

PERSPECTIVAS DA ANESTESIOLOGIA NO BRASIL (*)

DR. ROBERTO MÁRIO FONTÃO NIGRO (**)

São analisados os 25 anos da anestesiologia brasileira destacando-se a afirmação científica, profissional e sócio-econômica do anestesiológico.

Situa-se a problemática da especialidade nos dias atuais correlacionando-a com os hospitais, e a classe médica em geral.

Os problemas dos hospitais em relação à socialização da medicina, a criação de Faculdades de Medicina, a desproporção entre vagas nos Centros de Ensino e Treinamento e doutorandos, são analisados.

São lembrados os dois caminhos possíveis para a assistência médica, (estatal e privada), afirmando-se que em qualquer situação terá o anestesiológico apoio na Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

A anestesiologia é hoje, sem dúvida alguma, uma especialidade firmada no panorama médico brasileiro. Apesar de relativamente jovem — 25 anos — a anestesiologia brasileira tem maturidade bastante para, analisando seu passado, cotejando-o com seu presente prever seu futuro.

Ao receber o honroso convite para, na abertura desta já tradicional reunião científica, analisar as perspectivas futuras da anestesiologia no Brasil, devo confessar-lhes que me senti altamente lisonjeado. Não posso negar porém que ao sentimento de lisonja seguiu-se um grande receio, e, por que não, até mesmo uma certa intranquilidade. Receio em projetar aqui uma imagem distorcida da especialidade que praticamos. Intranquilidade oriunda da visão do conjunto de problemas que envolvem nos dias atuais a prática médica em nosso meio.

A característica fundamental da nossa especialidade é a de nos relacionarmos com os pacientes através de terceiros:

(*) Conferência realizada na VI Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia, Abril de 1974 — Pelotas — Rio Grande do Sul.

(**) Do Serviço de Anestesia do Hospital São Camillo — São Paulo, SP.

AP 1984

hospitais ou cirurgiões. Fazendo parte da equipe cirúrgica, não tendo doentes próprios, mas só os que lhes são fornecidos, dificilmente, gozará o anestesiolegista, em seu meio social, de notoriedade; contentar-se-á em permanecer no silêncio das salas de operação.

