

Anestesia no Meio Rural

Marcos Arruda, TSA¹

Arruda M - Anesthesia in Rural Area.

Os médicos do Brasil encontram-se concentrados não onde há um maior número de doentes e, sim, onde existem melhores condições sócio-econômicas, isto é, nas capitais, nas grandes cidades e nos grandes hospitais. Em conseqüência, as cidades interioranas acham-se completamente carentes desses profissionais¹.

Essa repartição regional de médicos, deformada em relação à distribuição populacional, acontece também entre os anestesiológicos.

Análise genérica

Em nível mundial, existe um déficit de anestesiológicos qualificados, e no Brasil, para uma população de \pm 145.000.000 de habitantes, dispomos de 6.202 anestesiológicos membros da Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Temos, pois, uma relação de 1:23.000 (anestesiológico/habitantes), quando o ideal recomendado pela Organização Mundial de Saúde e Federação Mundial das Sociedades de Anestesiologia, é de 1:10.000 a 1:15.000 anestesiológicos/habitantes¹.

No Estado da Paraíba, temos 103 anestesiológicos, filiados à Regional de Anestesiologia. Desses, 65 exercem suas atividades em João Pessoa, 24 em Campina Grande e os restantes estão: quatro em Patos, três em Souza, dois em Pombal, um em Cajazeiras, um em Itaporanga, um em Santa Luzia, um em Alagoa Nova e um em São José do Seridó. Como somos 171 municípios e

temos, entre unidades mistas, Hospitais do Pronto Socorro, Hospitais Gerais Públicos e Privados 198 unidades, e como todo ato cirúrgico implica necessariamente numa anestesia, é impossível dispor de um anestesiológico clínico com curso de pós-graduação em cada unidade hospitalar de pequena comunidade^{1,2}. Esse é o quadro que reflete a realidade da nossa região.

Anestesiológicos clínicos também são raros nos países do Terceiro Mundo, principalmente devido ao pequeno número de médicos, à ausência de facilidade para o treinamento em anestesia e opção por outra especialidade, principalmente a cirúrgica. Assim é que a estatística mostra uma média de 1:250.000 (anestesista/habitantes)³, sendo a maioria dos atos anestésicos executada por enfermeiros treinados ou técnicos em anestesia, ainda não reconhecidos oficialmente pelas autoridades de saúde, como é, por exemplo, o caso de Banjul, no Gâmbia².

Enquanto o percentual do Terceiro Mundo é, de certa forma, alarmante, em termos de anestesiológicos versus número de habitantes, no Reino Unido encontramos 1:12.000 anestesiológico/habitantes, número que garante que todo ato anestésico seja realizado por um profissional qualificado e especializado^{3,4}.

Em estudo recente realizado na Universidade de Ibadã, na Nigéria, concluiu-se que os estudantes não têm tanto interesse em desenvolver suas aptidões na anestesia, porque em outras especialidades como cirurgia, pediatria, obstetrícia e ginecologia, têm oportunidade de contato direto com o paciente, o que não ocorre com o anestesiológico⁵. Nos Estados Unidos da América, 60,6% dos estudantes de Medicina entrevistados não fariam opção pela anestesiologia, pela ausência de contato primário com o paciente⁶, tornando-se cada vez mais comum a diminuição do número de anestesiológicos versus habitantes no mundo inteiro.

No Paraguai e na Bolívia, existem as escolas de Formação de Profissionais Técnicos em Anestesia, apoiadas pelo Governo Federal, que foram, inicialmente, criadas com a finalidade de combater o déficit de profissionais capacitados nesta área. Essa medida constituiu-se num problema muito sério para a especialidade

Conferência Proferida no XXXI Congresso Brasileiro de Anestesiologia. Novembro, 1988, Belém-PA.

1 Professor Adjunto I de Anestesiologia da Faculdade de Medicina da UFPB, Campus II, Campina Grande - PB

Correspondência para Marcos Arruda
R. Córrego Pequeno, 360 - B. Vista
58100 - Campina Grande - PB

Recebido em 30 de maio de 1989

Aprovado para publicação em 11 de dezembro de 1989
© 1990, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

porque, além de nivelar por baixo, possibilita ao técnico a ocupação do lugar de um profissional qualificado, até mesmo nas Capitais e cidades maiores. Esse técnico não só concorre deslealmente até na cobrança dos honorários profissionais do anestesiológico como, também, fica a desejar quanto à segurança do ato anestésico.

