

EDITORIAL II

A ANESTESIA COM GASES NA GUANABARA E NO BRASIL

A verdade muitas vezes doi, mas deve ser dita. No Brasil, como já frizou Bento Gonçalves no XI Congresso Nacional de Medicina, a anestesia mata direta ou indiretamente um grande número de pacientes, os óbitos por anestesia se igualam aos por tuberculose. A inexistência de estatísticas neste sentido, por falta de interesse e de meios para elucidar os óbitos pós-operatórios, nos impossibilita de citar números exatos.

A maior culpa da mortalidade cabe às condições econômicas em que labutamos, principalmente na Guanabara, onde o distintivo do anestesista deveria ser uma caixa de ferramentas ambulante ou mesmo um carrinho de mão!

A maioria dos anestesistas é levado a abandonar os métodos de anestesia por inalação, e o uso de gases anestésicos em particular, pelo menos rotineiramente, na clínica privada, pois isto implicaria num transporte diário de cilindros de gases, cal sodada e aparelhos de anestesia. É muito mais simples injetar anestésicos na veia; porém, será mais seguro? O que parece simples é logo tentado pelo principiante, que, sem maior base ou preparação, proclama aos quatro ventos que "anestesia hoje se resolve com tio e curare", e começa a ter acidentes mortais pós-operatórios, por complicações respiratórias. Com o barbiturato o paciente dorme e com o curare ele é "amarrado à mesa". Desaparecem os sinais dos planos de anestesia; por vezes o paciente sofre dor sem poder reclamar, com um tubo na traquéia e um "clic-clic" intermitente distraíndo-lhe o espírito.

Em vez de continuar aquilo que já conhecíamos, a anestesia inalatória, introduzimos na polifarmácia anestesiológica os amnesiantes, neuroplégicos, potencializadores, atarácicos e analgésicos, na vã tentativa de esconder a nossa ignorância

da farmacologia destas drogas atrás de nomes pomposos. O que elas tôdas parecem ter em comum é uma maior ou menor depressão cárdio-circulatória, respiratória e da consciência, com maior ou menor número de ações colaterais indesejáveis.

A anestesia clássica, usando o menor número de medicamentos e portanto, com mínimas possibilidades de problemas de ação colateral e eliminação, é ainda a que deve ser ensinada aos neófitos e ser praticada de rotina pelos que devem dar o exemplo, isto é, os anestesistas. Protóxido de azôto, éter e ciclopropano são anestésicos do passado, mais ou menos esquecidos no presente e que deverão ser reabilitados no futuro.

É uma vergonha que a maioria dos hospitais particulares da Guanabara não possuam aparelhos de anestesia, nem pelo menos protóxido de azôto e cal sodada; o anestesista é obrigado a transportar a sua "traquitana", submeter-se a empresários, pedir emprestado a colegas ou improvisar uma anestesia venosa ou regional.

Os hospitais fornecem material cirúrgico. Por que não podem fornecer um mínimo de equipamento de anestesia, isto é, um aparelho de anestesia?

Os hospitais fornecem éter, tiopental e relaxantes musculares, além de outros medicamentos, por que não podem fornecer ciclopropano, protóxido de azôto e cal sodada e cobrâlos, do mesmo modo, ao paciente?

A resposta a estas perguntas parece simples.

A maioria dos hospitais não tem aparelhos de anestesia porque faltar-lhes a manutenção. A manutenção de um aparelho de anestesia é mais ou menos simples para um anestesista, mas torna-se um problema quando muitos anestesistas utilizam um mesmo aparelho. Os aparelhos de procedência americana e inglesa não têm uma organização para a sua manutenção. Um ou outro "consertador" torneia peças metálicas e cobra os preços que quizer. Se há dificuldade de importação regular, por que ainda se importam aparelhos de anestesia? Por que organizações incautas comprem produtos, que depois apodrecem por falta de manutenção? Se querem vender aparelhos importados, que nos dêem assistência técnica, peças e acessórios para a manutenção.

