

O ANESTESISTA COMO CONSULTOR^(*)

DR. BENTO GONÇALVES, E.A.

A anestesiologia atravessa atualmente um período crítico pelas alterações radicais e reformulações que passa em seus conceitos decorrente da sua plena aceitação como especialidade.

O advento de novos conhecimentos adquiridos e da vivência hospitalar diária, solicitando o anesthesiologista para outras atividades, determinou o aparecimento da figura do Consultor, cujas características e condições são analisadas.

O futuro da especialidade parece ser o de oferecer novas perspectivas e responsabilidades ao médico recém-formado, ampliando as bases clínicas da anestesiologia, e a outra o aproveitamento do especialista altamente treinado como consultor.

Nos dias atuais a Anestesiologia está atravessando uma fase que se pode chamar de crítica devido a alterações radicais e profundas por que está passando, geradas por sua entrada na fase adulta de desenvolvimento.

Depois que a anestesia foi descoberta passou-se um longo período em que sua administração foi tida como atividade sem importância, relegada mesmo ao manuseio por acadêmicos principiantes e bisonhos e até por pessoas leigas, porteiros e bedéis. Aos poucos, porém, principalmente no primeiro quartel deste século, começou a ser praticada por médicos que se dedicaram com interesse especial ao estudo dos seus princípios básicos e a criação de métodos de anestesia, como pioneiros na construção de uma especialidade médica. A infância e adolescência da Anestesiologia podem ser situadas, de forma simplista, como tendo ocorrido após a segunda guerra mundial, correspondendo ao período de afirmação, que foi caracterizado pela luta árdua, contínua e tenaz para seu reconhecimento como atividade médica, exercida por um grupo de especialistas, que na América Latina, em sua maioria, foram mais ou menos autodidatas. ⁽¹⁾ Outrossim, o desenvolvimento

(*) Conferência pronunciada no V Congresso Peruano de Anestesiologia - Outubro de 1970, Lima, Perú.

AP 2300

técnico ainda incipiente fazia com que a administração de anestésias fôsse uma verdadeira arte, desenvolvida pelos mais hábeis, conforme ocorrera desde sua descoberta.

Mas, a medida que os conhecimentos iam sendo sedimentados pelos estudos que se desenvolviam, o aparecimento de fármacos potentes e mais ou menos específicos, cujas vantagens e limitações puderam ser apreciadas, além de melhores aplicações de noções básicas de fisiologia, bioquímica e patologia clínica, fizeram com que o ato anestésico em si, bem como, todos os elementos necessários para sua realização, segura, passassem a ser alicerçados em conhecimentos científicos mais precisos.

Assim, a realização de anestésias tanto quanto seu aprendizado passaram a se fazer com mais técnica, mais eficiência, melhores resultados e menos complicações. Já não existem mais dificuldades técnicas sôbre como manter um paciente bem ventilado, com boa homeostasia circulatória ou em determinado plano de anestesia. A incidência de acidentes iatrogênicos diminuiu como resultado de melhores programas de aprendizado e de rotinas consagradas pela experiência e pelo tempo.

Deste modo, ao entrar a anestesiologia em sua fase adulta, não há mais quem ponha em dúvida de que se trata de uma especialidade médica com sua posição assegurada na medicina moderna ^(4,6,7). Entretanto, ou porisso mesmo, a jovem especialidade enfrenta uma crise gerada pelos problemas de crescimento, manutenção da posição conquistada, de sua evolução e da busca dos caminhos para o progresso a fim de evitar cair no lugar comum da rotina e da estagnação.

Segundo o dicionário de títulos ocupacionais do Departamento do Trabalho dos EE.UU. ^(1,8) *Anestesiologia é uma prática de medicina relacionada com: 1) conduta de procedimentos que colocam um paciente insensível à dor e ao estado emocional, durante procedimentos cirúrgicos, obstétricos e em certas atividades médicas; 2) Manutenção das funções vitais sob a influência da manipulação cirúrgica e da anestesia; 3) condutas clínicas em pacientes inconscientes por qualquer causa; 4) condutas de problemas de alívio da dor; 5) condutas de problemas de ressuscitação cardíaca e respiratória; 6) aplicação de métodos específicos de terapia inalatória; 7) condutas clínicas em alterações de líquidos, eletrólitos e metabólicas.*

De acôrdo com esta definição, eminentemente descritiva, que visa de uma maneira ampla situar as fronteiras da especialidade, o anestesista está relacionado em várias áreas de cuidados com o paciente, exercendo em muitas delas o

papel de médico consultor, isto é, o especialista capaz de intervir com seus pareceres numa série de problemas médicos em que sua vivência sobre o assunto é maior que a de outros.