Nas pequenas comunidades não existem anestesiológicos clínicos, devido à grande dificuldade que têm os jovens profissionais, oriundos dos grandes centros, de se adaptarem às cidades pequenas. As disparidades sócio-econômicas-culturais, ao lado da pequena perspectiva profissional para o futuro, favorecem a permanência dos recém-formados ou ex-residentes nas grandes cidades. Alia-se a estes fatores o déficit de profissionais nesta área, de modo tal que os atos anestésicos realizados no meio rural são geralmente executados por médicos que, apesar de não serem especialistas, têm pelo menos noções mais concretas do comportamento do organismo humano. Opinião divergente sobre este conceito teve o Dr. Farman⁷, achando ele que os Anestesistas Paramédicos freqüentemente estabelecem uma rotina competente. Embora esses técnicos não tenham condições de manusear uma complicação pós-anestésica, os atos anestésicos são mais seguros do que os executados por médicos não treinados na especialidade. Ao contrário do que ocorre em alguns países do Terceiro Mundo, a situação do meio rural brasileiro, muito longe de ser a ideal, pelo menos protege o mercado de trabalho para que, num futuro próximo, venha a ser ocupado realmente por um anestesiológico clínico.

Definição

O meio rural caracteriza-se pela existência de pequenas comunidades, que são núcleos habitacionais que, independente do número de habitantes e das condições sócio-econômicas da região, possui um pequeno hospital, com uma equipe médica composta por dois a cinco médicos generalistas, que atendem às necessidades básicas de saúde da população, de caráter profilático ou curativo, do ponto de vista clínico, obstétrico e cirúrgico, de pequeno ou médio porte¹.

A anestesia

Normalmente, o ato anestésico num hospital de pequena comunidade é feito por um médico generalista cirurgião, que na grande maioria das vezes (quase 100%) executa a raqui-anestesia e logo a seguir entra no campo cirúrgico para realizar a cirurgia, ficando o paciente anestesiado "monitorizado" por uma auxiliar de

enfermagem, que é a circulante de sala, durante todo o procedimento cirúrgico. Este anestesista prático teve seu conhecimento sumários sobre anestesia adquiridos durante o curso de Graduação Médica, e praticamente não teve oportunidade de alargá-los.

As condições de segurança mínimas para a realização da anestesia são praticamente inexistentes, havendo situações em que não há sequer um torpedo de oxigênio dentro da sala de cirurgia.

Em algumas cidades maiores, apesar de encontrarmos uma mentalidade um pouco diferente, assim como melhores condições econômicas, podemos observar resquícios do meio rural. Assim é que Campina Grande, cidade com 350.000 habitantes, duas Universidades e alguns Cursos de Pós-Graduação, teve seus anestesiológicos pioneiros há 37 anos disputando, palmo a palmo, o mercado de trabalho com Auxiliares de Enfermagem que praticavam a anestesia. Além disso, esses pioneiros eram forçados a adquirir suas próprias drogas anestésicas, os equipos e até mesmo os soros com que hidratavam seus pacientes durante a anestesia. Atualmente, apesar de uma considerável evolução, ainda encontramos algumas dificuldades quando pleiteamos melhorias relacionadas com a aquisição de material de anestesia, drogas anestésicas ou benfeitorias relevantes para a segurança do paciente. Para caracterizar esse fato, podemos citar o não funcionamento da sala de recuperação pós-anestésica nos nossos hospitais, chegando-se ao cúmulo de já existir uma com espaço físico próprio e que não funciona porque não traz lucros financeiros diretos para a estrutura hospitalar.

