

Aloysio Campos da Paz Júnior

**REMANDO
ARTISTAS
A MARÉ**

Rede SARAH de Hospitais do Aparelho Locomotor

Aloysio Campos da Paz Júnior

Cirurgião-Chefe

Conselho Editorial

Arnaldo Antunes; Boris Schnaiderman; Carlos Nelson Coutinho;
Caetano Veloso; Darcy Ribeiro; Delfim Netto; Eduardo Viveiros de Castro;
Elizaldo Luiz de Araújo Carlini; Florestan Fernandes; Haroldo de Campos;
Jorge Amado; João José Reis; José Arthur Giannotti; José Mindlin;
Luiz Costa Lima; Leandro Konder; Lívio Tragtenberg; Muniz Sodré.

C198r Campos da Paz Jr., Aloysio.
Remando contra a maré / Aloysio Campos da Paz Jr.
– Salvador : SarahLetras, 1995.
94 p.

ISBN 85-85843-02-0

1. Medicina. 2. Saúde Pública - Brasil. 3.
Brasil - Política e governo. I. Título.

CDU 61(81)

Coordenação Editorial

Antonio Risério

Projeto Gráfico

Luís Eduardo Resende

Capa

Luís Eduardo Resende

Murilo Lobato

Revisão

Malu Fontes

Todos os direitos desta edição reservados à

Editora SarahLetras

Av. Luís Viana Filho s/nº - Tel (071) 371-2360 - Fax (071) 231-9799

CEP 41.770-000 - Salvador-BA

Nestes tempos em que as utopias se esgotam e por falta de rumos, valores e referenciais a sociedade se canibaliza, dedico esse livro ao Congresso Nacional e, portanto, ao contraditório Brasil que ele representa.

A existência da Associação das Pioneiras Sociais, a primeira instituição pública não estatal do Brasil contemporâneo, só foi possível graças ao Congresso que viabilizou o primeiro Contrato de Gestão.

Este modelo, nos deu um norte e, em consequência, uma razão para existir e lutar...

Brasília, abril de 1995

Aloysio Campos da Paz Jr.

Sumário

Um passo à frente	15
Uma questão de ética	19
A organização do trabalho na prática médica	23
Equívocos de um sistema	29
Medicina não é comércio (entrevista)	33
A farsa do neoliberalismo na saúde	43
Quem tem medo do Sarah	47
Assistência médica	51
Na contramão	55
Equação maldita	59
Eu quero trabalhar	63
Medicina não é comércio	65
Equívocos de um modelo	69
Verde, amarelo e vermelho	73
Os primos de Deus	75
A metáfora dos homens-gabirus	79
Uma fábula pra candidatos	81
Anacronismo no atendimento médico	83
Só troca quem tem troco	87
A lista de Schindler	89
Surrealismo bancário	91
A pedra de contradição	95

A **Apresentação** **contestação** **inteligente**

“Eu faço a prática do discurso”

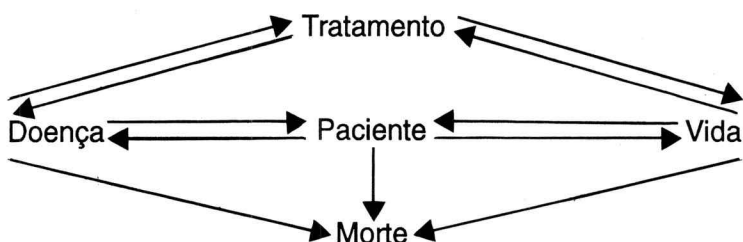
Este livro prescinde de um prefácio de minha autoria. Por duas vezes iniciei alunos meus no campo da sociologia da medicina, que ensinaram a matéria na Escola de Enfermagem da USP. Passados mais de trinta anos, acredito que minhas informações estejam envelhecidas e superadas. Aceito, no entanto, já que o Dr. Aloysio Campos da Paz Jr. se tornou um amigo a quem respeito e admiro. Só lamento o logro dos leitores que, certamente, alimenta expectativas mais altas.

A citação acima marca o temperamento e o caráter do Autor dos artigos compilados neste livro. Homem determinado, sem meias palavras, combina a prudência do cientista com a visão dialética de pesquisador, ao lado de premissas morais exigentes do médico por vocação. Crítico atinado e ácido, disseca a situação da medicina e de sua institucionalização em condições precárias, num país atrasado que compensa seu subdesenvolvimento com técnicas e equipamentos importados, com frequência subutilizados ou mantidos fora de uso até a deterioração.

O Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor - o Sarah Kubitscheck, de Brasília - dirigido por Campos da Paz há mais de duas décadas, evidencia seu acerto na importância e

prioridade atribuídas à alocação de recursos e formação de pessoal de qualidade. Nele a invenção endógena associou-se à difusão inevitável. Se técnicas e engenhos importados entraram em aplicação intensiva, a invenção produziu recursos próprios admiráveis, que enriquecem a órbita da civilização ocidental. A maior clínica ortopédica da América Latina fugiu, assim, da circularidade negativa de gastos perdulários, investidos em “elefantes brancos”, que sujam a paisagem e enriquecem mentes obtusas, satisfeitas com aparências mistificadoras.

O médico está preso a uma tripla relação de reciprocidade, cujo objetivo essencial é o paciente. Uma representação tosca permite descrever esse conjunto complexo:



Por sua competência profissional e dedicação contínua, o médico deve colocar o paciente dentro de respectivo circuito e compreendê-lo em seu contexto histórico; situá-lo na categoria social a que pertence (“out-class”, classe trabalhadora, classe dominante, raça, etnia, religião, etc) e no agrupamento inclusivo em que está (comunidade local, os vários tipos de cidades - que vão das pequenas às grandes aglomerações, atingindo metrópoles como o Rio de Janeiro ou megalópoles como São Paulo). Por aí ele será capaz de desvendar o mapa da miséria, da resistência das doenças e da contingência da variável tratamento, os efeitos dos baixos salários e da disseminação desigual de uma educação que não abre horizontes intelectuais

dotados de um mínimo de racionalidade nos milhões de subalternos e “condenados da terra”. Os de cima também sofrem com a ignorância generalizada, mas têm a seu favor a rede de assistência institucional.

Fora da porção superior do gráfico, a alternativa consiste na morte. O quadro global, porém, contém todos os fatores ligados ao paciente, que condicionam sua viabilidade e a probabilidade de sobrevivência. A constelação abrange desde fatores biogenéticos até a estrutura básica da personalidade e a existência de uma cultura que envolva a socialização para procurar, receber e aproveitar o tratamento médico. Tudo isso é muito variável. No Brasil o medo do hospital, por exemplo, vem ser parte de uma cultura de resistência ao tratamento, especialmente onde prevalecem tradições em choque com a medicina científica. A sub e a superavaliação do médico subsistem lado a lado, com os traços culturais que procedem da crença do “chá da meia noite” - que implica muitas vezes na fuga da hospitalização - e estimativas depreciadoras como as que se ligam à idéia de que “o cemitério é o lugar onde os médicos escondem os seus erros”. Além disso, a concomitância do tradicional e do racional atravessa fronteiras insondáveis. Ao mesmo tempo que o tratamento é mais ou menos obedecido, ele concorre com a “medicina caseira”, o tratamento suplementar contraproducente e os “sábios de farmácia”.

Os dois pólos fundamentais são os fatores biogenéticos, que podem ou não comportar a cura - e são mal ou nunca estudados mesmo em hospitais de primeira qualidade - e a personalidade básica do paciente, insistentemente ignorada pelo médico particular, pelas clínicas e hospitais. Nessa esfera, o Sarah exhibe um avanço raro. O paciente não se isola da doença e da perspectiva - ou não - de cura. Ele conta sobretudo como pessoa, encarada como uma totalidade, algo de que Campos da Paz não descuidava. As doenças são tratadas mas o paciente, portador da doença e sujeito do tratamento, impõe-se como uma pessoa.

Talvez a especialidade tenha obrigado a isso, como a análise levou Freud à pessoa vista como um todo, ainda que isolando aspectos neuróticos e psicóticos por sua relação com a gênese das predisposições que se impunham à investigação.

Esse ponto é fundamental para se entender o horizonte intelectual de Campos da Paz e a animosidade com que investe contra tratamentos médicos por assim dizer burocráticos ou reducionistas. A efervescência de sua indignação, penso eu, emana do que, em sentido duro, se poderia chamar de uma profissionalização que joga a pessoa do paciente no fundo do poço. Doente e doenças são as variáveis que contam. Na medida do possível, o médico rotineiro prefere lidar com a doença, removê-la do seu caminho, eliminada pela cura. A especialização amplia essa propensão, com os recursos da cultura médica racional. Negligenciando a pessoa do paciente e suas peculiaridades psicológicas gerais e individuais, ocorrida a anomalia - a doença - o paciente fica condenado a voltar indefinidamente ao consultório, à clínica ou ao hospital. O tratamento não atinge o substrato biogenético, psicológico e sociocultural que permitiria passar do "doente" para a "pessoa" como um todo. Ela permanece incapacitada de cuidar-se por si mesma e, nos casos mais graves, interagir com suas condições e estilo de vida.

Logrei observar pessoalmente no Sarah o avesso dessa rotina. Vários departamentos, médicos ou correlatos, encarregam-se de suas tarefas de maneira orgânica. Aquele que entra como paciente sai como pessoa habilitada a conviver com as tensões de uma sociedade de classes subdesenvolvida. Isso é essencial para todos, como regra, mas demonstra o cuidado com que uma criança internada, por exemplo, tem garantido seu acesso ao ensino, à atualização do que estaria aprendendo na escola, e como é preparada para enfrentar, fora do hospital, as possíveis estigmatizações que enfurecem ou fazem sucumbir os que são "aleijados". Há, portanto, um arco que entrelaça o

tratamento ortopédico, outros tratamentos suplementares de correção e complementação e uma visão pedagógica que merece ser alargada e aprofundada. Por que as coisas evoluem nessa direção? Porque à concepção científica e médico-curativa se agrega uma visão humanitária, psicopedagógica.

Por aí o Sarah vincula-se não só à sua “missão” especializada. Associa-se à sociedade inclusiva, às culturas mais ou menos rústicas predominantes e à idéia de que a medicina tem de ser, por sua natureza, revolucionária. Não é uma entidade à parte, “oficial” pela decorrência de seu liame com o público-estatal. É uma instituição diretora, que modifica a sociedade brasileira e o modo pelo qual ela absorve e dinamiza a civilização vigente. Planta novas raízes na mentalidade das pessoas e compele a sociedade inclusiva a transformações em cadeia que afetam o equilíbrio que deve ser alcançado por uma “Nação emergente”.

A preocupação central dos artigos aqui coligidos diz respeito às atividades médicas e ao funcionamento das instituições hospitalares. Especialista no estudo da evolução da assistência médica no Brasil, seu Autor está envolvido com toda força e energia intelectual, em combate incompreendido, mas essencial. Destemido e incansável, não interrompe sua batalha contínua por realçar o código dos médicos empenhados, como ele, nas tentativas de aperfeiçoar suas funções criadoras no trato com os pacientes e com o dever fundamental de renovação institucional da assistência médica. Aqui e ali comete algumas injustiças com o antigo “médico de família” e não evita, deliberadamente, restrições à atuação do Ministério da Saúde. Ataca de um extremo a outro, com a mesma fúria, motivada pelo abandono da saúde. Sob esse aspecto, desempenha um papel de longo alcance, de reformador social, mesmo que suas teses não sejam endossadas ou passem por peneiras hostis: elas incendeiam os debates e forçam caminhos novos, procedentes da análise comparada ou das exigências de uma situação caótica insustentável.

O combate ao vivo, por vezes em linguagem incisiva, apanha três níveis fundamentais. Encarando de forma crítica a inserção crescente da medicina no desenvolvimento capitalista, algo de que não se pode escapar, esboça como patamar da discussão a própria profissionalização do médico como um processo que se deteriora com a busca do lucro. Doença e lucro são pilares da indústria médica e hospitalar. O médico precisa recorrer à “dupla-militância” - às vezes tripla, quádrupla ou quádrupla - para sobreviver e alcançar um padrão de vida decente. Vítima do desnivelamento social de setores das classes médias e de “famílias tradicionais”, expõe-se como o operário, o trabalhador braçal e o trabalhador da terra, a uma exploração capitalista em crescimento rápido. As clínicas particulares perdem cada vez mais a viabilidade que tiveram no passado e o médico precisa sujeitar-se a uma espoliação sem limites. O Estado fornece uma fonte de remuneração insatisfatória e ele se vê incapacitado de praticar as regras da dedicação exclusiva com salários equitativos e seguros. Desprendem-se várias anomalias, do afastamento do médico de reciclagens periódicas, do estudo regular de revistas e livros renovadores, da pesquisa acessível à sua especialidade. Além disso, surgem deformações, como o suplemento direto de renda pelo paciente (uma espécie de propina dissimulada), o desvio para o tratamento particular dos que “podem” arcar com custos da clínica própria e diversas “trambicagens” como circulação dos pacientes entre especialidades associadas, compensações financeiras da grande indústria farmacêutica ou de laboratórios de análises, tratamentos sumários ou a rotina da repetição indefinida dos mesmos, etc. A ética médica e a responsabilidade científica deveriam desqualificar e punir tais procedimentos. Ou o Conselho Federal de Medicina teria de sair de sua acomodação esplêndida. Acontece, porém, que o corporativismo fecha o cerco a qualquer interferência restritiva, mesmo quando está em causa a defesa do médico como profissional.

Enquanto Campos da Paz encara com extrema correção os desvios, nem sempre penetra sociologicamente em sua rede de análises críticas. Daí decorre uma adequação insuficiente dos efeitos deletérios específicos, provocados em última instância pelo capital, que transfere para o médico uma culpa da qual é vítima, por inexistência de uma solidariedade ativa e inteligente. Ela já foi pulverizada por pressões diretas e indiretas do poder econômico e da incúria governamental, em todos os níveis. Seria o caso de ultrapassar-se um individualismo de subsistência ou um elitismo trovejante, para se chegar a um tipo de sindicato adequado às condições materiais e morais dos médicos assalariados. Nada se fez, no entanto, nessa direção construtiva, a um tempo defensiva e ofensiva. O médico tem de repelir a “lei da selva”. Do contrário, a cada dia que passa ele se verá entravado pela onipotência do poder econômico, posto fora do alcance do controle dos médicos como categoria social.

Como combatente solitário, o Autor avança intrepidamente contra essas barreiras. Mas destituído dos meios para redefinir as condições operativas que estrangulam o progresso da assistência médico-hospitalar, pela intervenção daqueles que são as alavancas de sua evolução - os próprios médicos. Se o grito não ecoa, ele provoca simpatia à distância ou admiração por seu grau de inconformismo íntegro.

O outro alvo predileto - e necessário - das suas críticas é o Estado, desarmado por anomia interna ou pela audácia sem limites da iniciativa privada nacional e estrangeira, agentes da acumulação acelerada de capital pela industrialização e comercialização da assistência médico-hospitalar. Ele não cumpre o mandado constitucional de 1988, segundo o qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e serve de trampolim para a privatização do público, na área da saúde e da previdência social. O Ministério da Saúde dá carta branca a todas as modalidades de pilhagem dos recursos públicos, sendo ele próprio, internamente, terceirizado ou privatizado por líderes

políticos, econômicos ou culturais. Serve ao arcaico fisiologismo político e ao clientelismo arraigado, tanto quanto aos interesses da grande indústria de medicamentos que alteram o quadro dos pequenos e médios laboratórios que dispunham de algum respiro para sobreviver até a década de 1950.

