

**ENCONTROS E DESENCONTROS DA ANESTESIOLOGIA
COM AS NECESSIDADES NACIONAIS DE SAÚDE (*)**

DR. ZAIRO E. G. VIEIRA, E.A. ()**

O médico anesthesiologista brasileiro, da mesma forma que toda a classe médica, vive encapsulado no seu mundo exclusivista e individualista, teimando em ignorar as profundas transformações porque passa o País, suspirando por um passado que muitas vezes nem conheceu, que não era melhor e que certamente não se coaduna com o presente — muito menos com o futuro.

Apesar de ter deixado de ser uma Especialidade muito jovem, obtido plena aceitação dos seus pares e orgulhar-se de um passado pujante em organização, desempenho científico e serviços prestados, a Anestesiologia Brasileira se encontra no momento, com o problema de definir sua própria imagem e filosofia, face ao clamor público que começa a exigir quantidade, disponibilidade e qualidade de serviços, e face à elevação dos custos dos serviços remunerados por orçamentos limitados.

A solução e o futuro parecem estar em nossas mãos, desde que decidamos analisar seriamente os problemas da assistência à saúde do povo brasileiro, que cultivemos a capacidade de introspecção e que rejeitemos o isolacionismo, o individualismo, o conservadorismo e a intolerância.

Se nós, médicos e anesthesiologistas, não o fizermos ou não influirmos decisivamente nas mudanças que estão para vir, certamente alguém o fará e é muito provável que nem nos consultem.

A queda progressiva do prestígio do médico perante a opinião pública não pode mais ser ignorada, bastam dois exemplos para caracterizá-la: a caricaturização, não poucas vezes ridicularização da figura do médico nos meios de comunicação de massa e as constantes denúncias de falhas,

(*) Conferência pronunciada na IX Jornada de Anestesiologia do Brasil Central, Agosto, 1977.

(**) Professor (Titular) de Anestesiologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, DF.

AP 1858

1400

omissões ou mesmo incompetência profissional. Os anestesicologistas não constituem exceções; pelo contrário, praticando uma Especialidade Médica de introdução relativamente recente são desconhecidos do grande público, que ignora os benefícios resultantes da sua atuação. A própria classe médica nem sempre os aprecia devidamente "brindando-os" com epítetos como "um mal necessário", "a máfia do cheiro", "os taxímetros da medicina", "os mascates da anestesia", ainda que em tom de pilhéria.

Se há insatisfação, denúncias e "pilhérias" devem existir causas, sejam elas procedentes ou não, relevantes ou irrelevantes, verdadeiras ou imaginadas, dependentes do desempenho do anestesicologista ou não, direta ou indiretamente relacionadas ao contexto da prática anestesiológica ou médica no País. Quaisquer que sejam as causas, não há como fugir à conclusão que a Anestesiologia e a Medicina praticadas atualmente no Brasil não estão preenchendo as expectativas e as necessidades do povo, razão de ser de sua existência.

Este ensaio pretende enfocar a problemática da Anestesiologia Brasileira, sua evolução, a situação atual e o que pode oferecer o futuro. Não se cogita uma análise completa e abrangente, contudo, dada a íntima dependência da prática da Medicina em geral, não há como fugir à certas considerações que influenciam ambas.

Desde os primórdios do século XX uma onda de consciência social avassalou os países mais desenvolvidos resultando na ampliação do conceito de saúde que culminou com a declaração da Organização Mundial de Saúde que "a saúde não é somente a ausência de doença, mas sim um estado de completo bem estar físico, mental e social": um "direito do cidadão". Quando a saúde passa a ser um direito básico de cada indivíduo é inevitável que um sistema de saúde desenvolvido como privilégio de pequena parcela da população tem que sofrer transformações profundas e radicais para torná-lo mais eficiente, mais disponível, aceitável e justo. O público, cada vez melhor informado das possibilidades dos serviços de saúde, pelo constante bombardeio dos meios de comunicação de massa e mais conscientizado do seu direito por ações governamentais, passa a aspirar e exigir o que lhe é devido.

Com a Previdência Social assumindo a maior parte das despesas de saúde e como os recursos disponíveis são e serão sempre finitos surgiu um novo fator, nem sempre bem aceito pelos médicos, o da rentabilidade das somas investidas e

uma nova disciplina, a "economia da saúde", pois a coletividade não pode gastar sem contar, nem sem saber para que servem os fundos investidos. Se os médicos não se aperceberem da magnitude e da importância deste problema, estudando-o e compreendendo-o profundamente, economistas e administradores, na medida que forem capazes de computar e julgar os resultados decorrentes dos insumos aplicados, passarão a críticos dos médicos, sem que estes possam avaliar objetiva e cientificamente o trabalho daqueles (1).

O Brasil se aproxima celeremente desta fase em que a classe médica reage desordenadamente diante do problema da elevação dos custos da assistência à saúde face a orçamentos limitados, sem que consiga definir sua própria imagem e filosofia.

