

O Brasil parece caminhar rumo ao obscurantismo, quando o assunto é a qualidade de vida dos cidadãos. O sistema de saúde do país é todo alicerçado na doença, e não na prevenção de males e promoção do bem estar.

A cadeia da assistência trabalha focada em enfermidades e, quanto maior a complexidade, maior o ganho aparente. Boa parte dos médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, planos de saúde, entre outros, refastela-se com a doença, sem perceber que hoje quem está na UTI e já em estado terminal é o próprio sistema.

Enquanto o modelo de saúde do Brasil não mudar radicalmente, passando a remunerar profissionais e prestadores, de todas as áreas, por performance, pela promoção da boa saúde, estaremos cada vez mais aprofundando a crise da assistência, favorecendo assim condições para a proliferação de gestores de competência duvidosa e até da corrupção no setor, segundo Antonio Carlos Endrigo, diretor de Tecnologia e Inovação da Associação Paulista de Medicina (APM).

Qual a sua avaliação sobre o atual modelo de saúde do Brasil?

O Governo e o Ministério da Saúde pagam os prestadores, os hospitais e os laboratórios contratados pelos atendimentos. No campo privado também é assim, as operadoras de saúde remuneram os hospitais e os médicos pelos procedimentos.

Esse modelo incentiva procedimentos, os gastos. Se o médico não faz consulta, não realiza cirurgia, não recebe nada, o que significa que, para os prestadores de serviços terem remuneração, as pessoas devem estar doentes.

É essa lógica que prevalece no sistema de saúde.

É possível inverter essa lógica?

No caso dos hospitais, principalmente, o médico, quando faz uma cirurgia de hérnia, se ela demora 30 minutos, uma, duas ou quatro horas, é pago a ele sempre o mesmo valor. Já para o hospital, não. Se a cirurgia dura 30 minutos, ele recebe menos. Então, quanto mais complexo o procedimento, melhor. Assim, os hospitais aplicam protocolos nos pacientes e esse é um dos grandes problemas de hoje. Em recente evento da FenaSaúde, de novembro de 2016, deu-se grande atenção ao atendimento de consultório, para que o paciente não precise ir para o hospital, se não for mesmo necessário. Isso porque os hospitais estão preparados para a complexidade. Se o paciente procura um hospital inicialmente, há a desestruturação do sistema, porque executarão um protocolo, seja preciso ou não. Uma dor de cabeça, por exemplo, que no consultório o médico às vezes trata somente com um medicamento, no hospital, é obrigatório eliminar as possibilidades mais complexas para chegar às mais simples. E o que é mais complexo em uma cefaleia? Pode ser desde um aneurisma, um tumor, uma meningite, e por ultimo uma enxaqueca, uma dor de cabeça. Então ele começa executando o protocolo para eliminar as causas mais graves, e isso gera um custo gigantesco para o sistema de saúde. O paciente sempre deve ir inicialmente a um médico e, este, caso necessário, encaminhá-lo a um outro serviço de maior complexidade quando necessário. Esta é a lógica dos melhores sistemas de saúde a exemplo de vários países europeus.

Como reduzir custos e melhorar a assistência?

O grande desafio hoje é inverter essa lógica de forma que não iniba o paciente de fazer um atendimento, uma consulta. É nesse momento que você pode ter os atendimentos mais baratos, de menor custo e de intervenção competente. Muitas vezes, apenas com tratamento medicamentoso evita-se um procedimento cirúrgico. Cirurgias de aterosclerose e de infartos, por exemplo, podem ser evitadas com drogas sem precisar de angioplastias ou cirurgias mais complexas com uso de

stents. Enfim, só com o médico acompanhando no consultório, promovendo tratamento adequado, exames pouco invasivos, prevenindo. Se você faz dessa forma hoje, tira dinheiro do médico, do hospital, do laboratório, então há um conflito de interesses. E como agir? Há caminhos para que esses profissionais, esses serviços, sejam remunerados da mesma forma ou melhor ainda. A solução é a saúde do paciente. É dizer: “Doutor, se suas consultas forem efetivas, se o paciente não ficar doente, se tiver saúde, você ganhará mais” Dessa forma, economiza-se em questões simples, sobrando recursos para outras para as quais atualmente faltam investimentos.