Campos da Paz ataca a institucionalização do Sistema Unificado de Saúde e suas conseqüências, por experiência prática e por conhecimentos nascidos de suas observações, leituras e investigações. Em um plano ideal, o SUS parecia um salto qualitativo, sob os aspectos da eficácia, descentralização e democratização que deveria provocar. Converteu-se logo, a olhos vistos, em uma máquina política temível, nos estados e municípios. Revitalizou o lado podre de cenário político, junto com o desmantelo da Previdência Social. Multiplicou por cem a corrupção aberta ou disfarçada e abriu os flancos do aparelho estatal à privatização em escala, nas esferas da assistência médico-hospitalar e do seguro social.

Há margem, pois, para as implacáveis críticas que aqui são arroladas com animus belli, embora com objetividade. Campos da Paz aponta a alternativa: o contrato de gestão público-estatal, que permite realizações da grandeza da rede Sarah. Brasília recebeu por essa via um exemplo raro de “medicina do Primeiro Mundo”, a custos baixíssimos no orçamento do Ministério da Saúde. Até quando contaremos com essa conquista em um espaço histórico no qual nem o Estado nem a Nação sabem se proteger contra as ameaças inerentes ao “neoliberalismo” ascendente?

Por fim, o último elo da cadeia: as instituições empresariais gigantes, que fazem o que querem em uma sociedade civil que não chegou a empolgar uma revolução nacional e sofre, nos dias que correm, uma investida neocolonial desejada por todas as elites das classes dominantes. Entramos em nova fase do ciclo econômico internacional: a dos blocos que se ajustam a uma partilha do mundo ditada por uma forma de imperialismo

que esconde por trás de uma aparente globalização a exploração intensiva dos recursos e bens econômicos de interesse para a produção automatizada e robotizada. Poucos países da periferia desfrutam de significado real como possíveis parceiros associados. São satélites sem luz própria, que devem receber de fora produtos acabados e que não têm como financiar a formação de uma infra-estrutura para essa espécie de produção.

A nossa experiência em lidar e regulamentar as relações com as nações centrais não estimula grandes esperanças, a não ser nas cabeças colonizadas no exterior. O FMI e outras instituições financeiras fornecerão os modelos a serem perfilhados e a monitorização dos passos necessários para o êxito de “projetos” e “planos” ditos de elaboração local. O sucateamento que atingiu proporções alarmantes deixa de ser ponto de referência. Como os países centrais geram e multiplicam internamente dolorosas periferias, eles querem do exterior riqueza e poder. As páginas e reflexões dedicadas a essas questões pelo Autor indicam o início de um processo que tomaria outro volume e intensidade atualmente. A redução do “tamanho” do Estado e a multiplicidade de suas funções visam destinar à privatização o máximo de recursos econômicos e financeiros, a ser partilhado de modo desigual pela iniciativa privada nativa e os condutores do “processo global”. A racionalidade de um micro Estado seria uma função da concentração de sua intervenção na “questão social”. Mas o que ocorre nos Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha, Japão e França desmascara a realidade.

Mais que o Estado da segunda fase do capitalismo monopolista, o tipo nascente de aparelho estatal volta-se para o fortalecimento da iniciativa privada e de suas empresas gigantes.

É aqui que chegamos? Os fatos são os indicadores dos limites de nossa participação ocidental. Como a história carrega consigo muitas surpresas, abertas a oscilações lentas ou bruscas, não devemos excluir outras probabilidades e, mesmo, uma remota alteração nas previsões mais pessimistas.

Personalidades como o Dr. Aloysio Campos da Paz Jr., que “gritam no deserto” e “remam contra a maré”, dispõem de oportunidades históricas para continuar sua obra pioneira e ajudar o Brasil a fugir da barbárie montante da civilização envolvente. Os rebeldes estão predestinados a desempenhar papéis inesperados, com os quais sequer chegam a sonhar. O leitor aprenderá muito através desta pequena obra. E irá bem mais longe se dedicar parcelas do seu tempo refletindo sobre verdades cruas, com a compulsão para lutar contra processos tacanhos e vergá-los a necessidades urgentes.

São Paulo, 30 de dezembro de 1994

Florestan Fernandes

Um passo à frente

Existiria a necessidade de se rever a organização dos serviços médicos no Brasil, a partir de uma visão social e não corporativista do ato médico?

Esta transformação passaria pela criação de um sistema médico unificado, que, resgatando o setor público e provendo-o de recursos humanos e materiais adequados, estabeleceria uma correta relação entre este e o segmento privado na assistência médica?

Lideranças médicas a partir de uma análise crítica teriam percebido distorções decorrentes de pressões advindas do complexo industrial e de posturas mercantilistas que estariam levando ao hiperconsumo médico?

No dia 27 de outubro, 15 especialistas em ortopedia e traumatologia de universidades como a USP, a Fluminense e a Federal do Rio de Janeiro, as Federais de Minas Gerais, Pernambuco, Federal e Católica do Paraná, além de titulares de serviços e departamentos de ortopedia da rede hospitalar do Inamps e de instituições privadas totalizando o comando de 1 mil 700 leitos de ortopedia se reuniram no Sarah/ Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor em Brasília e, durante dois dias, fizeram uma avaliação atual da assistência médica na sua especialidade.

O que resultou do encontro foi um documento entregue aos ministros da Previdência e Assistência Social e da Saúde em

que estes médicos responderam afirmativamente às questões que até agora só eram reconhecidas episodicamente e de modo sensacionalista, a partir da análise de casos individuais.

No dia seguinte, os ministros Raphael de Almeida Magalhães e Roberto Santos, considerando os mesmos aspectos analisados pelo grupo, resolveram:

“Instituir o Sistema Integrado de Reabilitação, Traumatologia e Ortopedia - Sirto, e que se destina a promover o desenvolvimento harmônico das atividades de controle de lesões e patologias ligadas ou com repercussões no aparelho locomotor, propiciando o estabelecimento de um padrão assistencial abrangente, uniforme e consoante o desempenho das instituições assistenciais.”

O Estado brasileiro e lideranças significativas de um segmento da sociedade reconheciam os mesmos fatos e propunham soluções comuns. Foi dado o primeiro passo para a criação de um sistema nacional de saúde, a partir de uma visão não maniqueísta, que não discutia fosforicidades como “privatização ou estatização já”, mas que reconhecia que a reorganização da assistência médica passa necessariamente pelo estabelecimento de normas e padrões de atendimento, ou seja, pela qualificação dos serviços prestados.

O documento declara:

A diretriz fundamental para a ação normativa do Sirto está baseada em uma visão de pertinência do ato médico, a partir de uma ética social e não corporativista.

O Sirto - Sistema Integrado de Reabilitação, Traumatologia e Ortopedia é estruturado em níveis de complexidade crescente e composto de hospitais quaternários e especializados em medicina do aparelho locomotor; serviços de ortopedia e traumatologia integrantes de hospitais de referência, gerais e multidisciplinares; hospitais gerais contratados/conveniados pelo Inamps pessoal médico e paramédico especializado e atuando em consonância com as Ações Integradas de Saúde.

As ações médicas praticadas estarão submetidas às normas e diretrizes emanadas de uma Câmara técnica que definirão graus de competência. A prestação dos serviços será remunerada de maneira condigna, de modo a permitir uma atividade médica em nível ético.

O modelo jurídico que determinará a relação de trabalho e definirá o sistema é o de tempo integral , ou seja, trabalho em um só local, oito horas por dia, no total de 40 horas semanais e deverá ser alcançado no prazo de um ano. Entende-se que a permanência do médico em um só emprego, com salário digno, não representará ônus adicional para o Estado, porque este é a fonte de recursos diretos e indiretos nas múltiplas ocupações que hoje tem cada profissional.

Além disso, o emprego único irá promover de maneira desejável a organização do trabalho, com conseqüente qualificação técnica e humanização da prestação dos serviços.

O Sirto estabelecerá as diretrizes para o emprego racional das órteses, próteses e implantes orientando e fiscalizando seu uso, a partir da consciência da ingerência de fabricantes e vendedores de materiais de implante, órteses e próteses e de sua utilização nem sempre indicada de acordo com normas éticas e técnicas.

Obedecidos critérios éticos e a necessidade requerida pelo ato médico, o material empregado deverá ser preferencialmente de origem nacional.

Para exercer a especialidade de ortopedia e traumatologia bem como a prática da reabilitação do incapacitado do aparelho locomotor no sistema, o médico deverá completar residência em instituição credenciada com parecer do Sirto, em tempo integral e dedicação exclusiva em período mínimo de três anos.

Ao final do treinamento, o médico que for aprovado em concurso nacional dentro de metodologia aprovada pela Câmara Técnica do Sirto, poderá ingressar na carreira de servidor público na assistência médica. Seu acesso aos vários níveis da

carreira será por mecanismos de tempo e mérito, sendo este último regulado por processos de educação continuada e requalificação, a serem propostos pelo Sirto.

Nos hospitais especializados e nos de referência serão obrigatoriamente criadas escolas de qualificação de enfermagem em programas de duração de um ano em nível de especialização.

Estes recursos humanos serão inicialmente alocados nos hospitais componentes do sistema, refazendo a correta relação médico/enfermagem.

O conjunto dessas medidas proverá o Estado brasileiro de recursos humanos necessários ao resgate do setor público em ortopedia, traumatologia e reabilitação do incapacitado físico.

Uma questão de ética

*"Todas as profissões constituem uma conspiração contra os leigos".
(Bernard Shaw em "O dilema do médico")*

Se a medicina afeta cada um tão intensamente na própria privacidade, a crítica de Bernard Shaw à prática médica assume proporções trágicas.

"Liberdade envolve responsabilidade, e por isso muitas pessoas têm medo dela" (Bernard Shaw). Liberdade clínica também significa responsabilidade, e por isso tantos médicos recusam-se a enfrentar e encarar as suas implicações. A verdadeira e dura definição de liberdade clínica inclui a responsabilidade embutida de escolher prioridades dentro da totalidade do tratamento.

Mais que uma discussão de democracia nessa prática superpõe-se àquela de David Owen, ex-Ministro da Saúde da Inglaterra: "Ao ser criado o Sistema Nacional de Saúde Inglês, a sociedade colocou no centro das discussões a necessidade de se dissociar do trabalho médico o componente lucro."

A prática médica pertence ao setor de serviços da economia e não pode ser conduzida pelas regras do setor produtivo. Aqui, lida-se com gente e a matéria bruta é a vida humana. "Gado a gente mata, corta e come; mas com gente é diferente" (Geraldo Vandré).

O jornal médico "Lancet" publicava há quase meio século, referindo-se ao Sistema Nacional de Saúde: "Esse novo sistema confere um grande benefício à Medicina, por diminuir o elemento comercial em sua prática. Agora que todos têm o direito a tratamento médico pleno, o médico pode planejar o tratamento, sem pensar em seu próprio lucro, ou no prejuízo do paciente, e pode dirigir seus esforços de acordo com a prioridade médica".

O resgate dos direitos dos indivíduos é a principal virtude de um sistema que não diferencie o atendimento do pobre, do remediado e do rico e procure prover seus serviços baseado em critérios técnicos e não ecenômicos. A oração do médico de Sir Robert Hutchison (1871-1960) coloca as coisas no lugar: "O bom Deus nos livre da incapacidade de se deixar a cura ocorrer naturalmente; do excessivo zelo pelo que é novo e da displicência com o que é velho; de se colocar conhecimento antes de sabedoria, ciência antes de Arte e a esperteza antes do senso comum; de se tratar pacientes como casos e de se fazer o tratamento da doença mais doloroso que o sofrimento que ela produz".

Não é surpresa que pagamentos de cirurgia, tipo item por serviço, gerem uma maior tendência para a intervenção cirúrgica.

Essas nos parecem ser as questões principais quando nos voltamos para a avaliação do Setor Saúde no Brasil. O sucateamento da rede pública, estimulada pelo subsídio governamental à rede privada e a frouxidão das regras que liberam a formação de médicos no País, junta-se à indefinição dos limites de lucros em modelo onde o sucesso é identificado com a capacidade de se ganhar dinheiro.

A Questão Saúde tem de ser analisada pelo plano ético e não econômico.

A Constituição do Brasil, 1988, diz:

"Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei,

sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo (...)".

O processo de descentralização só poderá beneficiar a população brasileira se for acompanhado da implantação de uma rede de hospitais federais que sejam qualificados a partir de critérios objetivos e que tenha a finalidade de, prestando serviços, ser o espaço onde a competência gera a norma, que regula a prática. Sem a norma técnica, "o que fazer, o como fazer, o porquê fazer", a descentralização será recurso pulverizado.

A organização hierarquizada de um sistema de saúde, em qualquer lugar do Mundo e em qualquer sistema político, é feita a partir de critérios que respeitam a competência, e não a filiação partidária. O resto é assembleísmo, o que pode ter ressonância em um ano eleitoral, mas não resolve os problemas objetivos do cidadão que procura um hospital.

A organização do trabalho na prática médica

A discussão sobre assistência médica no Brasil é centrada no que tem sido considerado fundamental: a participação do Estado, a sua relação com a iniciativa privada ou a estatização total.

Em nenhum momento entretanto a questão fundamental é abordada: a organização do trabalho. Ao não se definir a forma pela qual os médicos e paramédicos devam ter suas tarefas organizadas, a discussão se torna retórica. Improdutiva.

A organização do trabalho na prática médica esbarra em concepção milenar que pressupõe relação individual: do médico com o paciente; do médico com a instituição. Isto é argumento de liberdade profissional individualmente.

É evidente que esta pretensão vai de encontro a qualquer possibilidade de organização do trabalho. A resistência à institucionalização torna assim vulnerável o setor público, na medida em que é reforçado o individualismo: “Eu não posso pertencer a um só patrão, porque deixo de ser livre; eu não posso me subordinar às regras organizacionais porque faço coisas que você não pode compreender...”

Enquanto a maioria das profissões neste final de século caminha para uma prática coletiva, somente aquelas que lidam com a vida espiritual e material preservam, no mundo tecnológico, a convivência com o cotidiano da Idade Média.

E não é apenas na forma como o médico se dispõe a prestar

seus serviços que ele dificulta o progresso social de sua prática. Ele lida com a imprevisibilidade. A prática médica, pouco científica, não é racional. Ela procura nos países mais desenvolvidos a racionalidade, mas procurar não é encontrar.

Em medicina não se sabe o porquê de muito da prática diária. Tanto é assim que constantemente tentamos explicar com o avanço científico descobertas que nada mais fazem do que comprovar as práticas existentes. Clínica e cirurgia evoluem da análise "daquilo que deu certo". O estudo retrospectivo prevalece sobre o modelo experimental.

É extremamente difícil para uma pessoa que não é médico entender o que se está fazendo. E porque muito do que se faz não pode ser racionalizado e, portanto, compreendido pela maioria das pessoas, a atuação se torna mística, esotérica. A retórica médica, o palavreado ininteligível completam o mecanismo de proteção a partir do qual se estruturam as corporações, os códigos de ética e todos os meios que protegem e cristalizam essa maneira de agir.