Devido à legislação, aprendizado e organização, a maneira pela qual a classe médica sugere ações relacionadas à assistência à saúde é confinada, paroquial, olvidando uma complexa problemática que exige soluções abrangentes e propiciando uma mistificação progressiva e praticamente incontrollada da assistência médica. Com a universalização do acesso aos serviços de saúde houve e continua havendo, por pressão da classe médica, uma crescente aplicação de recursos sofisticados e o pico dos gastos sobe sempre, dirigido a uns poucos selecionados, não tanto por classe social ou econômica, mas pela própria tecnologia médica. Por exemplo, já foi identificado em alguns países o custo crescente com pessoas gravemente enfermas em unidades de tratamento intensivo. De 226 enfermos estudados por Cullen e col. (2) apenas 17% sobreviveram ao período de tratamento intensivo e destes, 27 (12% da amostra) estavam inteiramente recuperados e devolvidos a força de produção um ano após a admissão. O custo médio de cada tratamento foi de 14.000 dólares. Se tais tratamentos fossem estendidos a todos os pacientes críticos nos Estados Unidos anualmente, cerca de 2 milhões, o custo chegaria a 28 bilhões de dólares para benefício daqueles poucos 12%. Isto representa mais do dobro de toda a exportação do Brasil em 1976.

Face a estes dados são inevitáveis as reflexões sobre a implantação desordenada de unidades de tratamento intensivo nos hospitais brasileiros, um modismo da atualidade. Com uma sofisticação tecnológica para a qual não existem recursos humanos adequados (12 mil enfermeiros diplomados em todo o país em 1975), nem "know-how" tecnológico de apoio, estas unidades rapidamente se transformam em aparatosos "elefantes brancos" de alto custo, baixo retorno evidenciável e objeto de frustração de médicos e administrado-

res que não conseguem fazê-las funcionar adequadamente — enfim “um luxo”. (3)

O mesmo pode ser repetido em relação a medicamentos, agentes farmacológicos e condutas terapêuticas. Premidos, tangidos e vítimas do impacto publicitário do “marketing” internacional, na sofreguidão de utilizar a última conduta terapêutica ou o fármaco mais recente, os médicos parecem não dar conta da interdependência da sua atuação diária com o contexto de transformações, dificuldades e necessidades a seu redor. Em 1975 a maior parcela de importações brasileiras, por empresas, foi no setor de produtos químicos, farmacêuticos e perfumaria, 5.698,3 bilhões de dólares (4). Deste total, causa espanto conhecer, somente a importação de halotano atingiu 14 milhões de dólares (5). Se adicionarmos outras drogas usadas quase exclusivamente por anestesiológicos como enflurano, ketamina, fentanil, meperidina, etc., certamente esta parcela crescerá muito.

Por que usar rotineiramente fentanil ou meperidina, halotano ou enflurano, de alto custo, e não a morfina, com mais de 100 anos de uso constante, altíssima efetividade e poucos efeitos colaterais, ou o éter etílico, também centenário, que salvo a sua inflamabilidade tem um excelente desempenho e grande margem de segurança, até quando mal administrado? É fato incontestável que o maior número das intervenções realizadas no país, estimadas em 30 mil diárias, são de pequena e média cirurgia, nas quais a anestesia condutiva oferece condições operatórias satisfatórias e grande margem de segurança para o doente com um custo mínimo. Será então justificável ou realmente benéfico para a maioria dos enfermos o uso de agentes anestésicos de alto preço e condutas técnicas sofisticadas ou será uma mistificação da assistência médica (6)?

Refletindo sobre estes e outros exemplos poder-se-ia deduzir, e muitos o fazem, que os médicos consideram que a melhor assistência é aquela em que tudo o que se conhece em Medicina é aplicado a todo indivíduo pelo cientista médico mais especializado e na instituição mais especializada, dando como justificativa o próprio atendimento. As implicações destas deduções são vistas como um aumento de custo com poucas vantagens mensuráveis, e, portanto, um retardamento do processo de universalização da assistência à saúde.

Sem poder influir decisivamente no quantitativo da assistência, diretamente ligado à filosofia do governo e às pressões de um público cada vez mais conscientizado, resta aos médicos gerenciar, pelo menos, o controle de custo, da

rentabilidade e da qualidade do tratamento específico prestado por cada médico ou grupo de médicos (o hospital) a cada paciente. Talvez venha a ser a única área de possível atuação dos médicos, como uma classe, para evitar a intrusão, muitas vezes indébita e anti-ética, daqueles profissionais estranhos à área de saúde.

Em alguns países desenvolvidos os médicos, espontaneamente, ou por força de lei, criaram e desenvolveram organizações com o objetivo de verificar se os atos médicos praticados nos doentes são os mais apropriados, médica e economicamente, de acordo com os conhecimentos e recursos disponíveis na área geográfica de atuação. Operadas pelos próprios médicos, numa Especialidade, como a Anestesiologia, ou em âmbito mais amplo, são denominadas "organizações de revisão de padrões profissionais" (PSRO) e conhecidas abreviadamente como "Peer Review" ou "Revisão pelos pares" (7). Os sistemas privados de seguro saúde e o seguro social governamental recorrem a elas para cobertura e respaldo de litígios e benefícios do seguro. É um caminho aceito pelos médicos, embora com reservas; uma abordagem válida para enfrentar o problema.

