

**VISITA PRÉ-ANESTÉSICA: RESPONSABILIDADE
INTRANSFERÍVEL DO ANESTESIOLOGISTA (*)**

DR. EDISIO PEREIRA, E.A. ()**

DR. ZAIRO EIRA GARCIA VIEIRA, E.A. (*)**

São analisados e revistos o conceito, os objetivos e a prática da visita pré-operatória, enfatizando-se o papel do anestesiolegista como clínico e consultor.

A avaliação pré-anestésica, desde que corretamente executada, prepara psicologicamente o enfermo diminuindo sua ansiedade frente ao ato anestésico-cirúrgico. Além disso, fornece ao anestesiolegista os elementos para a classificação do estado físico, seleção de drogas e escolha da técnica anestésica, dentro de bases clínicas, fisiológicas e farmacológicas.

A anestesiologia depois de ultrapassar uma fase de total desprestígio no final do século passado e princípio do atual, evoluiu em estágios diferentes nas várias partes do mundo até atingir sua aceitação como especialidade médica dentro do contexto atual da medicina moderna.

O campo de atividade da especialidade leva o anestesiolegista não só à aplicação de conhecimentos científicos na execução técnica nos cuidados pré, trans e pós-operatórios, no tratamento da insuficiência respiratória, na reanimação cardio-respiratória, no tratamento do choque, no alívio da dor crônica e na correção de alterações de líquidos eletrólitos.

Infelizmente, tem-se constatado que está se solidificando uma conduta, não premeditada, de relegar a plano secundário a visita pré-anestésica, vista sob seus três objetivos: (a) diminuir a tensão emocional; (b) avaliar as condições

(*) Trabalho realizado na Divisão de Anestesiologia da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

(**) Professor Colaborador (Anestesiologia), Departamento de Medicina Complementar, Universidade de Brasília, DF.

(***) Professor Titular (Anestesiologia), Departamento de Medicina Complementar, Universidade de Brasília, DF.

AP 1815

1437

clínicas do paciente e (c) escolher a técnica e agente anestésico. Será que existe um despreparo clínico para escolher, realizar e interpretar testes de "cabeceira"; prever e prevenir as conseqüências de outras patologias médicas associadas à patologia cirúrgica, avaliar clinicamente e/ou respiratória, mas com análises laboratoriais desviadas da normalidade; classificar corretamente o estado físico; correlacionar os dados extraídos das condições clínicas do paciente e a recuperação da técnica e o tipo de anestesia escolhido?

Quando a anestesiologia fica reduzida a uma simples rotina técnica e a responsabilidade da visita é delegada a outro colega, que não aquele escalado para a anestesia do caso, há maior probabilidade de configurar negligências ético-profissionais que poderão ter conseqüências médico-legais desastrosas. O anestesiológico deve conscientizar-se de que a anestesia não é um simples ato técnico e que toda prescrição pré-operatória, mesmo que seja para ordenar o jejum ou "nenhuma medicação pré-anestésica", deve ser escrita, e *é da exclusiva responsabilidade do profissional que vai realizar a anestesia.*

Na suposição que a droga "per se" é capaz de "relaxar" a ansiedade do paciente, as visitas pré-anestésicas são muitas vezes feitas apressadamente, sem o devido preparo psicológico do doente e sem estabelecer uma adequada relação médico-paciente. Não é rara, nem ocasional a "prescrição" da medicação pré-anestésica por telefone, ou por ordem verbal, diretamente à "enfermeira", sem conhecer a história clínica e realizar o exame físico.

Indiscutivelmente, a prática da visita pré-anestésica reduz significativamente a possibilidade de complicações no trans e pós-operatório, aumentando a margem de segurança para o paciente. Para o profissional, oferece a possibilidade de um melhor discernimento quando a avaliação das condições físicas do paciente e indicação da técnica anestésica a ser empregada, além de ser um importante elemento na prevenção de problemas médico-legais.

Esta revisão atualizada dos conceitos sobre a visita pré-anestésica é especialmente dirigida aos Residentes em Anestesiologia.

VISITA PRÉ-ANESTÉSICA

Na entrevista pré-anestésica, feita na véspera da cirurgia, o anestesiológico contribui para "liberar" a tensão emocional do paciente, através de um diálogo despretencioso e simples, fornecendo explicações sucintas sobre os objetivos

da visita, evitando entretanto comentários sobre o prognóstico pós-operatório (domínio do cirurgião). Medicação pré-anestésica (hora, via de aplicação e efeito), jejum durante as 6 ou 8 horas que precedem à anestesia, hora que será encaminhado ao centro cirúrgico, colocação de esfigmomanômetro e punção venosa na sala de cirurgia, técnica da anestesia a ser executada, permanência na sala de recuperação ou cuidados especiais na UTI (necessidade de respiração assistida no pós-operatório, uso de monitores) e efeito dos analgésicos no controle da dor pós-operatória fazem parte das informações gerais dadas ao paciente, observando-se a particularidade de cada caso.

O preparo psicológico do enfermo durante a visita pré-anestésica tem reconhecido efeito benéfico, diminuindo a ansiedade e o trauma emocional do paciente. Esta conduta reduz ou mesmo elimina a necessidade de depressores do sistema nervoso central utilizados na sedação do paciente cirúrgico e repercute numa menor morbidade e mortalidade pós-operatórias.

As alterações fisiológicas decorrentes da ansiedade, medo e insegurança causam modificações viscerais e esqueléticas, por estímulo do sistema nervoso central, provocando aumento da secreção adrenal, do débito cardíaco e da tensão muscular. Em decorrência, aumentam as necessidades metabólicas, com alterações das reservas fisiológicas do paciente e de seus mecanismos de compensações. Os efeitos indesejáveis da elevação da taxa sanguínea de catecolaminas nos estados emocionais são fatos conhecidos, que tornam a indução e manutenção da anestesia mais difíceis e perigosas. O anestesiológico é, pois, capaz de exercer importante influência benéfica, reduzindo a carga emocional do paciente.

