45 são altamente hidrófilos, isto levaria a um verdadeiro "seqüestro" das moléculas no depósito de água corporal, diminuindo a proporção de moléculas farmacologicamente ativas na junção neuromuscular. (Nocite J R).*