A estes aspectos da prática médica associa-se, para inviabilizar a organização do trabalho, a desorganização do Estado brasileiro. Uma análise econômica revelará que, no Brasil, a medicina é estatizada. É o Estado que paga tudo; a grande companhia de seguros. Entretanto, os operadores do modelo agem como free-lancers. Mesmo aqueles que estão dentro de hospitais estatais, constantemente se voltam contra o Estado, dizendo que este é ineficiente. A ineficiência, induzida, gera insegurança na comunidade e a justificativa para indicar-se ao doente "um lugar melhor" onde "também trabalho ..."

Aqueles que não militam no chamado segmento estatal utilizam-se de valores próprios de economia de mercado: "É melhor aquele que cobra mais" ... No segmento estatal onde estes não prevalecem, para se ser melhor, se cobra "por fora" ... "para dar melhor atendimento" ... Além do mais, "essa atitude salutar fixa o médico no hospital" ... As instituições que

não o permitem esvaziam-se às 10 horas da manhã ... de médicos

Ocorre então que, para ser bem-sucedido no que genericamente se chama de "lá fora", alguma coisa tem que falhar ... no Estado ...

Hospitais públicos em greve, hospitais e clínicas privadas funcionando ... com as mesmas equipes ...

O Brasil investiu de maneira substantiva em prédios, equipamentos. Se estes prédios e equipamentos estivessem funcionando, evidentemente que o "lá fora" seria muito limitado. A convivência dos prédios, equipamentos e universidades com o "lá fora" só é possível a partir da ineficiência desses mesmos prédios, equipamentos, universidades ...

Esta falta de organização faz com que só reste espaço para o seguro internacional. Qual é afinal a alternativa que resta para a classe média no Brasil? Quanto à de baixa renda, antes atendida pela caridade, está reservado o papel de gerar o ganho. Ser matéria-prima na produção de cirurgias. Cesarianas. Emodiálises ...

A dupla militância. Ou seja. O exercício de dois empregos é prática constantemente relacionada com uma grande insegurança induzida. Insegurança fundamentada no não conhecimento e na incapacidade do médico de se institucionalizar: Eu ganho pouco. Tenho que trabalhar em outro lugar ... Entretanto, é o Estado que lhe paga o vários lugares e se nega, com ele, a pô-lo num só. Afinal, este é também o interesse do Estado cartorial. A dupla militância cria as condições para que Estado e o cidadão - médico pratiquem a antropofagia. O cidadão não médico, sem entender, paga o tributo.

De acordo com a Lei nº 3.999, de 15.12.61, a duração normal do trabalho dos médicos é no mínimo de duas horas e no máximo de quatro horas diárias, ressalvada a possibilidade de prorrogação por mais duas horas, mediante acordo. A mesma Lei Lei fixa em quatro horas também prorrogáveis por mais

duas, a jornada dos auxiliares de laboratório e de radiologia.

Trata-se de norma bem representativa do tratamento, equivocado que tem sido dado aos médicos e demais profissionais da área de saúde. Proíbi-se o médico de trabalhar mais de quatro horas em um mesmo hospital, mais admite-se que ele acabe trabalhando dezesseis, vinte horas por dia, em quatro ou cinco empregos diferentes, sem falar no consultório particular. Através de expressa previsão legal, abre-se o caminho para a múltipla militância e se erguem obstáculos virtualmente intransponível para uma organização do trabalho que viabilize uma prática eficiente na assistência médica.

É fundamental que o médico e os paramédicos passem a trabalhar em regime de tempo integral, com jornada de oito horas e com dedicação exclusiva à instituição a que estejam vinculados. Nada justifica a jornada diferenciada daquela dos demais trabalhadores, a não ser a deformação da dupla militância.

Por outro lado, entendida a assistência médica como dever indeclinável do Estado, e por isso, como serviço público essencial, é imprescindível que os profissionais da saúde sejam organizados em carreira, na qual deverão ingressar mediante concurso público, preferencialmente assegurado prévio treinamento em instituição de ensino específica a ser criada: a Escola do Servidores da Assistência Médica.

É fundamental a criação de estrutura paralela com a finalidade específica, como ocorrem em outros regimentos, informar quadros técnicos e doutrinariamente preparados para o ingresso na carreira.

Parece igualmente necessário e conveniente que esta carreira, à semelhança do que já ocorre com outras (Magistratura, Ministério Público, Diplomacia, etc.), seja regida por estatuto próprio, não com a finalidade de se garantirem privilégios, mas com o objetivo de serem contempladas as peculiaridades inerentes às suas funções, não cogitadas nas normas gerais de

funcionalismo público, sempre buscando-se a maior eficiência do setor.

Nesta linha de pensamento, caberia, revendo o texto constitucional, eliminar a permissão legal da acumulação de dois cargos de médico (art. 99, IV) porque prejudicial à organização do trabalho que se pretende ver implantada - é a "dupla militância" dentro do serviço público, com inconvenientes muito próximos daqueles que caracterizam o exercício profissional simultâneo do setor público e do setor privado.

Em resumo, o que se propõe é: I. médicos e os demais profissionais da área trabalhando em regime de dedicação exclusiva e com jornada de trabalho de oito horas; II. organizados em carreira, na qual ingressarão mediante concurso público; III. carreira regida por estatuto próprio; IV. proibição da " dupla militância", mesmo dentro do serviço público.

Equívocos de um sistema

Nos últimos anos um modelo unificado e descentralizado de saúde tem sido franciscanamente defendido por alguns setores. Este foi o pressuposto do chamado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).

O modelo, desde sua fundamentação teórica à própria prática, esbarra em erros conceituais e históricos. Um sistema pressupõe organização. Unificação significa emprego de metodologia única para qualquer prática, principalmente a da assistência médica. Prática, cotidiano, não o discurso.

E, afinal, o que é esse Suds? Um caixa único - a Previdência-transfere para as secretarias estaduais de Saúde recursos consideráveis que são aplicados segundo critérios políticos, teoricamente para o atendimento ao setor saúde.

Não há sistema - porque não há normas técnicas para se assegurar que a população será atendida segundo princípios científicos e rotinas de reconhecida eficácia.

Não se deve simplesmente discutir centralização ou descentralização. Qualquer ação, para ser eficaz, tem que ter competência. A eficácia é decorrente da compreensão de um fato científico, de sua aplicação metódica ou da teorização de um cotidiano provado. Ela vem da prática do fato científico, da aplicação da doutrina.

O Brasil é um país tecnologicamente dependente. Durante anos fez absorção maciça de técnicas, sem criticá-las. Isso foi

particularmente significativo na área de biotecnologia. Inúmeros procedimentos que não foram implantados por falta de provas de controle no estrangeiro são hoje praticados livremente no Brasil. Laboratório do Primeiro Mundo...

O processo de descentralização ora proposto pelo Suds, repassando a responsabilidade da gestão da coisa pública para os Estados e Municípios cria uma diversidade de ação determinada pelas diferenças econômicas e culturais de cada região. A saúde da população não pode depender das variáveis regionais, sob o risco de se consolidarem as migrações internas provocadas pela busca da melhor saúde, do emprego, da educação. Por outro lado, dizer que quem pode resolver o problema é quem o está vivendo, é negar, desde o conhecimento científico contemporâneo até o feiticeiro da tribo. Já não se precisa de uma solução técnica. Cada um resolve seu problema... e como fica o discurso "saúde, direito de todos, dever do Estado"?

O papel da União seria fundamentalmente o de coordenar as ações. Ora, só coordena quem conhece, só conhece quem pratica, quem sedimentou conhecimento no cotidiano. Esvaziar a União, tirando dela a possibilidade desta prática, repassando a responsabilidade da gestão das grandes instituições públicas aos Estados e Municípios, significa esvaziá-la do poder normativo. É confundir pesquisa, avanço e prática simplificada com improvisação. Não se simplifica aquilo que não se conhece. O resultado será: tomógrafo computadorizado para os ricos e chá de erva doce para os pobres (incluindo aí também parcela ponderável da classe média).

Além do mais, é muito mais fácil negociar com o prefeito do pequeno município do que com um verdadeiro sistema que define regras nacionais de conduta. O lobby cai para o varejo, e as pressões dos grandes interesses que não sejam necessariamente comprometidos com a saúde da população tornam-se mais eficazes.

Outro aspecto importante e que é básico na formulação dos

Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde é um equívoco na interpretação da história da Medicina brasileira. A nostalgia de Oswaldo Cruz ou de Carlos Chagas faz confundir Saúde Pública com Assistência Médica. Ninguém nega a importância de se construírem latrinas, canalizar água e pavimentar ruas. Os países do Primeiro Mundo, desde o início do processo de industrialização, se deram conta disto. Resolveram os problemas de Saúde Pública. Isto, entretanto, não influenciou significativamente a construção de grandes redes hospitalares. Simplesmente porque uma criança deixa de morrer de diarreia ou pneumonia - doenças resultantes da omissão social - para, como adulto, morrer de câncer, de enfarte do miocárdio ou ser mutilado na guerra de tráfico. As duas ações - Saúde Pública e Assistência Médica - devem ser feitas em conjunto. Uma não exclui a outra. O que um sanitarista faria quando seu filho tivesse leucemia? Vai resolvê-la no posto de saúde? Chama o naturalista para lhe prescrever ervas? Ou arranja uma autorização com o Inamps para ir para o exterior fazer transplante de medula?

O que fazem eminentes políticos e executivos quando, de avião, procuram assistência médica em soi-di-sant glamurosos hospitais particulares? Por que negar a alternativa do bom ao povo brasileiro?

A descentralização pura e simples vai terminar de sucatear as instituições públicas. Curandeiros e chá de ervas para o povão e UTI do ar para uns poucos ou para os seus eleitores...

O momento requer reflexão e ação. Nenhum país do Mundo conseguiu um sistema eficiente sem uma retaguarda técnica competente e um acervo de normas. A Associação Brasileira de Normas Técnicas não é novidade e já demonstrou porque veio.

Um continente como o Brasil requer uma retaguarda técnica que esteja presente em seus vários níveis de desenvolvimento, vale dizer, em vários Estados da Federação. Este é o papel da União: manter redes nacionais especializadas que assegurem à

população pelo menos o referencial de qualidade da ação médica.

Ainda está nas mãos dos Constituintes recusarem o discurso fácil e definirem um futuro conseqüente para a Assistência Médica no Brasil.

Medicina não é comércio

Uma piada circulava durante o governo do ex-presidente João Figueiredo. Um assessor lhe levou o nome do médico carioca Aloysio Campos da Paz Júnior para o cargo de ministro da saúde. “Se eu fizer isso meu governo não dura mais um dia”, teria respondido Figueiredo. Quem conta a piada é o próprio Campos da Paz, de 54 anos, há 20 administrador do Hospital Sarah Kubitschek, a maior clínica ortopédica da América Latina. Nesta entrevista Campos da Paz condena as greves dos médicos, defende a completa estatização do setor de saúde no país e denuncia as pressões das indústrias de equipamentos médicos causando o excesso de cirurgias nos hospitais. “O médico tornou-se cínico diante da realidade nacional e cuida de seu paciente como um lanterneiro diante de um pára-lama amassado”, diz Campos da Paz.

Formado em medicina na Universidade do Rio de Janeiro em 1960 e doutor em Ortopedia e Traumatologia com pós-doutoramento em Oxford, Campos da Paz faz amigos entre políticos e membros dos sindicatos da categoria na mesma proporção que critica a ética médica atual e defende o fechamento das “trambiclinicas” e das faculdades de fundo de quintal. “Hospital não pode dar lucro”, acredita.

Entrevista concedida a Cléber Praxedes e Ricardo Miranda Filho

A classe médica está desacreditada hoje no país?

Sim, muito. O médico lida com a vulnerabilidade e a intranquilidade das pessoas num determinado momento. Se não há uma visão de ética social, há o uso disso em benefício próprio. O poder médico é um tremendo poder, e no momento, no Brasil esse poder está desgastado por um processo de incompetência da sociedade e dos médicos. E essa crise de competência é consequência de uma profunda crise de valores. A imagem que eu tenho é do filme *Os últimos dias de Saigon*: a competência se desfaz, se volatiliza. E isso é mais dramático e patético através da medicina, que lida com a vida humana. Há uma confusão de posto de saúde com posto de gasolina. Uma fila de ônibus, um atraso de trem, todo esse conjunto de situações reflete um profundo desrespeito humano, uma profunda perda de cidadania, um cinismo diante da realidade. Isso fica mais evidente quando morre um menino por falta de atendimento.

A medicina tornou-se um bom negócio?

O que ocorre na medicina é um reflexo da sociedade especulativa, que investe no jogo e não no trabalho. Se um médico recebe mais para operar mais doentes o resultado é que se opera todo mundo. O paciente hoje está sendo tratado como um pára-lama amassado de um automóvel. Saúde pública não pode pertencer ao setor produtivo da economia e não pode ser regulada pelas regras de mercado. Hospital não pode dar lucro. Eu fiz uma opção pelo serviço público embora fosse um profissional liberal bem sucedido. A possibilidade de lucrar gerando doença e não acabando com ela é muito grande. O atendimento hoje não é humano, mas de um indivíduo com uma fila de ambulatório dentro de uma máquina. Há uma relação entre a remuneração e a escolha da profissão de médico, já que o indivíduo só é considerado bem sucedido se ganhou dinheiro e adquiriu bens. Mas esse sucesso financeiro é reservado a uma parcela ínfima que um dia procura a medicina para serem profissionais liberais.

As faculdades de medicina formam bons profissionais?

Não. Falta não só informação técnica como uma reconceitualização do papel do médico na sociedade. A faculdade forma as pessoas dentro do mito do profissional liberal e não como parte de uma sociedade. Qual é a ética de só dar tomógrafo computadorizado para rico e chá de erva doce para pobre? Isso é elitismo. Se o conhecimento existe, toda a população tem de ter acesso a ele. As faculdades de medicina formam não apenas pessoas desqualificadas, mas profissionais do Século XIX que confundem individualidade com individualismo. As faculdades de medicina foram entupidas de alunos e tornaram-se uma indústria. Há hoje faculdades de medicina que não resistem a uma inspeção ingênua, e estão formando médicos. A primeira providência deve ser fechar. É papel do Ministério da Educação assumir o ônus político de uma inspeção como essa. É como receita de bolo, já está tudo pronto. É só uma questão de decisão política.

O senhor defende a estatização dos serviços de saúde?

O Brasil é um país onde a distribuição de renda não foi feita, é injusta e concentradora. Não é possível admitir o mito de que uma Golden Cross ou uma companhia de seguros privada vai resolver o problema de assistência médica de um sujeito que mora em uma periferia urbana. Houve uma industrialização terrível da medicina. Sou a favor de uma total estatização dos serviços de saúde e pratico isso. Uma coisa é subir num caixote e fazer um discurso e outra é praticar o discurso. Eu faço a prática do discurso. É perfeitamente possível fazer com que toda a população brasileira tenha acesso a uma medicina de boa qualidade, descartando os excessos através de medidas administrativas racionalizadoras. É possível resolver o problema de assistência médica no Brasil, mas não é possível dar emprego para todos os médicos. Hoje há um pacto de mediocridade em toda a sociedade.