A maioria dos pacientes estão ansiosos antes da cirurgia, embora alguns pareçam calmos ou agressivos. Estes, devem ser detidamente observados, pois estão utilizando um mecanismo de defesa onde o medo é minimizado pela negação. A experiência pessoal no contexto da relação médico-paciente é a única maneira de reconhecer os sinais de "negativismo", o qual também induz modificações fisiológicas por estimulação do sistema nervoso central. O tom da voz, expressão facial, postura, distorção da realidade, movimentos motores, particularmente mãos, dedos, pernas e pés, atitudes no leito são de particular importância quando analisados em conjunto.

As causas de ansiedade pré-operatória variam amplamente, desde uma vaga impressão de medo, preocupação com

não "resistir" à anestesia ou cirurgia. Todo esforço deve ser dirigido para diminuir a ansiedade, medo, angústia, dor e reduzir o negativismo do paciente.

Por último, deve ser lembrado que perguntas do paciente nunca devem ser interpretadas pelo anestesiolegista como falta de confiança na sua competência profissional. Deve-se reconhecer que "o paciente tem uma doença com seus fatores emocionais próprios e que ele traz sua própria personalidade e ansiedade para sua doença ou cirurgia".

No que diz respeito à criança, os aspectos psicológicos são mais amplos, pois envolvem diferentemente em relação à idade. Em linhas gerais, a hospitalização da criança provoca um trauma emocional ligado a: 1. separação do seu ambiente material (roupas, brinquedos, leito), com quebra dos hábitos de vida familiar; 2. separação do seu ambiente afetivo; 3. privação de sua liberdade, pelas "leis" do ambiente hospitalar; 4. manifestações de ansiedade transmitida pela reação dos pais; 5. medo do desconhecido.

Como resposta a estes estímulos, geram-se modificações no comportamento da criança, mais evidentes naquelas de baixa idade, principalmente quando não é permitida a presença da mãe como acompanhante. Em consequência, a criança poderá apresentar sequelas psíquicas após a alta hospitalar: terror noturno, medo de ficar só ou de pessoas vestidas de branco, regressão do comportamento, insônia, pesadelos, atitudes negativistas.

Durante a visita pré-anestésica, o anestesiolegista deve usar técnicas psicológicas, consagrando um tempo inicial em busca da captação da amizade e confiança destes pequenos pacientes. Desde que a idade permita, o médico deverá se dirigir diretamente à criança e pedir sempre sua permissão para o examinar. Somente solicitar à mãe as informações adicionais.

Ainda dentro dos limites de compreensão da criança ela deve ser informada sobre o que vai se passar, particularmente com respeito à indução de anestesia e despertar, utilizada a seu alcance.

1. AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

1.1. *História Clínica.*

A entrevista deve obedecer um planejamento visando obter do paciente as informações pertinentes às suas condições físicas e mentais. Evitar "lacunas" durante a conversação, as quais podem diminuir, no entender do paciente, os

fatores de confiança no médico. Após um contato informal com saudação e apresentação, solicitar a saída de visitantes ou acompanhantes. Iniciar a entrevista ouvindo pacientemente lembrando que muitos enfermos necessitam de incentivo para conseguir dialogar como médico, principalmente porque tem receio de expressar seus sentimentos de angústia ou insegurança.

A história clínica contada na entrevista tem por objetivo estabelecer um relacionamento pessoal e obter uma idéia panorâmica do estado de saúde do enfermo, permitindo ao anesthesiologista uma avaliação da gravidade da doença atual, condições sócio-econômicas, hábitos de vida, constituição física e personalidade do paciente. Todas estas condições são fatores de interação na resposta à depressores do sistema nervoso central.

- 1.1.1. Profissão? Idade?
- 1.1.2. Cirurgias anteriores? Que tipo de cirurgia?
- 1.1.3. Que tipo de anestesia Gostou? Há más recordações? Quais? Complicações? Antecedentes familiares de complicações anestésicas? Quais?
- 1.1.4. Alérgico? A que? Quais os sintomas? Quanto tempo duram? Como são controlados? Há quanto tempo houve a última reação alérgica?
- 1.1.5. Uso de drogas? Quais? Há quanto tempo?
- 1.1.6. Alguma doença grave? Qual? Quando? Por quanto tempo?
- 1.1.7. Perda de peso? Quanto? Em quanto tempo?
- 1.1.8. Fuma? Quantos cigarros diários? Há quanto tempo?
- 1.1.9. Alcool? Quantidade? Há quanto tempo?
- 1.1.10. Hábitos alimentares. Peça dentária móvel? (em caso afirmativo, informar que será removida antes do encaminhamento ao centro cirúrgico).
- 1.1.11. Lente de contacto? (em caso afirmativo, informar que não deverá ser colocada na manhã seguinte).
- 1.1.12. Aparelho cardiovascular. Existência passada ou atual de doença cárdio-vascular? Palpitações? Características? Início e término? Dor precordial? Localização, irradiação, fatores desencadeantes (emoção, exposição ao frio e/ou pós-prandial?) Duração? Meios de alívio (repouso e/ou medicação?) Dispneia aos esforços ou marcha? Grandes, médios ou pequenos esforços? Ortopneia? Dispneia com sibilância? Cianose? Edema maleolar vespertino? Vertigem? Lipotímia? Trombose venosa? Claudicação à marcha?

