

MEM SÓ DE FALTA DE RECURSOS PADECE O SUS (UMA CRÍTICA À TOMADA DE DECISÕES CLÍNICAS)

Autores

Ricardo Rocha Bastos¹
Fernando Simplicio Maia²
Franciane de Freitas Pereira²
Jean de Oliveira Ramos²
Juliana Ferreira da Silva Rios²
Juliana Maria Pernambuco²
Juliano Flávio Rubatino Rodrigues²

RESUMO

Os autores relatam o trajeto de um paciente através do Sistema Público de Saúde em Juiz de Fora – Brasil, até o diagnóstico final de Diabetes Mellitus tipo 1. Decisões clínicas não adequadas nos diferentes níveis de atenção são realçadas como um fator contribuinte para a baixa resolutividade do sistema.

UNITERMOS

Atenção primária em saúde, sistema único de saúde, resolutividade.

1 - Médico, Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFJF.

2 - Acadêmico de Medicina da UFJF.

Avolumam-se as críticas ao Sistema Único de Saúde (SUS). A maior parte dos críticos concentra-se na insuficiente alocação de recursos (NETO, 1998) e má gestão e gerência (KANAMURA, 1997), chegando alguns a enxergar uma relação direta entre as mazelas do sistema de saúde e o modelo econômico neoliberal (NETO, 1997). São bem mais raras as análises que focalizam a qualidade técnica das ações executadas. Mesmo estudos internacionais, que objetivam avaliar a eficiência de hospitais sem fins lucrativos, consideram diversos determinantes como complexidade dos serviços, taxa de ocupação dos leitos, proporção de pacientes que não contribuem

para a previdência e mesmo consciência administrativa das inevitáveis mudanças nas relações de financiamento público (CHANG, 1998), mas não levam em conta a adequação das decisões clínicas tomadas. Visitas às enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) tem nos mostrado que várias instâncias de internação representam falhas importantes que ocorreram em diversos níveis do sistema. Este trabalho documenta um desses casos, na tentativa de demonstrar que financiamento, gestão e gerência podem ter seus melhores esforços baldados se a tomada de decisões clínicas não for eficaz.

RELATO DE CASO

Como parte do conteúdo da disciplina de Semiologia II do curso de graduação em Medicina (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) os alunos são solicitados a preparar e apresentar as histórias clínicas de pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário (HU). As visitas são semanais e, a par da formulação de hipóteses diagnósticas, os alunos são estimulados a refazer o trajeto dos pacientes no sistema, até o momento da hospitalização. No dia 24 de novembro de 1998, numa dessas visitas, foi apresentado o caso de S.R.T.O., 17 anos, do sexo masculino. Era o 81º dia de internação do paciente, que havia recebido recentemente o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1. Chamaram a atenção seu ótimo estado geral e o fato de que não havia passado pelo Centro de Terapia Intensiva durante a internação (o que sugeria não ter sido admitido numa situação mais grave). A partir daquele momento, os autores se propuseram a reconstituir a passagem do rapaz pelo sistema, desde o início de seus sintomas. O prontuário do paciente, o setor de contas do HU e o setor de contas do SUS-JF foram consultados.

Foram feitas visitas às unidades básicas de Ipiranga e Bomba de Fogo (as mais próximas do domicílio do paciente). A unidade de referência Regional Leste e a residência do paciente também foram visitadas.

S.R.T.O. é um rapaz branco, de 17 anos, residente no Bairro Santa Luzia, área de classe média/baixa na zona sul de Juiz de Fora. De 01 a 08 de novembro de 1998 notou o aparecimento gradual de xerostomia, polidipsia, poliúria, polifagia e câimbras em membros inferiores. Em 09 de novembro, às 06h. procurou a unidade básica do bairro Cruzeiro do Sul (distante 600m de sua residência), onde esperou numa fila gigantesca, não tendo sido atendido. Às 16h. do mesmo dia foi atendido (após 15 minutos de espera) na unidade de referência Regional Leste, unidade de segundo nível, distante 3,5Km de sua residência. Na consulta nada foi prescrito, tendo o médico solicitado exames (hemograma completo, creatinina, uréia, glicemia e urina EAS) em caráter de urgência. O material foi colhido na própria unidade no dia seguinte (10 de novembro) pela manhã tendo lhe sido informado que os resultados ficariam prontos em 10 dias. De 11 a 16 de novem-

