

Atual modelo de medicina não serve mais ao País

A crise do atendimento médico é pública e privada: o governo gasta com saúde pouco mais de US\$ 20 per capita/ano e os convênios particulares se transformam na alternativa de atendimento

Durante quase três horas de debates os médicos não caíram no lugar-comum, ou seja: apenas receitar mais verbas para o paciente ou atribuir o mal a este ou aquele secretário. Segundo os debatedores, mais verbas poderiam atenuar os sintomas, mas não acabar com as doenças crônicas que consomem o doente: a máquina burocrática emperrada, a má utilização dos recursos e um modelo de medicina que não atende aos interesses do País.

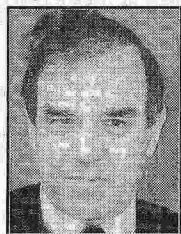
O efeito combinado dessas moléstias é devastador. Um exemplo: de 1.300 pacientes recebidos diariamente no HC, verifica-se que somente 10% têm de fato algum problema de emergência. Os outros 90% poderiam ser tranquilamente atendidos em outros níveis do sistema de saúde. Isso não ocorre porque a máquina, embora montada, não funciona.

Outro aspecto surpreendente do debate: os médicos acham que o paciente ainda pode ser salvo, com soluções simples, que eles já cansaram de apresentar aos políticos. Participaram ainda do debate o jornalista e diretor do Estado Oliveiros S. Ferreira, mediador do encontro, e os jornalistas Carlos de Oliveira, Leonardo Trevisan e Roldão Arruda. O debate:

■ Retrato do caos

Raul Marino Jr. — Gostaria de

“O caos do setor da saúde aflige a toda a população do País, que vem morrendo aos milhares. É como se o setor de saúde hoje fosse um grande campo de concentração, onde as pessoas não têm o atendimento que merecem.”



Raul Marino Jr.

agradecer à redação do Estado por ter assumido esta causa, desprezada pela mídia de modo geral. Eu e meus colegas estamos diariamente na linha de frente, tentando administrar o caos que está se instalando em nossa Medicina. Não se trata de um problema local do hospital em que trabalhamos. Ali temos apenas uma biópsia de um problema nacional que aflige a toda a população, de Norte a Sul, de Leste a Oeste, que vem morrendo aos milhares. É como se o setor de saúde hoje fosse um grande campo de concentração, onde as pessoas não têm o atendimento que merecem. É contra isso que nos insurgindo e para esse problema que procuramos soluções.

Oliveiros S. Ferreira — Podemos começar pela descrição da situação.

Dario Birolini — Trabalho no pronto-socorro do Hospital das Clínicas,

onde a situação existente realmente não é específica do pronto-socorro e se assemelha a todo o serviço de emergência de São Paulo e de outras cidades brasileiras. Na realidade, reflete a falência total de toda a assistência médica no País. Uma série de pacientes, com problemas que poderiam ser resolvidos tranquilamente por meio de serviços de menor complexidade, acaba procurando diferentes serviços de emergência por falta de opção. Dentro de um hospital público de grande porte o que se verifica é que provavelmente 90% das pessoas que nos procuram não têm nenhum tipo de problema de emergência. Para se ter uma idéia, no Hospital das Clínicas, recebemos diariamente cerca de 1.300 pacientes e, analisando caso a caso, verificamos que somente 10% têm algum problema que justifique a vinda ao pronto-socorro. Os outros 90% têm problemas que poderiam ser resolvidos em outro nível de atendimento. O serviço de emergência acaba sendo adotado como uma válvula de escape ou como uma âncora de uma situação extremamente penosa, que reflete, em última análise, algo que constantemente vem sendo denuncia-

do pela imprensa: o descaso com a área de saúde.

Oliveiros — Pouco caso das autoridades?

Birolini — Sim. Não tenho a menor dúvida que é essencialmente um problema de vontade política, de falta de priorização daquilo que deveria ser considerado como fundamental. O que se gasta em saúde pública no Brasil é algo na faixa de US\$ 50 a US\$ 100 per capita ao ano, enquanto nos países do Primeiro Mundo aplica-se mais de US\$ 2 mil per capita.

Leonardo Trevisan — Esses dados de gastos de US\$ 50 a US\$ 100 per capita são de São Paulo?

Birolini — Não. São dados do País. Aliás, vocês publicaram, é uma informação pública.