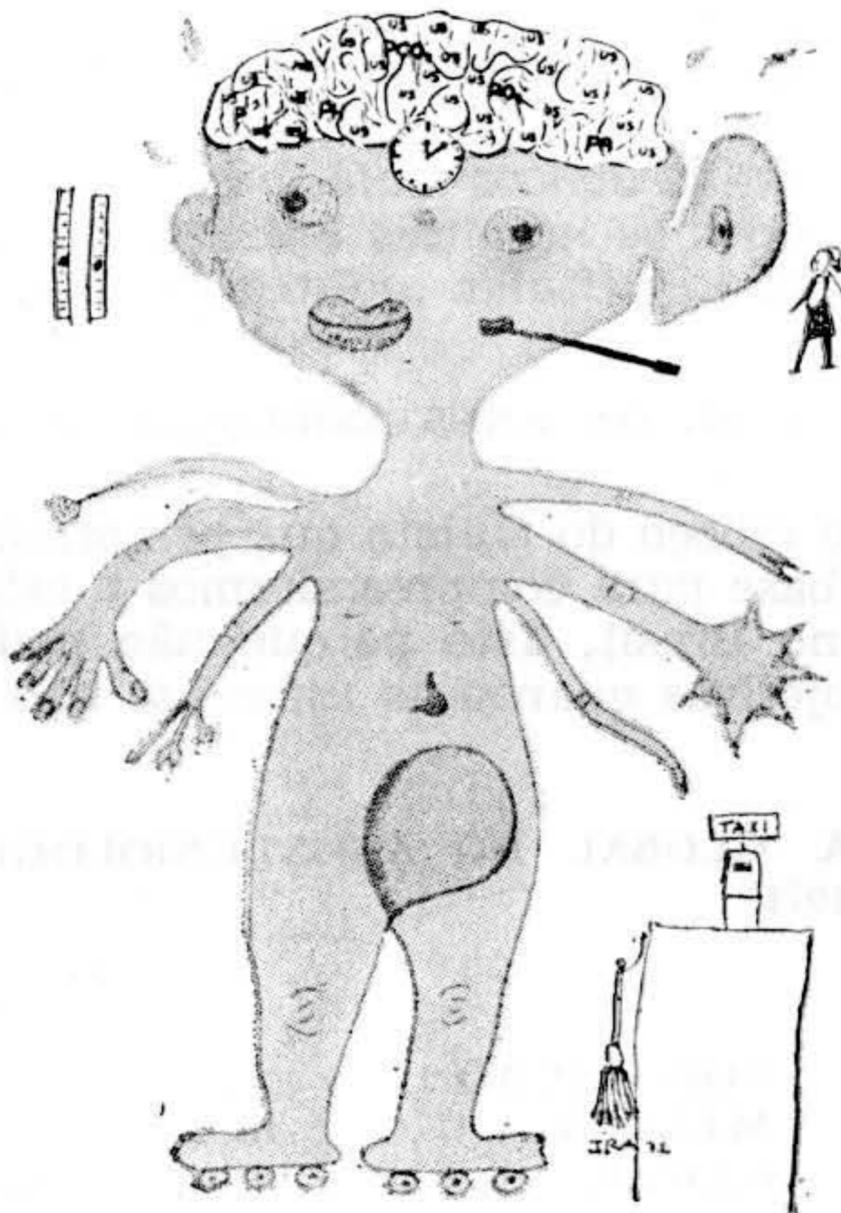


FIGURA I

No decorrer destes anos, conseguimos passar de simples objeto de sala que faz tudo, conforme mostra esta caricatura (fig. 1) onde vemos exageradas as “qualidades” do anestesista — rodas nos pés para rápida locomoção, ferramentas nas mãos para os consertos de última hora, mão larga para afastar os curiosos, pequeno estômago, grande bexiga, duas bocas, uma para piadas e sorrisos amáveis, outra destinada à piteira, que deve ser longa. Orelha hipertrofiada que capta ruídos anômalos, relógio na testa, cérebro sempre atento aos gases sangüíneos não esquecendo as US. Quanto aos olhos, um sempre fixo no campo operatório e o outro... bem sobre o outro só o autor desta caricatura, Dr. Leão J. P. Machado, a quem agradeço a gentileza, pode informar.

Nós conseguimos às custas do grande progresso técnico-científico passar a ser respeitados; tornamo-nos acei-

tos como médicos que têm no dinamismo do ato cirúrgico a mesma responsabilidade que o cirurgião. Isto nos deu no plano econômico a independência que pretendíamos, passamos a estabelecer nossos honorários e a cobrá-los diretamente dos pacientes.

Tendo ocorrido o aperfeiçoamento técnico-econômico da especialidade, sentiram os hospitais a necessidade de manter em seu corpo clínico médicos anesthesiologistas. Progressivamente, desde as Santas Casas, passando pelos Hospitais Universitários, Hospitais Públicos e até mesmo os de organização privada, quase todos os hospitais brasileiros contam em seu corpo clínico com um titular anesthesiologista.

ESTADO ATUAL DA ANESTESIOLOGIA NO BRASIL

Este rápido esboço do trajeto que percorremos nestes 25 anos, serve de base para compreendermos o estado atual da anesthesiologia no Brasil. Isto porque não podemos chegar a conclusões objetivas quanto ao futuro se não entendermos

O PROBLEMA GLOBAL DO ANESTESIOLOGISTA NA ATUALIDADE (1971)