O corporativismo impede a punição dos erros médicos?

O corporativismo brasileiro é um tiro pela culatra. Os conselhos regionais e federais de medicina, que têm o timbre da República e são autarquias do Ministério do Trabalho, comportam-se como adolescentes que resolvem brigar com o pai. Ele conhece você pois foi ele que te criou. A briga entre o Estado e o corporativismo brasileiro é uma briga infundável de gato e rato, de criador e criatura. São dois maus jogadores de pôquer. A grande massa da população espera na fila, enquanto uma minoria corre para a medicina industrializada. Em nenhum lugar na galáxia pode se esperar eficiência de um órgão que vai julgar seus pares. Médico não pune médico, já que punir um par é um processo de autocastração. O médico incompetente deve ser julgado pela Justiça comum. O erro tem de ser identificado e punido.

O paciente não se tornou desconfiado diante dos médicos?

Sim, e isso é bom. Mas o problema é que grande parte da sociedade brasileira pertence a um estrato que não tem mecanismos de proteção, enquanto uma minoria pode escolher seu médico. Essa maioria fica na fila. O cinismo médico é a convivência com essa situação inaceitável de desrespeito humano e a perda da cidadania. A convivência diária com pacientes empilhados nos corredores torna o médico cínico. A questão médica está dentro da sociedade como um todo.

Soube-se que há pouco uma paciente tentou, sem resultado, subornar uma funcionária do seu hospital para conseguir uma internação.

Ela está acostumada a fazer isso para todo lado. Não sei em que proporção, mas que ocorre não há dúvida. É o resultado da transformação de um indivíduo em um produto de lucro. É o mesmo caso de alguém que leva o carro a uma oficina mecânica e, para não entrar na fila, dá uma gorjeta ao mecânico.

Mas como é possível ter dignidade sem uma remuneração digna? Isso é uma maluquice. Em qualquer modelo econômico a competência é reconhecida através da ascensão à tecnocracia, da medalha no peito ou da remuneração. Não é possível ter trabalho qualificado sem salário qualificado. O médico não tem mais de um emprego porque gosta, mas para sobreviver. O sujeito entra numa faculdade de medicina achando que vai chegar ao topo da sociedade e o máximo que consegue são três empregos e um Volksvagen.

Existem clínicas demais, que o senhor chama de “trambiclínicas”. Por que isso?

Faz parte do processo de industrialização e desapropriação da saúde no país. Quando a sociedade fica cínica a tal ponto que não sabe diferenciar a contundência moral de uma gorjeta numa oficina mecânica e de uma gorjeta para internar um doente, ela torna-se permissiva. Aí o cara sai abrindo hospital em beira de estrada e faculdade em cima de oficina. Nos anos 70, por exemplo, havia firmas de consultoria que estudavam estatísticas de acidente rodoviário para saber onde construir um hospital. Uma sociedade que já naquela época optou por industrializar o acidente, ao invés de preveni-lo.

O senhor já teve caso de erro médico constatado em seu hospital?

Sim, sem vítimas. A médica fez um erro de julgamento de um caso.

E o que o senhor fez?

Demiti.

O senhor acredita que sua atitude seja comum hoje?

Não, não acredito. Exigir isso hoje dentro de uma instituição que virou uma zorra é exigir o impossível, pois certamente o julgamento será errado.

Há excesso de cirurgias por pressão de fabricantes de equipamentos médicos?

Há. Isso ocorre muito na área de implantes, isto é, produtos industrializados colocados para substituir um membro ou articulação, como marcapasso cardíaco. Há dois aspectos. De forma grosseira, o cara simplesmente recebe uma gratificação para usar um equipamento. Coloca-se um instrumento daqueles em consignação dentro do hospital na mão de um indivíduo e ele recebe para usar isso. Isso é explícito. De forma mais sutil, essas indústrias pegam dez caras, botam dentro de um avião e levam para visitar uma fábrica em Strassbourg ou no diabo que os carregue. Se o sujeito é provinciano funde a cuca e sai usando o aparelho como um desesperado. Um anúncio de um aparelho médico tornou-se tão comum nas revistas especializadas como a publicidade de um sutiã.

Qual deve ser o papel do Ministério da Saúde?

Toda a responsabilidade deve ser passada para o Ministério da Saúde, para acabar com o jogo-de-empurra. Tem que botar a Constituição para funcionar e passar o Inamps para o Ministério da Saúde. Mas só isso é mudar o sofá da sala, tem de ter decisão política. O sistema tem de ser centralizado, o processo decisório unificado e a União deve ser a única a dar as regras do jogo. Hoje está tudo errado.

O Ministério da Previdência tem alegado que não tem condições de fazer cumprir a universalização da cobertura previdenciária.

Se todo mundo tiver assistência médica o Brasil vai à falência? Isso é mentira. Todo mundo tem direito a ter assistência médica. Isso não significa fazer dez exames de raio-X sem ter feito nenhum exame clínico. Competência em qualquer país do mundo gera economia. O Estado perdulário é o Estado incompetente.

Como ministro da Saúde qual seria sua prioridade?

Qualificação de recursos humanos. Está faltando qualificação. Não é que as pessoas sejam ruins, é que o Estado brasileiro nunca se preocupou com isso. Mas tudo isso depende muito de credibilidade. Não adianta nada qualificar uma pessoa para depois dar a ela um salário de fome.

Qual a solução para os maus concessionários do Inamps?

É preciso restabelecer regras de comportamento. Antes de mais nada, nenhum doente poderá ser privado de qualquer tipo de atenção, ainda que haja um atraso na remuneração pelo Inamps. O Estado brasileiro tem o dever de estabelecer as regras do jogo da assistência médica no Brasil, inclusive para os concessionários. Na indefinição atual o hospital aceita uma concessão do Estado e quer correr livre pelas regras do mercado. Que vão para o diabo que os carregue!

Alguns candidatos a presidente da República estão balizando suas campanhas na argumentação que o Estado é um mau administrador.

Isso é provincianismo. Discutir a saída do Estado do setor de saúde em um país com riqueza e pobreza absolutas não faz sentido. Hoje no país a função fundamental do Estado é a distribuição da renda. Não adianta esperar que o Piauí produza capital para investir e prover boa educação e assistência médica. Isso é uma besteira. Pode funcionar bem na Dinamarca e na Bélgica, mas, pelo amor de Deus, não funciona num país como o Brasil.

Não existe no seu hospital uma vaguinha sempre pronta para um senador ou um deputado?

Desafio qualquer pessoa a correr as enfermarias comigo. As vagas são as mesmas para todos. Não há privilegiamentos pois seria uma irresponsabilidade. O conceito de universalidade não

é dar tratamento a todos, mas o mesmo tratamento a todos. Isso implica rupturas com a corporação e com uma série de valores.

O senhor já sofreu pressões políticas por causas disso?

Várias vezes. É preciso assumir um compromisso com a pessoa que precisa da instituição e não com a pessoa que está dentro da instituição, senão se cria nepotismo. Nos anos autoritários, como não havia espaço político, este espaço transferiu-se para dentro das instituições. E depois que o espaço político se abriu ele não se transferiu de volta. Então existem um Congresso Nacional vazio e uma assembléia geral permanente dentro dos hospitais. Sou otimista, mas isso não significa ser idiota.

Já tentaram tirar o cargo do senhor?

Sim. Antes me chamavam de comunista, depois passaram a me chamar de fascista. Eu convivo com essa dialética. Eu pratico o meu discurso e esse processo decisório é anticorporativo. Existe um compromisso com o sujeito que atravessa a porta do meu hospital e não com quem está aqui dentro. Há duas opções: ou se faz uma ação entre amigos ou uma instituição. Sou acusado de comunista por fazer um hospital público e de fascista por ser contra greve de médicos e assembleísmo. Ninguém é idiota. Se alguém é habitante de Brasília pode ser atendido sem pagar um tostão para que vai tirar dinheiro do bolso e pagar clínica particular? A partir desse momento já estou criando um conflito. Durante uma palestra em Recife eu disse que para o hospital público local funcionar as clínicas particulares teriam de fechar. Foi um auê.

Na sua opinião o médico pode fazer greve?

Qual a diferença de uma pessoa que morre por falta de atendimento médico e de um operário que não chega ao

trabalho porque o trem não passa ou de um professor que não dá aula? Médico não pode fazer greve. Há sempre condições de negociar uma justa remuneração de trabalho através de uma demonstração contundente de seu valor dentro da sociedade. É possível reclamar a reivindicar sem parar. A medicina está dentro do setor de serviços da economia e não dentro do setor produtivo.

Como é o seu relacionamento com o sindicato dos médicos?

Gostaria sinceramente que fosse melhor. Eu implantei salário fixo e acabei com a remuneração por serviços prestados. Foi a primeira vez que recebi uma trombada do sindicato, que defendia que quem operasse mais deveria ganhar mais. Há patrulhamento do sindicato.

O senhor já disse que o país transformou-se em um grande laboratório de medicamentos importados. O que isso quer dizer?

Consumir é muito cômodo. Na medida em que se aceita ser consumidor vamos consumir tudo o que vier a nossa boca. Conhecimento é poder e quem abdica da produção de conhecimento abdica do poder. O episódio da importação de vacinas cubanas contra meningite é patente: pelo amor de Deus, Cuba é boa em charuto e sorvete. Investir em saúde vale a pena. O que se pode esperar de crianças subnutridas cujo cérebro não adquire proteína até os sete anos de idade? O cara no máximo vai ser ascensorista.

A recente proibição diante dos antidistônicos foi correta?

Isso foi confusão burocrática, foi burrice. O camarada de repente pega uma lista aleatória e sai riscando. São marcas

demais, embalagens demais, cores de pára-lama. O país tornou-se uma cobaia de laboratórios internacionais.

O senhor faria um aborto?

Não. Até porque eu não sei fazer.

A farsa do neoliberalismo na saúde

A crise na saúde, desdobramento da crise do Estado brasileiro, decorre da perda de compromisso entre indivíduo e Estado.

Resulta um convívio cínico e abre-se um vácuo de competência, espaço para teoria neoliberal, que difunde a necessidade de “reduzir-se o Estado”, o que pode até ter lugar em setores produtivos, mas não na saúde. Tentando valer-se de conceitos de apropriação sob a retórica da privatização, os adeptos desta teoria se esquecem de que a sociedade financiou a máquina estatal, que não lhe dá o retorno devido.

A retórica da privatização particularmente no setor de serviço público, esconde uma nova forma de Estado cartorial. Em nenhum momento fala-se na socialização de benefícios. Para onde irá esse imenso patrimônio que foi construído com o imposto e com a contribuição compulsória do trabalhador? Este patrimônio gerido de maneira incompetente, resulta em um pacto onde não há compromisso. “Você me paga mal; eu vou trabalhar, também, no conveniado, que só justifica-se na sua ineficiência.” Fecha-se o círculo. “Você quer que eu fique? Então deixa eu cobrar por fora!”

Quem construiu o Instituto de Cardiologia da Universidade de São Paulo - O Incor - ou o Instituto Nacional de Medicina do Aparelho Locomotor, o Sarah Kubitscheck de Brasília? Ter

planejado, contruído e, hoje, dirigir, não significa ser dono.

Por que essas duas instituições permaneceram como ilhas de competência? Foram duas as circunstâncias favoráveis. A primeira, pelo seu universo de atuação, que despertou no Estado a necessidade de preservá-las. A segunda foi a gestão, até possessiva, da geração que as constituiu e as defende até hoje. A questão é saber se, dentro da autofagia do Estado brasileiro, embutida no discurso neoliberal, essas ilhas de competência sobreviverão.

Para sobreviver existem dois caminhos. O primeiro aponta para a multiplicação dessas ilhas, para que a sociedade entenda que o bom, o adequado, é possível e para que estes institutos saiam da posição extravagante de centros de exceção. Para que se siga este caminho o Estado tem que pagar a conta. Até agora a política tem sido a oposta. Na saúde, não é necessário publicar-se a lista das empresas que vão ser privatizadas. Basta deixar morrer à mingua o setor, que o espaço para o concessionário e a companhia de seguro privado está aberto. A classe média é levada a comprar sua pretensa segurança, emulada pelo marketing glamouroso e aterrorizada pelo que ouviu ou viveu no setor público. Além disso há a vertente ideológica: "Afinal não posso ocupar lugar do pobre."

O segundo caminho defende a preservação das tais instituições pelo artifício de compensar-se a má remuneração salarial, e consequente perda de pessoal qualificado, pela permissividade de uma cobrança complementar.

Neste equívoco está o mesmo germe da corrupção que fez com que o Estado brasileiro sempre servisse a uma elite. Esta mesma elite, imaginando o Estado fugir-lhe do domínio, em função do crescimento e complexidade da sociedade, deseja apropriar-se do Estado, "simplificando-o", "tornando-o menor", enxugando-o", mas, na verdade, dividindo-o em partes generosas entre si mesmos.

Precisamos de um Estado que se torne competente pela via

óbvia do salário digno, da retomada dos investimentos e retorno à população de um serviço que, despojando-se do corporativismo, preze pela competência que gera o prestígio e que justifica o investimento. Mesmo porque, pela Constituição, a saúde é “direito de todos e dever do Estado”.

Quem tem medo do Sarah

Em 17 de setembro, a Câmara dos Deputados aprovou por 260 votos contra 97 a Lei que transforma a Fundação das Pioneiras em Associação, preserva a assistência especializada e gratuita de alto nível e consolida a relação de trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva para os funcionários. A Associação passa a ser controlada, na qualidade de seus serviços, pelo TCU. Aqueles que nela desejarem trabalhar se desligam do serviço público. Em 26 de setembro, o Senado, com quorum de 71 Senadores, aprovou por unanimidade o Projeto que, agora, sobe à sanção Presidencial. É a primeira Lei que define com clareza a diferença fundamental que existe entre os conceitos de público e de estatal.

De um pequeno centro de reabilitação nos anos 60 até uma das duas únicas unidades de ponta que restaram da assistência médica no Brasil, dos anos 60 aos anos 90. Duas gerações no tempo se superpuseram, lutando por um ideal de construir um serviço para o povo. Para o povo. Dezesesseis milhões de incapacitados espalhados por todo o Brasil. Trinta anos trilhando um caminho árduo onde o compromisso sempre foi com aqueles que precisam, não com as corporações.

Em 1979, quando o trabalho em tempo integral para os médicos foi implantado, a corporação lançou a acusação de que éramos comunistas... Em 1985, quando a dedicação exclusiva, o emprego único sem nenhum outro vínculo e o

salário fixo sem nenhuma outra fonte de remuneração foi consolidada, a acusação era de fascistas.

Na verdade, o que o Sarah provou, ao longo desses anos, é que não pode haver nenhum compromisso entre o bom serviço público e o corporativismo. Implantou a assistência gratuita, universal e de alto nível para toda a população. Oito anos antes da Constituição. Remunerou condignamente seus funcionários até que o Regime Jurídico Único estraçalhasse seus planos de pessoal, nivelando por baixo. Formou centenas de profissionais de nível superior, espalhados por todo o Brasil, até que afiliados do PC do B entrassem com um ação judicial, bloqueando seus programas de pós-graduação.

