

EDITORIAL

ENSINO DA ANESTESIOLOGIA

AP2168

Titubeamos muito antes de aceitar o convite para falar sobre um tema de tanta importância e atualização como o do ensino da anestesiologia entre nós, ainda mais quando já deixamos a Comissão de Ensino e Treinamento. Contudo, como os problemas não mudaram, resolvemos expressar a nossa opinião, que se baseia em entrevistas com ex-residentes, residentes, professores, diretores de hospitais e de Centros de Ensino e Treinamento (CET), feitas em várias viagens dentro do país.

O quadro que computamos não nos agradou. Antes de entrar em detalhes sobre as conclusões alcançadas, vamos apresentar alguns dados.

Embora desde 1950 existissem serviços recomendados para residência em anestesiologia, somente em maio de 1963 foi instalado o 1.º CET. No fim daquele ano já haviam sido credenciados 5. Daí, o progresso em números foi rápido: 1964 mais 2 centros, 1965 mais 1, 1966 mais 3, 1968 mais 8, 1969 mais 9, 1970 mais 5, 1971 mais 8, 1972 mais 2 e em 1973 três novos já foram aceitos, dando um total de 55 CET registrados como em funcionamento.

Até 1968 foram certificados uma média de 33 residentes por ano, enquanto que, de 69 a 1971, a média foi de 152. O recorde foi obtido em 1972, quando foram expedidos 179 diplomas pela SBA.

Sobre o ensino da anestesiologia no currículo médico, não conseguimos obter informações exatas. Devido a proliferação de escolas de medicina em nosso país, graças a terem se tornado "status symbols" de cidades e municípios, não podemos saber quantas existem realmente no Brasil, calculando apenas que o seu número se situe entre 70 e 80, considerando-se as reconhecidas oficialmente e as que estão em processo de o serem. Fomos informados de que em 12 existe a disciplina de anestesiologia, na maioria como um apêndice da Farma-

ciologia, Cirurgia ou de Técnica Operatória e não como cadeira autônoma.

O ensino pós-graduado da Anestesiologia está praticamente todo em mãos da SBA, que credencia Centros de Treinamento e fornece diplomas de conclusão de 1 ano de residência e também de reconhecimento de especialidade, o cobijado EASBA (Especialista em Anestesiologia).

Infelizmente nenhum destes títulos representam condições "sine qua non" para o preenchimento de vagas para anestesistas, quando estas são abertas por concurso ou por indicação política. Existem muitos departamentos de anestesia no país onde os chefes de serviço não possuem, por exemplo, o EASBA, embora isto devesse ser condição imprescindível para tal cargo.

A luta da Sociedade Brasileira de Anestesiologia para que fosse instituído o TEA foi difícil e pioneira. Hoje todas as especialidades médicas tentam se basear no que foi conseguido e aos poucos vai se formando um grande núcleo, donde certamente sairá, no futuro, um reconhecimento verdadeiramente oficial destes títulos.

Devido aos fatores que já descrevemos, em relação as Escolas Médicas, temos um ensino pré-graduado de Anestesiologia sem muita significação, prejudicado ainda pela ausência de integração de problemas, relacionamento direto entre os vários professores da cadeira e falta de uma orientação definida. Isto torna-se patente quando examinamos, por exemplo, o aspecto da Reanimação, capítulo da especialidade que interesse a qualquer estudante ou médico e hoje considerada, em muitos países quase que como uma disciplina aparte. Respiração artificial, reanimação cárdio-respiratória, tratamento de envenenamento e intoxicações, atendimento ao chocado, etc., estão dentro deste campo, muito mais interessante para o aluno de medicina do que técnicas específicas de anestesia. A ênfase deveria ser dada a reanimação durante o curso médico. Quiçá este erro possa ser corrigido breve, o que evitaria um grande desperdício de vidas em situações de urgência, pela falta de treino do profissional recém-formado.

O ensino pós-graduado, apesar do número relativamente alto de diplomados pelos vários CET, deixa muito a desejar, por uma série de motivos.

