

## *Estudo Experimental e Tratamento Psicológico de Úlcera Gastroduodenal em Médicos Anestesiologistas ‡*

Ricardo Castañon ¶

Castañon R — Estudo Experimental e Tratamento Psicológico de Úlcera Gastroduodenal em Médicos Anestesiologistas. *Rev Bras Anest* 31: 6: 453 - 460, 1981.

O autor expõe os resultados de uma investigação efetuada sobre uma população de 32 anestesiologistas com diagnóstico de úlcera gastroduodenal. Partindo das premissas oferecidas pela moderna psicologia, o autor sugere um método de modificação do ambiente e de distintas unidades comportamentais que possibilitem a eliminação das condutas indesejáveis, o aprendizado de outras adaptadas e sucessivamente a diminuição ou eliminação da úlcera gastroduodenal.

Os resultados evidenciam o aspecto psicológico no desenvolvimento da úlcera gastroduodenal e destacam a possibilidade de intervir sobre ela a este nível.

**Unitermos:** ANESTESIOLOGISTA: úlcera gastroduodenal; REAÇÕES PSICOLÓGICAS: tratamento.

NO ANO DE 1977 o "Conselho Mundial para Estudos do Comportamento" iniciou, sob a direção do Prof John Mc Lelland, um estudo sobre a incidência de fatores psicológicos na alteração de estados físicos normais em 15 distintas profissões, entre elas: Engenharia, Física, Medicina, Sociologia, Psicologia, etc. Esta investigação sobre estados psicossomáticos ofereceu, entre outros, alguns resultados parciais que mostravam as profissões de piloto de provas, cirurgião, anestesiologista e corretor de bolsa de valores como as mais intensamente submetidas ao estresse e nas quais a condição emocional dos indivíduos era excessivamente ativada. A interpretação destes resultados evidenciava, ainda, que estas populações profissionais obtinham os índices mais elevados em provas que mediam a ansiedade, o ato compulsivo de fumar, de beber, as perturbações do sono, os estados depressivos, etc.

‡ Trabalho apresentado nas II Jornadas Anestesiológicas do Hospital das Clínicas, La Paz, Bolívia, 8 - 9 dezembro 1979

¶ Presidente do Internacional Institute for Psychotherapeutic Research e Investigador do Conselho Mundial para Estudos do Comportamento, USA

Correspondência para Ricardo Castañon  
Internationals Institut fur Psychotherapeutische Forschung, Bergstr. 4, 5232 Rott, Deutschland.

Recebido em 12 de janeiro de 1981

Aceito para publicação em 18 de fevereiro de 1981

© 1981, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Tendo sido obtidos os dados específicos do grupo cirurgia e anestesiologia, correspondentes a uma população de 40 indivíduos (20 cirurgiões e 20 anestesiologistas), pode-se detectar que 30% dos cirurgiões e 60% dos anestesiologistas apresentavam em sua história clínica algum diagnóstico e tratamento de possíveis perturbações psicossomáticas (eczema, asma, p.e.), mas entre as quais sobressaia, como explicam as tabelas I e II, a presença de úlcera gastroduodenal.

Os resultados\* mostram claramente as condições da investigação dirigida por McLelland, que fez observar que na Alemanha a profissão médica, embora excelentemente retribuída nos setores cirurgia e anestesiologia, está intensamente submetida a condições de estresse e registra a presença de úlcera gastroduodenal em proporções superiores a outras profissões.

A conclusão deste primeiro estudo afirmava que "a causa da presença de úlcera gastroduodenal era devida essencialmente ao próprio exercício da profissão, ligada a condições de estresse e tensão constantes que os especialistas deviam enfrentar cotidianamente".

Embora esta afirmação elimine a presença determinante das condições psicológicas no desencadeamento da úlcera gastroduodenal, não demonstra que os estados ulcerosos detectados nas populações estudadas provenham diretamente do exercício da profissão ou de outras fontes de tipo químico ou fisiológico desadaptativo. Entretanto, a literatura médico-psicológica, desde há muito, anunciava a relação surpreendente de condições psicológicas na etiologia da úlcera.

No ano de 1978 o Instituto Internacional de Investigações Psicoterapêuticas iniciou uma investigação em uma população de médicos anestesiologistas a fim de aprofundar, de maneira específica e apenas sob o ponto de vista psicológico, (enquanto fosse possível), as determinantes e componentes que influenciam o desencadeamento da úlcera gastroduodenal em médicos anestesiologistas.

### MARCO TEÓRICO

No ano de 1932 Cushing havia manifestado a importância dos fatores psíquicos na gênese da úlcera, a ponto de sustentar que, por tal razão, esta enfermidade se assinalava como um exemplo típico de enfermidade psicossomática.