Mas, será que a posição de consultor que o anestesista pode desempenhar é realmente válida e efetiva? É o que me proponho a debater nesta oportunidade, analisando várias questões sob seus aspectos críticos, desde que a execução das atividades acima referidas não estão precisamente demarcadas. Serão emitidas opiniões, que possam servir de subsídio ao debate do tema, nas principais áreas de atividade do anestesista.

Para a execução de seu mistér, o anestesista funciona como consultor: antes, durante e depois do ato anestésico. ^(8,10) Antes, sua função de consultor é a de, quando chamado ou indicado para anestésiar determinado paciente, visitá-lo como especialista para avaliar a oportunidade operatória, os preparativos necessários para o contróle do paciente durante o procedimento, a escolha do tipo e do método de anestesia indicado e a sugestão de administração ou suspensão de medicamentos ou tratamento indicados para cada caso. Já é ponto pacífico que ninguém melhor que o próprio anestesista para avaliar o estado físico do paciente, no que se refere a resposta ao *stress* anestésico ou cirúrgico, por estar familiarizado com tudo que será necessário e o que costuma ocorrer durante o procedimento.

A recomendação de certo tipo de anestesia e a sugestão de evitar hipotensão arterial e manter boa oxigenação, contida nalguns pareceres emitidos por outros médicos, de engraçada, e cômica que era há alguns anos atrás, passou a ser ridícula, senão de mau gôsto. Claro que para evitar tais situações o anestesista deve ser atuante e zeloso, em realizar sempre suas visitas pré-operatórias e manter, sobretudo, para com os outros médicos porventura envolvidos no tratamento de um paciente, uma atitude delicada mas de firmeza, fazendo valer o bom senso para ouvir opiniões de médicos mais antigos ou para emití-las. Para isto, também é preciso que o anestesista esteja sempre presente, nos hospitais, a reuniões de corpo clínico. Uma das nossas falhas, é a ausência constante nas sessões hospitalares multi-disciplinares, por falta de tempo, de pessoal ou por acomodação ^(4,10).

Também no que respeita ao contato médico-paciente existe uma grande lacuna, principalmente em clínica privada, pois muitas vèzes o anestesista vai tomar contato com o problema médico ou cirúrgico do paciente na própria sala de operações. Isto acontece porque o regime de clínica privada obriga, na maioria das vèzes, ao anestesista se deslocar

entre dois, três ou mais hospitais no mesmo dia, para exercer sua atividade profissional o que não lhe dá tempo sequer de ver os pacientes que vão ser anestesiados e os que já o foram previamente. Para evitar esta situação e permitir que o anestesista possa exercer sua atividade de consultor no pré e no pós-operatório é que desde há alguns anos, tenho sugerido a estruturação de Serviços de Anestesia "fechados" em todos os hospitais, mesmo naqueles em que a internação e o atendimento cirúrgico se faz no tipo de hotelaria ⁽¹⁰⁾. Embora existam muitas opiniões contrárias a esta tese, algumas dadas por comodismo, distorções ou planejamento inicial errado, não há quem consiga provar que esta não é a maneira mais racional de atendimento anestesiológico.

Não me deterei sobre os problemas técnicos que ocorrem durante a administração de anestésias — função precípua do anestesista. O que constitui tema de debate, isto sim, capaz de alterar posições anteriormente assumidas, é quanto a responsabilidade da administração das anestésias, quer dizer, de sua supervisão. Cada vez mais, o ato anestésico prescinde de habilidade artística e mesmo o julgamento médico fica cada vez menor, perdendo-se muito tempo na leitura de fluxômetros, preenchendo fichas e tomando medidas físicas ^(13,15). São questões eminentemente técnicas que podem ser bem executadas com treinamento básico e experiência clínica constante. A realização de anestésias de rotina deve ser entregue a médicos em treinamento, sob supervisão ou para os mais moços que estão se aprimorando nas técnicas e adquirindo prática da vivência diária na sala de operações. Apenas aqueles casos mais complexos, deveriam ser realizados por consultores, devido a problemas que apresentam e para mantê-lo familiarizado e em contato contínuo com a prática de administrar anestésias.