Por quê? Porque competência e justa remuneração do trabalho não interessam àqueles que não querem ver as profundas transformações que ocorrem no mundo e ainda insistem em viver na face oculta da Lua... Limbo corporativo que, apesar de retórica progressista, ainda vive da Constituição de 1937.

Mentem descaradamente, dizendo que aqueles que sempre defenderam o serviço público estão implementando a privatização. Distribuem panfletos na porta do Sarah, intranquilizando doentes e dizendo que o atendimento médico, a partir da aprovação da Lei será cobrado. Agentes duplos, da anarquia que justifica a frustração que leva ao poder e que, ao mesmo tempo, implementa a incompetência que abre as portas para as grandes companhias de seguros de saúde. O povo que se lixe...

Cometem a vilania de roubar prontuário médico dos arquivos do hospital para uso político e distribuem panfletos com o logotipo da CUT e do Sindicato dos Servidores Públicos, atacando a honra e tentando destruir o passado de quem construiu. E têm o desplante de se auto-intitular em servidores públicos...

A Lei que foi aprovada pelo Congresso Nacional define o

futuro do Sarah e conseqüentemente de um modelo para as instituições de vanguarda no país. Contra ela aliam-se aqueles que vivem da expropriação da saúde e transformam o homem em produto de lucro e aqueles que se elegem na anarquia, confundindo deliberadamente autoridade como autoritarismo e competência com vinculação partidária e entendem como democracia um curral delimitado pelas cercas da própria agremiação. Vamos eleger todo o mundo e o doente que se lixe, porque depois das eleições, “eu te dei o meu voto, e no plantão de domingo, eu não fico”. A Nação representada no Congresso Nacional começa a dizer: Não!

Assistência médica

Existiria a necessidade de se rever a organização dos serviços médicos no Brasil, a partir de uma visão social e não corporativista do ato médico?

Esta transformação passaria pela criação de um sistema médico unificado que, resgatando o setor público e provendo-o de recursos humanos e materiais adequados, estabeleceria uma correta relação entre o setor público e os concessionários na assistência médica?

A discussão sobre assistência médica no Brasil é centrada na participação do Estado, ou na sua relação com a chamada iniciativa privada.

Em nenhum momento entretanto a questão fundamental é abordada: a organização do trabalho. Ao não se definir a forma pela qual os médicos e paramédicos devam ter suas tarefas organizadas, a discussão se torna retórica, improdutiva.

A organização do trabalho na prática médica esbarra em concepção milenar que pressupõe relação individual: do médico com o paciente; do médico com a instituição. Isto é: o argumento da liberdade profissional, traduzido pelo individualismo.

É evidente que esta concepção vai de encontro a qualquer possibilidade de organização do trabalho. A resistência à institucionalização torna assim vulnerável o setor público, na medida em que é reforçado o individualismo.

Enquanto as profissões, na sua maioria, neste final de século

caminham para uma prática coletiva, somente aquelas que lidam com a vida espiritual e material preservam, no mundo tecnológico, a convivência com cotidiano da Idade Média: “Eu e os meus doentes”.

Abre-se espaço para teoria neoliberal, que difunde a necessidade de “reduzir-se o Estado”. Procurando mascarar apropriação sob a retórica da privatização, os adeptos desta teoria se esquecem de que a sociedade com um todo financiou a máquina. Em nenhum momento falam na socialização dos benefícios. Para onde irá esse imenso patrimônio que foi construído com o imposto e com a contribuição compulsória do trabalhador?

Não é à toa que as Santas Casas, as “misericórdias” se associam às Federações Brasileiras de Hospitais.

Nesses fatos está o mesmo vício que faz com que o Estado brasileiro sempre servisse a uma elite. Esta mesma elite, imaginando o Estado fugir-lhe do domínio, em função do crescimento e complexidade da sociedade, deseja dele, apropriar-se “simplificando-o”, “tornando-o menor”, “enxugando-o”, mas, na verdade, dividindo-o em partes generosas entre si mesmas.

Por outro lado, nós médicos, operadores do modelo, agimos como free-lancers. Mesmo aqueles que estão dentro de hospitais estatais constantemente se voltam contra o Estado, dizendo que este é ineficiente. A ineficiência, induzida, gera: insegurança na comunidade e a justificativa para indicar ao doente “um lugar melhor onde também trabalho...”. “Estamos em greve por falta de condições de trabalho ...” E os hospitais que nas guerras atuaram até em estações de metrô ou sob bombardeio? Parece que o componente desigual é condição essencial.

A dupla militância, ou seja, o exercício de dois empregos, é prática constantemente relacionada com uma insegurança induzida. Insegurança originada na incapacidade do médico de se institucionalizar. “Eu ganho pouco, tenho que trabalhar

em outro lugar...” Entretanto, é o Estado que lhe paga nos vários lugares e se nega, com ele, a pô-lo num só. Afinal, este é também o interesse do Estado Cartorial. A dupla militância cria as condições para que o Estado e o cidadão médico pratiquem a antropofagia. O cidadão que não é médico, sem entender, paga o tributo.

Há também a vertente ideológica da classe média: “Afinal não posso ocupar lugar de pobre”.

Ao sucateamento da rede pública, estimulada pelo subsídio governamental à chamada rede privada e à frouxidão das regras que liberam a formação de médicos no país, junta-se a indefinição dos limites de lucros, em modelo econômico e social, onde o sucesso é identificado com a capacidade de se ganhar dinheiro.

A questão saúde/assistência tem de ser analisada pelo plano ético.

O que ocorre na medicina é um reflexo da sociedade especulativa, que investe no jogo e não no trabalho. Se um médico recebe mais para operar mais doentes, o resultado é que frequentemente opera todos.

Precisamos de um Estado que se torne competente pela via óbvia do salário digno, da retomada dos investimentos e do retorno à população de um serviço que, despojando-se do corporativismo, se preze pela competência, que gera o conceito que justifica o investimento.

Na contramão

Um dogma do neoliberalismo, transformado, curiosamente, em fetiche da esquerda brasileira, está no cerne, hoje, do caos da assistência médica no Brasil. No fundo, por trás do quadro da saúde pública nacional encontra-se, entre outras mazelas, o fantasma de um processo equivocado de descentralização. Perseguindo a miragem de que descentralizar significa, necessariamente, "democratizar", e que, ao repartir responsabilidades o incompetente torna-se miraculosamente capaz, os planejadores do "novo" modelo de saúde conseguiram a proeza de transformar um gigante hidrocéfalo numa galáxia de anões sem cérebro.

A cultura típica de transição de um período autoritário para um regime democrático, que respingou de ambiguidades vários trechos da Constituição de 1988, deixou marcas profundas no capítulo da saúde. Neste universo ambíguo fez-se conviver "um modelo unificado e descentralizado" e ampliou-se a perniciosa crise de identidade entre o setor público e o chamado setor privado, este último nada mais que um mero concessionário do Estado. O sadio propósito de enxugamento do organismo estatal foi contaminado por um fluxo doentio de preconceitos, pretextos e equívocos de ordem política, administrativa e ideológica.

Implodiu-se a estrutura de assistência médica federal na medida que houve a estadualização e a municipalização dos

grandes hospitais. Foram criados obstáculos concretos para o fortalecimento de órgãos de planejamento e retiraram-se do Estado os meios para experimentar, testar, adquirir experiência, formar gerações com unidade de doutrina, esvaziando-se, portanto, o seu papel regulador. Enfim, implodiu-se o embrião de um sistema nacional de saúde e erigiu-se em seu lugar um híbrido xifópago no qual a metade concessionária briga com o seu gêmeo fraco - o Estado - que, por sua vez, briga com seus três braços: A União, os estados e os municípios. Nesse mesmo tempo, o provincianismo impediu que fosse feita uma reflexão sobre o que acontecia nos países desenvolvidos.

A Europa caminha para um processo de centralização, determinado pela necessidade de fazer nascer os seus Estados unidos em gestação - a Comunidade Européia de Nações. (É sintomático que seja na Grã-Bretanha, pátria do neoliberalismo, onde ocorram as maiores reações à centralização, como é o caso da resistência à unificação da moeda). O Canadá, por sua vez, implanta um modelo centralizado no planejamento, com alguns níveis de descentralização na execução, mas com alto coeficiente de regulamentação. Enquanto isso, nos Estados Unidos ocorre um apaixonante e histórico debate.

Forçado pela cruel constatação de que 40% de sua população não têm uma assistência médica de qualidade, aquele rico país vê a assistência médica transformar-se num dos principais pólos de apreensão nacional. Depois de ser um dos temas mais polêmicos da campanha presidencial, a questão da saúde é agora prioridade política do presidente eleito que, para tratar do assunto, fez, há 15 dias, uma ocupação tão poderosa de mídia, anteriormente não utilizada por um presidente norte-americano nem mesmo em alguns períodos de guerra. Durante uma hora, Clinton usou uma rede nacional de televisão para criticar o atual modelo de saúde e para propor ao Congresso uma nova regulamentação da assistência médica, com forte participação da... União.

O que, afinal, terá acontecido nos Estados Unidos, país que jamais discutiu o seu modelo de saúde, que se caracteriza por uma participação maciça do setor privado, através das grandes seguradoras ? Simplesmente o modelo se exauriu e mostrou sua cara socialmente injusta. Estabeleceu-se um círculo vicioso onde, aparentemente, todos os lados sofreram as consequências. Os atuais custos da assistência médica deixaram de fazê-la lucrativa. Por outro lado, um percentual cada vez maior da população deixou de ter acesso aos serviços. A incorporação tecnológica perdeu sua racionalidade para se buscar, cada vez mais, o "efeito vitrine", aumentando consequentemente os custos e fechando ainda mais as portas para a população mais pobre. Como quem sofre de dor busca de todas as formas o alívio, os pobres desviam-se dos hospitais e aterrisam, em massa, no pronto-socorro.

Como a omissão de socorro é simplesmente impensável nos Estados Unidos - não por serem os seus médicos mais éticos e "bonzinhos" do que os nossos, mas porque o custo, na Justiça, de uma indenização por omissão é infinitamente mais alto do que qualquer tratamento prestado - as despesas com este tipo de "urgência", compulsoriamente gratuita, são repassadas para o preço do tratamento hospitalar eletivo, aumentando as mensalidades dos seguros e restringindo, cada vez mais, o acesso aos serviços.

Desta forma, os americanos, que historicamente só concebiam a participação do Estado nas áreas da educação fundamental e da segurança, passam agora a admitir a assistência médica como direito de cidadania e retorno obrigatório do imposto pago. Exatamente por isso, um serviço nacional de saúde nos Estados Unidos virá de forma inexorável. Terá características locais, forte participação do empregador, convívio com ambiguidades, mas com forte regulamentação do Estado, principalmente em ações que gerem normas técnicas e, consequentemente, incidam sobre os custos.

O que fatos como estes atestam e o que o furor ideologizante de alguns setores, de um lado, e a incapacidade administrativa, de outro, parecem não querer enxergar no Brasil, é que neste final de século as soluções para a assistência médica não podem mais ser discutidas através de um enfoque ideológico, mas sim sob o da ética social.

Equação maldita

Os objetivos dos empresários da doença - aqueles que consideram a prática médica como setor produtivo da economia - foram, em nosso país, plenamente atingidos: o serviço público faliu.

O Estado brasileiro aceitou a lógica do setor produtivo na saúde no momento em que a assistência médica passou a ser remunerada através de "unidades de serviço". Quando o pagamento de serviços de saúde é feito à semelhança do sistema produtivo, as distorções ocorrem inexoravelmente e a utopia de um hospital - acabar com a doença - é substituída pela visão de uma fábrica onde a matéria-prima é o homem no seu momento de maior fragilidade.

A implosão do serviço público, por outro lado, não permitiu que se gerasse - porque seria economicamente impossível - um serviço privado qualificado que funcionasse, ao menos, como alternativa para a classe média. Uma vez que os pobres ... ora, os pobres...

Assistência médica é retorno de tributo pago. Lucro e prejuízo são variáveis do setor produtivo. Assistência médica tem um custo que não pode estar sujeito às regras do capitalismo. Portanto é impossível a substituição do modelo público por um modelo privado competente porque a competência tem custo que na assistência médica, em todo o mundo, cada vez mais absorve o lucro.

Preço=custo+lucro. Esta é a equação básica. Se o preço atingiu o limite máximo aceitável para a sociedade e o custo aumenta com a apropriação tecnológica, é óbvio que o lucro diminui. Na solução capitalista desta equação, originam-se os "seguros saúde".

A dupla militância, que se caracteriza pela permissividade dada ao médico de trabalhar o serviço público e, ao mesmo tempo, operar o chamado setor privado - na verdade, um mero concessionário do Estado - foi usada, no Brasil, como uma das principais armas para destruir o setor público. Principalmente porque ela permite, e até estimula, o conflito de interesses. Tornou-se possível para um médico chefiar um serviço no setor público e, em paralelo, ser um empresário concessionário do Estado, possuindo uma clínica financiada pela nação.

Essa grande farsa foi mascarada pelo corporativismo que confundiu a percepção das esquerdas, carentes de quadros capacitados tecnicamente para atuarem na ponta do sistema, sem os quais a assistência médica não é possível. Surgiram, dessa forma, alianças normalmente impensáveis, unindo segmentos de esquerda e corporações de direita. O processo de descentralização proposto pela Constituição de 88 acabou por liquidar com o que ainda havia de estrutura funcional subordinada à União.

Com a destruição do sistema público, o campo ficou aberto às companhias seguradoras, que visam o lucro. Ora, hoje, o lucro somente é possível com a baixa do custo, vale dizer da qualidade. As seguradoras receberam a classe média de presente, afastada esta que foi dos grandes hospitais públicos, depósito de miseráveis.

Nunca foi dito à classe média que ela também tinha direito àquele atributo básico da cidadania, que impõe a retribuição pelo tributo pago. Direito, obviamente, que envolve até mesmo os ricos. A retórica das esquerdas criou o princípio da medicina para o pobre, da educação para o pobre, da "simplificação",

embuste perverso que subentendia que pobre não tem câncer ou infarte e tudo se cura com chá de erva doce. O campo da saúde tornou-se então uma discussão permanente de uma grande e monumental diarreia. Coisas de sanitarista em busca de recursos...

Uma demonstração das consequências do corporativismo pode ser obtida com a simples comparação entre o que o Ministério da Saúde destina no seu orçamento para a assistência médica, odontológica e outros benefícios aos seus funcionários e o total que é destinado ao Contrato de Gestão das Pioneiras Sociais, que possibilita a realização de mais de 3 milhões de procedimentos (consultas, exames, cirurgias, etc...) por ano e garante assistência médica gratuita e de alto nível ao incapacitado físico na Rede Sarah de hospitais.

No exercício de 1994, serão gastos quase US\$100 milhões em auxílios diversos aos funcionários do Ministério da Saúde. O mais curioso e tragicômico é que, ao lado de auxílio-transporte e alimentação, esses recursos se destinam também ao pagamento de serviço médico qualificado de saúde. Um serviço a ser comprado da iniciativa privada, exatamente por e para aqueles que deveriam, por preceito constitucional, prover a população de medicina gratuita e de qualidade.

Em contraste com esse montante de recursos que servem, no fundo, como uma indenização da incompetência, estão destinados para a Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor, que atende grande parte dos incapacitados físicos do Brasil, US\$94 milhões...

