

PRUDÊNCIA E SIMPLICIDADE: UMA SÚPLICA^(*)

DR. MARIO C. D'ALMEIDA F.^o (**)

Alguns conceitos em anestesia, tais como; a fixação da responsabilidade do anestesista que hoje não está mais restrita a administração de um anestésico, a seleção e a escolha da anestesia são apresentados com a credencial de um profissional que há mais de 45 anos se dedica à especialidade.

Ênfase principal é dada a anestesia para Cirurgia Plástica e Reparadora onde a convicção, a responsabilidade e a disciplina devem mostrar as atividades do anestesista.

O uso de técnicos de resultados duvidosos deve ser proscrito; o que se pretende no dizer de Macintosh é uma anestesia perfeita e segura; e para isto prudência e simplicidade devem estar juntas.

AP 22 43

Honrado com o convite dos organizadores desta Jornada, não pude me furtar ao dever de vir prestar minha modestíssima colaboração a mais esse esforço de anestesistas patricios para manterem sempre bem vivo o entusiasmo pela bela especialidade que escolheram, o que tem feito surgir a Anestesiologia Brasileira como uma das mais avançadas no mundo atual.

Que a minha presença aqui nesta tribuna hoje seja considerada apenas como um gesto de amizade e consideração, pois nada tenho a lhes trazer além da experiência de um profissional que há mais de 45 anos se dedica a esta atividade.

No decorrer deste nosso contato farei, de passagem, alguns comentários sobre certos problemas com que às vezes nos deparamos na Anestesia para a Cirurgia Plástica e Reparadora, baseado na grande experiência que adquirimos com nossa equipe, nesse campo da cirurgia, com os vários cirur-

(*) Conferência pronunciada na IV Jornada Rio-São Paulo-Minas, Junho de 1972, Guarujá, SP.

(**) Da Faculdade de Anestesistas do Colégio Real de Cirurgiões (Inglaterra) da Academia Nacional de Medicina (Brasil) e Professor emérito de Anestesiologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

giões aos quais temos prestado nossa colaboração no Brasil, e ao que temos observado em alguns centros estrangeiros, mormente na Inglaterra.

Temos que considerar antes de mais nada, que o anestesista vai na maior parte das vezes lidar com pacientes considerados hígidos, e que se vão submeter a uma cirurgia eletiva.

Se, ao lidarmos com um enfermo, temos, tanto o cirurgião como o anestesista que correr os riscos naturais que a própria enfermidade acarreta, com o paciente que se submete a uma cirurgia eletiva, onde tais riscos não são levados em conta, qualquer acidente traz conseqüências bem previsíveis. Há uma tendência a se minimizar os riscos que se corre com a cirurgia chamada estética, o que torna ainda maior a repercussão no meio leigo de qualquer incidente, por pequeno que seja, ocorrido em qualquer fase de tratamento deste tipo.

Ênfase pois deve ser dada aos exames prévios e ao preparo destes pacientes que se vão submeter na maioria das vezes a uma anestesia profunda e prolongada. E, insisto nisso, pois se é comum ouvir-se referências a uma "pequena intervenção cirúrgica"; até agora não conheço o que seja uma pequena anestesia".

Portanto, os cuidados de rotina prestados a qualquer paciente que vai se submeter a uma das chamadas grandes intervenções cirúrgicas, devem ser prestados ao que vai se submeter a qualquer intervenção, por menor que seja, desde que haja a possibilidade do emprego de qualquer dos tipos de anestesia geral.

Todos os pacientes devem ser submetidos a cuidadoso exame clínico, incluídos os testes de laboratório e radiológicos, e a rigoroso exame cardiológico, em que um eletrocardiograma deve ser exigido, mesmo que alguns desses exames já tenham sido efetuados previamente em clínica estranha. A anamnese em relação a possíveis reações alérgicas e a medicamentos usuais, antibióticos, soluções usadas para a assepsia de campo cirúrgico, fios de sutura e até mesmo ao esparadraço deve ser levada aos mínimos detalhes.