bro, sem qualquer medicamento ou orientação, assistiu a uma exacerbação do quadro de sintomas. Na madrugada de 17 de novembro, procurou assistência no Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) do HU. Constatados hálito cetônico e glicemia de 420mg/dl ficou semi-internado no SPA até às 17h50 do dia 21 de novembro quando foi transferido para a enfermaria de clínica médica (MH). Teve alta do hospital na tarde do dia 26 de novembro, completando 10 dias de internação. O repasse do SUS ao HU por este atendimento ficou assim discriminado:

A - Durante a semi-internação :

- serviços hospitalares : R\$ 21,78

- serviços profissionais: R\$ 10,89

- serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) : R\$ 3,63

B - Durante a internação:

- serviços hospitalares: R\$ 170,67

- serviços profissionais: R\$ 39,75

- SADT : R\$ 19,52

Total : R\$ 269,54

DISCUSSÃO

As diferentes realidades encontradas pela gestão do SUS (direção do sistema) e pela gerência de suas unidades executoras (administração) já foram entendidas até como justificativa para uma certa iniquidade no acesso ao sistema (KANAMURA, 1997). A dotação do SUS de R\$ 140,00 por habitante/ano (NETO, 1998) é considerada muito modesta e impeditiva de uma verdadeira universalidade. A limitação financeira foi, por exemplo, o cerne da Carta de Belo Horizonte, de maio de 1997, em que os diretores gerais dos hospitais universitários e de ensino pedem socorro para suas administrações (ANÔNIMO, 1997). Mesmo as posturas otimistas em relação ao SUS enxergam apenas suas ações nos chamados grandes problemas sanitários (cólera, mortalidade infantil, por exemplo) e nos procedimentos de alto custo, geralmente não cobertos pelos planos privados (NETO, 1997).

Observa-se que falta uma análise sobre a qualidade do que se tem, além de se notar um certo vazio nos apelos por "melhores gestão e gerenciamento" sem caracterização técnica das ações envolvidas. Nosso caso mostra com que grau de ineficiência o sistema pode operar. Num ambiente de APS, um médico terá 1% de diabéticos entre a população sob seus cuidados (HILL, 1987), sendo a maioria dos já diag-

nosticados acompanhados por generalistas e não endocrinologistas (HARRIS, 1996). Há grande chance de um diabético do tipo 1, ainda não diagnosticado, ser visto em primeira instância por um médico geral numa unidade básica. Embora o diagnóstico se baseie em critérios bem definidos (ADA, 1998) que exigem tecnologia de muito baixo custo (cerca de R\$ 1,00 a glicemia capilar, a preços de mercado), as duas unidades básicas visitadas não estavam preparadas para a realização "in loco" de qualquer exame complementar, mesmo a tradicional pesquisa de glicosúria com o reativo de Benedict (cerca de R\$0,05 o exame). O paciente em questão originou um repasse de R\$ 269,54 ao HU, dos quais R\$50,64 foram pagos a título de "serviços profissionais" mas efetivamente não embolsados por qualquer profissional do corpo clínico daquele hospital. O levantamento do custo real do paciente em termos apenas dos medicamentos utilizados durante o período de internação revelou o montante de R\$ 108,40, de acordo com a publicação Brasíndice. Observe-se que não foram aí incluídos os custos com os medicamentos utilizados durante a semi-internação nem os custos com os exames complementares.