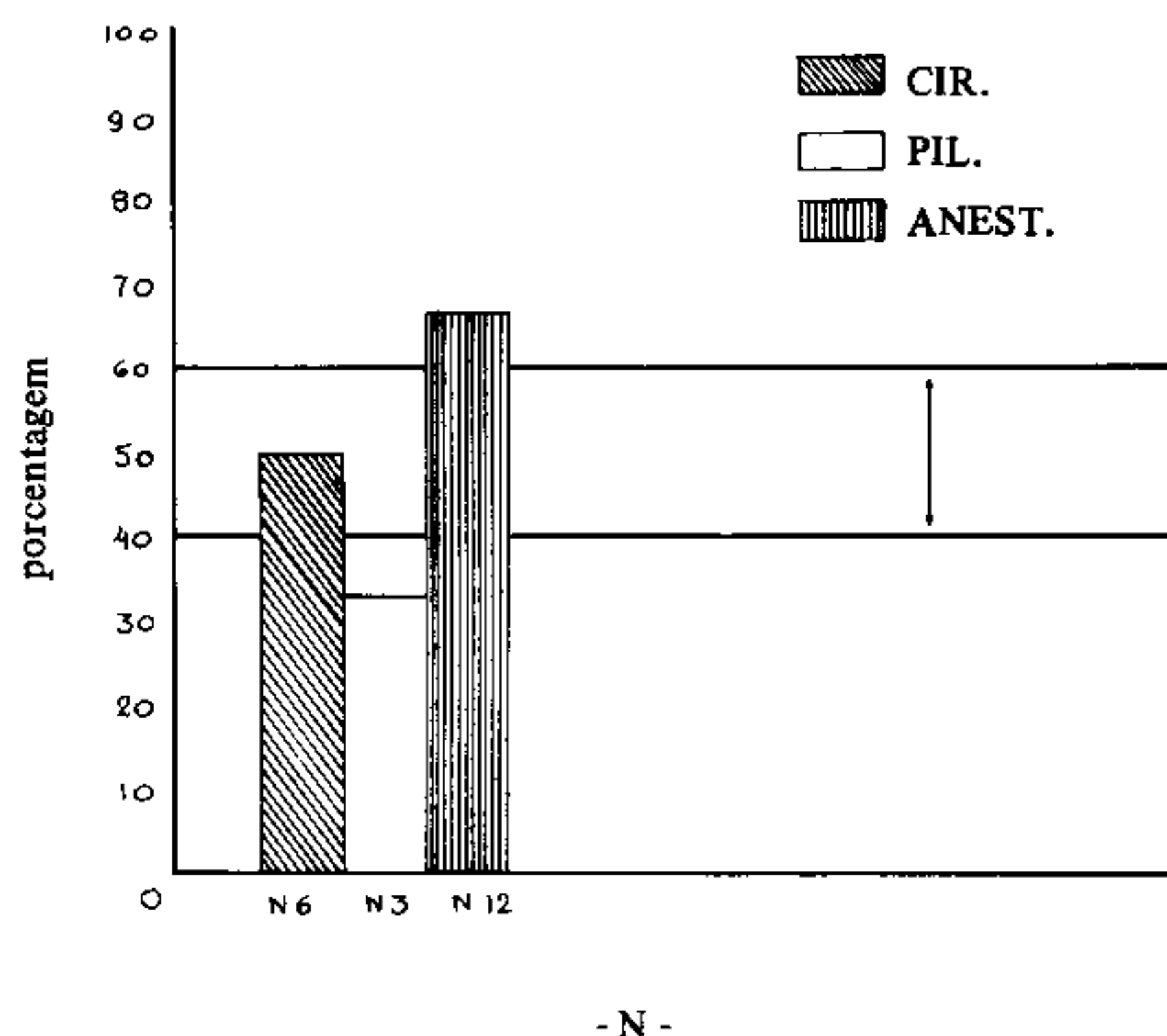
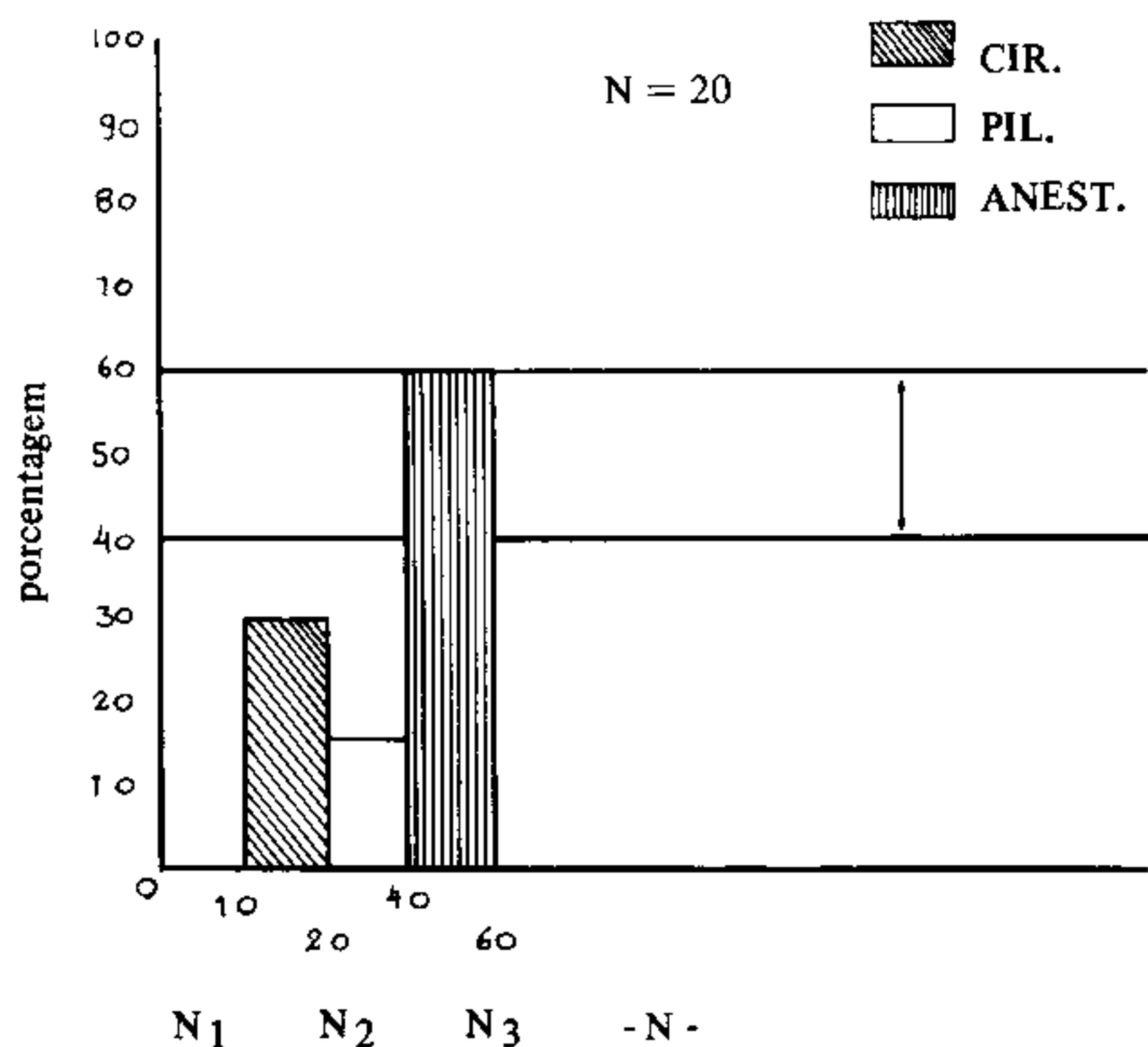
\* Reprodução autorizada N.º 0374562 World Council for Beh Studies

TABELA I

|                                | N = 20<br>CIRURGIÕES | N = 20<br>PILOTOS | N = 20<br>ANESTESISTA |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|
| PERTUBAÇÕES<br>PSICOSSOMÁTICAS | 6 = 30%              | 3 = 15%           | 12 = 60%              |

TABELA II

|                          | N = 6<br>CIRURGIÕES | N = 3<br>PILOTOS | N = 12<br>ANESTESISTA |
|--------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| ÚLCERA<br>GASTRODUODENAL | 3 = 50%             | 1 = 33,3%        | 8 = 66,6%             |



Schaposnik exige, no estudo do tratamento anti-ulceroso, o conhecimento de dois aspectos fundamentais: primeiro, a etiologia da úlcera gastroduodenal e, segundo, o conhecimento da fisiopatologia da secreção gástrica. Manifesta, desse modo, que a úlcera gastroduodenal não pode ser considerada como resultante de um só fator interveniente, mas que participam vários fatores fundamentais em sua produção, tais como: fatores hormonais, enzimáticos, inflamatórios, traumáticos, mecânicos, angioespásticos, além da ação corrosiva e péptica do ácido clorídrico que contribui para a iniciação e manutenção da úlcera gastroduodenal.

