

“Anestesiologista Ideal para um País em Desenvolvimento”

Carmelo Moreno Amaro ¶ & Reinaldo Acuña Poleo §

O desfrute da vida atual propicia do ponto de vista científico, importantes vantagens, como a fácil comunicação e pronta aplicação dos progressos das ciências básicas. Porém, aparecem efeitos prejudiciais quando se adotam esquemas estranhos como solução a uma problemática em nosso país. Durante muito tempo formamos profissionais com base em esquemas semelhantes aos dos países desenvolvidos, sem levar em conta a realidade nacional, que caminha entre os problemas de subdesenvolvimento e aqueles impostos aos homens pela vida moderna.

Cada país exige um profissional de anestesiologia segundo suas necessidades: isto merece um estudo profundo de nosso campo e da realidade nacional. Se queremos saber como deveremos ser, é necessário saber para quem vamos trabalhar. Por isso, nós ousamos, sendo neófitos na matéria, identificar sucintamente a nossa população e nossos pacientes, para assim, tratar de adequar tal ação aquelas necessidades.

CARACTERÍSTICAS POPULACIONAIS, MORBIMORTALIDADE E SITUAÇÃO ASSISTENCIAL

Uma das características sempre presente na população venezuelana é o alto índice de natalidade, o qual alcançou uma taxa de 4 por 100.000 habitantes em 1950¹ e de 36,7 por 100.000 em 1978². A taxa de fecundidade aumenta de 185 em 1950 a 207 em 1965¹. Isto nos torna um dos países de maior procriação efetiva. A título de comparação, podemos dizer que nos países desenvolvidos esta taxa se situa em valores abaixo de 100, chegando alguns casos até 70. Ambos indicadores demográficos nos coloca entre os países tipicamente subdesenvolvidos, tendo como característica consequencial uma população eminentemente jovem.

Estudos de projeção¹ permitem deduzir que nossa população será de 17,5 milhões em 1985, 23,4 milhões em 1995 e 26,3 milhões no ano 2000; estima-se que em 1985, 44,6% dos venezuelanos terão menos de 15 anos e 55% menos de 20 anos⁴.

Por outro lado, a mudança da atividade econômica ve-

rificada em nosso país, como consequência da atividade petrolífera, transformou nossa população eminentemente rural para fundamentalmente urbana. Em 1941 viviam no campo 68,4% de nossa população³.

MORBILIDADE

O substrato mais importante da morbidade do venezuelano é a desnutrição. A estimativa é que 50% de nossa população se encontra em estado de desnutrição, sendo que destes, 25% estaria na faixa da fome e 25% na faixa de recursos insuficientes⁵. Apenas 30% dos venezuelanos se encontram na área de normalidade, existindo aproximadamente 20% de obesos.

As entidades nosológicas mais freqüentes em nosso povo são as de origem cardiovascular. Em 1978 foram atendidas 100.286 consultas por estas enfermidades, das quais 70% eram devidas a hipertensão arterial e a isquemia miocárdica que também constituem-se primeira causa de mortalidade, com uma taxa de 80,3 por 100.000 habitantes. Em 1978, 69% das mortes eram devidas a hipertensão arterial, a isquemia e a afecções vasculares. Há uma tendência a diminuir a mortalidade por hipertensão e de aumentar por isquemia e afecções vasculares².

Os acidentes constituem para nós outro fator importante. Em 1978 os acidentes fizeram 55.289 feridos, dos quais 35.366 necessitaram hospitalização². De 1975 até o presente, é a segunda causa de morte diagnosticada em nossa população, ocupando, no entanto, o primeiro lugar como causa de morte, em ambos os sexos, entre as idades de 15 a 45 anos. A taxa de mortalidade por esta causa duplicou em três anos, passando de 33,4 em 1975⁵ a 61,6 em 1978. É interessante notar que 60% das mortes ocorridas nesta categoria, correspondem a acidentes de trânsito. Em 1979 tiveram lugar 130.507 casos com 6.420 mortos e 54.284 feridos necessitando hospitalização, 63% dos últimos².

Também são importantes os acidentes de trabalho, já que ocorrem 150.000 por ano, dos quais 50% está representado por feridos, 28,84% por contusões e esmagamentos, 6,3% por lesões internas e 4,7 por queimaduras⁷.