Ao analisar os recursos humanos para a assistência à saúde é comum comparar o número de especialistas com o total de profissionais e não a quantidade de pessoas que necessitam seus serviços. Quando o fazemos ficam claras as distorções e a centralização de especialistas, não onde há mais doentes, porém onde há mais profissionais. A Anestesiologia não foge à regra.

Tomando por base o ano de 1975 com a população brasileira estimada em 100 milhões de habitantes assistidos por 69 mil médicos (8) tínhamos, em números redondos, 2.750 médicos anesthesiologistas, que corresponde a 4% do total de profissionais: 2.508 membros da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (9) acrescidos de 10%, número estimado de médicos praticando a Anestesiologia sem pertencerem ao quadro da Sociedade. Estimando que 2 em cada 10 brasileiros sofrem uma intervenção médica por ano, incluindo cirurgias, partos, pequenas intervenções de ambulatório, fraturas e atendimentos de emergência (total: 20 milhões) e calculando que apenas 50 % deste total (10 milhões) chega a receber uma ou outra forma de anestesia (5), obtém-se uma média anual de 3.600 anestésias por médico, em 1975 (Tabela I). É evidente que tamanha carga de trabalho para um anesthesiologista é inexecutável; se tal demanda foi e continua sendo atendida podem ser apontadas, entre outras causas, a administração de anestésias por leigos ou outros

TABELA I

RECURSOS HUMANOS				
ANO 1975 * POPULAÇÃO: 100 MILHÕES				
Médicos	N.º	Med/Espec.	Med/Pop.	Espec/Anes/Ano ***
Total	69.000	—	7:10.000	—
Anest.	2.750	4%	1:40.000	1:3.600
ANO 1985 ** POPULAÇÃO: 125 MILHÕES				
Total	102.000	—	8:10.000	—
Anest.	4.080	4%	1:30.000	1:3.000
ANO 2000 ** POPULAÇÃO: 212 MILHÕES				
Total	280.000	—	14:10.000	—
Anest.	11.200	4%	1:20.000	1:1.900

* Dados retirados do Boletim do IBGE (1975), Anuário da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (1975) e do trabalho "Condições Profissionais dos Anestesiologistas Brasileiro" (Reis Júnior, 1976).

** Dados estimados e projetados, em números redondos.

*** Para a relação especialista/anestesia/ano foram consideradas apenas 50% das intervenções.

profissionais de saúde não médicos, a administração simultânea, de mais de uma anestesia pelo mesmo anesthesiologista ou um erro estimativo do número de médicos não vinculados à Sociedade Brasileira de Anestesiologia praticando diariamente a Especialidade.

Projetando estes dados para o futuro, levando em conta o crescimento demográfico, sem aumento na relação anesthesiologistas/médicos ou na demanda de anestésias, chegaremos ao ano de 1985 com aproximadamente 1.300 novos anesthesiologistas e um total de 4.000: uma proporção de 1:3.000 anestésias anuais. No ano 2.000 com aproximadamente 7.000 novos anesthesiologistas e um total de 11.200 teremos uma proporção de 1:1.900 anesthesistas anuais, demanda ainda insuportável (5 a 8 anestésias diárias) para um anesthesiologista.

TABELA II

RECURSOS HUMANOS: DISTRIBUIÇÃO (1975) *			
Regiões	População	Médicos	Anest.
NORTE	3,9%	1,7%	2,7%
NORDESTE	29,8%	16,2%	13,3%
SULESTE	40,4%	62,3%	56,2%
SUL	17,9%	15,2%	20,3%
CENTRO OESTE	7,7%	4,3%	6,9%

* Mesmas fontes citadas.

Levando em conta a distribuição regional dos anestesio-
logistas em 1975 nota-se que se concentram nas capitais,
apresentando uma distorção maior em relação à população
do que o total de médicos (Tabela II). Distorção assinalada
por Spiegel e Gonçalves em 1965 (10) e que se acentuava no
sudeste e no sul do país, em detrimento do norte e espe-
cialmente do nordeste (Tabela III).

TABELA III

RECURSOS HUMANOS: DISTRIBUIÇÃO (1975) *			
	População	Médicos	Anestesistas
CAPITAIS	23,3%	46,4%	53,5%
INTERIOR	77,6%	51,4%	48,6%

* Mesmas fontes citadas.

* Dados retirados de "O ensino médico no Brasil" (1972), Anestesia, Bol. Inf. Soc. Bras. Anest. (1975) e IBGE (1975).