- 1.1.13. Aparelho respiratório. História progressiva de afecções respiratórias repetidas? Início, extensão, evolução e tempo de doença? Tosse? Frequência e intensidade? Tosse seca? Tosse produtiva? Expectoração: quantidade? Muco? Muco-purulenta? Sangüínea? Dispnéia? Característica?
- 1.1.14. Rim. História progressiva? Diurese? Poliúria? Cor da urina e ritmo mictemérico? Edema facial?
- 1.1.15. Doença hepática? Icterícia? Transfusão sangüínea recente?
- 1.1.16. Endocrinopatia?

Durante a entrevista o anestesiolegista deve possuir um arguto sentido de observação na busca de deformidades físicas que possam oferecer dificuldades técnicas durante a anestesia.

1.2. *Exame Físico Geral.*

Examinar aquilo que julgar necessário, com ênfase nos órgãos e sistemas diretamente relacionados com a anestesia, evitando exames prolongados e sem interesse direto.

A capacidade para tolerar os efeitos adversos da anestesia e cirurgia depende das condições respiratórias, circulatórias e função homeostática do fígado, rins, sistemas nervoso central e endócrino. O julgamento das condições de saúde do enfermo decidirá sobre a possibilidade de realização da anestesia ou adiá-la, considerando o paciente, o tipo de cirurgia e a urgência da indicação cirúrgica.

Exame cuidadoso, com testes de avaliação do estado funcional cardíaco e respiratório, nunca devem ser esquecidos nos enfermos que referem dispnéia. Uma simples resposta do paciente de que é capaz de subir um lance de escada ou tolera exercícios físicos sem desencadear uma dispnéia ou palpitação, pode ser "grosseiramente" avaliado como em condições "satisfatórias" de reserva cárdio-respiratória para uma cirurgia.

- 1.2.1. Estado de nutrição: Obeso. Desnutrido. Peso, altura e temperatura.
- 1.2.2. Exame do pescoço, boca e estado de conservação dos dentes; uso de peça dentária móvel. Mobilidade da articulação têmporo-mandibular, permeabilidade das narinas, mobilidade da coluna cervical, condições das veias do antebraço e dorso da mão; exame dos pontos de referência anatômica para anestesia condutiva; edemas. Turgência venosa jugular. Exame

da pele em busca de telangectasias, púrpura ou icterícia; cianose, palidez. Estado de hidratação. Exames da extremidade dos dedos, perfusão capilar; exame das mucosas. Exame dos membros inferiores à procura de edemas ou trombozes venosas.

- 1.2.3. Aparelho respiratório.
- 1.2.4. Aparelho cárdio-vascular.
- 1.2.5. Palpação do fígado: tamanho, consistência, sensibilidade. Refluxo hépato-jugular.

1.3. *Testes de cabeceira.*

Embora não possuam precisão "científica", tem um valor inestimável pela simplicidade. Permitem triar pacientes sem história evidente de patologia cardíaca ou respiratória, bem como avaliar as reservas disponíveis para tolerar a anestesia; orientam a indicação e conduta da anestesia ou mesmo, indicam a necessidade de medidas profiláticas na prevenção de complicações pré ou pós-operatórias. Além destas vantagens, cita-se: (a) esforço mínimo do paciente para realizá-los. (b) executados em curto intervalo de tempo; (c) podem ser reproduzidos sem prejuízo para o paciente; (d) equipamento de baixo custo; (e) correlacionam com dados obtidos laboratorialmente.

- 1.3.1. Teste de tosse induzida. — De importância como sinal precoce nas doenças traqueobrônquicas, particularmente nos fumantes, ou portadores de bronquite crônica. Uma resposta anormal pode ser interpretada como maior possibilidade de complicações respiratórias no pós-operatório, como atelectasias ou pneumonia, em especial na cirurgia do abdomen superior.

Após uma tosse induzida, o teste é negativo (ou normal) quando a resposta é "seca", ou seja, sem alteração auscultatória pulmonar. O teste é positivo (ou normal), quando a resposta é "úmida" após as primeiras respirações subseqüentes à tosse, com a ausculta detetando estertores roncantes, sibilantes ou bolhosos indicando a presença de secreções retidas na árvore tráqueo-brônquica. A expectoração de secreção espessa e viscosa ou o desencadeamento de acesso de tosse paroxística são também consideradas como resposta anormais.

- 1.3.2. Teste da apnéia voluntária — Os dois fatores mais importantes na determinação do tempo de apnéia

voluntária são as tensões arteriais de O_2 e CO_2 . Este teste revela, de maneira grosseira, alterações da função cárdio-pulmonar. O tempo de apnéia representa o tempo máximo que a respiração pode ser voluntariamente interrompida.

Instrui-se o paciente para fazer uma inspiração profunda seguida de uma expiração completa. Após uma segunda inspiração profunda, prender a respiração até o limite máximo de tolerância. O tempo de 48 segundos (± 10 segundos) é considerado como normal. Enfermos com enfisema pulmonar, mas sem falência cardíaca, ou aqueles com reserva cárdio-pulmonar diminuída, conseguem manter a apnéia por 23 segundos (± 2 segundos). O tempo de 15 segundos (± 6 segundos) é sinal de grave comprometimento funcional cardíaco ou cárdio-vascular.

1.3.3. Teste da chama (vela ou fósforo) — Quando estandarizado, é importante como exame de cabeceira para avaliar a capacidade ventilatória, visando detectar sinais de obstrução das vias aéreas. Como os anteriores, é válido na triagem de pacientes e, desde que positivo, indica que testes laboratoriais especializados da função pulmonar devem ser realizados ou pelo menos estão indicados.

Usando uma expiração forçada, o método fundamenta-se no princípio de que a capacidade para apagar uma chama estandarizada (fósforo ou vela) colocada a 15 cm da boca do paciente, amplamente aberta, depende da velocidade do fluxo aéreo e que este está sempre alterado nas obstruções das vias aéreas. Os resultados correlacionam bem com a FEV_1 , MVV e avaliam o fluxo expiratório máximo forçado (peak expiratory flow rate).