Sugestões

Algumas sugestões devem ser ressaltadas.

a) Regulamentação da especialidade de anestesia no Brasil, principalmente pelo fato de não existir ainda, neste País, nenhuma especialidade legalmente regulamentada.

b) Empenho da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, junto ao Ministério da Educação, para que haja uma maior valorização da Anestesiologia como disciplina, tornando-a obrigatória no Curso Médico e, também, como estágio prático no internato do 6º ano, a exemplo de outras disciplinas. O objetivo desta medida é dar oportunidade de uma melhor formação àqueles recém-formados, que não terão ensejo de fazer residência médica e se destinam a trabalhar como Médicos Generalistas, no meio rural. Trata-se de melhorar o conhecimento básico desses futuros anestesiológicos práticos para que eles possam executar um ato anestésico com maiores conhecimentos teórico-práticos.

Além disso, faz-se necessário tornar a disciplina de

Anestesiologia e o estágio prático do 6.º ano, experiências ricas em conteúdo prático e atraentes na forma como serão apresentadas aos estudantes.

c) Empenho da Sociedade Brasileira de Anestesiologista junto ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Previdência e Assistência Social, para só autorizarem o funcionamento dos hospitais próprios ou conveniados, clínicas privadas, hospitais universitários, hospitais estaduais ou municipais, quando estes apresentarem sala de recuperação anestésica em funcionamento e material adequado de anestesia, nas devidas condições de esterilização, juntamente com as drogas anestésicas indispensáveis à execução de um ato anestésico seguro.

d) Introduzir, na orientação de alguns Centros de Ensino e Treinamento, a preocupação de não apenas ensinar técnicas e métodos de anestesia sofisticados somente aplicáveis aos hospitais universitários e grandes centros, mas não aplicáveis em todas as regiões do País, sobretudo no meio rural. Como exemplo, temos a falta de conhecimento e prática que têm os jovens anesthesiologistas oriundos desses Centros de Ensino e Treinamento, com relação ao uso do éter anestésico, que é por eles considerado coisa do passado, quando sabemos que a única contra-indicação absoluta para o uso desta droga é o emprego do bisturi elétrico pelo cirurgião⁹. Seria muito mais racional que o residente de anestesia iniciasse seu aprendizado utilizando técnicas e drogas anestésicas menos sofisticadas e, no decorrer do período, fosse adquirindo conhecimento mais profundos e desenvolvendo técnicas mais complexas. Esta nos parece ser a forma mais sensata de preparar residentes que estarão aptos a desenvolver suas atividades nas diversas regiões do País, isto é, nos grandes centros ou no meio rural.

e) As Regionais de Anestesia devem promover jornadas estaduais cada vez mais interioranas, constando do seu programa científico não somente assuntos modernos e recentes, como também assuntos do dia-a-dia daquelas regiões.

g) A criação de cidades-pólo, que na Paraíba poderiam ser João Pessoa e Campina Grande, onde seriam ministrados cursos teórico-práticos, com a finalidade de oferecer educação continuada em anestesiologia ao médico generalista do meio rural e ao anestesista que, também radicado em pequenas comunidades, perdeu a motivação para se reciclar. Esta seria, talvez, uma oportunidade única para que estes profissionais do meio rural pudessem adquirir novos conhecimentos indispensáveis à realização de um ato anestésico seguro.

Nessa perspectiva de criação de cidades-pólo, realizamos uma pequena pesquisa de opinião, no Estado

da Paraíba. Entrevistamos alguns médicos generalistas e outros anestesistas do interior. As opiniões mostraram-se divididas: naquelas regiões onde as anestésias são realizadas por médicos generalistas, que não tiveram oportunidade de fazer um curso de anestesiologia, todos foram unânimes em demonstrar seu interesse pela possibilidade de receber informações teórico-práticas em regime de curta duração. Em outras localidades onde o cirurgião e anestesista disputam a realização de um ato anestésico de caráter particular, os anestesistas mostraram-se relutantes quanto à realização desses cursos de curta duração, alegando que esta seria uma forma de acirrar cada vez mais a disputa entre eles, proporcionando ao cirurgião mais subsídios para atuar numa área que não é da sua competência.

g) Proporcionar melhores condições de trabalho e melhores condições salariais, numa ação conjunta entre os Governos Federal, Estadual e Municipal, para que os recém-saídos da residência médica em Anestesiologia possam sentir-se atraídos pela oferta de trabalho na pequena comunidade. A permanência desses profissionais no meio rural irá, certamente, contribuir para que haja uma mudança radical no sistema de saúde brasileiro, acelerando o seu desenvolvimento.