Não é minha intenção analisar em profundidade as pos-
síveis e prováveis causas destas distorções, objeto de um sem
número de ensaios, análises, teses, pesquisas e sugestões.
Entretanto, não posso deixar de alertar que se não encontrar-
mos meios de melhorar o ensino dos novos anestesio-
logistas, inculcando-lhes profundo conhecimento das transformações
porque passa o sistema de assistência à saúde e se não ten-
tarmos distribuí-los com maior proporcionalidade, em re-
lação à população, não será surpresa que a Previdência Social
passe a enfrentar o problema da demanda, produtividade e
rentabilidade da assistência anestesiológica com técnicos. O
precedente já foi aberto na área de enfermagem com a for-
mação oficialmente estimulada e encampada de técnicos de
enfermagem, face a agudíssima falta e má distribuição de
enfermeiras diplomadas.

A estratégia planejada para reformar o sistema de assis-
tência foi consubstanciada na Lei 6.229, de 17-07-1975, através
da instituição do Sistema Nacional de Saúde, tendo como
pedra angular a regionalização dos serviços de saúde com for-
mação e absorção local dos recursos humanos, sempre que
possível. A recente criação do INAMPS, Instituto de Assis-
tência Médica da Previdência Social, já consequência desta
Lei, foi recebida com certa desconfiança pela classe médica,
Segundo Mahler (7), diretor da O.M.S., é possível distribuir
os recursos financeiros de saúde de um país, visando a apli-
cação de ações médicas realmente eficazes e específicas com
avaliação objetiva da necessidade de recursos humanos, em

quantidade, habilitações e conhecimentos; bem como definir um sistema de saúde que apresente resultados significativos beneficiando o maior número possível de pessoas com custos tão baixos quanto necessários para manter um aceitável padrão de qualidade.

O novo sistema não seria perfeito no início, nem imutável; certamente necessitaria constantes alterações, pois as sociedades, as prioridades e os problemas se modificam continuamente. Também não poderia ser transplantado de um país para outro; cedo ou tarde apareceriam sinais de rejeição, pois cada país tem um passado com suas tradições, instituições, conscientização e aceitação pública, que não pode ser descartado. Há um meio termo entre aqueles que bloqueiam qualquer mudança no sistema, orgulhosos das realizações do presente e aqueles racionalistas e pragmatas implacáveis, que querem começar tudo de novo.

É comum entre médicos e anestesiólogos, que se dedicam à tarefa absorvente e repetitiva de "tratar doentes" considerar que a área de sua atuação é o centro do universo, impossibilitando-os de conceber que outros aspectos do mundo, do seu país ou da própria profissão possam ser dignos de atenção e análises. Esta intolerância pode cegá-los a ponto de considerarem tudo o mais irrelevante e bizantino. É como se "tratar doentes" ou "anestesiá-los" fosse uma peça destacada da existência e não obedecesse as regras do enorme sistema de vasos comunicantes que é a vida. Este pensamento capsular é agarrado com todas as forças, geralmente pelo medo de uma mudança, uma situação nova, perante a qual não conhecem a reação eficaz. O processo de racionalização que os sustenta utiliza exclusivamente valores consagrados no meio em que vivem, cuja opinião lhes é tão preciosa, condicionando uma "realidade interior desejada" e recusando analisar a problemática complexa da verdadeira realidade.

Só há uma maneira de evitar este condicionamento: a convivência com ambas realidades, coisa aparentemente simples. Contudo ela exige a destruição de resistências altamente treinadas que oferecem fortíssimos argumentos para adiar ou negar pelo ridículo, pelo tédio ou pela sofisticação intelectual, a atenção necessária. E sem ela, sem o confronto da "nossa realidade interior" e a verdadeira realidade, sairemos desta vida como entramos, salvo engano, em estado de total e absoluta ignorância... (11).

O argumento utilizado freqüentemente é a queda na qualidade do serviço médico, pretexto perigoso para ser usa-

do num sistema de saúde orientado para instituições ou pessoas e não a solução de problemas.

Quando se debate qualidade de serviço médico, imediatamente o problema é transferido para a formação profissional deficiente ou inadequada, aspecto comentado ao infinito até pela imprensa leiga. O réu é quase sempre a universidade brasileira, acusada e vilipendiada pelo seu isolamento às necessidades do meio social, pela distorção, entre a "educação acadêmica" e o campo de atuação do futuro médico, pela absorção indiscriminada daqueles que desejam um curso de medicina, pelos profissionais que fazem do ensino um "bico", pela escassez de equipamento e pela inadequação das áreas de aprendizado prático (o hospital). Na formação do especialista médico, após a graduação, até hoje aguardando reconhecimento e legitimação oficiais através do controle do seu ensino, as mesmas críticas se repetem, em especial a absorção indiscriminada de candidatos a especialistas, a escassez de equipamento, a inadequação do campo de aprendizado (o hospital) e o ensino como "bico" dos especialistas já reconhecidos. Apesar dos esforços de algumas sociedades médicas, dentre as quais a Sociedade Brasileira de Anestesiologia foi pioneira, a concretização prática de soluções que controlem, reconheçam, oficializem ou legitimem realisticamente a educação de especialistas médicos parecem estar sempre atrasadas no tempo.