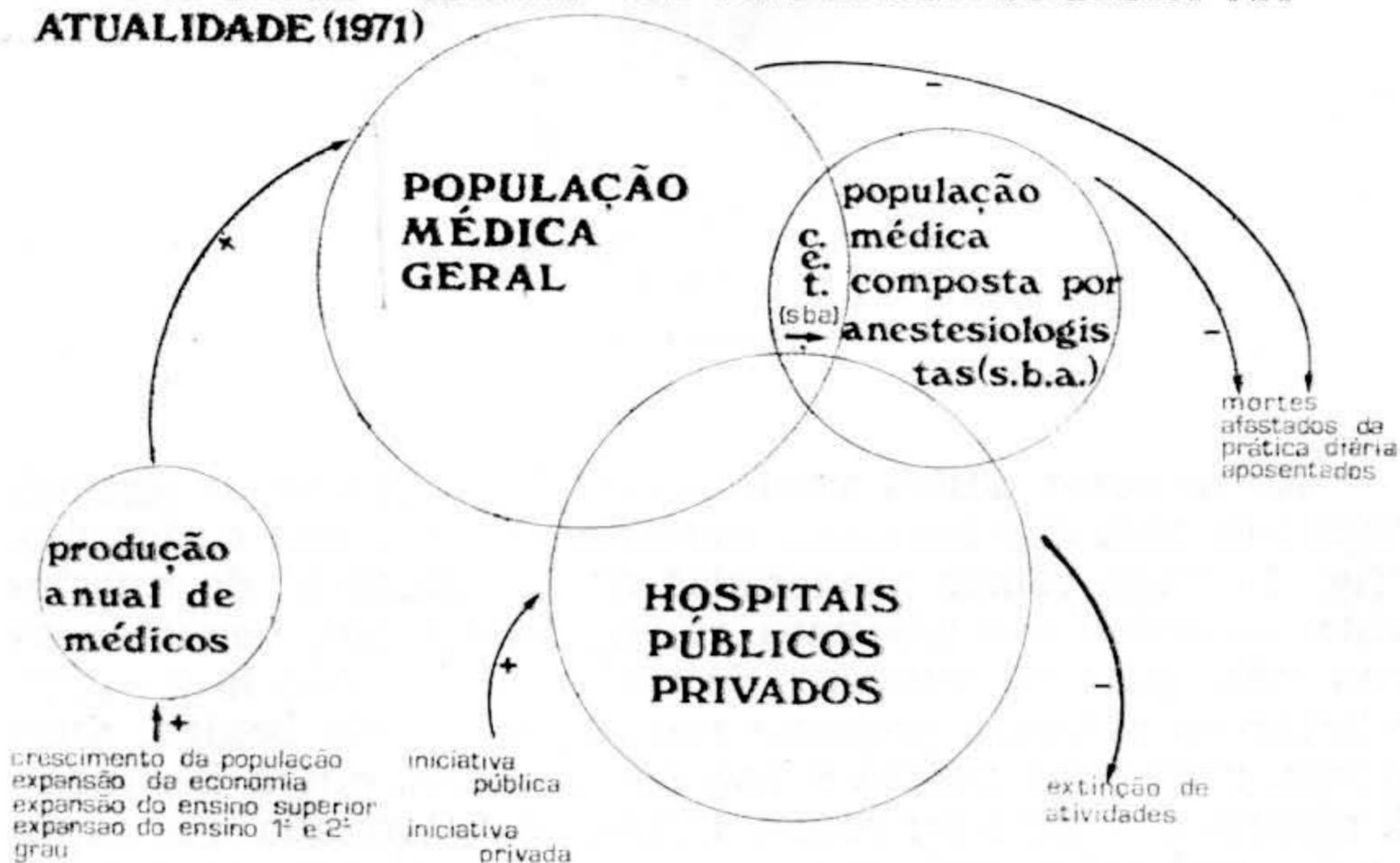


FIGURA 2

o presente o qual, por sua vez, deve ser encarado de um modo global. Então, o que chamamos de problemática global do anesthesiologista, conforme mostra a fig 2, nada mais é do

que a interligação dos nossos problemas com os problemas da classe médica em geral e com aqueles vividos pelos hospitais. Estes problemas, em última análise, dependem diretamente do crescimento da população brasileira, do vertiginoso, portanto, incontrollável surto de progresso técnico-industrial que absorve recursos materiais e humanos disponíveis. Por fim, há problemas que surgiram de medidas governamentais de grande alcance social mas, que geraram uma socialização parcial da assistência médico-hospitalar.