A exigência do pernoite na Clínica na véspera da intervenção só deve ser dispensada quando há confiança absoluta no critério do paciente, e não se corra o risco de colocarmos na mesa de cirurgia indivíduo que se alimentou às escondidas ou que tenha cometido imprudências que devem ser evitadas.

Sendo relativamente grande o número de intervenções que podem ser executadas sob anestesia local, a entrevista que antecede à admissão deve ser muito cuidadosa, e levada a cabo por pessoa grandemente afeita a esse mistér, pois nunca

um leigo pode antever as reações que se escondem atrás de personalidades aparentemente calmas e descontraindas. A tática de procurar convencer a pessoa de temperamento nervoso e algo pusilânime a se submeter à intervenção sob anestesia local, principalmente aquela que já teve alguma experiência anterior desagradável, é absolutamente inoperante, e acarreta com certeza cenas não muito agradáveis, a menor delas sendo a mudança de planos previamente traçados, com troca da indicação anestesiológica, contaminação dos campos operatórios etc., com o conseqüente atraso e perda de tempo precioso para início do ato cirúrgico. É bom notar que essas mudanças de opinião e de atitude da parte do paciente só se manifestam, geralmente, depois que a pré-medicação está em plena ação, quando são quebradas algumas das barreiras oriundas de força de vontade e mesmo de educação. Não há anestesista que ignore o que significa, à última hora, uma forçada mudança de orientação: campos desfeitos, nova assepsia, indução de uma narcose quase sempre tumultuada e apressada, com suas conseqüências conhecidas, a mais comum delas sendo uma sobredose de anestésico numa indução rapidíssima, para acalmar uma equipe cirúrgica já nervosa e sem paciência.

Cabem aqui algumas considerações sobre o papel real do anestesista em relação ao paciente.

A função daquele não pode estar restrita à administração de um anestésico, como se considerava nos velhos tempos. O anestesista é responsável direto também pelo bem-estar e tranqüilidade daquele que se vai submeter a uma intervenção. O encontro do paciente em uma sala de operações com um estranho, pessoa que nunca viu antes, e a quem vai entregar sua vida por tempo mais ou menos dilatado, deve a todo custo ser evitado.

A função do anestesista se inicia muito antes da intervenção propriamente dita, durante uma ou mais entrevistas em que o futuro paciente deve ser esclarecido sobre certos detalhes, e suas perguntas respondidas com carinho e paciência. Caso essas entrevistas não sejam possíveis, deve o anestesista com ele entrar em contato pelo menos na véspera da intervenção, para procurar captar sua confiança e simpatia, e isto podemos considerar mais importante que uma boa medicação pré-anestésica.

Quanto à anestesia propriamente dita, os métodos e os anestésicos podem ser os mais variados. Na minha opinião, o melhor anestésico e a melhor técnica são aquelas com que o anestesista se acha mais familiarizado. Todos sabemos das exigências do cirurgião plástico no que diz respeito ao sangramento. Desta maneira, atenção especial deve ser dada à

adequada ventilação, único recurso válido e seguro para se manter uma tensão arterial estável, em nível de segurança.

A insinuação e, às vezes mesmo, a exigência do cirurgião para que sejam usados métodos de "hipotensão controlada" devem sempre esbarrar com as ponderações lógicas e seguras do anestesista, que deve ter personalidade bastante para isso. Nunca é demais insistir no fato de que estamos lidando com cirurgia eletiva, com casos dos quais não dependem a vida e nem mesmo, a rigor, o bem-estar futuro de um indivíduo.

