



Rede SARAH

“A singular filosofia de tratamento, a organização e o avanço tecnológico fazem o SARAH único. Nós falamos do Brasil como ‘um país do Terceiro Mundo’, mas, em muitos aspectos, Brasília e o SARAH não estão atrás, mas à frente dos outros ‘dois mundos’. Seria o SARAH o protótipo para o novo sistema médico?”

LYNN T. STAHELY

Professor de medicina na Universidade de Washington

Aloysio Campos da Paz Jr.

À medida que Brasília se desenvolvia devido à acelerada transferência de população que aqui vinha implantar a nova capital, cresciam as necessidades de serviços. Isso levou a gradual transformação do Centro de Reabilitação SARAH Kubitschek, inaugurado, com a cidade, em 21 de abril de 1960, num hospital dedicado às doenças do aparelho locomotor e do sistema nervoso central. O SARAH cresceu, ganhando progressivamente uma infra-estrutura de diagnóstico que não tinha em sua origem. Em 1976, foi apresentado ao governo brasileiro um projeto que propunha a construção, ao lado do antigo centro de reabilitação, de um grande hospital, com quatro objetivos fundamentais:

1 — prestação de serviços qualificados na área do sistema locomotor e do sistema nervoso central;

2 — implantação de um centro de tecnologia que permitisse ao Brasil independência na produção de equipamentos fundamentais para a reabilitação do incapacitado;

3 — formação de pessoas que trabalhariam em dedicação exclusiva, sem nenhum vínculo com outra instituição; e

4 — criação de uma rede nacional de hospitais do aparelho locomotor que, coordenados pelo SARAH em Brasília, dividiriam com ele a responsabilidade de atender a número crescente de incapacitados físicos que, já naquela época, correspondiam a aproximadamente 10% da população brasileira.

É importante compreender que a implantação da reabilitação no Brasil não foi, como na Europa e nos Estados Unidos da América, determinada pelo grande número de feridos em decorrência principalmente da Segunda Guerra Mundial, mas baseada no conceito de que uma pessoa incapacitada, seja por doenças epidêmicas (como a paralisia infantil), seja por traumas, deveria ser tratada para retornar ao trabalho em um país em processo acelerado de industrialização.

Durante os anos 60, 70 e 80, a migração das zonas rurais para as cidades se acelerou. Surgiu a superpopulação das megalópoles, como São Paulo e Rio de Janeiro. Somente essas duas cidades com as várias satélites nos vales que as ligam têm hoje uma população de aproximadamente 48 milhões de habitantes. As diferenças sociais se acentuaram, criando, como ocorreu em outras megalópoles do mundo, a chamada guerra urbana, em que se interpenetram e conflitam duas sociedades. Isso agravou os problemas associados à concentração de renda e à iniquidade social. O número de pessoas mortas ou feridas nos acidentes de trânsito no Brasil somente em 1998 foi de 495.000 e o número de vítimas da violência urbana foi de 440.000: totalizando 935.000 vítimas! Só para se ter uma idéia: na guerra do Vietnã, foram feridos ou mortos 201.000 americanos...

É necessário falar dos erros melancólicos que ocorreram a partir de uma visão colonizada que copiou, no tempo, os princípios do modelo norte-americano de assistência médica. Modelo de uma sociedade utilitária que divide os homens em vencedores e perdedores de acordo com sua maior ou menor capacidade de apropriar dinheiro. Modelo que levou à crise atual que os Estados Unidos atravessam e que tem suas raízes na inserção do lucro ou do prejuízo no processo decisório médico. A qualificação do doente como “consumidor”, como se quem sofre estivesse fazendo fila em um supermercado... — está na raiz da indiferença que degrada a relação entre o médico e o doente.

No Brasil, ocorre, ainda, superposto a isso, o conflito de interesses gerado pela permissão dos prestadores de serviços em assistência médica de poderem trabalhar simultaneamente no setor público e no privado. Outro fator é o gradual afastamento do Estado de seu compromisso maior, o de prover a toda a população um razoável nível mínimo de educação e saúde. Tempo integral, dedicação exclusiva, salário fixo. Para transformar essas palavras freqüentemente repetidas em fatos, criou-se um conflito: era necessário transformar uma cultura secular, mudando a atitude de médicos treinados para uma relação possessiva — eu e o meu doente — para uma atitude que o qualificasse como prestador de serviços despojado de interesses pessoais.

O país precisava, e ainda precisa, ter no médico um verdadeiro servidor público que compreenda o doente como o sujeito e não como o objeto sobre o qual a técnica é aplicada. Alguém que coloque em primeiro lugar os interesses dos que dele necessitam e não os próprios interesses. Alguém que não é corrompido por uma sociedade cada vez mais utilitária e imediatista, que coloca dinheiro acima da ética.

No artigo 199, a Constituição de 1988 diz: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde (...)”. Isso permitiu que ocorresse uma atração de médicos e técnicos para o setor privado, aceitando pacificamente a deterioração dos grandes hospitais públicos, enquanto investimentos eram feitos nos que preenchiam um espaço da “-complementariedade”, que tinha seu cotidiano baseado no lucro. Público e privado, os dois financiados pelo cidadão que paga imposto. A história da Rede SARAH reflete esses conflitos que se estendem não somente aos médicos, mas a todos que estão envolvidos com o tratamento do incapacitado.

A promulgação da Constituição de 1988, que admitiu o chamado princípio da complementariedade, contribuiu, portanto, para a degradação do serviço público. Cada vez mais a classe média e os possuidores de maior renda foram obrigados a lançar mão de seguros que hoje se mostram uma falácia. Gradativamente, os formadores de opinião se distanciaram dos hospitais públicos e, pior, foi estimulada que muitos destes criassem acomodações e serviços especiais para os “que podiam pagar”, contribuindo cada vez mais para o cisma entre as duas sociedades que, no mesmo país, se confrontam.

Em 1991, o conceito que o SARAH construiu ao longo de anos permitiu que a população brasileira, representada no Congresso, aprovasse uma lei específica, exclusivamente para a Rede SARAH, na qual os princípios que lhe deram origem — a dedicação exclusiva, o retorno em serviços do imposto pago pelo cidadão e o combate ao corporativismo — fossem consolidados e permitissem a expansão do modelo. Homens e mulheres compondo uma associação criada pelo Congresso e auditada pelo Tribunal de Contas da União, atendendo ricos e pobres, como o direito de cidadania. Um contrato com os ministérios da Saúde, Fazenda e Planejamento e um elaborado sistema de análise de custos — custos e não preços — permitiram expurgar o lucro da assistência médica. Ao longo dos últimos oito anos, 26.115 profissionais se apresentaram para seleção pública nacional a fim de ingressarem na Rede. Cerca de 1.950 foram admitidos para treinamento em serviços e 918 permanecem, voltando-se para as necessidades dos que são os mais importantes: os doentes.

ALOYSIO CAMPOS DA PAZ JR. É CIRURGIÃO-CHEFE DA REDE SARAH