Previamente acesa, a chama é colocada a 15 cm da boca do enfermo, no mesmo plano horizontal. Instrui-se o paciente para inspirar lenta e profundamente (inspiração máxima) e a seguir, soprar o mais rápido e forte que ele possa (mantendo a boca aberta) na tentativa de apagar a chama. O teste, quando negativo, deve ser repetido, para se ter a certeza do esforço máximo do enfermo.

Oitenta por cento dos doentes com MVV abaixo de 60 l/min e 85% com FEV_1 abaixo de 1,6 litros não conseguem apagar a chama. Por outro lado, 80% dos pacientes com MVV acima de 60 l/min e 85% com FEV_1 acima de 1,6 litros o fazem.

O conhecimento prévio da redução do fluxo expiratório é importante porque traduz uma redução da capacidade do paciente para tossir e remover secreções das vias aéreas.

- 1.3.4. Manobra de Valsalva (Fig. 1) — Útil na determinação de presença ou ausência de congestão pulmonar em doentes com suspeita de doença cardíaca esquerda (estenose mitral ou aórtica, falência do VE) ou para diagnosticar uma insuficiência cardíaca inci-

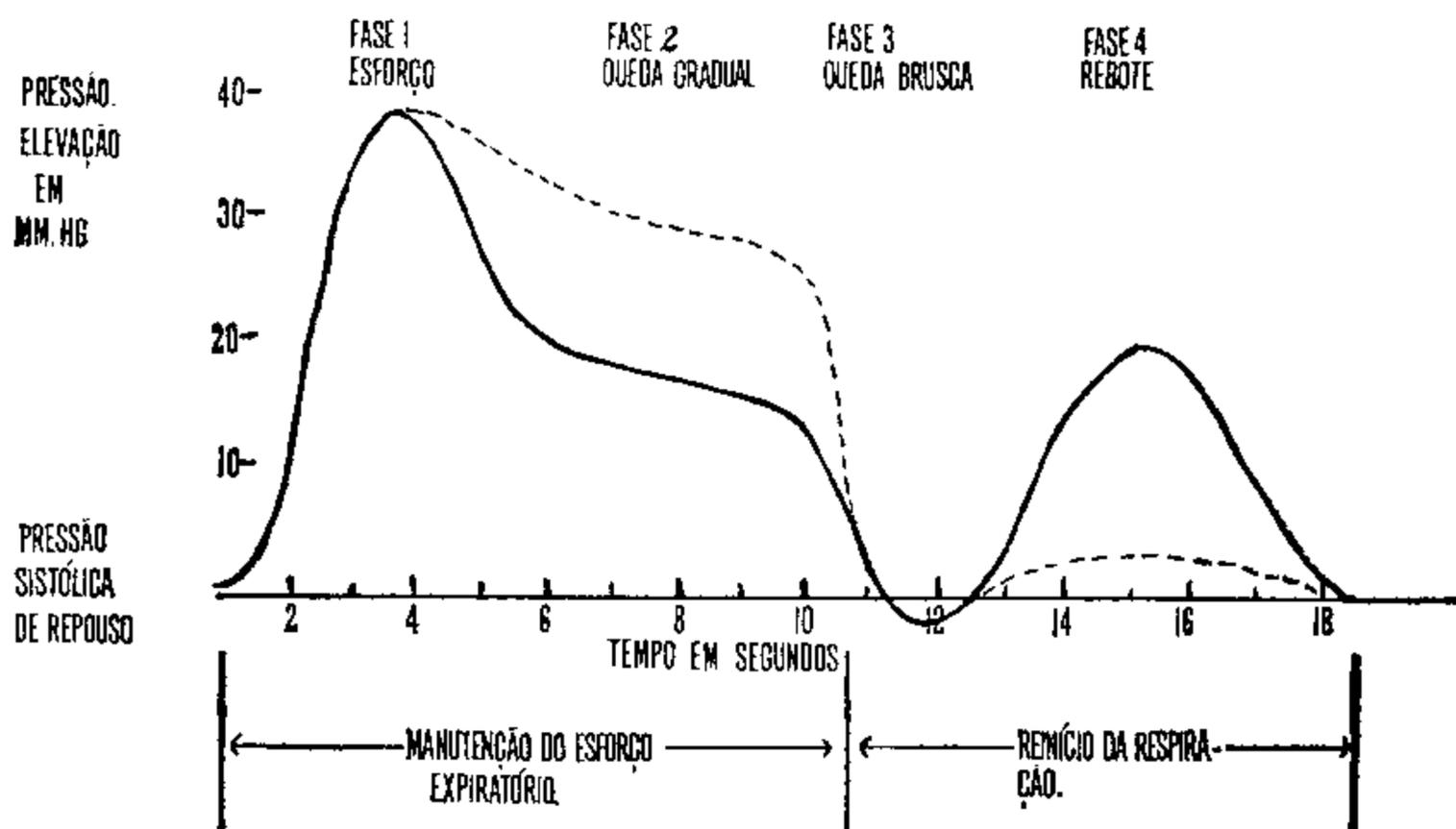


FIG. 1

FIGURA 1

Efeito da manobra de Valsalva sobre a pressão arterial em pessoas normais (linha cheia) e em congestão pulmonar (linha pontilhada). (Collins V J — Principles of Anesthesiology, Philadelphia, Lea & Febiger, 1966, p. 168).