Entre estes fatores se destaca aquele psicológico, difícil de se isolar a nível causal, ao mesmo tempo em que intervem conjuntamente aos outros anteriormente assinalados.

Por esta razão o estudo psicológico aqui apresentado destaca sobretudo a metodologia e a tecnologia psicológica, porém não pretende dar uma resposta aos fenômenos tipicamente fisiológicos ou químicos presentes na úlcera gastroduodenal.

### MODELO EXPERIMENTAL

Os estudos de Conrad (1971) haviam demonstrado que pessoas submetidas a tensão emocional constante ou a estresse profissional são propensas a úlcera. Dois anos mais tarde, Jones e Altman (1973) demonstravam que homens de negócio melhoravam da enfermidade ulcerosa ao se submeterem a períodos de repouso psico-físico. Tais dados e sua conseqüente revisão mostram o aspecto particular das estimulações psicológicas no processo ulceroso. A fim de constatar dentro de quais níveis e limites se

encaixa este fator, obedeceu-se ao seguinte procedimento que deveria lançar luz na compreensão do fenômeno e seu eventual tratamento.

### CRITÉRIOS OPERACIONAIS

Os critérios operacionais dirigidos por sete diferentes médicos internistas, cirurgiões, gastroenterologistas, radiologistas e neurologistas, consideraram como ulceroso o paciente que apresentava as seguintes características:

- 1 - O estudo seriado gastroduodenal evidencia a presença de nicho ulceroso;
- 2 - Contratura epigástrica moderada e ardor discreto pela pressão da zona supra-umbilical;
- 3 - Digestões difíceis e eructações ao ingerir alimentos condimentados, frituras, carne guisada;
- 4 - Sensação incômoda de peso supra-umbilical;
- 5 - Aparecimento de "queimação", piroses, regurgitações ácidas, 2 ou 3 horas depois de se alimentar;

- 6 - Alívio com nova ingestão;
- 7 - Dor noturna 4 a 6 horas após o jantar;
- 8 - Recorrência estacional (preferentemente na primavera e outono);
- 9 - Critério endoscópico
- 10 - Estado ansioso detectado no comportamento observável.

### CASUÍSTICA

Para este estudo foram selecionados 32 indivíduos que preenchiam os requisitos operacionais que conduziam ao diagnóstico da úlcera gastroduodenal e que ao início da investigação estavam submetidos ao respectivo tratamento. A população se subdividiu em dois grupos: um grupo experimental "A", ao qual se aplicaria o tratamento, e um grupo de controle "B", composto por 16 anestesiólogos cada um.

|                           | GRUPO A   | GRUPO B   |
|---------------------------|-----------|-----------|
| IDADE                     | 37 ANOS   | 39 ANOS   |
| SEXO                      | MASCULINO | MASCULINO |
| EXERCÍCIO DA<br>PROFISSÃO | 8 ANOS    | 8,5 ANOS  |
| SOLTEIROS                 | 2         | 1         |
| CASADOS                   | 14        | 15        |

Todos os indivíduos estavam empenhados em suas respectivas tarefas quando se iniciou o programa em 30 de janeiro de 1978. A partir do início do programa não receberam nenhum outro tratamento.

### METODOLOGIA

Os 32 médicos submetidos à experimentação foram selecionados de uma população inicial de 94 médicos cujo estudo clínico havia revelado a presença de úlceras. Desta população foram separados aqueles casos que apresentavam, além de úlceras, outras disfunções como, por exemplo, diabete, cardiopatias etc, ou outras condições que requeriam outros tratamentos especializados. Desta seleção restaram 35 indivíduos, 3 dos quais não puderam participar, sucessivamente, por razões burocráticas.

Os indivíduos não foram informados do verdadeiro objetivo da investigação a fim de não criar condições não-controláveis de recuperação que não estivessem no programa (p. e., tendência excessiva a curar-se para que a investigação tivesse êxito, ou a ingestão de medicamentos

não prescritos). Foram informados que o principal objetivo era o de estudar as reações motoras diante dos estímulos luminosos e auditivos.

Durante um período de duas semanas realizou-se um estudo do comportamento no ambiente natural dos indivíduos através de registros acumulativos. Foram isoladas as condutas em destaque que, a juízo dos pesquisadores (3 psicólogos clínicos, 2 psicólogos experimentais, 1 psicólogo científico), constituíram variáveis úteis significativamente a nível estatístico. Tal estudo seguiu as diretrizes sugeridas por Sidman em seu livro "Tácticas de Investigación Científica" (1973) para o estudo de unidades comportamentais observáveis. Cada registro foi efetuado sempre por dois pesquisadores que observaram a conduta manifestada entre as 7 e as 22 horas. As 9 horas restantes eram dedicadas ao repouso noturno (a nível voluntário se solicitou um informe escrito sobre estas horas transcorridas). As condutas observadas nos ofereceram um total de 4753 dados que foram formando o seguinte perfil, moldado com critérios de média aritmética para toda a população de 32 indivíduos.

**CONDIÇÕES PRIMÁRIAS**

- 1 - A conformação da atividade cotidiana é irregular em 100% dos casos (não respeitam horas de sono, alimentação, etc);
- 2 - Participam semanalmente de 15 a 25 cirurgias;
- 3 - Todos estão submetidos às chamadas de urgência, a qualquer momento (100%);
- 4 - 100% têm um fim de semana livre por mês;

- 5 - Existe uma condição ocupacional que favorece as horas extras, portanto, possibilidades de ganhar mais dinheiro;
- 6 - Não existe um verdadeiro trabalho de equipe entre os que participam da cirurgia;
- 7 - 40% não trabalham em um lugar fixo;
- 8 - O anestesiológico não tem nenhum contato com o paciente antes da operação.