Nos grupos etários de 1 a 4 anos, a primeira causa de morte foram as enfermidades infecciosas e parasitárias⁷. Em 1978 ocorreram 239.483 casos de enterites em crianças menores de 2 anos, observando-se estabilidade nestas cifras desde 1974².

O câncer ocupa o terceiro lugar nas causas de morte diagnosticadas, com uma taxa de 53,4 por 100.000 em 1978², 81,33% destas ocorrendo em maiores de 45 anos, sendo mais freqüente o câncer gástrico e o pulmonar nos homens e o uterino nas mulheres.

A quarta causa de morte de nossa população são as enfermidades do período perinatal, com uma taxa de 40,5 em 1978. Nos menores de um ano, 50% da mortalidade

¶ *Presidente de la Sociedad Venezolana de Anestesiología. Adjunto de Anestesiología Hospital Pérez Carreño y Vargas de Caracas*

§ *Secretário General de la Sociedad Venezolana de Anestesiología. Adjunto de Anestesiología Hospital Simón Bolívar y Maternidad Concepción Palacios de Caracas*

*Correspondência para Carmelo Moreno Amaro
3.ª Avenida Montalban
Resid Delrea 9 - C - Caracas - Venezuela*

Recebido em 10 de janeiro de 1981

Aceito para publicação em 29 de janeiro de 1981

© 1981, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

ocorre no primeiro mês de vida, sendo 80% na primeira semana. É oportuno lembrar que para cada 1000 crianças nascidas vivas, morrem 7 mães².

As características sócio-econômicas da população venezuelana podem ser resumidas pelas palavras de Chossudovsky⁶: "Mais de 70% dos venezuelanos e a quase totalidade da população agrícola vive em condições de subalimentação. A hipocaloria afeta quase a metade da população venezuelana; mais da metade das crianças apresenta algum grau de desnutrição. Um de cada três venezuelanos em idade de trabalhar está desempregado ou subempregado. Dois venezuelanos de cada três, estão ocupados em atividade não agrícola, sendo que a quase totalidade dos ocupados em atividades agrícolas, recebem salários mensais inferiores ao salário mínimo de subsistência. Quase uma quarta parte dos venezuelanos são analfabetos e mais de uma criança de cada cinco estão marginalizadas do sistema de educação. Uma de cada três crianças conclui o curso primário, enquanto que no meio rural, mais da metade das crianças não se inscreveu no primeiro grau; e apenas um ou dois em cem, termina o primário. A metade da população do país, ou vive em ranchos ou não dispõe, nas casas, de água e de estrutura sanitária adequada. Quase uma de cada quatro famílias não dispõe de eletricidade em casa".

Quanto à problemática do setor saúde, chama a atenção a má distribuição dos recursos humanos existentes. No Distrito Federal existe em média um médico para cada 481 habitantes, enquanto que em regiões como Apure, Barinas, Amacuro, Yaracuy, o número médio de habitantes por médico é superior a 2.000⁷. Isto concorda com um importante déficit de leitos. Na atualidade, temos 5,7 egressos por 100 habitantes e 20,5 egressos por leito por ano; necessitamos alcançar a meta de 6,5 egressos por 100 habitantes e 26 egressos por leito por ano. Há preocupante tendência a diminuir os leitos públicos e aumentar os privados. Além disso, existe uma distribuição de leitos deficitária e desequilibrada, com 30% dedicados a atividades cirúrgicas e 22% para peditria e obstetrícia.

As características de morbimortalidade do venezuelano estão assim resumidas no VI plano da Nação: persiste um quadro de morbimortalidade associado às condições de vida das camadas de baixa renda, revelando situações carenciais em matéria de serviços básicos, falta de atenção médica oportuna e insuficiência nos cuidados preventivos. Morte por causas violentas, têm crescimento acelerado destacando-se os acidentes de trânsito; há aumento da morbimortalidade por enfermidades crônicas, especialmente cardiovasculares e câncer.

ANÁLISE DA FORMAÇÃO DE ANESTESIOLOGISTAS NA VENEZUELA

O primeiro curso de pós-graduação em Anestesia da Venezuela, teve como cenário a cidade de Valência, no Hospital Central, sob a direção do Dr José Maziota, em 1943. Desde então tem-se criado cursos por todo o país, o que, indubitavelmente, tem sido um fator decisivo para o impulso e desenvolvimento de nossa especialidade nos últimos 20 anos. No entanto, é necessário destacar o fato de que as instalações destes cursos não chegaram a obedecer uma política educativa pré-estabelecida, onde se

conjugaram as exigências acadêmicas, científicas e assistenciais. Dessa maneira, a proliferação de cursos de residência, em alguns casos, foi estimulada por dependências do Estado venezuelano, respondendo a uma demanda assistencial que cada dia se fazia mais crítica ante a evidente escassez de anesthesiologistas no país.