Na composição desta figura procurei, dentro do possível, colocar todos os elementos que direta ou indiretamente influenciam sobre a atividade do anestesiolegista. Em última análise, tentei elaborar um modelo da problemática global ordenando as informações colhidas e alinhando as hipóteses surgidas. Para facilidade de raciocínio e análise tentei adaptar aqui o método da "Dinâmica de Sistemas", que se destina à compreensão do comportamento dinâmico de sistemas complexos.

Na fig. 2 dentro dos círculos estão representados quatro sistemas, cada qual com sua complexidade própria, com suas interligações circulares, aqui indicadas por setas, que formam os ciclos positivo ou negativo de realimentação de cada sistema.

TABELA I

NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES NO BRASIL, EM 1971. CADASTRO BRASILEIRO DE HOSPITAIS DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

1971

População	96.789.000
Total de hospitais	4.067
Total geral de leitos disponíveis	367.522
Portanto, 1 leito para	263.355 pessoas

Começamos estudando o sistema formado pelos hospitais. Em 1971 tínhamos no país a baixa proporção de 1 leito para cada 263, 255 pessoas (tab. I). É necessário lembrar, que aqui estão incluídos os leitos de especialidades de baixa ou nenhuma incidência cirúrgica, portanto, com pouca repercussão para o anestesiolegista. Agora, comparando-se a mesma relação a partir de 1968, vemos que em três anos enquanto a população aumentou em aproximadamente 8 milhões (7 milhões 971 mil pessoas) de pessoas, a relação leito por pessoa cai pouco, quase se mantendo inalterada (tab. II).

TABELA II

**AUMENTO PROPOBCIONAL DE LEITOS EM RELAÇÃO COM O
CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

1968	1 leito para	276.280 pessoas
1969	1 leito para	304.442 pessoas
1970	1 leito para	265.432 pessoas
1971	1 leito para	263.255 pessoas

— Quero lembrar aqui, que os dados para esta análise referem-se a 1971 e foram coligidos do Cadastro Brasileiro de Hospitais do IBGE e da Sociedade Brasileira de Anestesiologia mais o trabalho do Prof. Horácio Knesse de Mello — MEC 1972.

Este fenômeno de raízes puramente econômicas virá, como veremos logo mais, influenciar diretamente na prática da anestesiologia. Não está havendo um aumento de número de leitos como seria esperado. Cremos que dois fatores atuam preponderantemente para tanto.

Em primeiro lugar, com a fusão dos antigos institutos em 1966, ampliaram-se as possibilidades de assistência hospitalar pela Previdência Social (INPS). Paulatinamente foram desaparecendo dos consultórios médicos a classe média que, atraída pelas facilidades oferecidas e desobrigada dos entraves burocráticos, passaram a usufruir dos direitos que a Previdência Social lhes oferecia. Resultado direto disso é que o INPS passou a ser o maior locador dos leitos hospitalares. Em busca da contensão da espiral inflacionária o governo estabeleceu valores rigorosos para o leito-dia, determinando ainda anualmente aumentos pequenos, que espoliavam a economia hospitalar.

Os hospitais por outro lado não estavam preparados para através de rigorosos controles de custos evitar esta espoliação econômica.

Não se pode deixar de encarar o hospital como empresa e como tal deve proporcionar lucro aos seus empresários. Existem no Brasil 44% dos hospitais com fins lucrativos. Ora, se o investimento é maior que o lucro, a descapitalização é uma consequência lógica e por outro lado surge o desestímulo a novos investimentos. Potencialmente eram os médicos que empresariavam hospitais. Mas acompanhando tal desvalorização e, por outro lado, vendo a ampla abertura do mercado de capitais, com grandes possibilidades de lucros, sentindo que as autoridades econômicas procuravam estimular as indústrias, principalmente as de manufaturados com objetivos de exportação, os médicos que potencialmente se-

riam investidores na empresa hospital voltaram-se para outros setores.