**CONDIÇÕES INDIVIDUAIS**

|  | GRUPO A (%) | GRUPO B (%) |
|--|-------------|-------------|
| 1 - Fumam  | 80          | 76          |
| 2 - Consomem álcool  | 75          | 68          |
| 3 - Indivíduos isolados socialmente                          | 85          | 82          |
| 4 - Dificuldades matrimoniais                                | 30          | 35          |
| 5 - Caráter nervoso  | 81          | 85          |
| 6 - Conduta agressiva  | 40          | 46          |
| 7 - Perturbações do sono: insônia, sono irregular, pesadelos | 70          | 68          |
| 8 - Desativação física                                       | 89          | 87          |
| 9 - Taquifagia   | 78          | 77          |
| 10 - Perturbações digestivas                                 | 91          | 90          |
| 11 - Consumo de café (10 a 40 xícaras por dia)               | 89          | 86          |
| 12 - Escala de ansiedade                                     | 86          | 88          |

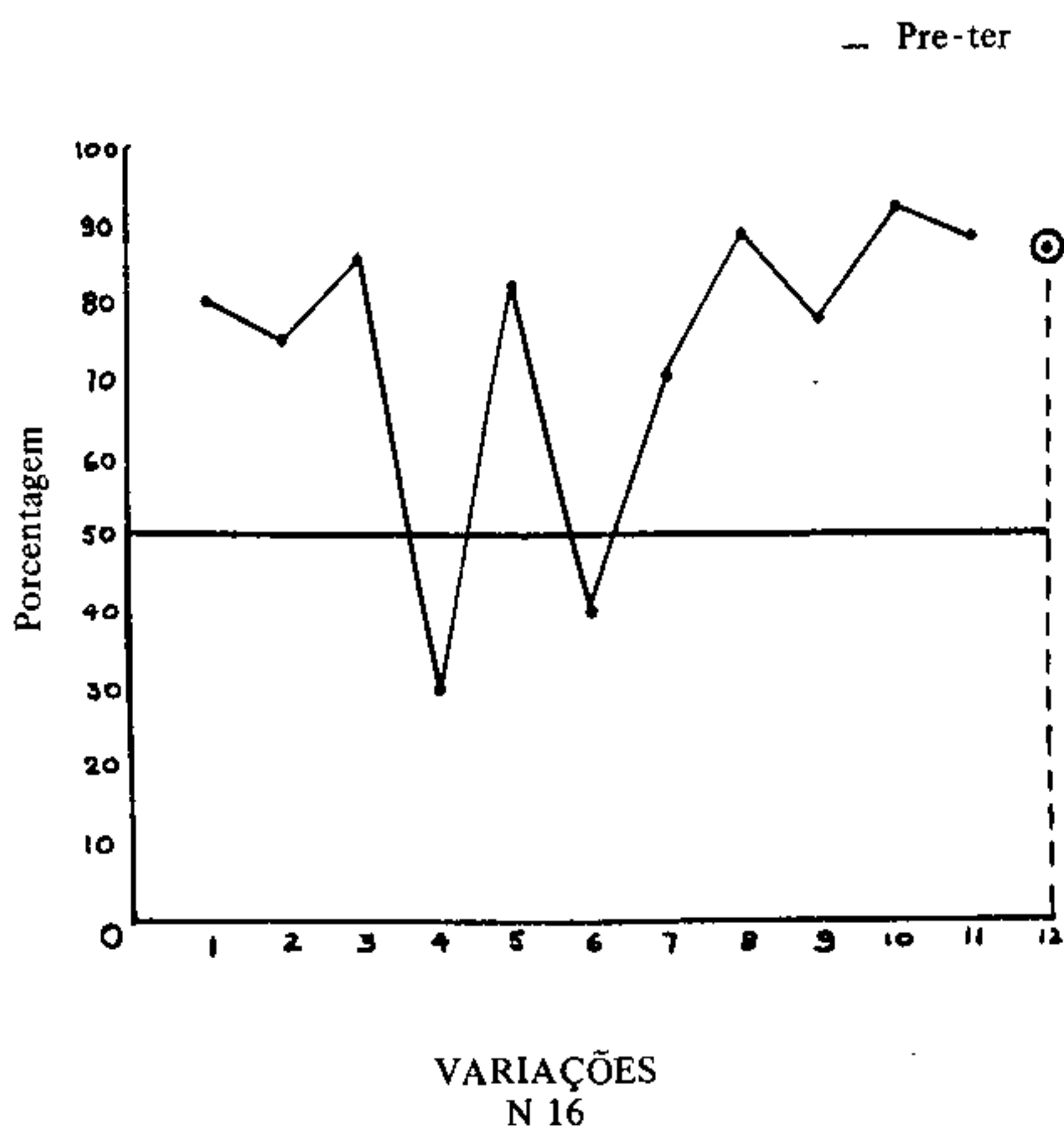


Figura III

Gr. Exper.