Criada em 1948, a Sociedade Brasileira de Anestesiologia, já em 1953⁽¹²⁾ se preocupava com a formação de anestesiólogos, recomendando hospitais e serviços para estágios de médicos interessados na Especialidade. Em 1957⁽¹³⁾ regulamentou a estrutura e funções de Centros de Ensino e Treinamento. No entanto, este regulamento até hoje não sofreu modificações conceituais; evidentemente é imperiosa uma reforma ampla para adaptá-lo às condições prevalentes da prática anestesiológica. Basta lembrar que somente a partir de 1978⁽¹⁴⁾ a Residência Médica em Anestesiologia, pessimamente confundida com "estágio" passará para dois anos de duração. Paradoxalmente a primeira Especialidade a estabelecer o ensino de especialistas, bem como avaliá-lo mediante provas escritas e orais desde 1957⁽¹⁵⁾, foi a última Sociedade Médica a exigir 2 anos de aprendizado...

Qual a situação dos Centros de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia em 1975? Correlacionando-os, com os usuários, a população a ser atendida pelos especialistas ali formados, e com o número de cursos de medicina, é notória a superconcentração no sudeste e no sul, ultrapassando de muito a distribuição da população e do

número de cursos de medicina (Tabela IV), uma possível causa das distorções na distribuição dos anestesiolgistas, apontada também por Nigro (16).

TABELA IV

RECURSOS HUMANOS: FORMAÇÃO (1975) *			
Regiões	População	C. Medic.	Cet. Anest.
NORTE	3,9%	3(4,0%)	1(1,6%)
NORDESTE	29,8%	13(17,7%)	6(9,6%)
SULESTE	40,4%	41(55,4%)	38(60,4%)
SUL	17,9%	14(18,9%)	14(22,2%)
CENTRO OESTE	7,7%	3(4,0%)	4(6,2%)

Dentre as medidas recomendadas para adequar a formação de médicos ou especialistas médicos e capacitá-los para solucionar os problemas da assistência à saúde, sobressai a articulação das unidades de ensino (Universidades, Faculdades, Centros de Ensino e Treinamento) entre si e com os sistemas regionais de saúde, preconizados, na Lei do Sistema Nacional de Saúde. Contudo, antes mesmo da implantação dos sistemas regionais, a supervisão das tarefas didáticas nos hospitais do sistema assistencial por pessoal de ensino e a utilização de "hospitais de ensino" para serviços de assistência à saúde da comunidade, em outras palavras, a tão falada e pouco praticada "integração Ensino-Assistência", encontra sérios obstáculos e resistências de ambas as partes, pessoal de ensino e sistema assistencial regional. Obstáculos que provém da acomodação e oposição a mudanças do "status quo", enfim um certo grau de intolerância (17).

Mesmo porque para integrar, e não se confunda com entregar, é necessário um alto grau de inteligência, arguta percepção e brilhante capacidade inventiva, pois é muito mais fácil lutar do que integrar. A questão é discutida teoricamente com veemência e concenso, porém, raramente são iniciadas as ações necessárias para resolvê-la ou implantá-la. Nossa maneira de viver, nossa formação, nossa educação e nosso aprendizado nos condicionou para a dominação — o importante é vencer o adversário — e a integração não oferece tais emoções. Na verdade, integração significa um meio, uma solução em que ambas as partes obtém o seu lugar de direito (Ensino-Assistência), sem que nenhuma delas tenha que sacrificar coisa alguma. Além disso, a integração representa uma mudança, muitas vezes radical, não só na situa-

ção ambiental como em nós mesmos, um processo interativo entre o nosso interior e a situação exterior (18).

Quanto à eficácia do ensino, não é difícil chegar a discernir que os problemas mais graves provém da acomodação do professor tradicional, uma verdadeira caricatura dos métodos modernos da comunicação, especialmente quando ele tem que enfrentar maior afluxo de alunos. O professor informante, centro de atenção da sala de aula, ou o preceptor como único alicerce do aprendizado são tristes anacronismos no ambiente moderno saturado de informações oferecidas pela imprensa, pelo rádio, pela televisão, pelas gravações, pelo cinema, enfim por um permanente bombardeio sensorial informativo.

Com as modernas técnicas de comunicação o ensino passará mais e mais para uma metodologia de auto-instrução, cabendo ao professor colocar à disposição os "meios" para o aprendizado dos alunos, isoladamente ou em grupos. Ninguém mais contesta que educar-se é um processo de informar-se, isto é, de reagir. Para tanto é essencial que a "atmosfera cultural" esteja saturada de informações, prescindindo reorganizações repetitivas que constituem o processo educativo do passado (19).

Dentro deste raciocínio, todos os esforços devem ser lançados na direção de soluções prospectivas, por mais ousadas que pareçam: educação por computador, por televisão, por "video-tape", por fitas gravadas, etc., até mesmo por satélites. Há no momento, em execução, um ambicioso projeto de educação médica, envolvendo 4 grandes estados norte-americanos — Washington, Alaska, Montana, Idaho — via programas diários televisados por satélites, Projeto WAMI (20), um experimento audaz, mas aplicável ao ensino de qualquer Especialidade.