Se a iniciativa privada não ampliou como se esperava o número de leitos nestes últimos anos, também o poder público não o fez; em 1971, 83,8% dos hospitais eram particulares. Assim, o ciclo positivo de realimentação do sistema hospitalar está quase que equilibrado com o seu ciclo negativo de realimentação.

Como pode esta problemática influir no futuro da anestesiologia intra-hospitalar, e como logo veremos o ciclo positivo de realimentação do sistema população médica geral é acentuadamente superior que seu ciclo negativo, a resultante, logo será uma plethora de médicos, inclusive anestesiológicos, buscando hospitais onde possam exercer sua profissão. Portanto, isto faz pender a balança da oferta e procura para a oferta com riscos evidentes da dignidade profissional.

Estudemos agora o sistema população médica geral — Analisando o ciclo positivo de realimentação do sistema População Médica Geral vemos que ele é mantido pela produção anual de médicos. Esta por sua vez decorre de inúmeros fatores estreitamente ligados às medidas sócio-econômicas tomadas nesta última década. Assim é que, se não fora a expansão do ensino do primeiro e segundo grau e até certo ponto a incontrollada criação de Faculdades de Medicina e a determinação de se acabar com os excedentes; se tudo isso não fosse, não teríamos a explosão de jovens médicos que em breve teremos.

Chamo em meu auxílio o magnífico trabalho do Prof. Horácio Kneese de Mello com dados de 1971 onde se pode ver que a partir de 1975 a produção anual de médicos será cerca de 9.000 (tab. III). Até 1968 aproximadamente, esta população que crescia em forma praticamente linear, assumiu a partir de 1970 e 1971 um crescimento que traz características de exponencial, isto é, cresce em porcentuais constantes em períodos constantes. Equivale dizer que o sistema população médica geral estará a partir de 1975 sendo realimentado em taxas constantes com índices bastantes superiores a taxa de falecimento e/ou afastamento da prática diária.

Analisemos agora as conseqüências para a anestesiologia.

O ponto de intersecção dos dois sistemas (população médica geral e população médica composta de anestesiológicos) corresponde ao ciclo positivo de realimentação deste último.

TABELA III

NÚMERO DE ALUNOS A ÚLTIMA SÉRIE DO CURSO MÉDICO EM 1971 EM COMPARAÇÃO COM O NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS PELOS CENTROS DE ENSINO E TREINAMENTO DA SBA EM TODAS AS REGIÕES DO BRASIL

REGIÃO	Alunos cursando a 6.ª série em 1971	Números de CET em 1972	Vagas nos CET em 1972
NORTE			
Manáus	45	1	1
Belém	215	1	2
TOTAL	260	2	3
NORDESTE			
Maranhão	70	—	—
Ceará	152	1	—
R. G. Norte	48	—	—
Paraíba	163	—	—
Pernambuco	284	1	—
Alagoas	42	—	—
Sergipe	16	—	—
Bahia	207	1	8
TOTAL	1.022	3	8
SUDESTE			
Minas Gerais	231	2	12
Espírito Santo	46	1	2
* R. Janeiro	—	1	8
Guanabara	843	10	63
* São Paulo	628	15	49
TOTAL	1.748	29	134
SUL			
Paraná	244	5	10
Santa Catarina	50	1	3
R. G. do Sul	460	8	24
TOTAL	754	14	37
CENTRO OESTE			
Goiás	54	—	—
Brasília	90	2	2
TOTAL	144	2	6

* — Cursando o 5.º ano haviam em 1971 no Rio de Janeiro cerca de 693 alunos.

* — Cursando o 5.º ano haviam em 1971 em São Paulo cerca de 858 alunos.