A Comissão de Ensino e Treinamento é um órgão consultivo, não tendo qualquer força executiva. Não foram estabelecidos, até agora, parâmetros reais para a avaliação dos centros em funcionamento e para a abertura dos novos. Difícilmente, na estrutura atual, a Comissão poderá negar o cre-

denciamento a um Centro ou determinar o fechamento de outro, que a seu ver, não esteja cumprindo com as suas finalidades. Cremos ser chegada a hora de ser encarado com mais rigor este aspecto do sistema, que sem dúvida irá, de uma forma ou de outra, determinar a sobrevida e o destino da nossa especialidade.

Mesmo atitudes e idéias para a melhoria do ensino, tais como a criação de um curso teórico unificado em algumas cidades, servirão aos vários CET da região, se revelaram falhas em sua aplicação. No caso em pauta, o que se conseguiu foi fazer com que alguns centros cancelassem completamente o ensino teórico, reunião com os residentes ou discussão de casos, alegando que já existia um curso oficial patrocinado pela SBA e que seus residentes já freqüentavam o mesmo. O funcionamento de um esquema deste tipo é de suma importância e de real valor para a área onde existe, desde que não seja usado como escusa para encobrir um ensino mediocre ou inexistente.

Esta situação permite, em alguns lugares, o absurdo de se ver um "diplomado" que sai com o conceito de que a anestesia se resume em dar pentotal, succinilcolina, colocar um tubo na traquéia, injetar curare e conectar o enfermo a um respirador. Sem esquecer ainda o cuidado em medir os mililitros gastos com o halotano, pentrane ou etrane, além do cálculo dos minutos que durou a narcose, para a cobrança ao INPS. Estes "técnicos" chegam a considerar o uso de aparelhos de anestesia, que se orgulham de não possuir, a um "luxo do passado", colocado a par com os dinossauros que habitavam o nosso planeta na era terciária.

Sabemos que a responsabilidade médica entre nós, sob o ponto de vista legal, é praticamente inexistente. É deveras difícil ou mesmo impossível a um doente processar o médico por negligência ou descaso, e se o fizer, conseguir provar o fato. "Especialistas" do tipo que descrevemos, que transformaram a anestesia numa rotina simples, de picada na veia, entubação e respirador para todos os casos e indicações, se aproveitam desta situação sui generis para anestesiarem vários enfermos ao mesmo tempo, prática comum e muito difícil de ser provada, em alguns hospitais e casas de saúde. Provocam assim uma infração gravíssima da ética médica e humana, causando um desserviço tremendo a nossa especialidade e levantando suspeitas por parte da Previdência Social sobre a probidade moral e funcional de toda uma classe.

Como se isto não bastasse, estão aumentando de muito o risco anestésico-cirúrgico para o doente, que não pode se defender ou protestar.

Sem dúvida um dos grandes fatores para a produção de um "anestesiologista" deste tipo é o mau ensino que recebeu associado a ausência completa da discussão de problemas de ética profissional e de comportamento social durante o seu período de treino, onde estes conceitos deveriam ter sido impressos indelevelmente em seu cérebro, pelos preceptores.

Estes fatos ocorrem e não cremos que possamos fazer como a avestruz e enfiar a cabeça na areia. Temos que enfrentar-los e mudar esta situação, incompatível com o nosso alto nível de progresso técnico. Somos uma grande nação em desenvolvimento e nos cabe um importante dever social a cumprir, pois o anestesista é um dos elementos chaves no atendimento médico da população. Basta citar a sua atuação em problemas de saúde pública, calamidade civil ou guerra, integrando unidades de terapia intensiva, organizando centros para o tratamento de insuficiência respiratória, sem falar na sua função dentro de serviços de urgência, salas de operação e clínicas de dor.

Para produzir este tipo de especialista, necessitamos reformular nossos padrões de ensino e treinamento num regime de urgência, antes que sejamos forçados a fazê-los por forças externas.

O Centro de Ensino e Treinamento ideal seria aquele que possuísse, além de uma "staff" a altura para esta função, um número suficiente de especialistas de modo que o departamento pudesse funcionar, na rotina diária, com ou sem residentes. De um modo geral, o residente, em muitos dos nossos CET é encarado como mão-de-obra barata, sacrificado a uma rotina pesada, pois deste trabalho vai depender a renda do serviço e de seus membros.