Dentro de um hospital, para o anestesista que tem "status" de consultor, possivelmente sua presença seja mais importante fora do centro cirúrgico do que dentro dêle. Qual seria a justificativa para um anestesista com mais de 10 anos de experiência, permanecer durante 4 ou 5 horas tirando a pressão arterial e o pulso, sentado a cabeceira de um paciente que está sendo operado de safenectomia sob raquianestesia, enquanto no hospital vários pacientes em insuficiência respiratória podem estar na dependência de sua habilidade médica para salvar as suas vidas ^(5,6,15). Aqui está exemplificado o verdadeiro papel de consultor de um anestesista.

Em princípio, como já deixei transparecer, o anestesista só atinge a condição de consultor depois de muitos anos de realizações práticas no centro cirúrgico e na sala de recupe-

ração pós-anestésica. Porisso, para supervisão das anestésias, um consultor é suficiente para orientar o trabalho prático de vários anestesistas mais jovens, em treinamento. Se fôr levado em conta que todos nós desejamos que a anestesiologia fique sendo uma atividade exclusivamente exercida por médicos ^(31,5) é preciso que se pense numa total reformulação quanto a extensão do aprendizado da especialidade, desde que as populações aumentam e o público começa a exigir uma responsabilidade completa de cuidados anestesiológicos para atendê-lo. Deve-se levar em conta, neste sentido, que o número de médicos não tem aumentado proporcionalmente com o da população e que o de anestesistas não está mais crescendo na proporção do aumento de médicos ^(3,13). Se não houver tal reformulação, muito em breve teremos que admitir técnicos ou enfermeiros executando anestésias, sob a supervisão de médicos. Vale notar que nestes últimos anos a Associação Americana de Anestesiologistas parece que começa a aceitar esta condição, depois de muitos anos de luta contra uma situação já existente e antiga ^(2,3,5,6).

Por outro lado, o anestesista irá aceitar o desafio da terapia intensiva ⁽¹²⁾? Os programas operatórios são enormes e o número de anestesistas nem sempre é suficiente; além disso, os plantões noturnos e as emergências são extremamente cansativos. Também, a remuneração oferecida pelas instituições, afora os pagamentos por anestesia realizada, que no Brasil se faz por tempo, está muito aquém de atrair qualquer especialista, por mais abnegado que possa ser, a dedicar maior parcela de seu tempo a consultoria médica dentro de um hospital ⁽¹⁴⁾.

Quanto ao tempo disponível para se dedicar a problemas de terapia intensiva, que é óbvio devem merecer mais atenção dos anestesistas, sou de opinião que se existir no hospital um serviço de anestesia estruturado não faltará um consultor, constantemente a disposição da Unidade de Terapia Intensiva, orientando e contando com o concurso de residentes de anestesia, de medicina e de cirurgia a quem deverá supervisionar ^(10,13). Demais, como o maior afluxo nas salas de operações é nas primeiras horas de trabalho matinal, pois parece que todos os cirurgiões do mundo só gostam de operar nesta hora, o resto do tempo poderá ser ocupado pelo anestesista como consultor para se dedicar a problemas de pareceres clínicos ou pesquisas. Outrossim, parece que não existe especialidade médica com tantas tardes livres como a anestesiologia.

Se o planejamento e a organização, porventura existentes, ainda assim não permitirem que o anestesista possa se

dedicar aos cuidados de consultor implícitos em sua especialidade, por falta de uma remuneração condigna, é preciso que o problema seja debatido, em termos locais ou mesmo nacionais, para solucioná-lo.

Entre nós, por exemplo, fora de hospitais públicos, o que predomina é a remuneração por tarefa realizada, isto é, por tempo de anestesia. Esta fórmula, que foi encontrada a mais de 8 anos para solucionar um problema de momento da remuneração dos anestesistas, está a meu ver completamente superada. Primeiramente, porque iguala em nível baixo quaisquer anestesistas, por mais qualificados que possam ser, tirando o estímulo no trabalho pelos que são mais antigos; depois, remuneração por tempo de trabalho se presta para pagar ocupações não diferenciadas e é indignificante para uma especialidade médica (7).