Se a entrada na Sociedade Brasileira de Anestesiologia é feita pelos Centros de Ensino e Treinamento não podem estes apresentar discrepâncias em relação aos formandos em medicina; infelizmente não é o que estamos vendo acontecer (tab. IV). Esta tabela demonstra claramente o que afirmamos. Enquanto a região nordeste tinha em 1971 cerca de 1.022 doutorandos estava capacitada no ano de 1972 para absorver somente 8 estagiários. Não entraria neste campo se ele não tivesse tão grande importância econômico-social. Isto porque precisando fazer um estágio em CET estes médicos procuram na região sudeste a chance que lhes é negada em suas cidades de origem. Na grande maioria dos casos ficam radicados aos estados do sudeste, quer nas cidades quer no interior. Não vai aqui qualquer restrição a este tipo de intercâmbio. O que vemos é uma verdadeira evasão de elemento humano capacitado para, em seu meio, desenvolver-se, dando de volta à sua sociedade aquilo que ela nele aplicou.

Chamo a atenção para o risco que esta prática, hoje usual, vem oferecendo nos grandes centros do sudeste ao equilíbrio da lei da oferta e procura. Se outro motivo não bastasse além dos já citados não podemos omitir que já nos dias atuais os Centros de Ensino e Treinamento (CET) de São Paulo e Guanabara, estão funcionando em regime de saturação. Nestas cidades onde o número de recém-formados é grande, a disputa para local de estágio é em tudo semelhante às disputas dos vestibulares. Parece-nos até que tendo sido resolvido o problema do excedente do vestibular criou-se o excedente do estágio.

Nestas circunstâncias analisando os números aqui projetados não podemos deixar de tomar providências que devam visar uma homogênea distribuição do CET pelas várias regiões do país, devendo no mínimo cada cidade que possua faculdade de medicina ter seu CET.

Não posso, ainda que superficialmente, deixar de abordar os aspectos puramente econômicos da prática da anestesiologia. Seria cansativo examinar as fontes atuais de remuneração que são de sobejo por todos conhecidas. Todavia, quero chamar a atenção para o aspecto global desta problemática. Numa análise da fig. 2 vê-se que o crescimento econômico do Sistema População Médica Anestesiológica depende do equilíbrio de todos os sistemas e de suas respectivas fontes de realimentação. Os distúrbios e desvios que estão havendo geram a problemática econômica que enfrentamos nos dias atuais.

PERSPECTIVAS DO FUTURO

Se até aqui, demonstrei embora superficialmente a realidade da anestesiologia em nossos dias, cabe agora analisar quais são as suas perspectivas futuras. Quero porém acen-tuar que não será minha intenção postar-me como futurologo prevendo os caminhos da anestesiologia. Creio que ficou bem clara a idéia de que somos parte de um todo, sofrendo portanto, as conseqüências da problemática global da classe médica, da rede hospitalar, e do nosso meio social.

Alertamos em relação à crescente evasão de jovens médi-cos das regiões norte/nordeste para sudeste. O fator até certo ponto justificado lembrando que 60,92% dos leitos de todo o Brasil encontram-se na região sudeste, enquanto as regiões norte e nordeste juntas detêm somente 17,67% destes leitos. Há portanto, nestas regiões, poucas chances de aprendizado prático.

O futuro da medicina e da anestesiologia prende-se ao desenvolvimento econômico do país. Somente uma distribui-ção equitativa da riqueza poderá descentralizar o desenvolvi-mento sócio-econômico, desviando-o do eixo constituído pelas grandes capitais do sudeste (Rio de Janeiro/São Paulo). Não podemos negar que os primeiros passos foram dados nestes últimos anos, mas também não podemos negar que a saúde no seu aspecto global ainda requer grandes inves-timentos.

Se o Produto Nacional Bruto (PNB) crescer de modo igual que a população brasileira, teremos no futuro as con-dições aqui representadas (fig. 3). Isto representa um au-mento dos recursos de toda população que terá assim acesso a escolas, empregos qualificados, e a saúde no sentido global; levará também diretamente a um aumento da produtividade "per-capita", em todo território nacional.