piente. Pode ainda ser usada como diagnóstico diferencial da dispnéia. Paciente em repouso, posição supina, esfigmomanômetro e estetoscópio devidamente colocados; o enfermo é instruído para, após uma inspiração normal, expirar num bocal conectado a um manômetro, de modo a manter durante 10 segundos uma pressão de 40 mm Hg (a subida até 40 mm Hg deve ser rápida). A resposta normal (teste negativo) é dividida em quatro fases. FASE 1 — ocorre no início da expiração forçada e dura 3-5 segundos a partir do tempo zero da prova; a pressão arterial sistêmica sobe bruscamente, 40 mm Hg ou pouco mais, devido ao aumento da pressão intratorácica que se soma à pressão do sangue na aorta

e ao sangue que é “espremido” dos pulmões para o coração esquerdo. FASE 2 — inicia-se uma queda gradativa da pressão arterial, em direção à basal, devido a alta pressão intra-torácica que comprime as grandes veias, reduzindo o retorno venoso e o débito cardíaco; a queda da pressão arterial e pressão do pulso inibe os baro-receptores causando taquicardia e aumento da resistência periférica. FASE 3 — no momento em que a glote é aberta (quando termina a expiração forçada e reinicia-se a respiração normal) há uma súbita queda da pressão arterial. FASE 4 — quando a glote é aberta e a pressão intra-torácica retorna ao normal, o débito cardíaco é restaurado, mas os vasos periféricos estão em constricção, o que resulta numa elevação da pressão arterial 10-15 mm Hg acima do nível basal (overshot.); isto estimula os baroreceptores, causando bradicardia e o retorno da pressão arterial aos níveis iniciais. As fases 1 e 4, são as mais importantes para avaliação do resultado do teste. Quando a resposta é equívoca, deve-se repeti-lo com os membros inferiores elevados de 30°. Quando há congestão pulmonar verifica-se a persistência da pressão arterial elevada durante a fase 2 e a ausência de “overshoot” na fase 4. Nos pacientes com deficiências no controle autonômico do coração as modificações de frequência cardíaca não são observadas.

- 1.3.5. Teste semi-quantitativo da capacidade ventilatória. Pode ser utilizado pelo anestesiológista que não tem acesso a equipamento especializado para avaliação ou diagnóstico de um componente obstrutivo das vias aéreas.

A medida da capacidade ventilatória é feita pelo método de expiração forçada (Wright et McKerrow)., medindo o volume de ar expirado em relação ao tempo (peak flow rate). Obtendo-se a evidência de insuficiência ventilatória (valores abaixo dos previstos no nomograma), este teste é complementado pela medida do “tempo expiratório forçado”. Para realização deste último, o paciente é instruído a encher lenta e completamente os pulmões e a seguir expirar todo o ar, o mais rápido possível, mantendo a boca totalmente aberta. Com um estetoscópio no laringe do enfermo e um cronômetro, mede-se o tempo decorrido para “eliminar todo o ar inspirado”. Um

prolongamento acima de 5 segundos, indica presença de patologia obstrutiva.

O fluxo expiratório máximo forçado ("peak flow rate"), estima a capacidade ventilatória e pode ser utilizado como índice de resistência expiratória nas veias aéreas, quando se faz uma interpretação comparativa dos resultados obtidos, antes e após o uso de broncodilatador.

- 1.3.6. **Teste CPZ** — Método prático para avaliar a volemia, particularmente nos casos de pequenas perdas sanguíneas sepetidas.

Com o paciente em decúbito dorsal, após determinação da pressão arterial de controle, administra-se lentamente uma dose de 0.2 mg/kg de clorpromazina em solução diluída. Durante 5 minutos, a cada minuto, verifica-se a pressão arterial. Existindo uma aparente anormalidade cárdio-vascular mantida por mecanismo de compensação adrenérgica, apesar da hipovolemia real, haverá uma queda de 25% ou mais, do valor sistólico de controle. A queda na pressão sistólica guarda uma relação direta com o deficit do volume sanguíneo, denunciando a hipovolemia. Para maiores detalhes e outras indicações, sugerimos a leitura do trabalho original (Vieira et alii, 1965).

- 1.4. *Exames Complementares*: Exames usados na rotina pré-anestésica. Deve ser estabelecido um mínimo de análises laboratoriais consideradas "de rotina" para anestesia em cirurgia eletiva de qualquer porte. Exemplo
- 1.4.1. Hb e Ht. Mínimo aceitável de 10,5 g e 30%, respectivamente.
- 1.4.2. Grupo sanguíneo e fator Rh.
- 1.4.3. Urinalisis.
- 1.4.4. Exames específicos para parasitas (em regi es endêmicas, ex.: doença de Chagas).
- 1.4.5. Uréia, creatinina e glicose (quando houver glicosuria, proteinuria ou suspeita de doença renal).
- 1.4.6. Proteínas totais e frações (quando houver suspeita de má nutrição).
- 1.4.7. E C G (pacientes acima de 50 anos, ou com suspeita ou presença de doença cardiovascular e/ou respiratória). Não avalia a capacidade funcional do coração.
- 1.0.8. Raio-X do tórax (em presença de patologia cardíaca, pulmonar, ou em casos especiais). A abreugrafia, pelo contrário, deve ser exigida como rotina.

- 1.4.9. Avaliação do "status" cardíaco. Havendo indicação, o grau de disfunção cardíaca pode ser avaliado pela história, exame físico e teste de tolerância ao exercício. Classificação funcional de acordo com a New York Heart Association.
- 1.4.10. Testes da função pulmonar. A espirografia completa (espirograma expiratório forçado) é indicada nos indivíduos idosos ou quando há história progressiva de doença pulmonar bilateral pneumopatia crônica difusa e nos grandes fumantes.
- 1.4.11. Exames especiais de acordo com o caso: cateterismo cardíaco, gasometria arterial, bronco-espirografia, testes de função hepática e/ou renal, eletrólitos no plasma, estado ácido-básico, sanguíneo, etc.

1.5. *Classificação do Estado Físico.*

Define o paciente em relação às suas condições físicas, única e exclusivamente. As variáveis relacionadas com o vulto da cirurgia, condições hospitalares e qualificação da equipe médica, que são componentes para a avaliação do tradicional "risco operatório", deixam de ser consideradas, o que torna uniforme o sistema de classificação de acordo com o estado físico.