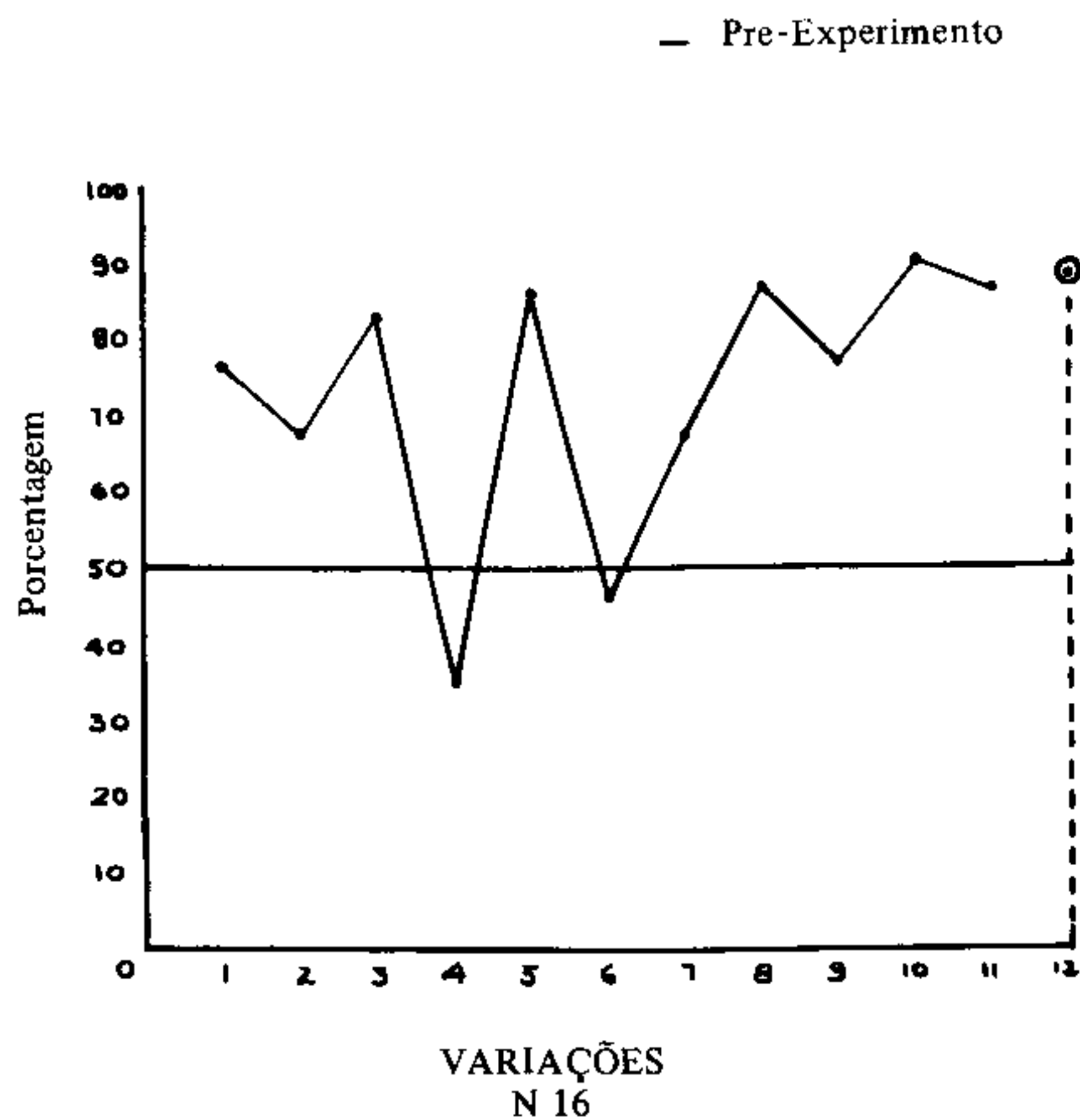


Figura IV

Gr. Control



**CRITÉRIOS EXPERIMENTAIS DE TRATAMENTO**

As figuras III e IV mostram os níveis que foram registrados ao serem isoladas as variáveis intervenientes que seriam submetidas ao estudo. Por ter-se que intervir tanto a nível de ambiente como de indivíduos, estabeleceu-se um programa nas clínicas nas quais trabalhavam nossos indivíduos, que permitia a modificação ambiental, oferecendo assim os estímulos que condicionariam as condutas na direção desejada.

As bases teóricas para intervir com o programa de condicionamento ambiental, derivam da validade do critério demonstrado nos últimos anos pelas escolas psicológicas baseadas no aprendizado e que deu lugar às novas terapias chamadas de comportamento. Elas afirmam que toda conduta se apresenta em uma condição ambiental determinada e na qual há estímulos e sucessos que precedem e seguem uma conduta. A regularidade da interação entre o ambiente e a conduta detectável com métodos rigorosos cria uma ciência da conduta que hoje nos permite observar a relação funcional existente.

Todo especialista constata que a estimulação tendinosa patelar produz um movimento brusco do joelho; que colocando carne diante de um cão privado de comida, ele saliva; um timbre forte faz com que uma criança chore. Todas estas são respostas incondicionadas mas também podem ser produzidas devidas a estímulos neutros, ou condicionados paralelamente com estímulos incondicionados.

Como descreve Pavlov: "se chega ao focinho do cão comida ou alguma substância desagradável, produz-se a secreção de saliva, cujo propósito, no caso da comida, é alterá-la quimicamente e no caso da substância desagradável, diluí-la e eliminá-la do focinho.

Isto constitui um exemplo de um reflexo devido às propriedades físicas e químicas de uma substância que entre em contacto com a mucosa do focinho e da língua. Porém um reflexo similar é despertado, reflexo de secreção, quando as substâncias são colocadas a uma certa distância do cão e os únicos órgãos receptores afetados são o olfato e a visão. Inclusive basta ver o prato de comida para despertar um reflexo alimentar, completo em todos os seus detalhes e, ainda mais, pode provocar a secreção, apenas o fato de ver a pessoa que traz a comida ou o som de seus passos (Pavlov 1927, pg 13). Por isto interessa clinicamente saber quais são as condições ambientais que estão mantendo a conduta desadaptada e deve-se detectar as relações funcionais atuais e habituais entre o indivíduo e o seu ambiente.

**CONDIÇÕES AMBIENTAIS**

1 - Estabeleceu-se um horário regular de 8 h de trabalho diário, de segunda a sexta-feira. Confirmou-se um fim de semana de plantão por mês;

2 - Participariam apenas de 6 a 8 operações semanais e seriam informados com uma semana de antecedência sobre cada intervenção;

3 - Para evitar as chamadas de emergência dos especialistas participantes da experiência, outros foram contratados para substituí-los, se necessário;

4 - Em vez de um fim de semana livre, teriam três;

5 - Não seriam permitidas as horas extras de trabalho;

6 - Foram constituídas equipes cirúrgicas com as quais se discutiam as próximas intervenções. Além disto foram organizadas, com as mesmas, atividades sociais;

7 - O anestesiolegista visitaria o paciente antes da operação a fim de estabelecer um contacto pessoa a pessoa.

**CONDIÇÕES INDIVIDUAIS**

1 - Estabeleceu-se o prêmio de 1 marco por cada cigarro a menos que o paciente fumasse e uma multa de 2 marcos por cada cigarro que passasse da quantidade habitual registrada no primeiro período da investigação;

2 - Não foi imposto, mas apenas solicitado, que voluntariamente fosse eliminado ou diminuído o álcool consumido;

3 - Foi oferecido no centro cirúrgico o acesso a uma sala de jogos, recreio e leitura;

4 - As dificuldades matrimoniais não foram abordadas com nenhuma medida especial, pois se supunha que eram consequência das outras variáveis intervenientes e já expressos nas tabelas III e IV;

5 - 6 - 7 - Por terem sido detectadas condições elevadas de ansiedade, confirmada pela variável de controle 12 e por unidades de conduta conteúdo agressivo ao lado de diversos níveis de perturbações do sono como a insônia, o sono irregular, etc, estabeleceu-se um programa de entretenimento autógeno, uma técnica de relaxamento criada pelo Prof Schulz da Universidade de Viena, cujo objetivo final é o de treinar o paciente a relaxar as diversas zonas do corpo (braços, pernas, abdome, cabeça, etc). Para isto os indivíduos foram treinados para o domínio e controle da capacidade respiratória. Esta técnica foi adotada pela validade já patente no tratamento das condições neuróticas cuja base se alicerça na ansiedade;

8 - Foram estabelecidas competições esportivas uma vez por semana, sendo, nas primeiras duas semanas do programa, obrigatória a participação e voluntária nas subsequentes;

9 - Também não se adotou nenhum programa para a taquicardia porque foi considerada associada às demais variáveis intervenientes. O mesmo se fez com a variável "perturbações digestivas".