Assim com a decorrente elevação de rendimentos "per-capita" e o conseqüente aumento do potencial econômico da população, estariam criadas as condições de fixar o elenco de profissionais de saúde, médico, paramédico e auxiliar, em municípios onde atualmente não há sequer um médico (48,12% dos 4.000 municípios brasileiros não têm médicos).

Embora pareça simples estimular o aumento da produ-tividade e a distribuição homogênea da riqueza, na prática nada disto ocorrerá, enquanto não houver Saúde Global. Esta, por sua vez, depende da atuação permanente de mé-dicos, sanitaristas, enfermeiros, professores, dentistas, die-tistas e outros técnicos, em centros com recursos hospitalares mínimos. A fixação deste elenco de profissionais nas várias regiões só é estimulada pelas suas possibilidades de ganho,

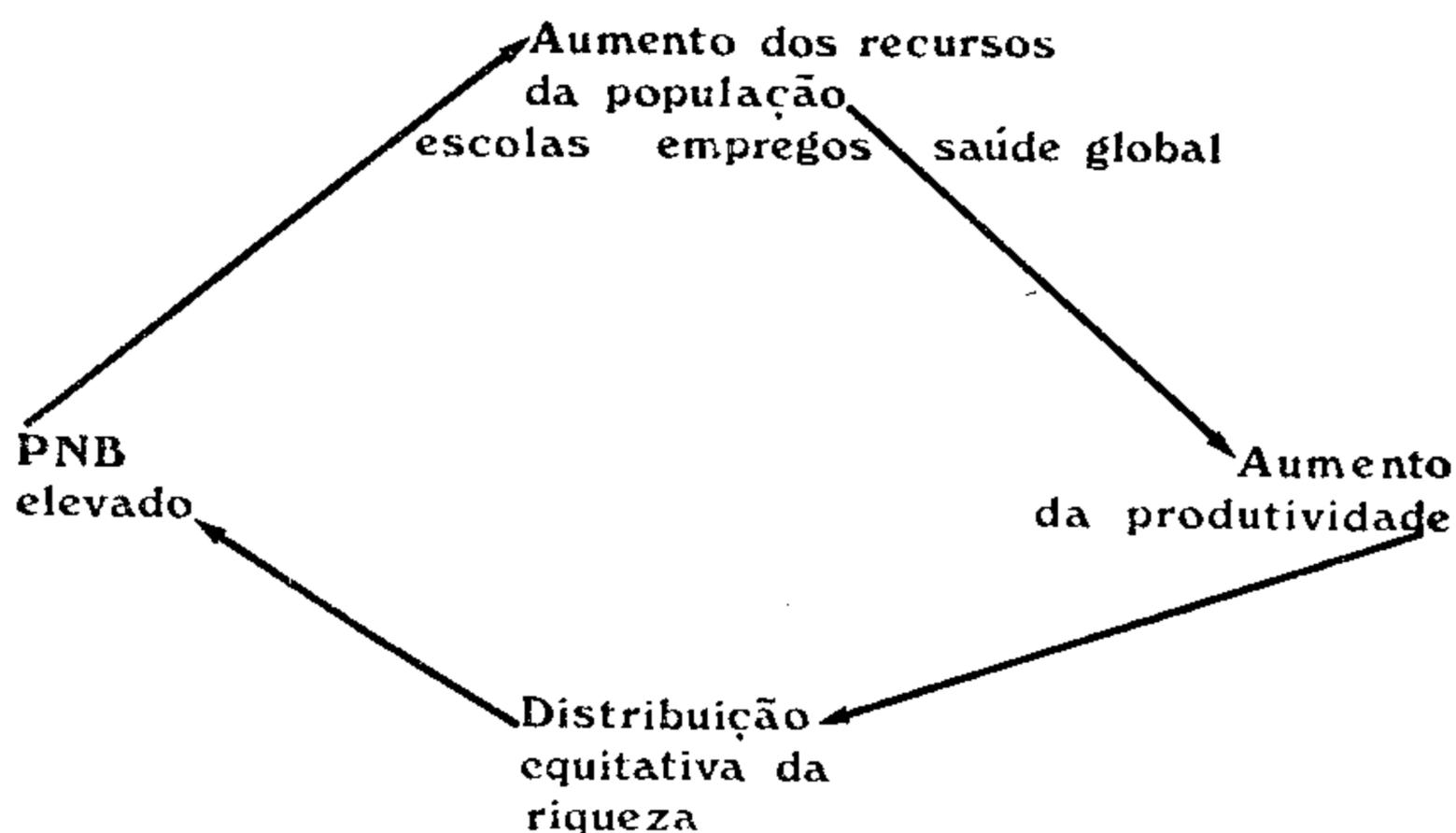


FIGURA 3

dai sua constante evasão das regiões norte/nordeste para sudeste.

A assistência médica, de resto, como todo país vive uma fase de transição. É compreensível que seja subvencionada pelo poder público nas áreas deficitárias, o que estimularia a tão propalada interiorização do médico. Mas, não podemos deixar de lembrar que não basta subvencionar o médico, é preciso fazer o mesmo com o hospital e com medicamentos, além de todo pessoal já citado.

A simples constatação das múltiplas modalidades de assistência médica utilizadas atualmente, traduz as imperfeições dos sistemas adotados.

A medicina liberal nos moldes tradicionais tende a se destinar a uma pequena faixa social de elevado poder aquisitivo. O alto custo da saúde, decorrência do constante avanço técnico-científico é o principal fator a sugerir que parte ou toda assistência médica deva ser financiada. O como fazê-lo, definirá o futuro da prática médica em nosso meio. Duas possibilidades poderão então ocorrer.

A saúde em todos os seus setores passará a ser total ou parcialmente financiada pela iniciativa particular; caminho lógico para um país que pretende ter economia capitalista. Aqui não posso omitir a relação investimento/lucro. Embora em medicina o lucro social deva se sobrepor ao lucro monetário, será este que gerará novos investimentos. Devo ressaltar aqui o risco que corre o médico em ter seu trabalho mercantilizado a preços vís para que a empresa atinja o