Tive a sorte de, desde 1948, trabalhando em Londres, acompanhar os primeiros passos ainda tateantes das tentativas de obtenção de hipotensão, desde a fase da raqui-anestesia praticada em indivíduo sob narcose profunda, com o intuito único de obtenção de hipotensão, até as técnicas complicadas de sangramento e reinfusão, que fui assistir em Bristol, já em 1952. Nessa oportunidade fui também testemunha das experiências que levaram a cabo com os methoniums, e confesso que até hoje não pude me convencer das pequeníssimas vantagens que esses processos podem trazer, nesse campo particularmente. Nada pelo menos que anule as insignificantes dificuldades provocadas por um sangramento que o cirurgião tem a obrigação de estar mais que aparelhado para vencer. Não conhecemos um único processo que não acarrete riscos, a que não se entremeiem alguns sustos e, quando não, resultados muito duvidosos que não justificam as dificuldades técnicas e os maiores riscos já mencionados.

Recentemente, durante cerca de 2 meses acompanhei os trabalhos de meu amigo Hale Enderby, em East Greenstead, e em Londres, seguindo e tomando parte em grande número de anestésias com hipotensão controlada, unicamente para cirurgia estética. Os cirurgiões deste grupo são todos ex-assistentes de Mac Indoo, da velha escola de Sir Harold Gillies.

Confesso que nada vi que compensasse o aumento de preciosismo técnico, e dos cuidados extraordinários indispensáveis com que têm que ser acompanhados esses pacientes. E isto na Inglaterra, na terra da enfermagem do mais alto gabarito, e onde o pós-operatório é acompanhado passo a passo por enfermeiras altamente treinadas e em salas de recuperação dotadas de todos os recursos. Era comum, só com a movimentação do traslado para o leito, quedas bruscas da tensão arterial e conseqüente retardamento de todo o serviço do Centro Cirúrgico, até que o paciente fosse retirado da sala em condições mais satisfatórias.

Acredito ser a hipotensão controlada método válido e de grande utilidade, mas não como rotina em serviços de cirurgia estética e reparadora, e mesmo assim em mãos de anes-

tesista grandemente experimentado, o que nem sempre é possível em serviços de grande movimento, em que os jovens assistentes e os residentes prestam inestimável colaboração. Já mencionei a observações feitas em Bristol em 1952, em congresso local em que houve um único tema: "hipotensão controlada", que serviu de assunto para os 3 dias de duração de nossa reunião.

As demonstrações práticas foram as mais brilhantes e mais perfeitas que se possa imaginar. Em 3 salas de cirurgia foram demonstrados com toda a riqueza de detalhes, todos os processos até então conhecidos para a obtenção da hipotensão.

Numa demonstração do processo, hoje já posto de lado, do sangramento e da reinfusão, com aparelho um tanto complicado e de difícil manuseio, mas resultados bastante apreciáveis, as críticas mais acerbadas foram feitas em relação à grande dificuldade de esterilização desses aparelhos, e à exigência de técnicos especializados, bem como seu alto preço.

Na segunda assistimos a diversas intervenções em que o processo usado foi o do emprego dos methoniums, o penta e o hexa-methonium, naquela oportunidade de uso muito difundido na Inglaterra. algumas dessas demonstrações muito bem conduzidas, com todos os cuidados necessários para a manutenção da tensão em nível seguro. Mesmo assim essas demonstrações não foram livres de alguns sustos, e, houve algumas oportunidades em que a suspensão do ato cirúrgico foi exigida como medida de segurança.

Na terceira sala, em que a cirurgia praticada era uma mastoplastia, reconhecidamente uma das intervenções em que o sangramento mais interfere com a técnica e a tranqüilidade do cirurgião, ficamos surpresos ao vermos um campo quase exangue e a facilidade com que o anestesista conduzia seu trabalho silencioso e calmo.

Ao indagarmos qual o processo empregado para a obtenção da hipotensão ficamos ainda mais surpresos com a resposta: Nenhum! Apenas uma anestesia mantida em plano adequado, com o emprego de fluxo de gases de grande volume. (em torno de 10 litros da mistura Protóxido de Azoto — Oxigênio) respiração espontânea, com o mínimo de resistência à expiração. De fato não havia no circuito empregado nenhuma válvula expiratória: o tubo corrugado que devia conduzir os gases expirados para um absorvedor circular estava desligado, e colocado sobre a mesa do aparelho, à vista de todos, à sua extremidade distal. . .