Trevisan — Então é mais grave: são US\$ 21 per capita.

Birolini — Então são US\$ 21 contra os mais de US\$ 2 mil aplicados em países do Primeiro Mundo. Realmente não dá para fazer milagre. Mas surge uma situação muito interessante, na qual o grande culpado por toda a catástrofe que está acontecendo na saúde acaba sendo o médico, ou a equipe de enfermagem, ou a equipe de saúde como um todo. Cada vez mais apresenta-se à opinião pública o profissional de saúde como sendo o grande responsável. Ele não aparece para trabalhar. Ele é quem falta no plantão, quem não dá um atendimento adequado. Na realidade, o profissional de saúde é uma pessoa que não pode fazer milagres, não pode dar um atendimento adequado se faltam as coisas mais básicas, se não há cama para doentes, se não há enfermeiros, se não

há medicamentos para oferecer ao paciente. Esse é um problema extremamente complexo, que parte conceitualmente de uma posição que precisa ser meditada: o lema de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Isso é algo que precisa ser repensado. Quando se fala na problemática do serviço de emergência, vemos apenas a ponta do iceberg, aquilo que aparece nos jornais, na televisão, que causa sensacionalismo. Mas, por trás disso tudo, há problemática muito mais sofisticada, complexa e abrangente, que, simplesmente não aparece. Obras faraônicas são construídas, enquanto há um monte de leitos desativados e os hospitais têm equipamentos sendo sucateados. O hospital público, com raras e honrosas exceções e aliás o Hospital das Clínicas é uma exceção nesse sentido, tem equipamentos absolutamente desatualizados. Num

momento em que a Medicina está evoluindo para uma tecnologia cada vez mais sofisticada, continuamos fazendo uma medicina de 20 anos atrás, gastando pouco e tendo resultados claramente inadequados. Disso resulta uma série de problemas e, seguramente, com prejuízos incalculáveis para a população, com pessoas que ficam com seqüelas ou que morrem por causa de um atendimento inadequado. São problemas com os quais, ainda que uma forma passiva, acabamos sendo coniventes na medida em que nós, a classe médica, ficamos quietos. Quem cala consente, já dizia Kennedy, conforme escrito no cemitério de Allington. Estamos fazendo a mesma coisa: estamos calados, vendo deteriorar uma situação, o que custa vidas, custa saúde. Não sou nenhum revolucionário que pretendo fazer, comoção pública. Sou um professor de cirurgia que vive essa situação, no dia a dia, e sinto que algo preciso ser feito. Fui treinado para ser cirurgião, mas, de repente, vejo-me na situação de exercer um papel para o qual não tive treinamento: alertar pessoas de que algo precisa ser feito. Tenho razoáveis condições de fazer alguns diagnósticos. Quanto a terapêutica,

acho que ela passa não apenas pela participação do governo e dos órgãos da saúde, mas também pela crítica que nós, os médicos, temos de fazer do nosso desempenho, e que o usuário deve fazer de suas exigências de nível de saúde.

■ Convênios privados

Irineu Velasco — Podemos acrescentar também a falta de investimento em material, um problema que se agrava até mesmo em relação aos convênios particulares, que seria a solução proposta. Mas o que temos visto, cada vez mais, são pessoas que procuram o hospital público porque o convênio não dá direito a determinados tipos de procedimentos — que, evidentemente, são os mais caros — em doenças como câncer, leucemia ou Aids. Estamos cansados de ver isso acontecer. Tem sido comum receber pacientes que estão internados em hospitais

de, mas a sua posição não envolve um preconceito do público contra o privado?

Velasco — Não. Estou muito tranquilo para falar porque fui ser professor do HC sem nunca ter “mi-

uito caras e acabam “estourando” no hospital público.

Marino — Os convênios não querem assumir cirurgias caras, só as pequenas cirurgias. E isso complica tudo, porque, de um modo geral, o INPS não tem gente capacitada para fazer grandes cirurgias.

Oliveiros — Eu me recordo que fiz uma cinecoronariografia, com guia do INPS, no Hospital do Coração do Paraíso.

Velasco — Exatamente.