Resta analisar a atualidade da prática profissional do anestesiológista e respectiva remuneração. É evidente que a questão, se relaciona intimamente com a prática da medicina em geral, e com o sistema de saúde existente no País.

Os anestesiológistas, como um grupo e dentro dos profissionais da medicina, não estão desfavorecidos quanto à remuneração. Reis Júnior em 1975 (21) situou entre 11 e 30 mil cruzeiros a faixa mensal de remuneração da maioria dos anestesiológistas brasileiros, apenas 18,9% ficaram na faixa de 10 mil cruzeiros; mostrou outrossim, que 82,9% dependem da Previdência Social, como uma das principais fontes de renda, confirmando e ampliando, as previsões de Spiegel e Gonçalves em 1965 (11). Teixeira em 1974 (12) mostrou que

os anesthesiologistas do interior tinham uma renda mensal média, corrigida para 1975, ao redor de 12 mil cruzeiros. Decididamente o desestímulo econômico, não é causa da superconcentração de anesthesiologistas nas capitais.

No início da década de 1960, depois de longas negociações entre a Sociedade Brasileira de Anesthesiologia e o extinto Departamento Nacional da Previdência Social foi ratificado o Parecer 262/73 deste Departamento (23), vinculando a remuneração do anesthesiologista na base de horas de anestesia/unidade de prestação de serviços (US), que para muitos anesthesiologistas na época, e todavia no presente, representou a redenção e a afirmação da Anesthesiologia.

Não se contesta que as conseqüências daquele parecer serviram de incentivo, facilitando o recrutamento de muitos médicos para uma Especialidade que lutava para se afirmar. Contudo, não impediu que uma legião deles escolhesse a Anesthesiologia por razões puramente econômicas, circunstanciais ou não, abandonando-a depois de pouco tempo ou transformando-se em profissionais apáticos, desestimulados, sem "gosto pela profissão" por não encontrarem nela o desafio intelectual que incentiva a busca do saber, entender e controlar a gama de disfunções fisiológicas que ocorrem cada vez que uma anestesia é administrada. Surgiram verdadeiros técnicos, não raro excelentes, condecorados com o grau de médico.

Rapidamente foi "esquecido" o item 7 do Parecer, que peço permissão para lembrar "o anesthesiologista ficará obrigado a permanecer até o final do ato cirúrgico, não podendo concomitantemente realizar outro ato anestésico". A dificuldade de fiscalização desta proposição, por sinal incluída no Parecer por solicitação da Sociedade Brasileira de Anesthesiologia, e o descomedimento de sua contravenção levaram os economistas e administradores do sistema de assistência à saúde a imporem restrições progressivas, talvez pouco éticas, à prestação de serviços anesthesiológicos. Não se podia esperar outra reação, já que os anesthesiologistas (aliás, como toda a classe médica) teimavam em desconhecer a complexidade dos problemas da "economia da saúde". Não teria sido diferente se nós anesthesiologistas, tivéssemos tomado a dianteira e resolvido o problema a contento?

Ainda mais, o Parecer 262/63 discriminou entre os próprios anesthesiologistas, desfavorecendo aqueles mais aptos e produtivos, no conceito amplo de saúde, já que uma anestesia para cirurgia de varizes dos membros inferiores com 4

horas de duração, ficou com a mesma remuneração de uma anestesia para gastrectomia com igual duração.

Ao estabelecer a indivisibilidade da primeira hora de anestesia (item 1 do Parecer), a anestesia para substituição de válvula mitral com 5 horas de duração ficou com a mesma remuneração de 5 postectomias, que na realidade estão terminadas em menos de 2 horas. Como consequência, as "anestesias dos 20 e 30 minutos" passaram a ser disputadíssimas, em detrimento dos verdadeiros doentes com patologia cirúrgica grave.

Não preciso me estender para que se conclua da repercussão dessa "desigualdade" de remuneração sobre a "qualidade" da anestesia e do anestesiológico ou sobre nossa imagem perante a classe médica ou, o que é mais grave, sobre nossa contribuição para a solução de verdadeiros problemas de saúde. Não há pois, espanto no cognome de "taxímetros da medicina", algumas vezes sem o motorista no volante, com que nos "brindam" jocosamente.

Felizmente esta situação está por terminar, novas negociações estão em andamento entre a Sociedade Brasileira de Anestesiologia e a Previdência Social, em busca de uma forma mais aceitável e mais justa de remuneração. Pena que a iniciativa não tenha sido nossa, como propôs Nigro⁽²³⁾, e que a Sociedade Brasileira de Anestesiologia só se mobilizasse por insistência da Previdência Social. Perdemos ótima oportunidade de marcar pontos e melhorar nossa imagem perante os administradores da assistência à saúde.