**RESULTADOS**

Os primeiros resultados foram obtidos na terceira semana após o início do programa. Concluiu-se o programa após 12 semanas, que foi o período total da experiência. Os dados obtidos acumularam 10741 unidades provenientes das variáveis controladas e das subvariáveis. Por exemplo, a variável conduta agressiva registrava informações de agressão verbal e sua frequência, de agressão por gestos, com contato físico (golpes), estado de mutismo, etc. Foram interpretados mais de três mil curvas de registro acumulativo, impossível de serem apresentadas neste momento. Para agilizar sua apresentação, nos serviremos do modelo de frequência em porcentagem. Os resultados dos grupos experimental e do controle são apresentados nas figuras V e VI. A curva pós-experiência mostra que as condutas desadaptadas se modificaram para um nível significativo de 89. Isto destaca a re-

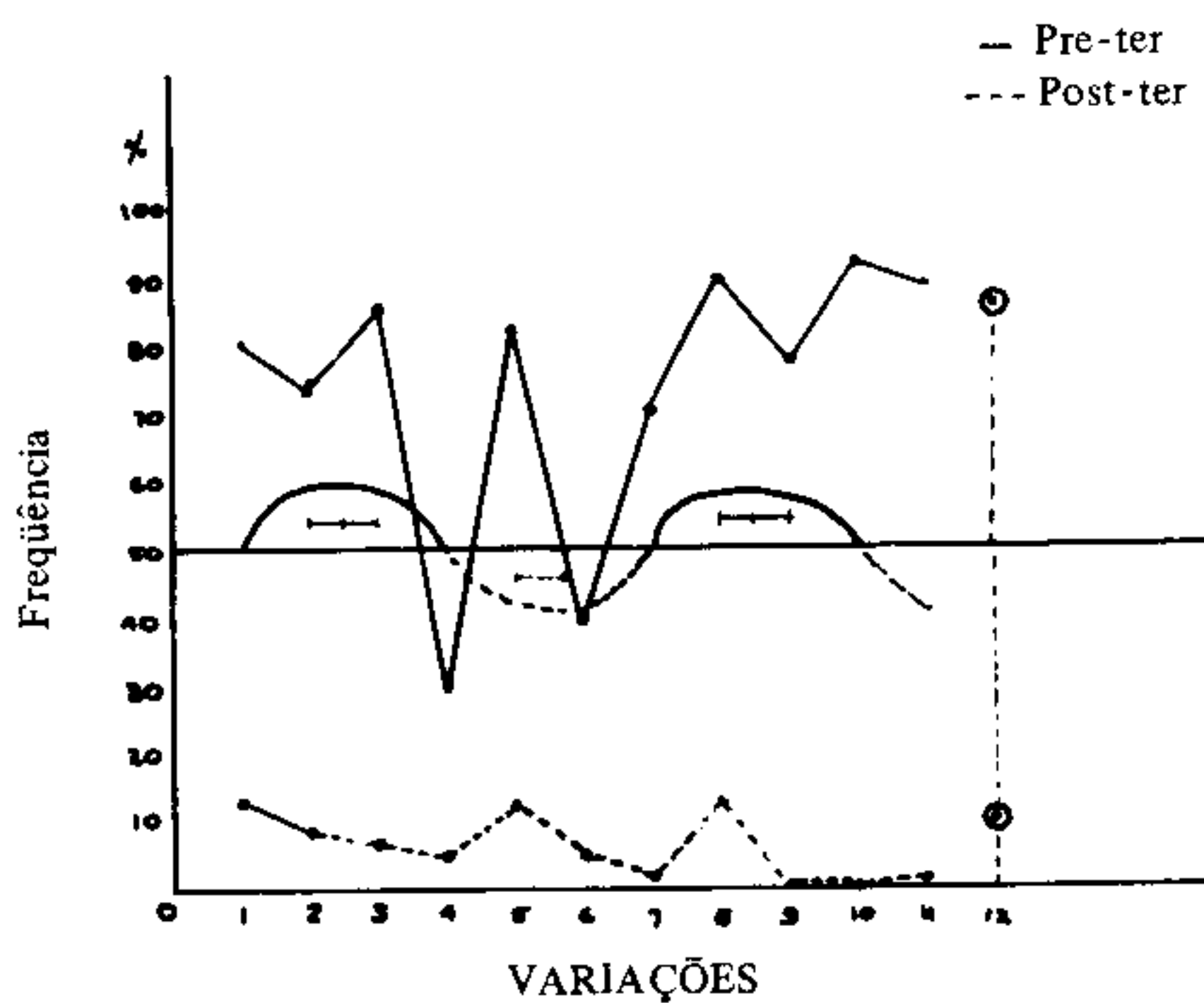


Figura V

Gr. Exper.