Atualmente existem na Venezuela doze cursos de pós-graduação, distribuídos da seguinte maneira: cinco em Caracas; dois em Valência; dois em Maracaibo; um em Maracay; um em Barquisimeto e um em Cumaná. Observe-se que, destes cursos, apenas sete foram reconhecidos por uma Universidade Nacional, eis que cumpriram os requisitos acadêmicos que nestes casos se exigem. Os demais estão patrocinados por organismos estatais com o IVSS, MSAS, Sanidad Militar, etc. Se a isto agregarmos o fato de que a maioria destas residências de pós-graduação não contam com os recursos necessários (nem técnicos, nem humanos) e que, por outro lado, como consequência, não se realizam trabalhos de investigação científica, nos encontramos diante de um panorama verdadeiramente desalentador.

Se revisarmos os programas dos diferentes cursos, notaremos que estão concebidos de uma maneira distinta da realidade nacional. De tal maneira que nosso anesthesiologista não caracteriza um modelo definido que pudessem responder às exigências de uma Venezuela cuja problemática de saúde tem uma fisionomia muito especial.

De acordo com a análise dos programas mínimos, para a formação do especialista em anestesiologia, podemos estabelecer que no transcurso dos anos, a técnica e a clínica anestésica, são ensinadas em atividades práticas que se desenvolvem segundo uma ordem sistemática e progressiva. A maior parte das ciências básicas aplicadas se estudam no primeiro ano, seguindo um programa detalhado de matérias⁸. Durante o segundo ano completa-se o estudo e adestramento nos campos especializados da anestesiologia e disciplinas afins. O objetivo comum dos programas é o de preparar e capacitar o especialista em anestesiologia para:

- 1 - Executar os procedimentos que permitem eliminar a sensibilidade à dor e as alterações emocionais durante os procedimentos cirúrgicos, obstétricos e outros atos médicos;
- 2 - Manter as funções vitais sob o estresse das manifestações anestésicas ou cirúrgicas;
- 3 - Manter o controle clínico do paciente inconsciente;
- 4 - Controlar os problemas dolorosos crônicos;
- 5 - Aplicar a reanimação cárdio-respiratória;
- 6 - Aplicar métodos específicos de terapia inalatória e
- 7 - Manter o controle clínico das alterações de fluidos, eletrólitos e outras alterações de distúrbios metabólicos.

Nossos programas atuais dedicam 60% de sua atividade informativa à ciências básicas, perdendo um tempo precioso em repassar conceitos que o estudante estaria na obrigação de dominar. Isto contrasta com os 6,5% dedicados à Obstetrícia e Neonatologia e com os 15% destinados às afecções cardiovasculares. Ao mesmo tempo, 72% do trabalho formativo está dedicado às intervenções de cirurgia e traumatologia em detrimento do atendi-

to obstétrico e pediátrico aos quais se brinda 9% da atenção. Esta desproporção, indubitavelmente, repercutirá na atenção da mãe e do recém-nascido, que estão desprotegidos assistencialmente, como o demonstra a alta mortalidade a que estão submetidos.

Por outro lado, um desafio constante para os sanitistas e autoridades administrativas é determinar o número de anesthesiologistas que requer uma população determinada. Tomando em consideração a opinião de John Knowles¹⁰, para uma população de 13.121.952 habitantes que tinha a Venezuela em 1978, quando se efetuaram 142.395 operações e 255.416 partos hospitalares, necessitávamos 1.582 anesthesiologistas. Segundo Soto Rivera⁸ neste ano, com 40.575 leitos, deveríamos ter 811 anesthesiologistas e, finalmente, assumindo a hipótese de que um anesthesiologista realiza 800 anestésias por ano¹⁰, teríamos necessitado nesta época 178 especialistas. Esta referência entretanto é totalmente estranha à nossa realidade, já que na Maternidade "Concepcion Palacios", neste ano, este índice foi de 526 anestésias administradas por cada profissional¹¹.

