

PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS DO CARDIOLOGISTA NO BRASIL

JUAREZ ORTIZ, EMILIO CEZAR ZILLI

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Endereço para correspondência: Rua Beira-Rio, 45 — CEP 04548-050 — São Paulo — SP

A Cardiologia foi especialmente contemplada, graças à rápida implementação do método anatomoclínico no estudo das doenças cardíacas e ao desenvolvimento tecnológico ímpar. Paralelamente a essas conquistas, contudo, o médico sofreu profundas modificações no mercado de trabalho e na sua prática, que serão discutidas neste artigo.

Palavras-chave: Cardiologia, mercado de trabalho, especialidades.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2002;6:879-84)

RSCESP (72594)-1284

INTRODUÇÃO

Foi no século XIX, com o desenvolvimento do método anatomoclínico, que a Medicina firmou-se e passou a ser considerada verdadeiramente como ciência. Descobertas científicas de grande impacto, a seguir, modificaram o pensamento ortodoxo e transformaram profundamente o “saber” médico. A Medicina, então, progrediu rapidamente para o terreno da especialização.

A Cardiologia, como especialidade, foi especialmente contemplada, graças, principalmente, à rápida implementação do método anatomoclínico no estudo das doenças cardíacas, mas, sobretudo, ao grande número de “aparelhos”, então desenvolvidos, entre os quais merecem destaque o estetoscópio, o esfigmomanômetro e o galvanômetro (que mais tarde desenvolveria o eletrocardiógrafo).

Paralelamente a essas conquistas de caráter eminentemente científico, a Medicina, como prática indispensável, ampliava sua influência e o médico, antes interpretado como apenas mais um dentre tantos artesãos, passava a ocupar um espaço cada vez mais importante e decisivo, como um vetor de transformação e promo-

ção social.

Foi a partir dos estudos de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, no Instituto de Manguinhos, Rio de Janeiro, que a Cardiologia brasileira marcou sua primeira grande presença no cenário cardiológico mundial, iniciando uma trajetória repleta de lutas e vitórias que a todos nós, nos dias de hoje, orgulha e dignifica.

Entretanto, o alvorecente horizonte sonhado por nomes como Dante Pazzanese, Euryclides de Jesus Zerbini, Nelson Botelho Reis, Jairo Ramos, Luiz V. Décourt, Magalhães Gomes e Rubem Maciel, citando somente alguns entre tantos que escreveram essa história, foi toldado pelas grossas e pesadas nuvens da incerteza, da insegurança e do descrédito.

A transformação da saúde de bem inalienável em produto comercial, com diferentes interpretações, arrastou a prática médica ao que hoje convivemos em nosso dia-a-dia. Obviamente, não foi diferente com a Cardiologia. De profissionais liberais, fomos transformados em assalariados (e mal remunerados), conveniados (e desrespeitados), empresários (incompetentes e desacreditados) e profissionais (comuns). O fundamento e a essência de nosso existir — o paciente — foi substituído por uma “ficha” de aten-

dimento e/ou por um algarismo (ou vários) em nossa estatística.

O governo, a universidade, as agências reguladoras, as cooperativas, empresas suplementares, consultórios, enfim, todo o resto, foram dilacerados por políticas facciosas e/ou titubeantes, que muito mais prejudicaram que corrigiram.

Somos todos, médicos, pacientes, hospitais e entidades de classe, reféns de uma política perversa e comprometida com quaisquer outros interesses que não aqueles dos médicos ou da população. Somos todos parcelas e produto de uma estupidez coletiva, que não nos permite enxergar mais claramente o caminho da especialização, da humanização e da cooperação, únicos valores que, em nossa opinião, ainda podem mudar esse quadro tão dramático que vivemos.

A história da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) claramente se entrelaça com a história da Cardiologia em nosso país. Desde sua fundação, em agosto de 1943, até os dias atuais, seu caminho de lutas e de buscas pela excelência e dignidade do cardiologista brasileiro é também marcado pelas mazelas e injustiças perpetuadas contra seus especialistas. Também ela, a SBC, por necessidade imperiosa de seus pares, modificou alguns de seus paradigmas, passando de uma sociedade apenas científica e de excelência para uma sociedade científica, de excelência e associativa, buscando, nesse espírito de classe, a inspiração e os caminhos para a defesa de seus valores éticos fundamentais voltados para o paciente.