Um dos aspectos fascinantes da atividade de consultor que a especialidade oferece é a realização de bloqueios no tratamento de dores renitentes e a participação como membro de clínica de dor (4,6). Aqui, minha opinião é de que nem todo o anestesista tem aptidões para exercê-la. Neste setor, há obrigação de uma formação especial quanto à disciplina de estudo, dedicação, despreendimento e habilidade técnica para tratar com o paciente, sua dor, seu psiquismo, a família que o cerca e as condições sociais do meio em que vive, principalmente nas doenças malignas. Em geral, costume dizer, o anestesista é um ativista, isto é, um médico habituado a empregar drogas cujas ações são observadas imediatamente e não demandam tempo nem paciência, para que os efeitos sejam observados; a maioria dos pacientes anestesiados ficam inconscientes e não podem se queixar do que estariam sentindo; a atuação do anestesista é aguda, seja em terapêutica de ressuscitação, seja no choque ou noutras condições graves. Sendo assim, sua formação básica não o dota da paciência necessária para escutar as queixas e lamúrias de pacientes, cuja vida está muitas vezes condenada, mesmo que já estejam sem dores somáticas. Porisso tudo, acho que não há demérito nenhum para o anestesista que não se queira dedicar a estes problemas, mas será uma satisfação imensa a de todo aquele que consegue encontrar condições para se dedicar a aliviar dores renitentes — *Opus Divinus est sedare dolorem*.

Parece-me que o futuro da especialidade está em preencher basicamente duas lacunas (13). Uma é a do médico recém-formado que busca insistentemente maiores perspectivas e responsabilidades que a nossa especialidade, atualmente, não pode lhe oferecer. Para isto é necessária a ampliação das bases clínicas em que se apoia a especialidade. A outra é o

problema do anestesista que está treinado excessivamente para executar seu verdadeiro trabalho e pouco treinado para fazer executar suas reais pretensões, por falta de tempo para dedicar-se as suas verdadeiras tarefas de consultor. Quer me parecer que se pudermos nos aproximar da boa execução dos "desideratum" contidos na definição que acima me referi, estaremos dando um passo a frente, para vencer a crise de crescimento por que passa nossa especialidade.

SUMMARY

THE ANESTHESIOLOGIST AS A CONSULTANT

Anesthesiology is passing a critical period due to a radical reappraisal of the functions of the specialist.

Advancements in knowledge and technology have diverted the anesthesiologist into activities outside of the operating room, as a consultant in cardio respiratory and pain problems.

The future of the speciality seems to be an increase in responsibility in many clinical fields, a challenge to new graduates in medicine, and the absorption of many brightly trained specialists as consultants.

REFERÊNCIAS

1. American Society of Anaesthesiologists, Committee on Anesthesia Survey: The Anesthesia Survey 1962-1966 ASA, Inc. Ill.
2. ASA, News Letter, Bulletin August, 1970.
3. Ballinger, C. M. — Medical anesthesia is forging ahead. Clin Anesth 2, 1967.
4. Beecher, H. — Trends in anesthesia JAMA 180:123, 1962.
5. Bendixen, H. e Converse, J. — Debate: Anesthesiology manpower shortage—fact or fiction. Clin Anesth 2, 1967.
6. Bunker, L. (editor) — Education in anesthesiology. Columbia Univ Press New York, 1967.
7. Collins V — Concepts in anesthesiology JAMA 182:105, 1962.
8. Crawford O — The basic principles of anesthesia patient care. Clin Anesth 2, 1967.
9. Gonçalves B — Zelemos pela Especialidade. Rev Bras Anest 15:275-276, 1965.
10. Gonçalves B — Papel do anestesista num hospital geral, Rev Bras Anest 16:389, 1966.
11. Gonçalves B — A especialização e o ensino da anestesiologia. Sua evolução. Rev Bras Anest 18: supl. 2, 1968.
12. Gonçalves B — O desafio da terapia intensiva (editorial) Rev Bras Anest 20:297, 1970.
13. Gonçalves B — Em busca de novas perspectivas — (editorial) Rev Bras Anest 20:437, 1970.
14. Spiegel, P e Gonçalves B — Estudo Sócio-Econômico dos Anestesiologistas Brasileiros. Rev Bras Anest 15:277, 1965.
15. Saklad M — A role for the anesthesiologist. Clin Anesth 2:1967.