Pelo exposto, nota-se o grande estado confusional que existe nesta matéria, o que requer o concurso de técnicos da saúde e profissionais da anesthesiologia para determinar, conjuntamente, este indispensável parâmetro para calcular as necessidades presentes e futuras: o número real de anesthesiologistas que necessita a população venezuelana.

O ANESTESIOLOGISTA QUE NECESSITAMOS

O anesthesiologista venezuelano deve estar preparado para atender uma população jovem, fundamentalmente urbana e com alto índice de desnutrição. Isto significa que agora e no futuro, deve estar preparado para tratar um importante número de feridos por acidentes. Assim, deve fazer esforços para adequar tanto seus conhecimentos com o meio físico onde trabalha, e a tal contingência nosológica. Tal esforço requer o domínio de medidas de reanimação pré e per-anestésicas, a criação de salas de reanimação anexas às de operações, que permitam colocar nossos pacientes nas melhores condições possíveis para enfrentar os problemas médicos ou cirúrgicos a que vão ser submetidos.

O fato de que determinado paciente seja desnutrido, tem uma grande importância para nós, devido a que a maioria das drogas que utilizamos são, em grande parte, neutralizadas pelas proteínas plasmáticas circulantes; daí que, a uma maior hipoproteinemia, teremos uma maior quantidade das drogas livres na circulação e, portanto, um efeito farmacológico mais intenso, apesar de estarmos utilizando doses "adequadas" segundo os padrões estrangeiros que copiamos. Se o desnutrido é um paciente anesthesiologicamente mais lábil, devemos dar maior importância a este mal social, para poder oferecer à nossa população, os cuidados e a segurança que ela merece.

Nosso anesthesiologista deve dominar os problemas cardiovasculares, especialmente a hipertensão arterial e a insuficiência coronariana, já que estas entidades serão substrato mais importante de nossa população adulta.

É indispensável unificar os critérios terapêuticos para não cair no triste espetáculo, ainda existente, de que um

anesthesiologista suspende uma intervenção cirúrgica, porque o paciente hipertenso, não está em uso de drogas hipotensoras enquanto que outro o faz, porque o paciente está em uso das drogas mencionadas.

Devemos realizar campanhas para alcançar o domínio total da eletrocardiografia. A arritmia per-operatória produzida por complicação anestésica ou como patologia pré-existente, assim o requer. A falta do domínio de tal técnica deve produzir em nós um desafio pessoal: deixar de ser analfabetos do ponto de vista eletrocardiográfico.

A alta incidência de mortes materno-infantis, especialmente a mortalidade perinatal, merecem uma ação anesthesiológica mais dedicada à prevenção, ao tratamento do sofrimento fetal e à reanimação dos recém-nascidos. Devemos estudar com maior atenção a morbimortalidade perinatal e exigir em nossos ambientes de trabalho as ferramentas que nos permitam alcançar objetivos tão necessários.

É indispensável realizar sérios esforços para alcançar o número de anesthesiologistas que necessitamos. Desde nossa primeira conferência, no ano de 1959, estamos alertando sobre este fato. É necessário que as autoridades sanitárias, não só aumentem o número de bolsas dedicadas à Anesthesiologia, como também ajudem a propiciar eventos que divulguem e elevem o nível científico da anesthesiologia, para que nossos jovens médicos a tomem em consideração, no momento de escolher a especialidade a que se dedicarão. Queremos denunciar a tendência a diminuir as bolsas hospitalares a nós dedicadas, com o propósito de resolver necessidades imediatas, sacrificando a longo prazo as soluções de nossa crise numérica.

Outro desafio importante é conseguir uma melhor distribuição, na geografia nacional, dos recursos de que dispomos. Com efeito, deve-se auspiciar e desenvolver os cursos de pós-graduação nas universidades do interior do país, outorgando prioridade de bolsas aos médicos provenientes das regiões mais carentes dos recursos humanos anesthesiológicos.

Pensamos que se faz necessário, não só criar os estágios de anesthesiologia a nível de graduação, mas também mudar a orientação que tem sido dada. Seu propósito não deve ser o de prover ao futuro cirurgião uma cultura anesthesiológica, mas dar oportunidade, ao futuro médico, de tomar conhecimento de nossa especialidade. Neste sentido, deve ser dada visão de nosso próprio campo, não em função do estágio cirúrgico, mas do campo médico, como parte que somos da medicina interna.

