

O Bazar da Saúde Pública

Ligia Bahia

Comentários sobre as batalhas para conseguir atendimento na rede pública e marcar consultas via planos de saúde viraram arroz de festa. Raras são as reuniões familiares ou encontros entre amigos que deixem de reservar tempo para indexar novos capítulos aos manuais de sobrevivência. Prevê-se que em 2011 as melhores armaduras serão inteiramente revestidas de meias-verdades. Para marcar a consulta num prazo razoável deve-se anunciar como cliente particular e na hora de acertar o pagamento apresentar a carteirinha do plano. Em relação a muitos serviços públicos além do imprescindível contato com alguém “de dentro” recomenda-se adicionalmente referir uma ou mais doenças bem compatíveis com as especialidades do estabelecimento. No entanto, as identidades positivas de rico, capazes de bancar o tratamento, ou negativas, forjadas na afirmação de uma cidadania biológica, saturada por preconceitos historicamente acumulados, servem apenas para furar barreiras de acesso. Não é usual que a desconfiança acerca das instituições de saúde se estenda aos médicos. Pagamento injusto para quem muito estudou, instalações físicas precárias e os aviltantes valores de remuneração dos planos privados atraem solidariedade. Só para lembrar: o baixo índice de confiança no sistema público de saúde decresceu de 49 para 47 entre 2009 e 2010, enquanto 70% dos brasileiros declararam, no ano passado, confiar nos médicos que os atenderam.

Às voltas com os desfalques nas equipes de emergência, em UPAs e Unidades de Saúde da Família e pressões e greves de especialistas, os órgãos responsáveis buscam explicar e suprir a falta de médicos. Mas até agora não conseguimos nos desvencilhar da polêmica sobre se temos escassez ou excesso de médicos mal formados. As propostas se alternam. Ora se enfatiza a criação de novos cursos, melhor aproveitamento de recém-formados por meio da instituição do serviço civil obrigatório, mudanças para a residência e regras mais flexíveis para o trabalho de médicos estrangeiros ou brasileiros formados em outros países, ora sugere-se a intervenção na formação e performance dos médicos por meio de exames sistemáticos.

Todos têm razão. Em 2007, considerando o tamanho de cada população, o Brasil formou menos médicos (5,4 por 100.000 habitantes) do que os EUA (6,3) e Reino Unido (9,2). Por isso, em 2008, o indicador brasileiro de 1,73 médicos por 1.000 habitantes foi inferior ao de ambos os países mencionados (2,43 e 2,61 respectivamente). E não dá ignorar as evidências

sobre as deficiências nos cursos médicos. No último exame realizado para recém-graduados em São Paulo, houve muitos erros nas respostas relativas ao diagnóstico e tratamento de sífilis, hanseníase e tuberculose.

Mas, para não rezar a missa pela metade, é preciso se levar em conta circunstâncias pouco decantadas. A maioria dos médicos trabalha no SUS e simultaneamente em consultório particular. O quanto de dedicação ao público e ao privado varia. A carga horária dedicada às instituições governamentais era mais condizente com as assimetrias de renda da população. Não ocorreu qualquer êxodo - trabalhar no público e no privado é regra – mas a repartição do tempo mudou. Junto com a privatização vieram instabilidade, jornadas de trabalho prolongadas, perda de autonomia e a ascensão de diversas modalidades de empreendimentos médicos, sempre localizados nas regiões mais desenvolvidas, e as cobranças por fora.

Atualmente, inúmeros médicos são na prática empresários de si mesmo: os denominados PJs (pessoas jurídicas), tratando-se mais de uma forma de contratação, dotada de vantagens fiscais, do que empresariamento. Outros tantos, no rastro da expansão dos empreendimentos diagnósticos e terapêuticos, tornaram-se proprietários. O terceiro grupo de controladores de ações de empresas setoriais de grande porte é ultra-seleto. Poucos são efetivamente donos do bazar. O efeito mais disseminado da privatização é o autoreferenciamento – consiste na indicação de procedimentos e medicamentos que remuneram de variadas formas quem os solicitam. As meritórias iniciativas do Conselho Federal de Medicina para coibir as relações entre médicos e fabricantes e distribuidores de insumos, isoladas, se mostraram insuficientes para desequilibrar a balança para o lado do ofício.

Portanto, o inflacionamento dos atuais postos de trabalho sem mudanças nas regras que regem as responsabilidades institucionais poderá até ser útil para os contratantes de médicos. Mas, a tendência de ampliação de oferta e redução do preço da remuneração dos médicos não gerará mais acesso e qualidade da atenção para os usuários. Para deslocar a discussão da mera falta ou sobra é preciso desvelar outras engrenagens do trabalho médico. Não podemos nos dar ao luxo de substituir a realidade por exercícios de coerência formal que enfeitam promessas evasivas. O fato de os médicos brasileiros serem empregados de muitos patrões e a corrida em direção aos maiores valores de remuneração custa muito caro à sociedade. Se homens e mulheres são iguais entre si, apesar das diferenças, um sistema propositalmente descoordenado, movido por interesses nem sempre condizentes com as necessidades de saúde alonga a estratificação social.

Futuros imaginados com base na supressão e não na elaboração e enfrentamento das contradições poderão eternizar a briga estéril sobre o que mais falta: dinheiro, médicos ou gestão.

Ligia Bahia, vice-presidente da ABRASCO e professora de economia da saúde no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Artigo publicado no Jornal O Globo, em 10/01/2011.