Existe algum modelo que esteja mais perto da realidade brasileira?

Atualmente desenvolvemos na Associação Paulista de Medicina um projeto de nome Idoso Bem Cuidado, que promoverá cuidado totalmente integrado e com maior resolubilidade na saúde suplementar, por meio do compartilhamento de dados, possibilitando otimizar os custos e racionalizar o fluxo de atendimento. Tem como referência de modelo assistencial as ACOs, Accountable Care Organization. É um novo reposicionamento do médico na estrutura de saúde. Por quê? O sistema está cada vez mais complexo, daí a relevância de valorizar a atuação multiprofissional. Nessas ACOs, o médico, não necessariamente um especialista, lidera uma equipe multidisciplinar, com assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros especialistas médicos. Eles orientarão o paciente, acompanhando-o em todas as suas demandas de saúde vida afora.

Qual o efeito prático?

Fazendo uma analogia, é muito comum uma pessoa dizer que fez exame de sangue e a glicemia foi ótima, deu 85. Mas e a do ano passado, e a do ano retrasado, e a do outro ano? Vamos imaginar que essa pessoa, há três anos estava com 70, depois 75, 80, e agora 85. O que isso significa? Provavelmente que no ano que vem estará com 90, no outro com 95, e depois chegará a 100. Pronto, essa pessoa tem tendência a ser uma diabética. Por que eu tenho de esperar ela chegar lá nos próximos dois anos e ter essa glicemia elevada? Essa equipe pode se antecipar orientando o paciente e evitando uma complicação, um mal maior. Enfim, é a adoção da ótica da saúde, em vez de se esperar pela doença para intervir.

E os reflexos nos ganhos dos profissionais?

Como essa equipe ganhará? Não somente com base nos atendimentos. O fato de atuar de forma preventiva, promovendo saúde, terá reflexos importantes ao sistema. Muitos pacientes deixarão de se submeter a procedimentos ou exames de alto custo e mais complexos. Será uma economia que se reverte para outras necessidades em saúde. O cidadão se manteve saudável, pois teve a possibilidade de uma doença diagnosticada antes e uma intervenção competente para evitá-la. Esse processo é de uma riqueza incrível para um sistema de saúde. Então, os profissionais serão bonificados por promover qualidade de vida e bem estar.

Acredita que os médicos adotarão esse novo modelo?

Sem dúvida. Acompanhar esse paciente, começar a atuar, dá muito prazer ao médico, porque ele está coordenando uma equipe com visão social. Eu mesmo, quando atuava na assistência direta, me sentia frustrado com esse modelo que privilegia a doença. No formato atual, a tendência é aumentar cada vez mais o consultório, mais pessoas, encaixes, consultas para dois meses, e com isso o médico se sente impotente, acho até que a palavra é incompetente. A agenda vai aumentando cada vez de doentes. Então, para o médico e para a equipe que atuarão com foco na promoção do bem estar será prazeroso ver sua população de pacientes ter um novo estilo de vida.

Crê que haverá um salto de qualidade na relação médico-paciente?

É certo. Outra coisa que é muito importante nesse modelo são as pesquisas permanentes de

satisfação com o paciente. Não adiantar ser ótimo, conseguir fazer o diagnóstico e dar o tratamento, se não cria vínculo. Caso o paciente não confie, não seguirá as orientações da equipe. Como o médico hoje recebe por atendimento, muitos não conseguem acompanhar o desfecho clínico. Atendem o paciente e mandam a cobrança para o plano de saúde, sem preocupação em formar um elo. Se o paciente não volta mais, não se sabe se foi curado ou procurou outro médico. Com os ACOs, há o comprometimento efetivo de toda uma equipe na prevenção e promoção de saúde. O bacana é que o trabalho é valorizado do ponto de vista humano, o que mais nos falta atualmente.

Fonte: [Saúde Jur](#), em 27.04.2017.