Isso, combinado com a postura, facilmente variada, em mesa cirúrgica de fácil manejo. Fêz o anestesista várias demonstrações com o levantamento e o rebaixamento das

pernas, e as respostas eram imediatas e bem notadas, com reflexo também imediato na ferida operatória.

É estranho que, de todos os processos demonstrados, o que melhor impressão causou foi justamente aquele em que não foi usado nenhum dos recursos modernos até então conhecidos.

Ficamos desde então convencidos, meu grupo e eu, que poderíamos obter resultados semelhantes procurando aperfeiçoar ainda mais nossos processos de narcose, com o emprego de válvulas unidirecionais que menor resistência possam oferecer à expiração. E assim agimos até hoje, mesmo quando empregamos a respiração controlada mecânica, que nos é hoje auxílio precioso. Usamos sempre grandes fluxos da mistura de gases, sempre acima de 8 litros, e de uns dois anos para cá, depois de período experimental rigoroso temos incluído na mistura uma certa porcentagem de ar atmosférico. Seguimos neste caso o conselho de nosso amigo Cabral de Almeida, anestesista de enorme experiência, principalmente em cirurgia torácica, em que muitas vezes se havia com o mesmo problema de sangramento. Foi patente a maior facilidade no controle de sangramento no campo operatória desde que esse recurso foi adotado.

Não é demais repetir: não sou e nunca fui "adversário" da hipotensão controlada, não a combati e não a combato. Considero entretanto que suas indicações são restritas a certas intervenções em que o campo cirúrgico completamente exangue é uma exigência. Na neuro-cirurgia por exemplo sua indicação é precisa e necessária.

Sou sim, contra seu emprego indiscriminado, em casos em que dela se pode prescindir, e principalmente quando empregada por inexperientes ou irresponsáveis.

O bom entendimento entre cirurgião e anestesista pode aplainar quase todas as pequenas dificuldades. Temos que considerar que estamos lidando com cirurgiões de grandes recursos técnicos que não vão tropeçar em obstáculos tão insignificantes como um mero sangramento, que pode ser facilmente controlado.

É preciso não esquecer que o progresso coloca nas mãos do homem recursos cada vez mais potentes em todos os ramos da atividade. E a Medicina encabeça essa marcha vertiginosa pela conquista de meios cada vez mais rápidos para atingir seu fim, que é curar. Cabe ao prudente julgar como e quando empregar esses meios. Há uma tendência hoje, na idade da física nuclear e das viagens à Lua, de se procurar ganhar distância aos saltos, distâncias que se podem ganhar em passos mais lentos porém muito mais seguros. Conservando-se

pelo menos um dos pés no solo é muito mais provável que se possa prevenir uma queda.

Táticas e técnicas cirúrgicas há pouco tempo apenas esboçadas, são hoje práticas rotineiras, isto porque o anestesista atualmente pode dar ao cirurgião condições de tranqüilidade e segurança com que há pouco ele apenas sonhava.

Tudo isso foi conseguido à custa de esforço, de trabalho e principalmente de prudência que foi o melhor fator na conquista dessa enorme escalada.

E essa marcha continua. Os homens que, em pesquisas exaustivas, colocaram em nossas mãos as drogas milagrosas que hoje não mais podemos dispensar, já agora com o reforço da geração mais jovem, continuam a produzir com o mesmo senso de responsabilidade para com a humanidade.

Foram homens dessa têmpera que completaram os estudos da fisiologia da circulação e da respiração, e que possibilitaram a idealização dos mais engenhosos aparelhos para a circulação extra-corpórea e para a respiração controlada com os ventiladores perfeitos que hoje temos ao nosso alcance, e que sem dúvida possibilitam o alargamento dos horizontes da cirurgia a limites ainda por atingir.