Comentários finais

Para que a Anestesia no Brasil venha tornar-se uniforme e comum a todas as regiões do País, é preciso que haja uma mudança radical na organização e educação do povo. São necessários vários anos de luta, porém alguma coisa poderá ser começada agora.

De tudo que foi possível avaliar, parece-nos essencial enfatizar a atuação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia junto ao Ministério da Educação que, por seu turno, irá exercer influência direta sobre as Universidades brasileiras, no sentido de tornar a disciplina de Anestesiologia obrigatória no Curso Médico. Esse nos parece ser o mais significativo e o primeiro passo para que essas mudanças venham a ser concretizadas.

Outros segmentos da Sociedade Brasileira poderão, também, contribuir para o engrandecimento da Anestesiologia, tais como, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Conselho Federal de Medicina, os Centros de Ensino e Treinamento, os Conselhos Regionais de Medicina e as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. Todos esses órgãos poderão, numa ação conjunta, influenciar na mudança desse quadro, fiscalizando e exigindo rigorosas condições técnicas, o funcionamento obrigatório das salas de recuperação pós-anestésica e drogas anestésicas adequadas, melhores condições de esterilização, além de proporcionar e estimular uma melhor qualificação

daquele Médico Especialista ou Generalista, com o objetivo único de preservar a segurança do ato anestésico.

Gostaríamos de chamar a atenção para o fato de que, mesmo havendo no Brasil dois padrões de anestesia, um aplicado nos centros desenvolvidos e outro existente no meio rural, torna-se urgente nossa conscientização no sentido de que um alto padrão de anestesia depende muito mais do conhecimento do que das drogas e equipamentos utilizadas. Isto quer dizer que a eficiência e segurança são dois fatores que o dinheiro, isoladamente, não pode assegurar. Nessa linha de pensamento, podemos afirmar que deveria haver somente um padrão de anestesia: aquele que garantisse o mais alto nível de sobrevivência do paciente. Assim, é responsabilidade do Anestesiologista Clínico zelar pelo

padrão de anestesia usado no seu hospital e tentar estender esse mesmo padrão a todos os recantos do País, treinando, supervisionando e oferecendo educação continuada a todos os Médicos Especialistas ou Generalistas, com o único objetivo, repito, de garantir a segurança do paciente anestesiado.

Para finalizar, queremos enfatizar as colocações do Dr. Farman em seu artigo "Need there be two standards in anesthesia?" no qual questions se deve realmente haver dois modelos de anestesia: um para os países desenvolvidos e outro para os países do Terceiro Mundo.

Sua conclusão é a de que "Nação alguma e tão rica que possa ignorar o custo dos serviços médicos; nação alguma é tão pobre que não possa fazer uma contribuição à soma dos nossos conhecimentos"³⁷.

REFERÊNCIAS

1. Pereira E e cols. - Relatório do Grupo de Trabalho - Anestesia em Hospitais de Pequena Comunidade, 27.º Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Brasília, DF 1980.
2. Sroczyński Z - Anesthesia in Banjul - Gambia. *Anesthesia*, 1981; 36:709-711.
3. Ezi-Ashi T I - Inhalational Anesthesia in Developing Countries Part 1. The problems and a Proposed Solution. *Anesthesia* 1983; 38:729-735.
4. Vickers M D - Anesthetic manpower in the future in the U.K. *Anesthesia* 1982; 37:954-957.
5. Axoola E A - Preferences of Nigerian Medical Graduates. *Nigerian Medical Journal* 1979; 9:156-158.
6. Levin K J, Friedman C P, Scott P V - Anesthesiology and the Graduating Medical Student: A National Survey *Anesthesia and Analgesia Current Researches* 1979; 58:201-207.
7. Farman J V - Need there be Double Standards in Anesthesia? *Anesthesia* 1981; 36:712-713.
8. Lucas J M - Anestesiologia em Campina Grande, Parte I. SAEP, Documento, 1988; 1:4.
9. Fortuna A - Need there be Double Standards in Anesthesia? *Anesthesia* 1982; 37:214-215.