SITUAÇÃO ATUAL DOS MÉDICOS E DOS SERVIÇOS MÉDICOS

No Brasil, há dois tipos de assistência à saúde: a pública, representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelo atendimento a cerca de 120 milhões de pessoas, e a complementar, representada pelas operadoras de planos de saúde, que prestam assistência a 40 milhões de brasileiros.

Como os recursos do SUS são insuficientes, o sistema público de saúde não consegue atender com eficiência e qualidade a maioria de seus usuários. Progressivamente os hospitais recusam-se a atender os pacientes do sistema público, pela baixa remuneração dos serviços, particularmente honorários médicos e serviços au-

xiliares de diagnóstico e terapia.

O surgimento da denominada saúde suplementar, representada pelas operadoras de planos de saúde, veio desafogar, em parte, o sistema público, desde que esse segmento — composto pelos planos de saúde, cooperativas médicas, seguradoras e serviços de autogestão — já é responsável pela assistência a um quarto da população brasileira.

Ocorre que a população de pouco mais de 40 milhões de pessoas, hoje beneficiada pela saúde suplementar, não possui, em grande parte, poder aquisitivo para pagar os planos dentro da realidade dos custos médicos atuais. Estimamos que apenas metade dessa população possa arcar com os custos reais do atendimento médico de qualidade. Os restantes 20 milhões de usuários da saúde suplementar podem pagar — e efetivamente o fazem — apenas mensalidades que variam entre R\$ 30,00 e R\$ 60,00 por vida (valor médio inferior a R\$ 40,00). O governo tem conhecimento desse fato; mas, como o SUS não dispõe de recursos, a alternativa de uma saúde suplementar, mesmo de baixa qualidade, alivia a carga de atendimento e diminui seus custos. O governo aceita e não contesta o baixo padrão médico. Afinal, seu próprio atendimento, coordenado pelo SUS, está longe de ser exemplar.

Nos últimos anos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem exercendo o controle desse setor, regulando o aumento das mensalidades para os usuários (planos individuais e familiares). Como outros exemplos de controle de preços pelo sistema público, esse também teve consequências desastrosas. Simultaneamente, a ANS também ampliou a gama de atendimento, obrigando os planos a exercerem coberturas a doenças e eventos até então excluídos. O resultado foi um desequilíbrio entre a receita e a despesa das operadoras, que começaram a enfrentar prejuízos. Muitas enfrentam dificuldades financeiras, sendo obrigadas a reorganizar-se administrativamente e a cortar custos. Como a ANS não regulamentou a relação entre as operadoras e os prestadores de serviço (clínicas, hospitais, centros de diagnóstico, etc.), esse relacionamento comercial está, hoje, exclusivamente fundamentado nas leis de mercado de oferta/demanda. Em termos de assistência médica, essa relação é extremamente perigosa, e somente frutificou graças à gestão puramente econômica do Ministério responsá-

vel pelo setor.

Nas capitais e grandes centros — ou mesmo em qualquer outro local em que haja grande concentração de médicos —, a oferta de prestadores de serviços é grande, criando, dessa forma, uma ótima oportunidade para as operadoras diminuírem seus custos, quase que exclusivamente pela redução dos honorários pagos aos profissionais da Medicina. Esse cenário facilita o trabalho das grandes operadoras, que exercem seu poder de compra de serviços e “obrigam” os médicos a aceitarem remuneração cada vez menor. Estimamos que nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro o valor dos honorários pagos pelas operadoras aos serviços médicos tenha sido reduzido em mais de 30% nos últimos cinco anos.