Nós precisamos auxiliar a indústria nacional de aparelhos de anestesia, recomendando os "nossos" produtos às autarquias, hospitais federais, municipais e particulares, embarcando os produtos estrangeiros, a fim de possibilitar o estabelecimento de um serviço de manutenção em todo país, que também infelizmente ainda não existe. No entanto, a indústria nacional terá muito mais interêsse de criar este serviço do que uma firma estrangeira, na vigência da legislação atual, com suas dificuldades de cambiais e de importação.

Fica pois o nosso apêlo aos hospitais: comprem aparelhos de anestesia nacionais e ajudem a indústria nacional de material de anestesia, no sentido do desenvolvimento de uma rede de manutenção em todo o país.

O problema dos gases e da cal sodada é diferente. Até hoje não existe cal sodada nacional que preste. Por outro lado os hospitais do Estado da Guanabara não podem adquirir cal sodada, pois esta não consta da lista de preços válidos para concorrência. Cal sodada não existe oficialmente no Estado!!! Então é o caso de se permitir a importação sem taxas excessivas. O problema é similar ao do ciclopropano; o consumo é pequeno demais para compensar uma indústria, então não se monta a indústria, porém não se pode importá-lo a preços razoáveis. Sem cal sodada, quem é que vai conseguir incrementar o uso de anestesia inalatória com o preço atual do protóxido de azôto? Isto, sem falar no do ciclopropano e do fluotano?

O preço do protóxido de azôto não pode baixar; alega o produtor que o nitrato de amônio é importado. Por que? Não existe nitrato de amônio no Brasil?

O ciclopropano e o fuotano continuarão inatingíveis economicamente para a maioria das anestésias, mesmo que se facilitasse a importação, pois é caro mesmo nos países de origem. Seu uso apenas poderá se difundir se tivermos cal sodada boa e barata. Aqui fica um repto à indústria química nacional; entrem em contato com os anestésistas através de suas sociedades, para saber as especificações para um cal sodada de boa qualidade e estudem a possibilidade de produzi-la no Brasil.

No caso do protóxido de azôto, há dois problemas, para que o hospital possa fornecê-lo ao anestésista:

1) O problema do cálculo do gasto. Uma taxa horária, da mesma maneira como é cobrada taxa horária para oxigenioterapia, é uma maneira simples de resolvê-lo. A segunda solução seria a pesagem dos cilindros antes e depois da anestesia, para computar o gasto e a conseqüente cobrança.

2) Muito mais grave é a questão dos cilindros e válvulas. A aquisição de um estoque suficiente de cilindros é um problema econômico sério para um hospital; melhor seria que a firma que vende o protóxido seja proprietária dos cilindros, fazendo também a sua reposição. Porém, não há fabricação nacional de cilindros, e, portanto, há falta que é agravada pela falta de válvulas. Um grande número de cilindros estão atualmente parados por falta de um serviço de conservação. Não há também serviço eficiente de teste e controle dos cilindros. O problema da anestesia com gases ficará sem solução, enquanto não fôr resolvido o problema da fabricação de

cilindros no Brasil. Urge pois, que reformulemos aquilo que já foi enumerado no Congresso de Anestesiologia de Belo Horizonte em 1959, reunindo novamente, para uma discussão franca, todos os interessados, incluindo especialmente representantes da indústria metalúrgica, do Ministério da Saúde e da Fazenda (questão de importação de cilindros ou válvulas), sociedades de anestesiologia, produtor de protóxido de azoto e, mesmo parlamentares.

Precisamos diminuir a mortalidade anestésica, ensinando aos novos, com o nosso exemplo, o uso da anestesia inalatória que por razões principalmente econômicas vem sendo abandonada; porém, precisamos, antes de mais nada, tornar economicamente possível esta anestesia inalatória.

Aqui fica o meu apêlo à boa vontade de todos, em nome dos maiores interessados: os nossos pacientes.

PETER SPIEGEL
Rio de Janeiro, GB.