Existe solução para o caos da saúde pública no Brasil? Sem dúvida que sim. Ela começaria com a recuperação das instituições públicas, através do combate ao corporativismo e com a mudança nas relações e trabalho, de tal modo que a qualidade recuperada começasse a trazer de volta a população, inclusive a classe média.

O que não podemos mais é continuar a viver a ambiguidade

de pagar a conta de quem lucra com a doença - os empresários da assistência médica - e dizermos que não existem recursos para recuperar a rede pública. Ela só pode vir a ser realmente pública quando a classe médica abdicar do corporativismo, assinar um pacto com a população e conseguir, através da competência, da luta e da credibilidade, uma remuneração digna. Em vez de lubrificar a si mesma e à população, enviando pacientes "para a minha clínica que também tem convênio e cobra apenas uma pequena diferença a mais".

A imagem constrangedora de sucessivos ministros da Saúde clamando na mídia por mais recursos para saúde e assistência médica nunca provocou uma simples pergunta: e o compromisso com a qualidade, com um mínimo de qualidade?

É preciso coragem para negar o repasse àquilo que na retórica parece ser assistência médica mas que, em verdade, é a conta da expropriação da saúde. Onde estão os indicadores de qualidade e de resultados? Isso seria o mínimo que a União deveria exigir para pagar esta conta. No entanto, reconhece-se o caos e paga-se por ele. Por esse caminho, apenas se ampliará indefinidamente a catástrofe.

O furor ideologizante de alguns setores, de um lado, e a incapacidade administrativa, de outro, e a voracidade do lucro entre os dois, parecem não querer enxergar no Brasil que, neste final de século, as soluções para a assistência médica não podem mais ser discutidas através de um enfoque ideológico, nem do embuste corporativista, mas única e exclusivamente sob a ótica da ética social.

Eu quero trabalhar

O conflito entre capital e trabalho, no Brasil, não tornou o homem em sujeito da ação. Por um desvio inculto do conhecimento histórico, transformou-se em instrumento de corrupção. A Península Ibérica entrou.

Nas origens da nossa formação existe uma relação espúria entre o cidadão e o Estado, a relação predatória, que sempre foi fomentada pelas elites e institucionalizada a partir da Constituição de 1937, de Francisco Campos, o Chico Ciência, inspirada na "Carta del Lavoro" de Mussolini.

As raízes do corporativismo no Brasil estão profundamente ligadas a uma relação cínica que, no final das contas, gerou o acordo: você finge que trabalha e eu finjo que lhe pago... típica do serviço público, e que, por outro lado, impediu o desenvolvimento pleno do capitalismo o que, seguindo o processo histórico, bloqueou a aplicação de princípios na relação entre o homem que trabalha e quem o remunera, seja o Estado, seja a Empresa.

As portas abertas pela Constituição de 1988 fortaleceram de tal modo esse modelo que hoje alguém que queira trabalhar como médico, por exemplo, entregando-se a atender uma demanda que fará com que ele "ultrapasse as horas previstas pela lei", disso se vê impedido. Se quiser pode fraudar, se quiser pode ir para sua clínica particular trabalhar até a meia-noite, se quiser pode inventar AIHs e UCAs, mas trabalhar para a co-

munidade não pode. Só quatro horas, de preferência entrando no hospital de costas para sair mais rápido! Aí os fiscais do trabalho, herdeiros legítimos da relação espúria que Getúlio Vargas inventou com Chico Ciência e militantes anencéfalos do corporativismo, entram em delírio.

Se você quiser trabalhar, se entregar, cumprir a sua função social, não pode: tá multado! E viva o corporativismo!

O Sarah, pelo simples fato de estar atendendo a população, tendo seus funcionários a ela se dedicando, ou seja, pelo simples fato de estar trabalhando e atendendo a todos de graça, como de resto manda a Constituição - saúde é direito de todos - , já recebeu auto de infração. Vamos todos exclamar com Macunaíma: "Ai, que preguiça". Porque neste estado em que o Brasil chegou, o convite no serviço público é o de ir para a praia. Quem quiser construir mais, é maluco, o que agrada muito também aos seguidores de Margaret, a Thatcher, que vão, com a sua proposta de Estado mínimo, acabar de comer a galinha que tantos ovos de ouro botou, desde que Pero Vaz de Caminha pediu o primeiro emprego. É preciso dar um basta ao corporativismo. É hora de a sociedade civil se organizar e mandar essas personagens de Tolstói para as profundas do inferno!

Eu quero trabalhar! O que eu entendo por Estado é alguma coisa que me deixe produzir, que me deixe criar. O astronauta americano jamais teria impresso seu pé na lua se fiscais da DRTs tivessem acesso a Cabo Canaveral... 5 - 4 - 3 - 2 - Dr. Von Braun: desliga o foguete, terminou o expediente!

Se o velho Marx levantasse do túmulo e visse o que está acontecendo no Brasil, ou viraria monge budista ou se converteria ao cristianismo. O Tibet não tem DRTs e pastor de almas não tem jornada de trabalho. Mussolini, entretanto, entraria em orgasmo.

Medicina não é comércio

"O sistema de pagamento do médico por unidades de serviço, que variem com o grau de complexidade e procedimento invasivo ou não, levou-nos a modificar o cuidado com o nosso doente e afetou (subconscientemente) nosso processo decisório. (...) Nós precisamos ter um sistema que nos recompense financeiramente por atuar no melhor interesse de nossos pacientes, independentemente da complexidade dos cuidados adotados. (...) eu sugiro (...) eliminar o sistema de pagamento por unidades de serviço."

*Marc F. Swlonthowski, no "American Academy of Orthopaedic Surgery Bulletin",
abril, 1994*

No início da década de 60, o Brasil estabeleceu como paradigma o modelo americano de assistência médica. A **ratio-nale** defendida pela Associação Médica Brasileira era a de que na medida em que os salários no serviço público aviltavam-se, tornava-se necessária alguma compensação. O "pagamento por produtividade" manteria o médico no trabalho, ou seja, no hospital público, transformado então em espaço liberal, simulacro de consultório particular! Porque, pasmem, foi em um hospital público - o primeiro Hospital Distrital de Brasília - que o pagamento por Unidades de Serviços (USs), criadas pelos antigos institutos de aposentadorias e pensões, foi instituído.

Se eu operasse mais eu ganharia mais. E se eu fizesse um procedimento mais complexo, ganharia mais ainda. Começou nas USs, de quem as famigeradas atuais autorizações de internação hospitalar (AIHs) são filhas bastardas, a corrupção na medicina brasileira. E viva o Brasil, campeão mundial das cesarianas!

Sim, começou no serviço público. Que logo passou a ser implodido por uma falsa prática liberal, porque, afinal de contas, nós, médicos, éramos, como somos ainda, formados para tratar "os nossos doentes", no melhor modelo do século XIX. Conseqüentemente, nada mais natural do que cobrar pelo procedimento individual mais ou menos complexo, já que nos hospitais públicos, ao contrário dos consultórios de nossos avós, não ficaria bem receber galinhas ou caixas de Moët Chandon... em troca das consultas; e tome lá unidades de serviço...

A ironia da história é que foi no antigo primeiro Distrital de Brasília - hoje Hospital de Base - berço da primeira US, que agonizou Tancredo Neves e com ele também o sonho do hospital público brasileiro.

Quando a Constituição de 88 aceitou a "participação complementar" da iniciativa privada na utopia do Sistema Único de Saúde, liquidou com qualquer possibilidade de que ele virasse realidade. Porque agora o corporativismo anencéfalo, que tem a petulância de se auto-intitular "de esquerda", imobiliza num estado de greve permanente os hospitais públicos, fazendo com que o povo morra nos corredores ou seja dirigido para hospitais e clínicas particulares, na verdade concessionários do Estado, onde trabalham os mesmos médicos que, nos públicos, estão em greve.

No Brasil, as raízes do corporativismo estão profundamente ligadas a uma relação cínica que, no final das contas, gerou o acordo típico do serviço público: você finge que trabalha e eu finjo que te pago... Essa relação foi de tal modo fortalecida

pela Constituição de 88 que hoje alguém que queira trabalhar como médico em um hospital público, por exemplo, entregando-se a atender uma demanda que fará com que ele ultrapasse as horas previstas pela lei, disso se vê impedido. Se quiser pode fraudar; se quiser, pode ir para sua clínica particular; se quiser pode inventar no seu outro emprego autorizações de internação hospitalar (AIHs) e unidades de cobertura ambulatorial (UCAs) - as atuais unidades de serviço (USs) - mas trabalhar para a comunidade não pode. Só quatro horas; de preferência entrando no hospital de costas para sair mais depressa.

Eu quero trabalhar num hospital público. O que eu entendo por Estado é alguma coisa que me deixe produzir, que me deixe criar. O astronauta americano jamais teria deixado impresso a marca de seu pé na Lua se sindicalistas de araque e fiscais das Delegacias Regionais do Trabalho tivessem acesso a Cabo Canaveral..."5 - 4 - 3 - 2 - dr. Von Braun: desligue o foguete, que terminou o expediente".

Eu quero ser atendido num hospital público no exercício de um direito de cidadania. Como também quero que meus netos, que um dia vão nascer, tenham sua educação fundamental numa escola pública, resgatada na competência. Chega também de mandar dinheiro público pelo esgoto da filantropia.

A única solução para uma correta assistência médica é o resgate pela União de uma rede de hospitais públicos que seja objeto de investimentos para se transformar em espaço de formação de novas gerações e local onde a experiência e a competência gerarão normas técnicas e cenários para o planejamento. Aí, sim, o Estado poderá descentralizar a ação, mantendo o controle da qualidade e da utilização do dinheiro do contribuinte. O médico tem que ser assalariado, não pode receber por procedimento.

Eu não trabalho numa fábrica. Também não estudei medicina para ser igualado a quem tem participação no lucro da empresa, porque se assim for, a minha "empresa" vai produzir mais

doentes e não restituir a eles a saúde. Também não posso ficar subordinado, no melhor estilo neoliberal, às "forças do mercado".

Chega de USs, UCAs, AIHs e tudo mais que venha a ser inventado para, em última análise, corromper o meu sonho.

Equívoco de um modelo

"O sistema financeiro de pagamento do médico de acordo com o número de clientes atendidos e a complexidade de cada caso proporcionam incentivos para procedimentos invasores ao invés de períodos de observação ou métodos não invasivos"

(Marc F. Swolontbowski, MD, in American Academy of Orthopaedic Surgery Bulletin - abril de 1994)

Nos anos 60, o Brasil estabeleceu como paradigma de assistência médica o modelo norte-americano, segundo o qual o médico deveria receber uma remuneração adicional por procedimento efetuado em seus pacientes, ou seja, o "pagamento por produtividade".

Nos Estados Unidos, o surgimento desse modelo correspondeu às pressões para a universalização do acesso à saúde, característica central do Welfare State. No Brasil, a adoção do "pagamento por procedimento" não passou de uma estratégia de compensação salarial que visava a manter o médico trabalhando no hospital público, como se em seu consultório estivesse. Se eu operasse mais, eu ganharia mais, e se eu fizesse um procedimento mais complexo, ganharia mais ainda...

Foi em um hospital público - o primeiro Hospital Distrital de Brasília - que o pagamento por Unidades de Serviços (US), autorizadas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, foi instituído. Começou com estas US, de quem as atuais

Autorizações de Internação Hospitalar (AIH's) são filhas bastardas, a corrupção da medicina brasileira!

A assistência pública de saúde em nosso país começou a ser implodida a partir do momento em que o hospital público foi transformado em lugar de uma falsa prática liberal, porque, afinal de contas, nós médicos éramos, como somos ainda, formados para tratar "os nossos doentes", no melhor modelo do século XIX. Do inevitável conflito de interesses decorrente da introdução de uma lógica privada no interior do que deveria ser um serviço público, resultaram a destruição do hospital público e a opulência das clínicas particulares - financiadas pelo Estado brasileiro e, em última análise, pelo contribuinte.

Quando a Constituição de 1988 aceitou a "participação complementar" da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, liquidou com qualquer possibilidade de que ele viesse, um dia, a ser conseqüente. Porque agora os hospitais públicos vivem num estado de greve permanente, imobilizados pelo corporativismo míope e autofágico dos "operários da saúde", fazendo com que o povo morra nos corredores ou seja obrigado a procurar assistência nos hospitais particulares, na verdade concessionários do Estado onde trabalham os mesmos "operários" que, nos públicos, estão em greve.

Eu quero ser atendido em um hospital público no exercício de um direito de cidadania! Como também quero que meus netos, que um dia vão nascer, tenham sua educação fundamental em uma escola pública, resgatada na competência!

Quero também trabalhar com exclusividade para o meu Estado, sendo por isso remunerado com dignidade. Chega de condenar gerações de jovens idealistas a primatas que saltam de galho em galho para sobreviver!

A única solução para uma correta assistência médica é o resgate pela União de uma rede de hospitais públicos que seja objeto de investimentos, para se transformar em espaço de formação de novas gerações e local onde a experiência e a

competência gerarão normas técnicas e cenários para o planejamento. Aí, sim o Estado poderá descentralizar a ação, mantendo o controle da qualidade e da utilização do dinheiro do contribuinte.

Como a história ensina, agora que aprendemos com ela, vamos recomeçar. O primeiro passo para qualquer progresso é a consciência. Medicina não pode ser regulada por visões ideológicas. Ela está acima disso e depende da ética social, que neste país tem que ser resgatada.

Verde, amarelo e vermelho

*Copa do Mundo. Nas ruas, as cores da bandeira.
No asfalto,
o sangue das vítimas de um trânsito assassino.*

Em tempo de Copa do Mundo, envolvidos em uma de nossas utopias coletivas e embalados por propagandas milionárias de cervejas, esquecemo-nos de que vivemos numa sociedade cada vez mais violenta e desigual...Brasilll!

Tudo se passa como se as ruas de nossas cidades, que hoje servem de palco de euforia tingida de verde e amarelo, mesmo que tenha o sabor da incompetência do empate, não fossem as mesmas ruas onde a cada ano perdem a vida mais de 50 mil pessoas e outras centenas de milhares ficam incapacitadas. Vietnã sem ideologia... vítimas anônimas do trânsito em nosso país. É nas ruas que morrem nossas crianças, nossos adolescentes e nossos adultos jovens. O trânsito constitui-se na principal causa de morte nos grupos de idade de 5 a 19 anos e de 30 a 39 anos.

A violência do trânsito, sendo um dos mais graves problemas de nossa constrangedora realidade social e um dos poucos fenômenos sobre o qual todos temos algum caso, pessoal ou não, a contar, deveria suscitar o mesmo tipo de reação de defesa pela vida que demonstramos, por exemplo, quando vigiamos

nossos passos diante da iminência de um assalto. Qual a diferença entre o assaltante e um motorista bêbado? Tem sido sempre como acidente que consideramos a ocorrência de um atropelamento ou de uma batida... eventos imprevisíveis e inevitáveis que escapam ao controle humano...

Não há acidente algum numa colisão em que se envolvem um condutor de veículo, dirigindo a 100 km/h, sem cinto de segurança, e um pedestre que atravessa a rua com sua bicicleta!