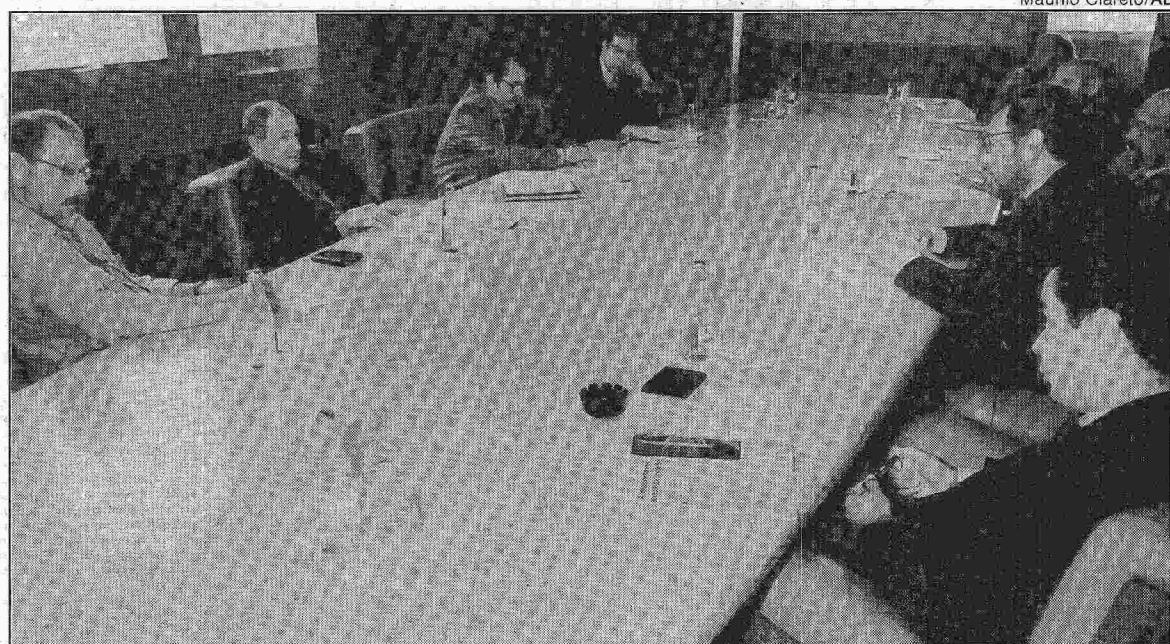
Oliveiros — Mas era um hospital privado.

Velasco — Mas

“É comum o hospital público receber dos particulares os pacientes que, na hora “h”, não têm como pagar. Por isso, não sei se a solução seria a alternativa, apregoada por muita gente, de deixar tudo por conta do setor privado.”



Irineu Velasco



Mesa-redonda sobre a crise da saúde: moléstia do setor não se combate apenas com verbas



Denise Camargo/AE—28/9/93

No saguão do Jabaquara

Por 24 horas semanais de trabalho, um médico do Hospital do Jabaquara (foto) ganhou, em setembro, CR\$ 37 mil. Segundo promessa — não cumprida — do secretário municipal da Saúde, esse salário deveria ser de 80 mil. O período da noite é o

que mais sofre com a falta de funcionários. Os poucos se revezam nas funções. Muitos doentes ficam alojados no saguão de entrada do prédio e alguns parentes de pacientes, com mais recursos, providenciam até mesmo os medicamentos necessários.

particulares conveniados, mas que, na hora “h”, não têm o dinheiro para pagar e recorrem ao hospital público. Por isso, não sei se seria uma solução a alternativa, apregoada por muita gente, de deixar tudo por conta do setor privado.

Marino — Oferecem helicópteros e não oferecem a aspirina.

Velasco — Exatamente. E isso não é fácil de ser equacionado.

Oliveiros — Desculpe-me ser ru-

litado” no HC. Vim da iniciativa privada. Fiz minha pós-graduação na USP e acabei sendo professor titular, mas minha experiência clínica na área de emergência foi maior na iniciativa privada.

Oliveiros — O convênio não cobre um tratamento prolongado?

Velasco — Exatamente. Ou um tratamento especializado.

Oliveiros — Você cairia na pergunta que fizeram à Margareth Thatcher: “A senhora faria uma operação do coração na medicina socializada?”, e ela não soube responder.

Velasco — Hoje em dia deve se fazer essa pergunta à medicina privada, mas os convênios dificilmente cobrem esses procedimentos.

Marino — Cirurgias de grande porte são muito caras.