É imprescindível instalar, a nível hospitalar, o Departamento de Anesthesiologia. Isso trará como consequência, o desenvolvimento local de nossa especialidade, não só nas salas de operação, como também nas salas de reanimação, recuperação pós-operatória, cuidados intensivos, ventiloterapia, clínica da dor, etc, transformando-nos, além disso, em polo de atração médica, fator indispensável para resolver o problema de saúde pública que é o deficit de anesthesiologistas.

Queremos terminar dizendo que talvez seja o anesthesiologista o médico que mais compreende o trabalho de equipe e que, portanto, estamos convencidos de que só uma equipe constituída por sanitistas, autoridades sanitárias, docentes encarregados da formação de médicos no país e nós, como inter-envolvidos, pode enfrentar o desafio que temos.

O país e o seu desenvolvimento exigem, a curto prazo, nosso concurso. Iniciemos com entusiasmo a tarefa

de desenvolver nossa especialidade, para desenvolver nossa nação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Médica Venezolana. XXVIII Reunión Ordinaria de la Asamblea. Tema Oficial: "Política de Población y su influencia en el desarrollo de Venezuela", Coro, 1973.
2. Oficina de Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República – CORDIPLAN. "VI Plan de desarrollo de la Nación", Caracas, 1980.
3. Federación Médica Venezolana. XXVII Reunión Ordinaria de la Asamblea. Tema Oficial: "La actividad del sector Salud dentro de una Política de Defensa Nacional", Caraballeda, 14 al 17 de Septiembre de 1977.
4. Viana, Mikel; Viana, José María – "Venezuela 85. Algunos indicadores sociales". Revista SIC, Centro Gumilla, AÑO XL N.º 400, Pág 455.
5. V Congreso Venezolano de Salud Pública. Ponencia Oficial: "Política de Salud", Caracas, 9 al 16 de Octubre de 1976.
6. Chossudovsky, Michel: "La Miseria en Venezuela". Editorial Vadell-Hermanos 2da. Edición; Valencia, Venezuela 1977.
7. Federación Médica Venezolana. XXXV Reunión Ordinaria de la Asamblea. Tema Oficial: "Salud y Trabajo". Puerto la Cruz, 8 al 12 de Septiembre de 1980.
8. Federación Médica Venezolana XXIX Reunión Ordinaria de la Asamblea. Tema Oficial: "Análisis de los Cursos de Post-Grado en Venezuela". Puerto Ordaz, 1974.
9. Moreno Amaro, Carmelo: "Manual y normas de procedimientos para el residente de anestesiología". (Monografía). Caracas, Enero 1978.
10. Sociedad Venezolana de Anestesiología. V Congreso Venezolano Y I Reunión de Anestesiólogos del Area del Caribe. Ponencia Oficial: "La Anestesiología del futuro: una Proyección". Caracas, 1972.
11. Fuente: Archivo de historias médicas y estadísticas de la Maternidad Concepción Palacios. Caras, Venezuela.

Resumo de Literatura

DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA PELO DIAZEPAM E SUA REVERSÃO COM ALTAS DOSES DE NALOXONA

Os autores compararam os efeitos da naloxona e de solução salina sobre as alterações respiratórias provocadas pelo diazepam, em seis indivíduos voluntários do sexo masculino com idades entre 25 e 45 anos.

Após traçado controle, cada indivíduo recebeu 15 mg/70 kg de diazepam por via venosa. Sessenta e nove minutos depois, cada indivíduo recebeu duas doses de naloxona (15 mg) ou duas doses de salina. O estudo foi do tipo duplo-cego.

Quarente e cinco minutos após a administração de diazepam, a resposta ventilatória ao CO₂ caiu a 53% do controle. Em seguida às duas doses de naloxona, esta resposta tendeu a recuperar-se até que, cento e vinte minutos após a segunda dose de naloxona, ela voltou ao valor controle.

Após as injeções de salina, a resposta ventilatória ao CO₂ continuou deprimida, em torno de 68% do valor controle.

Os resultados indicam que o diazepam produz depressão respiratória, revertida por altas doses de naloxona.

(Jórdan C, Lehane JR & Jones JG – Respiratory depression following diazepam: reversal with high-dose naloxone. Anesthesiology 53: 293 - 398, 1980.)

COMENTÁRIO: *Este trabalho evidencia a depressão da resposta ventilatória ao CO₂ provocada por doses moderadas de diazepam no homem. A reversão deste efeito pela naloxona em doses elevadas indica que a gênese da depressão respiratória pelo diazepam deve ser similar à dos narcóticos. (Nocite JR).*