Há 5 graus de ESTADO FÍSICO perfeitamente identificados: CLASSE 1. Pacientes sem patologia orgânica ou com processos patológicos localizados que não causam qualquer alteração ou anormalidade sistêmica. Ex.: Fratura sem sinais sistêmicos de injúria. Infecções localizadas, sem febre. Patologia viscerais sem alterações sistêmicas. Hérnias não complicadas. Enfim, qualquer tipo de operação (pequena, média ou grande), pode cair nesta classe pois apenas a condição física do paciente é levada em consideração.

CLASSE 2. Pacientes com alterações sistêmicas moderadas porém bem definidas, que podem decorrer da patologia cirúrgica a ser corrigida ou de outros processos patológicos intercorrentes. Ex.: Diabetes moderado. Acidose ligeira. Anemia moderada. Faringite séptica ou aguda. Infecções superficiais, mas que causam reações sistêmicas. Adenoma da tireóide com obstrução respiratória parcial. Anemia moderada. Osteomielite aguda ou crônica. Tuberculose pulmonar sem sintomas respiratórios ou declínio de atividade física.

CLASSE 3. Pacientes com alterações sistêmicas graves e incapacitantes com uma ou mais causas. É impossível dar-se uma medida absoluta da "gravidade", é uma questão de acuidade na avaliação clínica. Os exemplos servem como suges-

tões para demonstrar a diferença entre classe 2 e classe 3. Ex.: Diabete grave ou complicada. Associação de doença cardíaca e doença respiratória ou outras doenças que reduzem acentuadamente as funções normais. Obstrução intestinal de duração suficientemente prolongada causando alterações fisiológicas graves. Tuberculose pulmonar extensa (tratada ou não) que reduziu a capacidade vital a ponto de causar taquicardia e dispnéia. Pacientes debilitados por doença de longa duração com incapacitação funcional de um ou vários sistemas fisiológicos. Trauma violento (por acidente) resultando em choque que responde a tratamento. Abscesso pulmonar.

CLASSE 4. Pacientes com alterações sistêmicas extremamente graves com risco iminente de morte, a despeito de qualquer tipo de tratamento. Dependendo da duração ou da natureza das alterações sistêmicas já pode existir dano irreversível para o organismo. Nesta classe são incluídos enfermos em condições físicas extremamente ruins. Não existem muitas ocasiões para se usar esta classe nos pacientes em condições de um hospital geral, porém serve para separar o paciente em condições extremamente graves dos demais. Ex.: Descompensação cardíaca. Trauma extenso com dano irreparável. Obstrução intestinal total de longa duração em enfermo já debilitado. Doença cárdiovascular e renal com acentuada redução da função renal. Pacientes com hemorragia secundária, quando a perda sangüínea se superpõe à condições físicas debilitadas.

CLASSE 5. Pacientes moribundos que não sobreviverão 24 horas com ou sem operação.

EMERGÊNCIA. Uma operação de emergência é definida arbitrariamente como um procedimento cirúrgico que deve ser realizado sem demora, na opinião da equipe cirúrgica. Neste caso o número da classe é precedido da letra "E". Ex.: E2, E3, etc.

No início do uso desta rotina pode ser difícil para o anestesiolegista classificar enfermos levando em consideração apenas o estado físico. Subconscientemente o vulto da intervenção e outros fatores podem influenciá-lo na escolha final. Com cuidado, diligência e atenção para detalhes adquire-se rapidamente o hábito de limitar o raciocínio focalizando exclusivamente as condições físicas do paciente. No ensino de anestesiolegistas é muito mais fácil projetar a idéia do "Estado Físico" do que a do antigo "Risco Operatório". Quando há vários indivíduos classificando pacientes, o estado físico constitui um denominador comum prático, fácil de determinar e, mais importante ainda, comparável.

2. MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

Terminada a comunicação direta e pessoal entre o médico e o paciente é feita a escolha da(s) droga(s) e dosagem(ens) de acordo com as condições físicas e mentais do paciente e dentro dos objetivos do anestesiológico (diminuir ansiedade, efeito amnésico, ação anticolinérgica, prevenir náuseas e vômitos no pós-operatório, proporcionar analgesia).

3. SELEÇÃO DA ANESTESIA:

Somente uma correta avaliação física e mental do paciente poderá orientar na indicação da anestesia. Alterações no estado emocional, levando a grande ansiedade, podem inclusive contra-indicar um bloqueio condutivo. O anestesiológico deve procurar o significado dos vários sintomas e sinais, buscando construir um quadro clínico coerente com a história do paciente, ao mesmo tempo em que avalia a influência da(s) patologia(s) sobre os diversos métodos, técnicas e agentes anestésicos disponíveis.

O problema da interação de drogas deve ser criteriosamente avaliado, pois muitas drogas tem uma definida participação em complicações que "explodem" durante a anestesia. Anestésias prévias, alterações hepáticas ou renais podem constituir contra-indicação específica a determinada(s) droga(s) ou técnica(s). O conceito de que "a melhor anestesia é aquela que o anestesista melhor domina", é uma afirmação da ignorância, sem bases científicas. Devemos estar lembrados que reações indesejáveis podem ocorrer e que nenhuma droga deve ser usada indiscriminadamente.

"A anestesia de um doente não é matéria de gosto ou preferência individual do anestesiológico, porém uma decisão clínica com bases em considerações clínicas fisiológicas e farmacológicas".

SUMMARY

PREANESTHETIC VISIT: PERSONAL RESPONSABILITY OF THE ANESTHESIOLOGIST — A REVIEW

The concept, objectives and practice of the preanesthetic evaluation are reviewed with a detailed discussion of the role played by the anesthetist when "visiting" with the patient before surgery.