E não nos esqueçamos da contribuição dos brasileiros neste terreno, que colocou em nossas mãos aparelhos que nada ficam a dever a qualquer dos melhores fabricados ou idealizados no estrangeiro. Que o anestesista brasileiro está hoje apto a tirar o máximo de proveito e vantagem de todos os mais modernos recursos que lhe são oferecidos, é coisa que não oferece a menor dúvida.

A época do empirismo em anestesiologia já passou há muito. É preciso que o paciente que se vai submeter a uma intervenção cirúrgica saiba que vai ter à sua cabeceira, zelando pela sua vida, um profissional com perfeito conhecimento desta especialidade, e que já deu provas de sua capacidade.

Profissional que não considera o paciente campo experimental para excursões temerárias, visando um progresso que só deve vir após estudos cuidadosos e amadurecimento longo. E que não se deixa levar por entusiasmos juvenis da "coisa nova" e que nunca arriscará levar ao descrédito recursos dos quais ainda muito se pode esperar.

É verdade que na era do avião a isto há uma tendência de devorar distâncias em um mínimo de tempo, mas em medicina a manutenção da boa "média" em seu avanço, é o que deve ser vizado.

Não posso encerrar sem que recorde uma passagem que testemunhei, quando, em companhia do grande Sir Robert Macintosh visitava novas instalações de um moderníssimo Centro Cirúrgico em um grande hospital. Terminada a visita,

da qual, diga-se de passagem, o grupo de visitantes teve a melhor das impressões, fomos todos levados a uma espécie de "ante-sala" do Centro Cirúrgico, e que tinha fácil acesso de qualquer ponto do mesmo. Lá, com riqueza de detalhes nos foi mostrado o que podia ser chamado de verdadeiro "Centro de Parada Cardíaca". Em belo painel que encimava grande armário de vidro, lia-se: "EM CASO DE PARADA CARDÍACA": 1) Aperte o botão da campainha A (que alertará a equipe especializada de plantão. . .), e assim por diante, todas as indicações feitas de maneira sucinta porém muito clara, de como empregar todo o material exposto no referido armário: bandeja com instrumental cirúrgico para toracotomia de urgência, desfibriladores, marca-passo etc., etc. . . Tudo o que se possa imaginar para socorro deste tipo.

Sir Robert fez comentários elogiosos sobre tudo o que acabara de ver e, após isso, olhando para a parede oposta, indagou: "E o outro painel, quando fica pronto?" . . . "Que painel?", indaga o Diretor surpreso. Responde Sir Robert Macintosh: "O que deve ter como título: COMO NÃO TER PARADAS CARDÍACAS".

Isto partindo do homem que passou sua vida lutando e pregando o que ele chamava de *safe and sound anaesthesia* que podemos traduzir como *anestesia perfeita e segura*, e que, quase ao encerrar sua carreira de professor escreveu uma das peças lapidárias da literatura mundial de Anestesiologia, e que se intitula: "*A Plea For Simplicity*", uma súplica em prol da simplicidade.

Que me permitam agora fazer aos meus patrícios um apelo semelhante. Que estudem, que pesquisem, que inovem — a pesquisa é necessária, indispensável mas que não se olvidem que o alvo principal é a formação do bom anestesista clínico, aquele que, na prática diária, tranqüiliza e infunde confiança ao paciente que a ele se entrega e ao cirurgião que a ele recorre.

Agradeço mais uma vez a gentileza com que fui distinguido pelos organizadores destas jornadas, e desejo o melhor dos sucessos em seus trabalhos.

SUMMARY

A PLEA FOR SAFETY AND SIMPLICITY

The anesthesiologist of today has a greater responsibility than the selection and administration of anesthetics as remembered by the author, now in practice for more than 45 years.

In plastic and reconstructive surgery for instance the anesthesiologist besides his professional skills must have a very high sense of discipline and responsibility.

The use of techniques of doubtful value should be avoided — a perfect and safe technique must always be used — safety and simplicity must go together.