Como poucos hospitais preenchem as condições que colocamos para um CET que se aproxime do ideal, o meio termo deveria ser alcançado, procurando-se formar primeiro um médico e depois um técnico. Na rotina diária também é necessária mas não deve ser esquecido que a finalidade de um CET é ensinar em primeiro lugar.

Baseados nos aspectos que já assinalamos, acreditamos que dois anos de residência deveriam ser o mínimo admitido, para a formação de um futuro especialista de padrão bom ou pelo menos, razoável.

A Comissão de Ensino e Treinamento deveria ter mais liberdade e campo de ação. O número de seus membros, dada a grande extensão territorial do Brasil, poderia ser aumentado para 6. As previsões de verba para a Comissão deveriam ser refeitas, a fim de que esta pudesse fornecer "slides", material de ensino e patrocinar a visita de especialistas de reconhecido valor aos vários centros, para cursos rápidos e intensivos.

Estamos na era da eletrônica. Fitas gravadas em cassetes contendo aulas, conferências ou relatos de congressos poderiam ser distribuídas a custo aos vários CET e vendidas para a classe em geral, como é feito pelo Audio-Digest, nos EUA. Mais tarde, poderíamos passar para os video-tapes, que mostrariam, com todos os detalhes, novos métodos e técnicas, discutidos pelo próprio autor. Sem dúvida é mais barato enviar uma fita que um homem, ainda mais que aquela pode ser usada um sem número de vezes, sem desgaste.

Creemos que os estatutos que regem os centros de treinamento deveriam ser reestruturados, especialmente no capítulo sobre abertura de novos centros, requerimento mínimo para o funcionamento dos atuais, etc.

Um estudo estatístico acurado dos residentes que foram diplomados desde 1963 deveria ser realizado, a fim que pudessem ser avaliados os resultados alcançados e os que acreditamos deveriam ter sido, de acordo com a necessidade atual de um país de 100 milhões de habitantes.

O ensino teórico deve ser incrementado, utilizando-se nossos congressos e jornadas para a organização de cursos de atualização, de preferência tendo lugar em um CET, antes ou depois do conclave e nunca em paralelo, para permitir um aproveitamento máximo.

A aproximação com o Ministério da Saúde e da Educação para reconhecimento oficial do TEA deve ser levada a cabo. Creemos que existe a possibilidade de interessar as Forças Armadas em nossos programas de treinamento, para que oficiais médicos possam seguir a especialidade, da qual aquelas são tão carentes. Regimes de bolsas poderiam ser estudados, contribuindo para o pagamento do ensino.

Os CET existentes dentro de escolas médicas devem ser fundidos com os de pós-graduação planejados ou existentes, pois, no momento atual, a SBA não reconhece um residente formado numa escola de pós-graduação médica em anestesia se esta não for, ao mesmo tempo, um CET, o que poderia criar um problema de solução impossível.

Creemos ser importante a análise de alguns aspectos da anestesia brasileira pela Comissão de Ensino e Treinamento, principalmente em relação aos casos de morte e acidentes durante a cirurgia. Tentamos mandar formulários para todos os centros durante o ano de 1972, quando presidíamos a comissão, pedindo informações sobre estes fatos. Contudo, dos 600 impressos distribuídos, não recebemos sequer uma resposta. Aparentemente não ocorrem acidentes ou mortes devido a anestesia no Brasil.

Diz o ditado que Roma não se fez num dia. A Anestesiologia é uma especialidade nova, que está atingindo a maioridade entre nós. O fim da adolescência apresenta encargos e responsabilidades que não podem ser ignoradas.

Chegou a hora de fazermos uma avaliação sincera, observar o que precisa ser modificado e tomar as decisões necessárias.

Temos todas as condições para realizar esta tarefa e não tenham dúvidas que ela será, mais cedo ou mais tarde, efetuada a contento.

DR. ARMANDO FORTUNA, E. A.