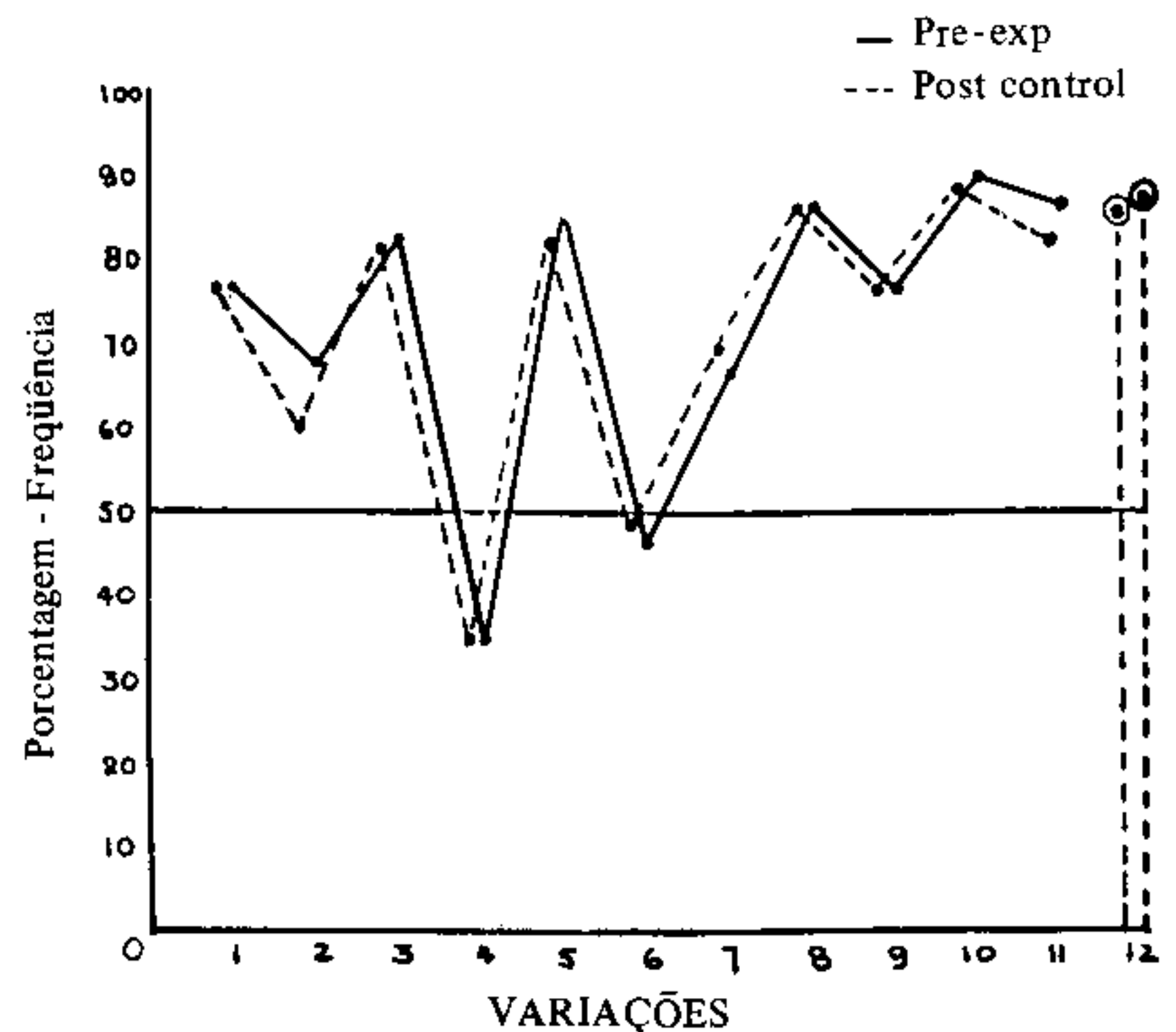


Fig VI

Gr. Control

dução da frequência das condutas desadaptativas como ansiedade, consumo de álcool, taquifagia, etc e o incremento em condutas adaptativas como esporte, controle agressivo, etc. O estudo radiológico evidenciou a redução do nicho ulceroso a um nível de significância de 79, o que faz supor que em sua manutenção intervêm, todavia, outros fatores químicos ou ambientais (condicionamento negativo) não controláveis por enquanto ou durante a elaboração desta investigação.

## DISCUSSÃO

A investigação realizada nos mostra o aspecto fundamental das condições ambientais e psicológicas no estudo e tratamento das úlceras gastroduodenais, destacando desta forma, de acordo com os postulados oferecidos por Skinner, Lazarus, Rachman, Eysenck e a escola condutista em geral, que modificando as condições ambientais, também se podem modificar os modelos de respostas no indivíduo. Entretanto a investigação não se limita à manipulação do ambiente, mas intervem sobre o próprio indivíduo, modificando seu repertório de conduta: eliminando a conduta indesejável e favorecendo o aprendizado de outras novas.

O fato de que não se tenham eliminado a nível zero todas as variáveis pode dever-se:

- 1 - A algum defeito na programação e realização metodológica;
- 2 - À presença de variáveis não controláveis (agentes bioquímicos, atividades extra-investigadas dos participantes, etc);
- 3 - A alguma predisposição constitucional do indivíduo que o predispõe à desadaptação fisiológica e perturba a recuperação;
- 4 - As condições diferenciais próprias de cada indivíduo tanto fisicamente como nos modelos psicológicos aperceptivos disfuncionais;
- 5 - Outros.

É de grande significado constatar que a variável de controle 12, ansiedade, tenha sido extremamente sensível à intervenção, o que destaca sua relação no processo

evolutivo das úlceras gastroduodenais. Esta escala revelou sintomas típicos que ao início do tratamento puderam ser eliminados ou mantidos em níveis são nocivos.

**Sintomas Psicológicos** — Estado de alarma - inquietação e irritabilidade perturbações do sono (insônia, pesadelos) - perturbações da atenção e da concentração - perturbações da capacidade de juízo - perturbações da coordenação motora.

**Sintomas Sociais** — Piora das relações com os outros - dificuldade na capacidade de amar, de encontrar afeto, de sentimento empático e de interesse sexual.

**Sintomas Somáticos** — Tensão muscular, tremores, sudorese - alterações vasomotoras como mãos e pés frios, empalidecimento ou avermelhamento imprevisto - opressão e dor no tórax.

Todos estes critérios junto aos outros aqui expostos, ponderam a incidência e o condicionamento de uma conduta básica desadaptativa que do ponto vista psicológico, em um indivíduo predisposto, poderia traduzir-se em termos somáticos, neste caso intervindo no desenvolvimento ulceroso.

Uma exposição a um risco profissional desta monta estabelece a necessidade de ver o fenômeno não como um problema apenas da classe anestesiológica mas sim como um fenômeno que atinge a todos os indivíduos. A necessidade de intervir ante este tipo de risco profissional se faz tão imediata como aquelas relativas ao campo da radiologia, da engenharia atômica e ultimamente, em tom preocupante, da tecnologia química.

A constatação feita por esta investigação chama a atenção sobre a necessidade de uma maior conscientização sobre os alcances e limites do exercício da profissão de anestesiológico por parte do próprio especialista e a sensibilização de outros setores sociais que permitam intervenções preventivas. A fim de conceder algumas alternativas, concluímos esta exposição assinalando determinadas recomendações.

1 - O anestesiológico, por sua função, está obrigado a frequentar vários ambientes: salas de operações, hospitais, clínicas, etc, o que lhe moldou uma identidade saté-

lite, isolada e individual, separada da ação médica geral, para o qual a "responsabilidade" de sua intervenção é só e unicamente sua. Tal critério, sugerimos, deveria ser questionado apresentando o modelo de "equipe médica" na qual a responsabilidade específica e funcional da profissão pertence ao anestesiólogo (como ocorre com todo outro especialista), porém a intervenção geral é responsabilidade de toda a equipe que coordena e que opera com um sentimento coeso e de conjunto. Este sentido "de pertencer" e integração a co-participação da responsabilidade, diminuindo aquela tensão própria do indivíduo que se sente só diante de uma dada exigência. Isto não só aumentará o rendimento mas também melhorará as capacidades próprias de concentração e de atenção inter-relacionadas.