O processo de redução de honorários, equivocadamente denominado de negociação, obedece, na maioria das vezes, a seguinte seqüência:

- 1) o representante da operadora visita (ou apenas telefona) o prestador de serviço e avisa que haverá redução do valor do CH utilizado (por exemplo, de 0,27 para 0,22, o que representa redução de 18,5%);
- 2) caso o prestador de serviço não aceite a redução, a prestadora descredenciará o serviço ou reduzirá substancialmente seu número de clientes por meio do encaminhamento apenas dos planos mais caros de sua carteira;
- 3) por vezes, a imposição de redução de honorários vem maquiada por uma proposta dos famigerados “pacotes”, quando o prestador de serviço passa a receber um valor fixo pelo procedimento médico, independentemente da qualidade ou quantidade do material e medicamentos utilizados;
- 4) os prestadores de serviço, em sua maior parte, sabem que, na hipótese de sua recusa à redução de honorários, outros serviços e colegas aceitarão, acarretando a diminuição substancial de seu movimento;
- 5) o prestador de serviços, não tendo como sobreviver sem o movimento do convênio, aceita a proposta e passa a receber valores substancialmente menores pelo atendimento.

Nessa altura, creio que podemos dividir os prestadores de serviço em dois grupos:

- aqueles que, apesar da redução dos honorários, mantêm a qualidade dos insumos e equipamentos utilizados, de seu corpo médico e de seus funcionários, mas que logo

perceberão que outras operadoras estarão impondo diminuição dos honorários e que o desequilíbrio entre receita e despesa que atingia a operadora agora atinge drasticamente sua clínica ou consultório;

- aqueles que, aceitando a redução de honorários, passam a utilizar insumos de baixa qualidade, compram equipamentos obsoletos, contratam residentes inexperientes e baratos para realizar os procedimentos e reduzem o número e o salário de seus funcionários, numa tentativa de equilibrar o binômio receita/despesa, sacrificando a qualidade e a confiabilidade do serviço médico.

Mais cedo ou mais tarde, os dois tipos de prestadores de serviço enfrentarão problemas, desde que ambos terão diminuição de receita. O primeiro, com a redução do faturamento associado à queda do número de pacientes; e o segundo, com menor receita pelo menor valor unitário dos procedimentos. Mesmo com a redução de custos induzida pela economia de insumos, equipamentos e pessoal, os colegas que comprometerem a qualidade do atendimento terão, a médio prazo, aumento das despesas, desde que a redução nos gastos administráveis não consegue compensar a elevação periódica dos custos não-administráveis, como aluguel, energia, dissídios, dólar, etc. Pior ocorre no caso dos pacotes, quando o aumento periódico de materiais e medicamentos não é compensado. Pouco servirá de consolo, para o primeiro, “quebrar” com um padrão médico de alta qualidade. Para o segundo, resta “quebrar”, comprometendo sua reputação profissional.

Uma das piores conseqüências desse cenário é a perda progressiva da qualidade da Medicina. Isso representa maior risco e desrespeito ao paciente que confia no profissional médico. Representa, ainda, grande desestímulo ao aperfeiçoamento periódico do médico. As sociedades médicas investem substancialmente nos programas de educação médica continuada e priorizam o aperfeiçoamento da formação dos profissionais das áreas afins. As provas para obtenção dos Títulos de Especialista são árduas e os programas de revalidação periódica dessa titulação exigem do profissional empenho, dedicação, estudo e, também, muito investimento. Nossas sociedades, em geral, fazem esse trabalho com competência e seriedade. Mas e a ANS, está fazendo sua parte? Lamentavelmente não. Alguns fatos comprovam essa afirmação,

entre os quais podem ser citados:

- 1) A agência não regulamentou a relação entre as operadoras e os prestadores de serviço. Os contratos não prevêem correções periódicas dos preços pagos pelos serviços médicos.
- 2) As operadoras usam e abusam do abominável expediente da glosa, muitas vezes para resolver seus problemas de caixa.
- 3) A operadora que enfrenta aumento da sinistralidade (leia-se diminuição da margem de lucro operacional) pode apresentar suas planilhas à ANS e reivindicar reajustes maiores. E os médicos, apresentam suas planilhas para quem?
- 4) As diferentes leis e portarias editadas pela ANS não mencionam a responsabilidade das operadoras pela qualidade do serviço oferecido (nem ao menos a co-responsabilidade!).
- 5) As operadoras credenciam e descredenciam seus prestadores de serviço sem precisar justificar a razão.
- 6) Com o descredenciamento injustificado o paciente deixa de contar com um profissional ou serviço a ele oferecidos na hora da compra do plano, sem que esse fato incorra em penalidade para a operadora.
- 7) Os usuários de planos individuais (menos frequentemente nos empresariais) enfrentam problemas muito sérios na hora de utilização dos serviços médicos. Há falta de cobertura e de reembolso. Cria-se muita dificuldade para o atendimento e a liberação de exames essenciais;
- 8) Muitas operadoras — principalmente as cooperativas médicas — fazem o médico assistente pagar do próprio bolso o custo de exames subsidiários solicitados para seus pacientes quando o número de solicitações ultrapassar uma média arbitrária, estabelecida sem qualquer critério científico.
- 9) A ANS considera que as operadoras de planos de saúde estão atuando em caráter ainda PROVISÓRIO, fato que as desobriga de qualquer enquadramento a Conselhos e/ou entidades de classe, do tipo RESPONSABILIDADE ÉTICA, por exemplo.
- 10) A ANS muitas vezes confunde seu papel regulador com o de NORMATIZANTE, agindo à revelia do próprio Ministério da Saúde.

Os cardiologistas enfrentam todos esses problemas. Embora a Cardiologia nacional seja pujante, reconhecida internacionalmente e comprovadamente competente, a situação dos colegas vem deteriorando significativamente. Qual a solução para esses problemas?

PERSPECTIVAS DA CARDIOLOGIA NACIONAL

Nossa tarefa é utilizar nossa competência e credibilidade para reverter esse quadro desfavorável. Para tanto, algumas ponderações devem ser feitas:

— *Quem mantém qualidade não pode aviltar preço* — Acreditamos que a única maneira de reverter essa situação é apostar na qualidade do trabalho médico. Mas precisamos fazer essa aposta de uma maneira inteligente, fundamentando os critérios oficiais de qualidade recomendados pela SBC em parâmetros científicos inquestionáveis. Por essa razão, estamos implementando um extraordinário esforço na elaboração de mais de 50 Diretrizes e Recomendações oficiais da SBC. Com base nesses documentos, os colegas poderão não só estabelecer rotinas operacionais solidamente embasadas, como também elaborar planilhas de custos compatíveis com a realidade de seu trabalho. Além disso, na negociação com os compradores de serviço, os colegas contarão com o subsídio de critérios bem estabelecidos de condutas diagnósticas e terapêuticas, bases para o consumo de material e necessidade de recursos tecnológicos.

— *Desunidos estamos ainda mais fragilizados*

— Não é fácil promover a união e a solidariedade entre os médicos. Nossa formação e treinamento resultam, na maioria das vezes, em um trabalho individualista e centrado em nossa vaidade e orgulho profissionais. É comum observarmos nas pequenas cidades, onde atuam apenas dois ou três cardiologistas, um clima desfavorável a promover a união e o trabalho cooperativo entre eles. Rixas, rusgas, picuinhas, desdenho profissional, inveja e egocentrismo promovem a absurda e contraprodutiva desunião. Disso se aproveitam os “compradores” de serviço para leiloar o trabalho pelo menor preço. A quem cabe estancar o processo? Não seria mais inteligente a união de forças para uma luta mais coesa e produtiva? Como os compradores de serviço fariam para aviltar o preço do trabalho médico num cenário de coesão dos médicos locais? Nas próprias sociedades médicas há ranços de individualismo e superego, fazendo com que projetos individuais se sobreponham aos institucionais. A médio prazo, ninguém ganhará com esse comportamento.