Velasco — São

“A maior força de trabalho de internação e de exames sofisticados no Brasil não é a Previdência Social. É a iniciativa privada. Mas ela está cada vez mais desestimulada, pois, da Previdência, não só recebe pouco como também atrasado.”



Dario Birolini

frente às próprias necessidades de reaparelhamento, de reinvestimentos fundamentais numa área de extrema mobilidade do ponto de vista tecnológico, onde, a cada ano, novos investimentos são necessários e cada vez mais caros. Acaba-se criando uma situação em que o serviço público não dá o atendimento e o setor privado acaba se desvinculando dele, tentando caminhar em direção a outras alternativas. Ou então acaba sendo obrigado a fazer o que também não é nenhuma novidade: apelar para algum tipo de alternativa não muito lícita, para poder fazer frente às necessidades. Tudo isso que dissemos até agora são coisas absolutamente conhecidas.

■ Convivência dos médicos

Roldão Arruda — Falou-se que quem cala consente e que o pessoal que trabalha em hospital público cansou-se de assistir à crise. Mas será que os médicos não tem sido coniventes com essa situação? Afinal de contas, não se chegou ao estado caótico da noite para o dia. Desde os anos do regime militar percebe-se o sucateamento do serviço público de saúde, ao lado do fortalecimento da medicina de grupo, dos convênios privados. Parecia que essa era a solução ideal para o problema. Mas, hoje percebe-se a dificuldade da classe média para pagar esses convênios, o empobrecimento geral da população e o esforço dos convênios para se livrarem dos tratamentos mais onerosos, que acabam empurrados para os hospitais públicos. Gostaria de provocar: por que os médicos reagem só agora?

Birolini — Acho que a sua provocação não é provocação, é a constatação de um fato. Você tem razão. Apenas as coisas mudam e as pessoas mudam, envelhecem. Desde que me formei, em 1961, até hoje, vivo num serviço de emergência. Quando eu era residente ou estudante de medicina (o Irineu não pode lembrar porque não estava lá, talvez o Raul se lembre), havia no hospital aquilo que chamávamos de “Avenida Baxter”. Como hoje, havia uma série de marcas de soro, entre elas a fabricada pela Baxter, que ficavam penduradas no corredor. Havia até suporte de soro na parede. Uma coisa absolutamente semelhante ao que existe agora, de forma institucionalizada e aceita. Havia leitos na ala sul e na ala norte, enfileirados de um e de outro lado, de tal modo que sobrava apenas um corredorzinho no meio para passar. A situação não mudou no sentido prático. Você me pergunta por que estamos aqui, agora, se fomos coniventes durante 20 anos. Mas não se trata de convivência. Você acaba vivendo num ambiente no qual começa a achar que, culturalmente, a coisa é assim mesmo, que um pronto-socorro tem de ser daquele jeito. Inicialmente, você vive nesse ambiente como estudante. Depois, como residente. Mais tarde, como assistente ou diretor.

Oliveiros — O pronto-socorro é um lugar onde a gente passa e vai embora.

Birolini — Teoricamente.

Oliveiros — É por isso que se aceita que a maca fique ali.

Birolini — Mas chega um ponto em que a faixa divisória entre o tolerável e o intolerável começa a ser quebrada. Começamos na extremidade aceitável. Mas, com o passar do tempo, transformou-se numa coisa inaceitável. Não vamos confundir superlotação com desassistência. Superlotação sempre houve, desassistência está havendo cada vez mais. Talvez, hoje, aos 50 e poucos anos de idade, eu tenha uma visão crítica que não tinha dez anos atrás. Admito que a conscientização pode ter sido tardia. Mas o que quero dizer é que, num determinado momento, quando já se tem consciência da situação, continuar quieto, aí sim, é ser conivente.

Arruda — Já passamos da faixa do tolerável?

Birolini — É isso.

Marino — Você fez uma pergunta que eu gostaria de retribuir. Nós também nunca sentimos da imprensa um movimento sério no sentido de dar guarida às sugestões práticas para o problema, independente daquela queixa de que não há verba para a saúde. Nesses anos todos, temos colocado condições práticas para o governo para administrar um certo caos que existe, mas que ainda é administrável. A imprensa nunca colaborou positivamente. Quer sensacionalismo. Quando um paciente cai da cama e morre, sai no jornal, vende-se jornal.