Queremos destacar que não são raros os casos nos quais, terminada uma investigação, todo o grupo se retira deixando apenas o Anestesiologista em seu trabalho de reanimação, mas que em alguns casos deve defrontar algum efeito colateral ligado à atuação do cirurgião, naquele momento, ausente. Na Alemanha se constatou a morte de 1135 pacientes em 1977, 1201 em 1978 devido a esta medida. Um fenômeno que até o presente momento não se excluiu definitivamente.

2 - A programação antecipada de horários de intervenções favoreceria a "predisposição psíquica" do especialista que integra em seu repertório de conduta geral esta disponibilidade a fim de não vivenciar com estresse intervenção inesperada como ocorre com 45% dos anestesiolistas jovens da Alemanha Ocidental.

3 - Por ser o anestesiolista um médico e, portanto, um humanista, às vezes interpreta seu trabalho somente como técnica e mecânica, o que em muitos casos não reforça a capacidade afetiva patente em si. Em outras palavras, busca uma relação mais pessoal com o paciente que dificilmente se pode dar na sala de operações: diante disto se sugere algum contato anterior com o paciente, antes da intervenção, uma medida que, além do mais, tem duas conseqüências de vital importância: 1 - estabelecer uma relação calorosa com o indivíduo, a qual poderá gratificar o nível afetivo do especialista bem como do paciente, e 2 - poderá eliminar o "medo" existente no paciente pela anestesia. Os estudos de Bertolli na Itália (1977) e os de Hoffmann (1978) na Suíça, demonstraram que 47 a 60% das pessoas que jamais conheceram uma operação têm medo da anestesia, enquanto que apenas 18 a 23% temem a operação propriamente dita.

4 - Recomenda-se regularidade não só na atividade profissional, mas também na própria vida pessoal. Deveria ser respeitado e descanso semanal total, pois se detectou que, após 10 dias de trabalho ininterrupto, o rendimento foi inferior em cerca de 20%. Do mesmo modo constatou-se dificuldade de concentração e redução da coordenação motora e da capacidade de memorização. Estudos efetuados pela Sociedade Alemã de Estudos do Risco Profissional demonstraram que no ano de 1978 os acidentes atribuídos ao anestesiolista ocorriam, em 91% dos casos, quando o especialista experimentava um

estado de estafa devido a intensa atividade prévia. Tais estados poderão prevenir-se estabelecendo-se períodos regulares de intervalo e repouso.

5 - Paralelamente a este aspecto recomenda-se evitar o consumo de estimulantes tipo álcool, café, ou a constante utilização de psicofármacos pelo perigo de condicionar condutas dependentes, não raras no ambiente médico europeu. Podemos afirmar, de acordo com os resultados do Conselho Mundial para Estudos do Comportamento, que na Alemanha existem populações médicas que consomem álcool em média preocupante.

6 - É de vital importância a reorganização social também fora do ambiente médico, pois sua tendência é isolacionista, como se registrou em nossos grupos estudados (85%). Este critério é determinante já que, ao prevalecer, constitui um reforço negativo de outras sub-condutas: incremento de estados depressivos, angústia, neurastenia, insociabilidade, etc.

A Sociedade Americana de Psicologia (1976) demonstrou como a privação social, embora tolerável, predispõe os indivíduos à eclosão de condutas neuróticas como fobias, neuroses obsessivas, hipocondria, reações dissociativas, etc, a níveis de 14 a 35%.

7 - Do ponto de vista dos estados ansiosos se sugere organizar atividades de atividade e cultura psicológica. A introdução do Treinamento Autogno nos hospitais europeus a serviço dos anestesiolistas e médicos em geral demonstrou sua validade diminuindo condutas ansiosas desadaptativas, favorecendo as relações entre pessoas, melhorando o rendimento. Em nossa investigação aqui exposta, a aplicação desta técnica controlada por Tetra-tones, Biofeed-Back e eletrodermas, demonstrou sua eficácia ao reduzir os estados ansiosos.

8 - Uma vez que o anestesiolista trabalha fundamentalmente com aparelhos e seu rendimento está ligado não só à sua própria capacidade mas também ao rendimento dos instrumentos e compostos químicos que utiliza, torna-se grandemente necessária a atualização profissional mais do que em qualquer outro setor.

Em resumo, era necessária a conscientização da importância e da função desta classe profissional a fim de proteger sua integridade e saúde. O próprio especialista deveria inspecionar seus momentos e condições ótimas de intervenção e rendimento, evitando trabalhar em momentos de descompensação física grave ou psicológica.

Entretanto, tal processo chama também à responsabilidade daquelas instituições que deveriam ao profissional as condições adequadas para trabalhar e oferecer um rendimento ótimo. As instituições sociais correspondentes evidentemente que intervirão positivamente uma vez que é sua responsabilidade salvaguardar estes recursos humanos que tão eficiente função prestam à sociedade.

O trabalho anesthesiológico transporta em si um enorme significado científico e moral, constantemente submetido a provas. É de se esperar que esta categoria profissional chegue a modelar suas condições ótimas de trabalho a fim de poder ajudar àquele paciente anônimo que, ontem ou hoje, recorre com esperança a este especialista.



Castañon R – Experimental study and psychotherapeutic treatment of gastric-duodenal ulcer among anesthesiologists. *Rev Bras Anest* 31: 6:453 - 460, 1981.

The author relate the results of an investigation made among 32 anesthesiologists with a diagnostic of gastric-duodenal ulcer. He concern the modern concepts of psychotherapeutic technics and suggest changes in the ambient and specific behavior models to eliminate undesirable conveyances to decrease or expell the gastric-duodenal ulcer.

The results showed the importance of the psychological factors on the gastric-duodenal ulcer development and accentuated the possibility of management at this level.

Key - Woords: ANESTHESIOLOGISTS: gastric-duodenal ulcer; PSYCHOLOGY: treatment.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McLelland J – Behavioral Studies, Ed. WCBS: 372, 1978.
2. Cushing – cit por Schaposnik J, op cit.
3. Schaposnik J – Clínica médica, Ed Troquel, 5 ed, Buenos Aires, 1970.
4. Conrad E – The Emotional Behavior, Ed TED, Cal, 1971.
5. Jones J , Altman P – Psychological Treatment in Medicine, Ed, Boxen, 1973.
6. Sidman – Tácticas de investigación científica, 1973.
7. Pavlov I – Conditioned Reflexes, Oxford Univ Press, London, 1927, p 13.
8. Bertolli G – II servizio medico, Ed. Porcelli, 1977.
9. Hoffmann R – Werde ich gesund, Ed Pentax, 1978.