— *Sem representação não haverá evolução* —

Vivemos em um sistema de governo representativo. Vereadores, deputados — estaduais e federais — e senadores representam alguma parcela da população. Qual a nossa representatividade atual? Quais parlamentares e autoridades defendem nossos interesses? Qual a nossa mobilização para comprometer tais representantes com nossos objetivos? Apenas recentemente a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e as sociedades de especialidade acordaram para esse fato absolutamente fundamental. A SBC já está construindo uma base parlamentar federal para nos representar perante as autoridades. Queremos que nossos interesses sejam defendidos com competência e legitimidade. Acredito que as sociedades estaduais da SBC estejam desenvolvendo trabalho similar local. Certamente, “lobby” não é um palavrão e nem tem a conotação pejorativa que alguns acreditam. As operadoras e outros grupos econômicos fortes têm essa representação e levam extraordinária vantagem sobre nós. — *Apoio dos órgãos representativos* — Vivemos um momento muito mais favorável nesse aspec-

to. O CFM, com a edição da resolução 1642/2002, ratifica, enfaticamente, a autonomia do médico em conduzir a investigação diagnóstica e o tratamento de seus pacientes (nossos comentários sobre a resolução foi publicada recentemente no *Jornal SBC*). Fazer cumprir essa resolução, denunciando os faltosos, é nossa responsabilidade.

O quadro atual é dramático, todos sabemos. Pouco adianta a extraordinária evolução da nossa especialidade, os pesados investimentos dos inúmeros estudos multicêntricos, a dedicação dos pesquisadores e o empenho dos profissionais, se não conseguirmos sobreviver honestamente da nossa profissão e realizarmos um trabalho cuja dignidade seja compatível com nossos princípios e formação. Essas reflexões nos parecem pertinentes num artigo que se propõe a analisar nossas perspectivas profissionais. Uma reflexão é um pensamento, mas um pensamento somente tem validade se transformado em ação. Nosso futuro depende quase que exclusivamente de nosso interesse e determinação de transformar o presente.

PROFESSIONAL PERSPECTIVES FOR THE CARDIOLOGIST IN BRAZIL

JUAREZ ORTIZ, EMILIO CEZAR ZILLI

Cardiology benefited from the rapid scientific and technological development of the last century. The doctor, however, underwent deep meaningful changes in his daily activity, and that will be addressed in this paper.

Key words: Cardiology, working market, medical specialties.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2002;6:879-84)

RSCESP (72594)-1284

REFERÊNCIAS

1. Reis NB. Evolução histórica da Cardiologia no Brasil. *Arq Bras Cardiol* 1986;46(6):371-86.
2. Benchimol AB, Schlesinger P, eds. *Cardiologia*. Enciclopédia Médica Brasileira. vols. 1 e 2. Rio de Janeiro: Livro Médico Ltda.; 1978.
3. Lewis T. *Research in Medicine and other addresses*. London: H. K. Lewis Co.; 1944. p.20.
4. Moraes DJ de, Jazbik W, Franco S. *Perfusão*

- prolongada com hemólise mínima. Uso de plasma em substituição ao sangue do oxigenador. Rev Bras Cir 1960;VI(39):129.
5. Moraes DJ de. Hemodiluição em circulação extracorpórea. Rio de Janeiro, 1965. [Tese] PMUPRJ.
 6. Moraes DJ de, et al. Perfusion for myocardial revascularization without an artificial oxygenator (new method to reduce surgery morbidity). Cardiovasc Dis Bull Texas Heart Inst 1979;6:2.
 7. Moraes DJ de, et al. Extra corporeal circulation with venous-arterial shunt. A new perfusion system for hypothermic perfusion — 10th Anniversary Symposium “Deutsches Herzzentrum Miinchen”, Munich, 1984.
 8. Barcinski MA, Gattass CR, Reis GA dos, Previato LM, Argüelles E, Albanezi Filho FM. Some aspects of the cellular immune response in experimental and human Chagas' disease: a summary. Mem Inst Oswaldo Cruz 1984;79(supl):55.
 9. Gattass CR, Albanesi Filho FM, Barcinski A. Lymphocyte subpopulations in chronic Chagas' disease. Immunology Letters 1984;8:289.
 10. Tucci PJF. Comunicação pessoal.