O que há é o desconhecimento de que na rua, nesse espaço que é público por excelência, deveríamos agir como cidadão, e, por conseguinte, estar sujeitos a regras que têm por objetivo a convivência de todos com segurança.

É hipócrita a comoção com aquele que tem uma doença rara e abre uma conta para tratar-se na gringolândia, e nos últimos tempos até em Cuba! Que agora cobra para tratar... parágigma de araque! Temos que olhar pela janela! Fora dela, milhares de meninos. Vamos começar a olhar para o que está acontecendo a eles.

Ouçõ carros buzinando na euforia idiota do empate. Rua, alfalto, violência da fome, do trânsito. Rua verde e amarela... rua vermelha de sangue da vida perdida de mais um brasileiro, isto sim!

Heróis não são aqueles que anunciam na camisa: outdoors ambulante. Heróis são os que lutam para tentar acabar com esse mundo cão.

Os primos de Deus

"Não é por culpa de nossos médicos que a assistência médica à comunidade tal como é prestada hoje é um absurdo sangüinário. Qualquer nação que observe que se deve compensar um padeiro dando-lhe um interesse pecuniário por cada pão produzido e evolua dando a um cirurgião um interesse pecuniário para cortar uma perna, desencadeia o processo suficiente para levar qualquer um a desanimar de qualquer política humanitária. Entretanto foi precisamente isso o que nós fizemos. E quanto mais pavorosa for a mutilação maior o pagamento do mutilador. Aquele que corrige uma unha encravada recebe algumas moedas; aquele que lhe corta por dentro recebe centenas de milhares, exceto quando ele faz isso num pobre para o exercício da prática". É o que escreveu George Bernard Shaw, no prefácio de "O dilema do médico", 1906.

Não sei se a sensação que me possui quando leio a crítica de Shaw está mais próxima de tomar a decisão de abandonar a profissão (?) ou seguir os conselhos de Le Sage no seu clássico "Gil Braz de Santilhana", escrito nos meados do século XVIII: "Já eu me sentia melhor, e, de mais a mais, não podia ver médicos nem boticários rogando-lhes pragas que chegavam às universidades onde se concede a tais sujeitos a faculdade de matar gente sem risco".

Na verdade, de tanto lidar com o absoluto — a vida e a morte — nós médicos somos vítimas de um distúrbio do

comportamento que nos faz mandar o relativo — a ordem social — às favas: somos os primos de Deus.

Criamos uma corporação que está acima do relativo. Temos juízos próprios, leis próprias, ética própria...a única coisa não muito própria é a nossa relação com a sociedade.

Para se dar o direito de continuar como o "feiticeiro da tribo", que seguia princípios religiosos, há de ter-se como referência uma ética social contemporânea. É possível que no próximo século, com o desenvolvimento tecnológico, que nos levará a um novo renascimento, o conhecimento venha a ser de tal modo difundido que a necessidade será apenas a do exercício da técnica.

Nesse momento, tendo apropriado o conhecimento, o homem saberá julgar se o tecnicismo médico, que por alguém deverá ser praticado ou monitorado, é o mais correto. Aí, então, desaparecerá a expropriação do conhecimento e a conseqüente exploração do medo do absoluto. O médico que surgirá será fundamentalmente um educador que construirá com a sociedade as bases de uma nova ação de curar.

Chegou o momento de restabelecer um novo pacto, uma nova relação, para que possamos viver o limiar de um novo tempo. Não quero continuar assistindo à execração da minha profissão porque ela se perdeu quando se afastou da sua utopia: acabar com a doença. Na medida que foi aceita a lógica do setor produtivo, a medicina foi traída, pois, hoje, o lucro vem da doença. Expurgada dele e das distorções que gera, a medicina poderá ser, de fato e de direito, instrumento de progresso social.

O médico tem que ser assalariado! Não pode mais receber por doente ou por doença. A medicina não pode ser igualada a uma empresa que visa ao lucro, porque, se assim for, a "empresa" vai produzir doença e não restituir saúde.

Se desejamos que o Estado se transforme em Nação, temos que exorcizar do binômio educação-saúde a retórica, investindo

em gente, que remunerada com dignidade, somente à Nação se dedique, para educar e curar as gerações que vão um dia, que espero próximo, reconstruir o Brasil.

A metáfora dos homens-gabirus

O desenvolvimento da inteligência e, conseqüentemente, da criatividade depende fundamentalmente de duas variáveis: a orgânica e o ambiente. Ou seja, do grau de diferenciação da moldura genética do sistema nervoso central onde, com educação, nutrição e tempo, será impressa a informação que tornará o homem completo.

Os estudos mais atualizados nos permitem saber a maneira pela qual o sistema nervoso central cresce e se diferencia e que as interconexões entre os milhões de neurônios que vão organizar a função do cérebro começam a se processar ainda no útero. Hoje a fisiologia estuda como os neurônios encontram seu lugar e estabelecem suas conexões e como, em última análise, se processa a especialização do cérebro humano.

Tudo depende das duas variáveis iniciais que poderiam ser expressas de uma outra maneira: comida e estímulo.

Existem dados inquietantes que sugerem que a fome crônica pode induzir, no tempo e em gerações, alterações genéticas; e, mais, se o estímulo cognitivo não ocorrer, a diferenciação que entendemos como inteligência será bloqueada.

Se a esses fatos agregarmos uma formação tecnocrática, que na verdade resulta da convergência da especialização, da desinformação e da alienação que hoje marcam o sistema educacional brasileiro com prejuízos para todos nós, e as conseqüências que tão estranha e lastimável realidade, tão

profunda perversão pedagógica produzem na dimensão do saber, teremos um quadro sombrio.

É preciso que, à semelhança de outras sociedades, o Brasil resgate referenciais culturais e históricos que permitam avanço na resposta do clássico dilema humano: quem sou eu?

Há quase 30 anos venho formando jovens. É com inquietação que vejo a "especialização" ser cada vez mais irmã gêmea da desinformação e da alienação. "Especialização" muitas das vezes, paradoxalmente, pode significar falta de estímulo.

Está chegando uma hora de decisão. Ou construímos um país com educação e, obviamente, saúde, que desta resulta, ou vamos nos transformar em "homens-gabirus" que, numa melancólica terceirização, pregarão botões em camisas feitas na Coreia e vendidas na Quinta Avenida. Os antropólogos sabem muito bem disso.

Uma fábula para candidatos

Era uma vez um velhinho e um monte de generais. De todos os velhinhos, ele era o único que os generais engoliam porque, se não sábio, pelo menos sabido era. Agradava a gregos e troianos. Porque os generais tinham aprendido que o velhinho, apesar de conversar muito e enrolar a gravata, não ia fazer mal pra eles.

Dá-se que o velhinho tinha um sobrinho que sonhava com um banco e, para ajudá-lo, conversava com gregos e troianos no orelhão que ficava embaixo do prédio onde trabalhava.

Ora, isto posto, o velhinho resolveu arranjar emprego pro sobrinho que, por não saber inglês, pensava que um tal de neoliberalismo dera certo na Inglaterra. Como os argentinos não tinham feito estágio no Vietnã e perderam a guerra contra a Ilha, tudo indicava que o sobrinho estava certo. Até porque um artista de cinema norte-americano — o melhor amigo da dona da Ilha —, que morava em uma casa branca, com isso também concordava. E opinião de artista americano, brasileiro não discute. Continuando nossa história, o velhinho prometeu ao sobrinho lhe dar o banco.

Havia também uma tribo que não gostava do sobrinho e se chamava **A tribo dos progressistas**. Eles tinham uma característica fundamental: andavam pra trás e, como o sobrinho — afinal, ninguém é de ferro —, também queriam emprego. Aí, os chefes da tribo berraram pro velhinho: Se você vai dar o

banco pro sobrinho nós queremos o hospital e a escola!

O velhinho, que tinha um caderninho onde a secretária anotava tudo o que ele prometia, foi, entretanto, chamado por Deus, que descobriu que ele era esperto e podia ajudar no céu, que estava um inferno. Ora, convite de Deus não se recusa, mesmo porque não adianta, ainda mais quando os esculápios ajudam. Assim sendo, o velhinho deixou pra trás uma bruta confusão e um amigo que queria escrever mais um livro e ficou com o caderninho.

O sobrinho e seus amigos ficaram com o banco e uma tal de inflação, senhora de passado duvidoso que já tinha, em outras épocas, aporrinhado outros velhinhos. Espinafraram tudo! E a tal da dona Inflação comprou a Pensão Brasil, onde eles moravam, e passou a lhes servir nas refeições um prato especial chamado spread.

Os inimigos do sobrinho ficaram mandando no hospital e na escola. Espinafraram tudo! Tudo em nome de uns gregos, que inventaram uma tal de democracia. Tribo de progressistas — os tais que andavam pra trás — eles achavam que a democracia seria melhor com uma tal de descentralização, que passava o dinheiro diretamente do nosso bolso pro dos prefeitos, que agora pensavam que mandavam no hospital e na escola. Em outras palavras, que não era preciso uma tal de dona União, inventada por uns americanos, pra mandar dinheiro de São Paulo pra prefeito no Piauí. Os paulistas, muito bonzinhos, eles mesmos fariam isso...

E a televisão espalhou o boato de que o povão, convidado por todos pra uma festa na rua, tinha sido mais importante que o caderninho do velhinho.

Moral da história: se você é candidato, tem secretária, caderninhos, faz acordos — como de resto todo candidato que se preza —, acha que vai ganhar e está com dor de barriga, avisa pra gente cair fora enquanto é tempo. Reprise de chanchada nem em festival de cinema... Só pra masoquistas.

Anacronismo no atendimento médico

O individualismo no atendimento médico se consolidou no século XIX, e foi transmitido como herança cultural às gerações do século XX. O individualismo médico conflita com as necessidades geradas pelo processo de industrialização e pela revolução tecnológica, o qual demandou um trabalho que se subdividia em vários ramos do conhecimento. O surgimento das especialidades que a princípio aprofundou o conhecimento médico, por outro lado, multiplicou a necessidade de profissionais. Se é verdade que houve um aumento da eficácia, ocorreram a fragmentação do conhecimento e a perda da visão integral do homem. O avanço tecnológico não foi seguido de uma modificação de comportamento que só poderia surgir na formação pelas escolas médicas, com mudança de cultura e sua adequação ao trabalho coletivo. O conflito entre o individualismo, típico do modelo liberal, e a coletivização imposta pelo desenvolvimento tecnológico levou a que, inicialmente nos países centrais e posteriormente naqueles chamados em desenvolvimento, os custos, mas principalmente os preços da assistência médica se elevassem na proporção direta do uso irracional da tecnologia. Países desenvolvidos procuraram reagir a esse fato a partir dos anos 50, com mudanças na sua estrutura de ensino e estabelecimento de sistemas nacionais de assistência médica, como ocorreu na Escandinávia e no Reino Unido.

Os melhores médicos dos países em desenvolvimento continuaram, entretanto, treinados agora na chamada tecnologia de ponta, a tentar reproduzirem nos seus países de origem o cotidiano aprendido, sem retaguarda local de pesquisa e de infra-estrutura industrial. As conseqüências imediatas foram o mau uso da tecnologia, o alto índice de complicações e a elevação irracional dos custos e mercantilista dos preços. Surgiu aquilo que veio a ser conhecido entre nós como "tecnologia de vitrina". É possível, porém, contribuir para a reversão deste quadro com experiências setoriais que enfoquem mudanças de atitude e de comportamento para uma adequada apropriação da técnica. Paradoxalmente, tais transformações, que hoje são discutidas em países desenvolvidos, podem ser mais livremente testadas em países em desenvolvimento na medida em que estes, apesar do corporativismo, possuem um cenário mais flexível às transformações que se fazem necessárias.

O combate ao individualismo e a busca de organização no trabalho não subentendem inibição da individualidade com sua vertente criativa que permite a pesquisa e o desenvolvimento. Em países como o Brasil, essa questão ficou fortemente cerceada pela confusão entre a reorganização do trabalho e o cerceamento da liberdade individual. Isso tolheu enormemente a organização de sistemas pelo poder público.

O incapacitado físico, produto final da omissão social que levou ao surgimento do trauma conseqüente à violência urbana, apresenta problemas que demandam a sua abordagem como ser global, seja pela relação entre reabilitação e reinserção social do indivíduo, seja pelo fato de este apresentar doenças que na maioria das vezes requerem convívio longo com as estruturas que o tratam e os indivíduos que nelas atuam.

Diante das necessidades de assistência médica geradas pela urbanização caótica e pela industrialização retardada de sociedades como a nossa, essas exigências somente podem ser alcançadas com a implantação de grandes sistemas (redes) de

unidades especializadas de atendimento à população, gerando, pela competência exercida, as normas técnicas que permitam um processo de descentralização harmônico.

É paradoxal que tenhamos que recomeçar pelos sistemas especializados. Se não os organizamos, jamais alcançaremos a harmonia no todo.



Só troca quem tem troco

Para o Estado exercer sua função mais nobre e mais difícil - a redistributiva (sem o Estado, paulista não manda dinheiro para o Piauí) - é necessário que ele disponha de poder. O poder vem do dinheiro, do conhecimento e da informação. Pode também vir de um tanque de guerra, mas para comprá-lo é necessário ter dinheiro, e além do mais eles não estão muito em moda, até porque não cabem nos aviões que transportam as armas compradas pela droga.

Paralelamente, a transcendência de uma instituição, fragmentada do Estado, depende de seu exato valor, aferido pela sociedade. É sintomático que as únicas instituições que têm, aos trancos e barrancos, conseguido sobreviver à crise da saúde no Brasil sejam especializadas. Elas não se generalizaram e conseqüentemente não fragmentaram o conhecimento, o poder e a competência. Uma explicação razoável para esse fato é que elas, através de um dos instrumentos do poder - a competência - apropriaram-se dos outros dois: "dinheiro" e informação. No mundo moderno, informação tem valor de troca e a partir daí, elas se internacionalizaram. A internacionalização não é uma estratégia que subentende a abdicação da nacionalidade. Existe no mundo moderno uma verdade absoluta que rege as relações entre as nações: troca quem tem troco, quem não tem o que trocar, estende a mão e é tratado como bastardo. O estabelecimento do vínculo associativo, mesmo conflitante, impõe o diálogo e conseqüentemente a transferência

da informação. Portanto, o vínculo internacional não contém uma atitude romântica ou vaidosa como queria a diplomacia tradicional. Ele se faz sob o ruído das canhoneiras. A América Central que o diga.

O avanço tecnológico de que tanto se fala no Brasil só pode ser feito a partir de relações mundiais e de uma busca obsessiva de um “banco de conhecimentos”. Vale dizer, desenvolvimento científico e tecnológico setorial que complemente o que está sendo feito nos chamados países centrais e, conseqüentemente, nos dê poder de troca. Não há necessidade de reinventar tudo, mas se você conhece o todo pode fazer parte dele, e o “grupo dos sete”, de repente, vira oito.

Esta visão que se permite elevar para distinguir e para se encontrar, como dizia Teilhard de Chardin, possibilita também entender e aceitar a especialização institucional como um valor histórico e abrangente. Uma instituição com vínculos internacionais, assim como as pessoas com os mesmos vínculos, tem mais possibilidades, e eticamente mais obrigações de visualizar e reintegrar as partes. A especialização não significa, obrigatoriamente, mergulho em profundidade que demanda perda de visão. Nos anos 60, esse risco foi percebido e corrigido pelos países desenvolvidos. Especialização é conhecimento de parte que integra um todo, um sistema.