S.R.T.O. vive num bairro que não possui unidade básica de saúde mas que fica na vizinhança de três unidades bási-

cas, a saber: Cruzeiro do Sul (600m), Ipiranga (1800m), e Santa Efigênia (3000m). Ele, no entanto, consulta pela primeira vez numa unidade de segundo nível, em outra região da cidade e distante 3,5 Km de sua residência. Mesmo se tivesse comparecido a uma unidade básica, inicialmente, a chance de ter tido um diagnóstico rápido e preciso seria pequena (as unidades básicas podem colher material para exames de urgência com resultado em cerca de 1 semana ou encaminhar os pacientes para as unidades de referência: Pronto-Socorro Municipal ou Regional Leste). A unidade Regional Leste, que é de segundo nível, dispõe de meios para a realização imediata de uma glicemia/glicosúria, mas tal não aconteceu no caso em questão. No dia 8 de novembro de 1998 a imprensa local noticiava: "Regional Leste Está Sobrecarregada" (Tribuna de Minas, caderno B, página 1). A matéria enfatizava excesso de demanda, falta de profissionais e falta de espaço físico, com um dos médicos entrevistados afirmando que "os pacientes vêm de locais onde há unidades básicas em condições de suprir suas necessidades". No dia 10 do mesmo mês de novembro a imprensa noticiava a interdição da unidade básica de saúde do bairro Ipiranga, por risco de desabamento (Tribuna de Minas, caderno B, página 1).

A falta absoluta de resolutividade dos níveis primário e secundário obriga então o paciente a procurar a porta de um hospital (HU) já com agravamento de seu quadro clínico e numa situação tal que o sistema é confrontado com o "caso consumado": a hospitalização acontece com ou sem vaga (semi-internação).

Tendo tido alta, S.R.T.O. volta para sua comunidade, agora como usuário re-

gular de insulina, face a seu novo diagnóstico. Ele permanecerá um paciente de risco, quer pelas complicações metabólicas a curto prazo (reações hipoglicêmicas e episódios de cetoacidose) quer pelo desenvolvimento de complicações estruturais degenerativas. O controle ideal de sua glicemia é chave para se reduzir a um mínimo qualquer desses problemas. Sua internação aconteceu sem qualquer referência formal dos níveis primário e secundário e sua alta foi desacompanhada de qualquer contra-referência aos níveis citados. Entretanto, durante a internação ele recebeu cuidados que podem ser tidos como pertencentes ao "estado da arte", embora o sistema tenha permitido que seu quadro deteriorasse de uma maneira arriscada num primeiro momento.

Se por um lado são inegáveis as dificuldades operacionais, por outro há que se admitir que várias estratégias de custo baixo e tecnologia simples (pesquisa de glicosúria ou glicemia de polpa digital, consulta de retorno e acompanhamento ambulatorial diário, aplicação de insulina e instrução para seu uso) deixaram de ser empregadas. Acreditamos que somente uma educação continuada de todos os participantes do sistema (com vistas a decisões clínicas mais resolutivas e cientificamente embasadas) poderá ajudar a reduzir o tremendo desnível entre a excelência técnico-científica de um nível especializado e a inexistência de ações mínimas no primeiro nível. Descrevemos um caso; nossa intenção agora é quantificar a relevância de casos como este no montante geral de internações no HU



SUMMARY

**NOT ALL THAT HAMPERS THE
UNIFIED HEALTH SYSTEM IS
MONEY SHORTAGE: A CRITICISM
ON CLINICAL DECISION TAKING**

The authors present a case of a patient newly diagnosed with type 1 diabetes mellitus and follow his route through the public system of Juiz de Fora, Brazil. The inadequacy of clinical decision taking at several levels is highlighted as an additional fact to hamper a better performance by the system.

KEY WORDS: *Primary Health Care, Resolutivity.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 21:55-9, 1998.

ANÔNIMO. Hospitais Universitários Pedem Socorro. *Medicina*, Nov 1997, p.21

CHANG, H H. Determinants of Hospital Efficiency: the Case of Central Government-owned Hospitals in Taiwan. *Int J Mgmt Sci*, 26:307-317, 1998.

HARRIS, M I. Medical Care for Patients with Diabetes - Epidemiologic Aspects. *Ann Intern Med*, 124:117-

122, 1996.

HILL, R D. *Diabetes Health Care: A Guide to the Provision of Health Care Services*. London, Chapman and Hall, 1987, 276p.

KANAMURA, A H. Saúde Precisa de Gerência e Gestão. *Medicina*, 1997, p. 24.

NETO, J W A. Crise do Financiamento da Saúde. *Medicina*, 1998, p.24.

NETO, J S M. Neoliberalismo e o SUS. *Medicina*, 1997, p.12.