General guidelines are suggested emphasizing the attitudes of the anesthesiologist as a clinician and consultant to undercover latent clinical conditions.

Allaying psychological and/or emotional disturbances that are most common during the pre-surgical hospitalization period is stressed as most beneficial for the patient.

The recognition of the emotional stress of the patient, detection of concurrent pathology other than the surgical one, classification of the physical status, selection of drugs and choice of anesthetic techniques to be used become a true clinical exercise in favour of the patient's safety.

REFERÊNCIAS

1. Abram H S & Gill B F — Predictions of postoperative psychiatric complications. *New Eng J Med* 265:1123, 1961.
2. Ard R W & Twining R H — Evaluation of Valsalva test in bedside diagnosis of dyspnea. *Am J Med Sci* 234:403, 1957.
3. Auchinclos J H — Preoperative evaluation of pulmonary function. *Clin Surg N Am* 54:1015, 1974.
4. Barach A L et alii — Physical methods stimulating cough mechanism. *JAMA* 150:1300, 1952.
5. Bogdonoff M D et alii — The doctor-patient relationship. *JAMA* 192:45, 1965.
6. Brauer R W — Liver circulation and function. *Physiol Rev* 43:115, 1963.
7. Brodman R I — Clinical application of pulmonary function tests. *Anaesthesia*, 18:355, 1963.
8. Chase M H & Clement C D — Central neural components of the autonomic nervous system. *Anesthesiology* 29:625, 1968.
9. Cohen B M & Crandall C — Breathlessness ventilation studies and the "match test". *Geriatrics* 18:265, 1963.
10. Collins V J — Principles of Anesthesiology. Philadelphia, Lea & Febiger, 1966.
11. Collins V J — Concepts in Anesthesiology. *JAMA* 182:105, 1962.
12. Collins N W & Moore R C — The effect of a preanesthetic interview on the operative use of thiopental sodium. *Anest Analg* 49:872, 1970.
13. Comroe J H et alii — The Lung. 2nd ed. Chicago, Year Book Publishers, 1962.
14. Cooper C E & Nelson D H — ACTH levels in plasma in preoperative and surgically stressed patients. *J Clin Invest* 41:1599, 1962.
15. Corman H H et alii — Emotional reactions of surgical patients to hospitalization, anesthesia, and surgery. *Am J Surg* 96:646, 1958.
16. Cotes J E — Assessment of respiratory function. In Gray T C & Nunn J F (eds): *General Anaesthesia*, 3rd ed London, Butterworths, 1973 v 2, cap 7.
17. Definition of Anesthesiology. Directory of Members, American Society of Anesthesiologists, 1971.
18. Delègue L & Fontenioux T du — L'approch psychologique du futur operé pédiatrique. *Cahiers D'Anesthésiologie* 24:9, 1976.
19. Doughty A G — The evaluation of premedication in children. *Proc R Soc Med* 52:823, 1959.
20. Dripps R D et alii — The Role of anesthesia in surgical mortality. *JAMA* 178:261, 1961.
21. Dripps R D et alii — Introduction to Anesthesia. The principles of safe practice. 4th ed Philadelphia, W B Saunders, 1972.
22. Drummond J P — Anestesiologia como especialidade médica (editorial). *Rev Bras Anest* 16:243, 1966.
23. Eckenhoff J E & Helrich M — Study of narcotics and sedatives for use in preanesthetic medication. *JAMA* 167:415, 1958.
24. Egbert L D et alii — The value of a preoperative visit by an anesthetist. *JAMA* 185:553, 1963.
25. Egert L D — Reduction of postoperative pain by encouragement and instructions of patients. *New Eng J Med* 270:825, 1964.
26. Egbert L et alii — Psychological problems of surgical patients. In Eckenhoff J E: *Science & Practice in Anesthesia*. Philadelphia, Lippincott, 1965, p 15-20.