Outra questão, fácil de explicar, porém, difícilíssima de entender, é o método de trabalho do anestesiológico brasileiro, proporcionando cobertura de vários hospitais pelo mesmo anestesiológico ou grupo de anestesiológicos: anestesia e anestesiológico ambulantes. Tanto a "anestesia", isto é, equipamento, instrumental, drogas, etc. como o anestesiológico correm num mesmo dia de hospital para hospital, de doente para doente, com vários quilômetros de distância entre eles. Nem bem terminada a cirurgia e a regressão da anestesia já está o anestesiológico encaixotando a sua "anestesia" preocupado com o trânsito e a distância para "servir" outro doente ou outro hospital, como fazem os "mascates", de porta em porta. Em metrópoles brasileiras chega-se ao cúmulo do ridículo de grupos de anestesiológicos cruzarem e se cumprimentarem no meio das avenidas enquanto doentes e cirurgiões os esperam nos mesmos hospitais que uns acabaram de deixar e outros a eles se dirigem.

Deve haver uma fórmula, um acordo, enfim um modo de *integrar* esforços e permitir maior segurança para os doentes, menos perda de tempo e uma maneira mais lógica de trabalhar, sem prejuízo de ninguém. O Brasil e alguns países da América Latina, ao que eu saiba, são os únicos lugares no mundo que exibem essa forma irracional de trabalho de médicos, na qual perdem os anestesiológicos em desgaste inútil e perdem os doentes com a inexorável queda de qualidade de uma "anestesia itinerante". E, por incrível que pareça, os doentes que melhor pagam são os que mais recebem este "tipo de anestesia", já que os hospitais públicos e previdenciários possuem equipamento próprio e corpo clínico estável de anestesiológicos.

A questão do equipamento do anestesiológico é também "sui-generis" do nosso país. É comum administradores ou melhor, pseudo-administradores hospitalares recusarem adquirir equipamento e instrumental imprescindível à boa execução técnica e científica de uma anestesia. Os anestesiológicos passam a comprar e transportar seu instrumental de Secca a Mecca. Evidentemente equipamento e instrumental terão que ser leves, de pequeno volume e completamente portáteis, não permitindo variedade de tipos, modelos ou tamanhos. Desinfecção, esterilização, descontaminação ficam por conta de rápidas lavagens com água pura ou, talvez algum sabão. Uma anestesia mais complicada ou um enfermo mais grave que exijam instrumental mais preciso ou de maior porte se transformam em verdadeiros pesadelos e angústias coronarianas para anestesiológicos conscientes de suas responsabilidades. Não é atoa que no estudo de Reis Júnior ⁽²¹⁾ 72,9% dos anestesiológicos, apontaram o "stress" emocional intenso como fator de prejuízo à sua saúde.

Tais métodos de trabalho eram aceitáveis e desculpáveis nos primórdios da implantação da Anestesiologia como Especialidade Médica no Brasil, porém não me parecem aceitáveis, nem desculpáveis nos dias de hoje. Porque não se exige dos cirurgiões que também comprem e carreguem de hospital em hospital o seu instrumental cirúrgico ou dos radiologistas que adquiram e transportem de porta em porta seus aparelhos portáteis de Raios-X ou dos patologistas clínicos que proporcionem ao hospital os instrumentos de laboratório para as diversas dosagens?

Estes dois malfadados "costumes" — a anestesia e o anestesiológico ambulantes — interagem e ambos só terão

solução adequada quando atacados conjuntamente pelos maiores interessados: os próprios anesthesiologistas: O dia em que o hospital, seja ele público, previdenciário ou privado, passa a ter seu corpo clínico estável de anesthesiologistas com prestígio e "status" perante os demais médicos e perante o corpo administrativo ordenador de despesas, dificilmente é recusada a aquisição e manutenção de equipamentos ou instrumental. A solução depende do desempenho e competência dos anesthesiologistas, diálogo e comunicação com os administradores, geralmente com apoio e incentivo dos demais médicos do corpo clínico (24). Tudo isto demanda tempo, inteligência e *integração*. É bem verdade que uma das características do médico do mundo ocidental é o individualismo ferrenho, o conservadorismo atroz, a intransigência e a resistência cegas a qualquer mudança no "status quo" — uma boa dose de intolerância — dificultando o verdadeiro sentido da *integração* de esforços e da racionalização das atividades. Os anesthesiologistas não são exceção.

Concluindo, o médico anesthesiologista brasileiro, da mesma forma que toda a classe médica, vive encapsulado no seu mundo exclusivista e individualista, teimando em ignorar as profundas transformações por que passa o País, suspirando por um passado que muitas vezes nem conheceu, que não era melhor e que certamente não se coaduna com o presente — muito menos com o futuro.

Apesar de ter deixado de ser uma Especialidade muito jovem, obtido plena aceitação pelos seus pares e orgulhar-se de um passado pujante em organização, desempenho científico e serviços prestados, a Anesthesiologia Brasileira se encontra no momento com o problema de definir sua própria imagem e filosofia, face ao clamor público que começa a exigir quantidade, disponibilidade e qualidade de serviços remunerados por orçamentos limitados.