lucro. Cerrar fileiras contra a privatização da assistência médica é ignorar a realidade de um país capitalista. Devemos, isto sim, é defender dentro deste espírito uma posição digna para o médico, condizente com sua situação no elo executor da saúde.

Outra possibilidade que deve ser considerada é a de o Estado, chamar para si toda a responsabilidade pela saúde, desde a prevenção até a execução, e colocá-la ao alcance de toda a população. Isto implicaria na estatização da rede hospitalar, da indústria farmacêutica, e afins, colocando o médico diretamente a serviço do Estado.

Porém, quaisquer que sejam as condições futuras do exercício da medicina somente a identidade de propósitos e a conscientização do espírito de classe poderá colocar os médicos no lugar que merecem no seio da sociedade.

Prezados colegas, não posso encerrar estes comentários, sem deixar de lembrar que o que somos hoje devemos ao que fomos ontem e o que seremos amanhã é fruto do que fizemos hoje. Desta inexorável somação de problemas resta-me afirmar aqui a profunda e inabalável crença na Sociedade Brasileira de Anestesiologia que soube nos conduzir até então e creio firmemente saberá nos situar com dignidade no futuro.

SUMMARY

VIEWS OF ANESTHESIOLOGY IN BRASIL

The twenty five years of the Brazilian Anesthesiology are analysed with especial reference on the scientific, professional and socio-economic affirmation of the Anesthesiologist.

The specific problems of the Anesthesiology nowadays are related according with different kinds of hospitals and the general medical class. The problems of the hospitals in relation with the growing medicine socialization, the foundation of news Medical Schools, the desproportion between the places offered for training and the number of residents has been analysed.

Two possible ways have been considered for the medical care (governmental and private) enfazizing that in any conditions, Brazilian Society of Anesthesiology will know to conduct theirs members.