27. Euler V S von — Quantitation of stress by catecholamine analysis. *Clin Pharmacol Ther* 5:398, 1964.
28. Eysenk H J — Drugs and personality. *J Med Sci* 57:372, 1957.
29. Fleming P R — Pre-operative assessment of cardiovascular status. In Gray T C & Nunn J F (eds): *General Anesthesia*, 3rd ed. London, Butterworths, 1973, v 2, cap 5.
30. Franksson C & Gemzell C A — Adrenocortical activity in the preoperative period. *J Clin Endocr* 15:1069, 1955.
31. Gaensler E A — Analysis of the ventilatory defect by timed vital capacity measurements. *Am Rev Tuberc* 64:256, 1951.
32. Garlin R et alii — Valsalva maneuver as a test of cardiac function. *Pathologic physiology. Amer J Med* 22:197, 1957.
33. Goldsmith J R — A simple test of maximal expiratory flow for detecting ventilatory obstruction. *Am Rev Tuberc* 78:180, 1958.
34. Gonçalves B — Papel do anestesista num hospital geral. *Rev Bras Anest* 16:389, 1966.
35. Gonçalves B — O anestesista como consultor. *Rev Bras Anest* 21:134, 1971.
36. Gonçalves B et alii — Problemas relacionados com as transfusões de sangue. *Rev Bras Anest* 21:86, 1971.
37. Grande F A — Evolution historica de la anestesiologia como especialidad médica. *Rev Esp Anest Rea* 23:1, 1976.
38. Greene B A & Berkowitz — Preanesthetic induced cough as a method of diagnosis of preoperative bronchitis. *Ann Int Med* 37:723, 1952.
39. Greene D G & Bunnell I V — The circulatory response to the Valsalva maneuver of patients with mitral stenosis with and without automatic blockade. *Circulation* 8:264, 1953.
40. Greene N M — Anesthetic management of patients with respiratory disease. *JAMA* 162:1276, 1956.
41. Han Y H & Brown E S — Pituitary blockage by meperidine in man. *Anesthesiology* 22:909, 1961.
42. Irvin C W — Valsalva maneuver as a diagnostic aid. *JAMA* 170:787, 1959.
43. Jackson K — Psychologic preparation as a method of reducing the emocional trauma of anesthesia in children. *Anesthesiology* 12:293, 1951.
44. Juval H E & Coutinho Z P — Exploração funcional como um meio de avaliação do risco na cirurgia pulmonar. *Rev Serv Nac Tuberculose*, 10:433, 1966.
45. Knowles J H et alii — Clinical test for pulmonary congestion with use of Valsalva maneuver. *JAMA* 160:44, 1956.
46. Kohn R M — Breath holding test for cardiac status. *Circulation* 20:721, 1959.
47. Lee J A & Atkinson R S — *A Synopsis of Anesthesia*. 5th ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1964.
48. Levy D — Psychic trauma of operations in children. *Am J Dis Child* 69:7, 1945.
49. Lichtiger M & Moya F (eds) — *Introduction to the Practice of Anesthesia*. Maryland, Harper & Row, 1974.
50. Litin E M — Preoperative psychiatric consultation. *JAMA* 170:1369, 1959.
51. Loughridge L — Liver and Kidneys in Anaesthesia. In Scurr C & Feldman S (eds): *Scientific Foundation of Anaesthesia*. Philadelphia, Davis Co. 1970 cap 1, p 243-252.
52. *Manual do Residente em Anestesiologia. Curso de Especialização em Anestesiologia da Universidade de Brasília*, 1976.
53. Marshall J R — Preoperative evaluation and choice of anesthesia. In Lichtiger M & Moya F (eds): *Introduction to the Practice of Anesthesia*. Maryland, Harper & Row, 1974, cap 21.
54. Martinez L R et alii — The relative effect of premedication as measured by catecholamine excretion. *Br J Anaesth* 38:780, 1966.
55. Miller W — Pulmonary function evaluation. *Anesthesiology* 17:480, 1956.
56. Morton H J V — Smoking in surgical patients. *Lancet* 1:368, 1944.

57. Mselati A et alii — Les épreuves fonctionnelles respiratoires comme moyen de prévoir les complications pulmonaires postopératoires chez le sujet âgé. *Anesth Anal Réan* 39:407, 1972.
58. Morris W — Psychological and drug preparation of patients for anaesthesia. In Gray T C & Nunn J F (eds): *General Anaesthesia*. 3rd ed. London, Butterworths, 1973. v 2, cap 12.
59. Noviant Y et alii — Étude de quelques éléments d'évaluation du risque respiratoire pós-opératoire chez le sujet âgé. *Anesth Analg Réan* 33:284, 1976.
60. Olin H S & Hachett T P — The denial of chest pain in 32 patients with acute myocardial infarction. *JAMA* 190:977, 1964.
61. Olsen C R — The masch test. A measure of ventilatory function. *Am Rev Resp Dis* 86:37, 1962.
62. Ostlere G & Bryce-Smith R — *Anaesthetics for Medical Students*. Edinburgh and London, Churchill Livingstone, 1974.
63. Price D B et alii — Preoperative emotional state and adrenocortical activity. *Arch Neurol* 77:646, 1957.
64. Price H L & Conner E H — Certain aspects of the hemodynamic response to the Valsalva maneuver. *J Appl Physiol* 5:449, 1953.
65. Raginsky B B — Mental suggestion as an aid in anesthesia. *Anesthesiology* 9:472, 1948.
66. Romeiro V — *Semiologia Médica*. 11.^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1969. 2 v.
67. Ravin M B — The match test as an aid to preoperative pulmonary evaluation. *Anesthesiology* 25:391, 1964.
68. Ravin M B — Influence of gas velocities and concentrations on match-blowing-out time. *Anesthesiology* 25:392, 1964.
69. Schnaper N — What preanesthetic visit? (Editorial). *Anesthesiology* 22:486, 1961.
70. Sharper-Schafer E P — Effects of Valsalva's manoever on the normal and failing circulation. *Br M J* 1:693, 1955.
71. Sheffer M B & Greifenstein F E — Emotional responses of surgical patients to anesthesia and surgery. *Anesthesiology*, 21:502, 1960.
72. Snider T H et alii — Simple bedside test of respiratory function. *JAMA* 170:1631, 1959.
73. Spier C J — The role of the anesthesiologist in the doctorpatient relationship. In Jenkins M T (ed): *Clinical Anesthesia. Common and Uncommon Problems in Anesthesiology*. Philadelphia, F A Davis Company, 1968, p 68-79.
74. Stein M et alii — Pulmonary evaluation of surgical patients. *JAMA* 181:103, 1962.
75. Stein M & Cassara F — Preoperative evaluation and therapy for surgery patients. *JAMA* 211:787, 1970.
76. Vandan L D & Moore F S — Adrenocortical mechanisms related to anesthesia. *Anesthesiology* 21:531, 1960.
77. Vieira Z E G — Anestesia e função hepática. *Rev Bras Anest* 24:309, 1974.
78. Vieira Z E G et alii — O teste da clorpromazina ou teste CPZ. *Rev Bras Anest* 15:187, 1965.
79. Vieira Z E G — Conceitos em anestesiologia. *Rev Bras Anest* 21:123, 1971.
80. Williams J G L & Jones J R — Psychophysiological responses to anesthesia and operation. *JAMA* 202:127, 1968.
81. Wislicki L — Collective fear of anesthesia in institutional children. *Anesth Analg* 43:232, 1964.
82. Wright M B & Mckerrow C B — Maximum forced expiratory flow rate as a measure of ventilatory capacity. *Br Med J* 2:1041, 1959.
83. Zooche G P et alii — Fraction of maximum breathing capacity available for prolonged hyperventilation. *J Appl Physiol* 15:1073, 1960.