A solução e o futuro parecem estar em nossas mãos ou melhor nas nossas cabeças, desde que tenhamos a tranquilidade necessária para analisar seriamente os problemas da assistência à saúde do povo brasileiro, afinal também somos povo, que cultivemos a capacidade de introspecção e que rejeitemos o isolacionismo, o individualismo, o conservadorismo, a intolerância. Se nós, médicos e anesthesiologistas, não o fizermos ou não influirmos decisivamente nas mudanças que estão para vir, certamente alguém o fará e é muito provável que nem nos consultem.

SUMMARY

MATCHES AND MISMATCHES OF BRAZILIAN ANESTHESIOLOGY
WITH THE NATIONAL HEALTH CARE NEEDS

The Brazilian anesthesiologists, like other medical practitioners, are living in their own cocoon stubbornly ignoring the profound social and economic changes going on nationally, while hoping wistfully of the return of practices as in the "good old times", which were not even "good" and definitely would not fit today's demands — much less whatsoever lies in the future.

Due to the expansion of universal access to medical services, public clamour for improved anesthesia services as to quantity, quality and availability, and also to the ever increasing costs of health care to be paid with public limited fund requiring accountability, Brazilian anesthesiologists, although well established with a history of active organization, services to the community and scientific achievement are confronted with the problem of redefining their image and philosophy.

The solution and future seem to be in their hands, if they decide to seriously analyze the Brazilian needs of health care/medical service using scientific methodology and progressive thinking, through introspection and rejection of isolationism, individualism, conservatism and intolerance.

If anesthesiologists, and all medical practitioners, do not carry out this task and propose, or at least decisively influence the changes that are to come, certainly someone, outside the profession, will do it, and most probably without consultation.

REFERÊNCIAS

1. Jolly D — Formação médica contínua e qualidade de assistência. *La Revue du Practicien* 27: (29) 21-05-1977.
2. Cullen D J, Ferreira L C, Briggs B A, Walker P F, Gilbert J — Survival, hospitalization charges and follow-up results in critically ill patients. *New Eng J Med* 294:982 (18), 1976.
3. Santos C B — CTI: um luxo para bons hospitais. *Rev. Bras. Anest* 24:341, 1976.
4. Reis Veloso — Balanço comercial de 615 empresas em 1975. *Jornal do Comércio*, Rio de Janeiro 150:268, edição: 19-08-77.
5. Saraiva R — Comunicação Pessoal.
6. Mahler H — Saúde: A desmistificação da tecnologia médica. *O Mundo da Saúde* 1:16, 1977.
7. Peer Review Manual — Am Med Ass Div Medical Practice, 1971.
8. IBGE — Anuário Estatístico Brasileiro, 1975.
9. Relatório da diretoria, item 4.4 — Anestesia, *Bol Inf Soc Bras Anes* 27:67 (set.-out.), 1975.
10. Spiegel P e Gonçalves B — Estudo sócio-econômico dos anestesistas brasileiros. *Rev Bras Anes* 15:277, 1965.
11. Lisboa L C — O que é importante. *O Estado de São Paulo*, edição de 20-06-77.
12. Treinamento para anesthesiologistas — Anestesia, *Bol Inf Soc Bras Anes* 4:6 (julho), 1953.
13. Requisitos essenciais para treinamento de anesthesiologistas — Anestesia, *Bol Inf Soc Bras Anes* 8:8 (out.), 1957.
14. Resoluções da Assembléia dos Representantes de 1975 — Anestesia, *Bol Inf Soc Bras Anes* 6:114 (nov.-dez.), 1975.

15. Regulamentação do título de especialista em Anestesiologia — Anestesia, Bol Inf Soc Bras Anes 7:6 (dez.), 1956.
16. Nigro R M F — Perspectivas da Anestesiologia no Brasil. Rev Bras Anes 25:14, 1975.
17. Rosa A R — A universidade e os hospitais. Medicina de hoje 1:905 (dez.), 1976.
18. Warlich B M S — Uma análise das teorias de organização, 3.ª edição. Cadernos de Administração Pública, Fund. Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1971.
19. Lima L O — Mutações em educação segundo MacLuhan. Ed Vozes, Petrópolis, 1971.
20. Schwakz M R — WAMI: An Experiment in Regionalized Medical Education. School of Medicine, Univ. Washington, Seattle, 1974.
21. Reis Júnior A — Condições profissionais sócio-econômicas e de Saúde do anesthesiologista brasileiro. Rev Bras Anes 26:876, 1976.
22. Teixeira J W — Em Relacionamento sócio-econômico do anesthesiologista. Editor: Waldir Medrado, Rev Bras Anes 24:140, 1974.
23. Resolução do Departamento Nacional da Previdência Social, Bol Cons Dir 11-15.03.1963, republicado em Anestesia, Bol Inf Soc Bras Anes 15:2 (abril), 1963.
24. Nigro R M F — Em relacionamento sócio-econômico do anesthesiologista. Editor: Waldir Medrado, Rev Bras Anes 24:140, 1974.