Não tem nenhum valor quando dissociada deste. Quando um professor na Universidade de Oxford diz aos seus alunos de medicina que o arranjo estrutural da articulação da coxa repete a concepção estrutural da ogiva gótica, ele está comprimindo numa frase o conhecimento humano de seis séculos. Enquanto isso não for compreendido no Brasil, ou seja, enquanto não tivermos uma visão cultural da tecnologia, estaremos condenados a sermos meros adoradores do novo, iguais a índios que recebiam miçangas dos portugueses.

Benjamim Franklin precisou levar um choque pelo fio do papagaio que empinava para provar que um relâmpago não significava Deus com raiva.

A lista de Schindler

Há determinados momentos da vida de uma sociedade onde o convívio com o absurdo torna a pessoa um patético cínico. Nesses momentos somente a ruptura se mostra como caminho. Tentar mostrar a razão da indignação a médicos e enfermeiros envolvidos em uma cena absurda retratada em todos os jornais - o parto na pia - ocorrido no falecido Hospital Souza Aguiar, no Rio de Janeiro, seria o mesmo que pedir aos músicos judeus que, nos campos de concentração, tocavam recebendo aqueles que iam para as câmaras de gás, que não tentassem por esse ato arriscar a sobrevivência. Afinal os médicos também diriam que tentam sobreviver, mesmo às custas da dignidade.

O que mais choca nas várias fotografias publicadas são os sorrisos embotados e a convivência promíscua do momento sagrado do nascimento com o sensacionalismo e a indiferença.

Quando eu era um jovem estudante de medicina no Rio de Janeiro estava num antigo "lotação" a caminho da faculdade e uma mulher entrou em período expulsivo: um menino começou a nascer. O motorista parou às margens da Avenida Brasil e nós dois ajudamos a mulher no parto. Naquele ato houve solidariedade e dignidade. Os passageiros, respeitando a privacidade, saltaram do "lotação" e aguardaram na calçada. Mãe e filho foram levados para o então prestigiado Hospital Souza Aguiar e todos somente se retiraram quando os dois foram entregues aos plantonistas na emergência que nos receberam

com um sorriso, diferente do de agora!

É preciso não se esquecer que uma sociedade que produziu Goethe viveu o episódio da lista de Schindler. Hoje, um hospital no Brasil sorteia quem vai ser atendido e os jornais publicam declarações de que o Governo do Rio está disposto a complementar o pagamento dos médicos por “desempenho e produtividade”. Ou seja, institucionalizaram a pia! Talvez amanhã digam que quem pode pagar terá direito a uma banheira... afinal, a rationale médica já disse há algum tempo que as mulheres podem ter filhos dentro d'água...

Para voltar da lista de Schindler a Goethe, a Alemanha precisou expiar a derrota e a humilhação da ocupação. Somente a capacidade do povo brasileiro de voltar a se indignar com aquilo que hoje lhe é apresentado como habitual pode derrotar o cinismo que gera a atitude da fotografia do dia 10.

Como um dos descendentes do homem que deu nome ao hospital - Souza Aguiar - e como herdeiro de um nome que há quatro gerações se identifica com a medicina, protesto com as palavras de Le Sage no seu clássico “Gil Braz de Santilhana”, escrito em meados do século XVIII: “Já eu me sentia melhor, e, de mais a mais, não podia vêr medico nem boticários, rogando-lhes pragas que chegavam às universidades onde se concede a taes sujeitos a faculdade de matar gente sem risco. Portanto declarei-lhe, que não queria mais remédios, e que fossem para o diabo o Hippocrates e todos os seus sequases. O boticário, que pouco lhe importava isso e o que queria era o dinheiro, poz-se a andar deixando a garrafada em cima da mesa...”

A cena do parto mostra os limites entre o relativo - a organização social - e o absoluto - a vida e a morte. É evidente que faliu o modelo. Até as pessoas que nele vivem perderam, sem saber, a capacidade de se indignar.

Vivemos na verdade “a lista de Schindler”; nos emocionamos com o filme sem percebermos que dele somos melancólicos personagens...

Surrealismo bancário

... "Reativar um hospital falido pode ser muito lucrativo. Essa, ao menos, é a conclusão que chegou a Direção da Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil (Previ). O presidente da Previ, José Waldir Ribeiro, anunciou ontem que sua entidade - controladora de um capital estimado entre US\$ 12 bilhões - examina a possibilidade de reabrir o hospital paulista Umberto Primo, fechado desde 1993. Será o primeiro programa de investimento da Previ na área de saúde. Ribeiro não adiantou quanto será aplicado no projeto, mas seu diretor de administração, Edson Monteiro, não seguiu o entusiasmo. Ele disse que o 'retorno', em um caso desses, pode ficar entre 18% e 20%. Isso é um negócio muito lucrativo... O presidente da previ disse ainda que examina a forma de investir na privatização das estradas, 'mas são estudos preliminares que vão nos habilitar a participar desse tipo de empreendimento quando o governo decidir realmente fazê-lo'..."

Há momentos na vida de uma sociedade onde o absurdo passa a ser cotidiano e torna-a um conjunto de cínicos. A notícia fria, transcrita do caderno de Economia do jornal Correio Braziliense, de 18 de janeiro de 1995, pode ser traduzida da seguinte maneira: *os funcionários do Banco do Brasil passarão a ter seu fundo aumentado em até 20%, às custas da doença ou da corrupção.*

Em qualquer país do mundo sabe-se que a assistência médica

é deficitária e só poderá gerar “mais valia” se a doença for criada; ou, como vem acontecendo no Brasil, com a corrupção gerada com o modelo de pagamento por serviço do SUS, o sistema “AIHs”. Como alternativa, pode-se negar a doença, como fazem as seguradoras médicas: “sorry”, aidéticos nós não tratamos... Em outras palavras, se rouba instalando-se a corrupção, criando-se elegantes sistemas informatizados, onde a doença só existe como ficção eletrônica e assim a conta é enviada para o Governo: cesarianas em homem, operações de fimoses em mulheres e quilômetros de esparadrapo em um curativo, ou não se trata aquilo que “dá prejuízo”...

Exagero?

A Globo noticiou que o Ministro da Saúde descobriu que em municípios do interior de São Paulo mais de 100% da população foi hospitalizada, no período de apenas um ano: epidemia da fraude!

O que está acontecendo hoje no Brasil é que o pão está saindo queimado do forno. E ao invés de se mexer no forno, se discute o melhor controle da massa do pão, que já averiguada por todos os fiscais, tem o certificado de podridão. Estes bancários deviam testar a temperatura do forno ou se internarem neste hospital que vai dar lucro de 20%!

Nos anos 60, o Brasil estabeleceu como paradigma de assistência médica o modelo norte-americano, segundo o qual o médico deveria receber uma remuneração adicional por procedimento efetuado em seus pacientes, ou seja, o “pagamento por produtividade”. Nos Estados Unidos o surgimento desse modelo correspondeu às pressões para a universalização do acesso à saúde, característica central do “welfare state”. O capítulo final disto pode ser resumido na declaração do presidente da Academia Americana de Cirurgia Ortopédica, Marc F. Swolonthowski, em abril de 94: “O sistema financeiro de pagamento do médico de acordo com o número de clientes atendidos e a complexidade de cada caso

proporcionam incentivos para procedimentos cirúrgicos ao invés de períodos de observação ou métodos não invasivos". No Brasil, a adoção do "pagamento por produtividade" não passou de uma estratégia de compensação salarial que visava a manter o médico trabalhando no hospital público, como se em seu consultório estivesse. Se eu esperasse mais eu ganharia mais, e se fizesse um procedimento mais complexo, ganharia mais ainda... Quando a Constituição de 1988 aceitou a "participação complementar" da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, liquidou com qualquer possibilidade de que este viesse, um dia, a ser conseqüente. Porque agora os hospitais públicos vivem num estado de greve permanente, imobilizados pelo corporativismo míope e autofágico dos "operários da saúde", fazendo com que o povo morra nos corredores ou seja obrigado a procurar assistência nos hospitais particulares, na verdade concessionários do Estado, onde trabalham os mesmos "operários" que, nos públicos, estão em greve. E é a partir desses equívocos que o bancário pretende aumentar o seu pecúlio!

A descoberta da previ deixa claro que o Sistema de Assistência Médica no Brasil dá lucro, ao contrário do que apregoam os seus defensores, pois a Previ é conhecida por saber "as coisas do mercado" e aplicar bem seu dinheiro. Senão, de onde os doze bilhões? Ora, o lucro mencionado só poderia ser gerado por uma extraordinária eficiência de gestão que nem os norte-americanos conseguiram ou então pela geração da doença e institucionalização da corrupção. Ao lado disso, mandar cingidamente aidéticos, paralíticos, ou quaisquer outros doentes de alta complexidade às favas. Afinal, estes dão "prejuízo"... Quem raciocina como o presidente da "Previ" abdicou de qualquer direito, na sociedade que pretendemos construir. Seu sistema se define como expropriador da saúde. Lucra com a doença. E é bom que os seus 140 mil associados saibam disso, porque é curioso que ele também pretenda investir

na privatização das estradas, provavelmente para esbandalhá-las de vez e gerar mais acidentes que serão “eficientemente” cozidos no forno do sistema vigente de pagamento da assistência médica.

Agora só falta o mencionado cidadão(?), que está tão animado com o lucro na medicina, sugerir ao Governo a privatização dos Institutos Médicos Legais, abrindo concomitantemente uma empresa funerária...

A única solução ética para a assistência médica é a recuperação e manutenção competente dos hospitais públicos com o dinheiro do orçamento que hoje está indo para o ralo da corrupção. Nos hospitais públicos, é bom que se saiba, os serviços não são propriamente gratuitos mas pagos com a moeda mais justa e pessoal de um povo - os recursos do cidadão contribuinte - repassados pela União - merecendo, portanto, todos os usuários, igualdade de atenção, de consideração, de respeito. Se esses hospitais públicos, recuperados no equipamento e na doutrina de trabalho, passarem a atender também as classes dominantes, ninguém mais contesta na prática que assistência médica é dever do Estado!

A pedra de contradição

Os últimos fatos ocorridos na assistência médica no Brasil desafiam o efeito demonstração do SARAH e exigem uma reflexão urgente. Representam no meu entender um trágico equívoco histórico. *Trata-se da perda da percepção do papel retributivo do Estado através da prestação de serviços essenciais que caracterizem o retorno do imposto pago pelo cidadão - qualquer cidadão!*

Na verdade, contesta-se hoje a razão maior do processo de construção que resultou naquilo que a sociedade brasileira e instituições científicas internacionais identificam como o *modelo SARAH*. Na Inglaterra, o mesmo erro estratégico que nos ameaça, a extensão dos princípios das reformas econômicas à área social, destruiu em menos de três anos, os avanços obtidos ao longo de cinquenta...

A Rede SARAH sobreviveu nos últimos três anos como unidade pública não estatal de assistência médica com alto nível de qualidade de atendimento, graças principalmente ao “Contrato de Gestão”, instituído pela Lei nº 8. 246, sancionada em 22 de outubro de 1991, após ter sido obtida expressiva maioria na Câmara dos Deputados e unanimidade no Senado Federal.

A Exposição de Motivos que justificou o Projeto de Lei assinalava que seu objetivo era *“implantar e testar um novo modelo de organização que, ao preservar seu alto padrão de serviços, criará um instrumento renovador da ação do Estado no setor de saúde”*.

O propósito declarado do modelo consistiu portanto em criar com a Rede SARAÍ um *Contra Sistema*, que demonstrasse a viabilidade de prestar assistência médica de alta qualidade a toda a população, *financiado exclusivamente com recursos orçamentários, caracterizando-se nesta política, o retorno em serviços qualificados do imposto pago pelo cidadão.*

Nesses três anos de execução, como é lógico, o contrato enfrentou acirrada oposição do *sistema hegemônico de saúde* implantado no Brasil após a Constituição de 1988. Essa oposição não traduz somente conservadorismo clássico, comum na contraposição de doutrinas institucionais ou organizacionais. Trata-se de autêntica reação dos interesses constituídos que predominam no sistema hegemônico e que, como em outros campos de atuação social, deflagram luta contra qualquer ameaça a sua prevalência.

No caso “SARAÍ - Contrato de Gestão”, a reação conservadora parte de todos aqueles que lucram com o negócio da doença: donos de hospitais, médicos-patrões, administradores e investidores em sistema de seguro-saúde, fornecedores de medicamentos, de material hospitalar em geral, grande parte da burocracia do setor saúde e aqueles que fazem da dupla militância uma forma de expropriar os recursos instalados do Estado. Esses se beneficiam de um momento em que a sociedade brasileira se encontra anestesiada a ponto de não perceber que a ética é um valor absoluto e que a cidadania é um direito de todos e não um privilégio restrito às classes favorecidas.

Os dias que vivemos têm se caracterizado por uma absurda inversão de valores, a ponto de se considerar natural que o Estado equipe instituições privadas, ditas filantrópicas, e lhes permita decidir se devem ou não atender os doentes encaminhados pelo SUS! Estimula-se a “cobrança por fora” como se uma organização médica pudesse se arvorar em redistribuidora da renda nacional! Induz-se a classe média ao aprisionamento dos seguros saúde, hoje questionados nos

países centrais, como se classe média, cidadão não fosse!

A expressão reacionária desses setores percebeu que o êxito da experiência “SARAH - *Contrato de Gestão*” representa séria ameaça para seus objetivos de lucro com o negócio da doença.

O sistema hegemônico de saúde defende expressamente o atendimento médico remunerado por procedimento, a partir do conceito de número e complexidade, estimula os seguros saúde e não anuncia qualquer propósito de reduzir a participação dos hospitais particulares e lucrativos no usufruto dos recursos públicos, além de aceitar expressamente o princípio da complementariedade da cobrança - o “cobrar por fora” - que no nosso entendimento contraria fundamentalmente o conceito de cidadania.

A reação dos interesses contrariados se acirra também ao perceber que a experiência SARAH, após três anos, começa a demonstrar sua viabilidade em termos de *custos*, que são iguais ou menores do que os *preços* estabelecidos para a rede particular de hospitais, no sistema SUS; sem contar o caráter de Centro de Referência, formação, pesquisa científica e tecnológica em que a Rede SARAH se constitui e que faz parte integrante dos custos dos seus serviços hospitalares. Mesmo se assim não fosse, a heterogeneidade que caracteriza um modelo experimental, *uma verdadeira pesquisa*, justifica diferente atitude, pois sabemos ser necessário resgatar a competência e a honorabilidade do Serviço Público no Brasil. *A Rede SARAH estabeleceu nesse sentido um padrão amplamente reconhecido da cultural que se faz essencial para esta mudança.*

Nossa contribuição é o contra sistema SARAH.

A história nos ensina que as contradições são essenciais à evolução.

Impresso na
Gráfica SarahPress

Av. Luís Viana Filho s/nº
Tel (071) 371-2360
Fax (071) 231-9799
CEP 41.770-000
Salvador-BA

1995