

Revista

DR!

Nº 91 | 2017

Publicação trimestral do **SIMESP**
Sindicato dos Médicos de São Paulo
janeiro / fevereiro / março

Instituições filantrópicas à beira de um colapso

Atraso no pagamento de salários,
repasses insuficientes, gestão amadora.
Entenda a crise.

Páginas Verdes

Mauro Aranha, presidente do Cremesp

Especial Emergências

Falta de leitos, sobrecarga e precarização do
trabalho. Tudo isso diante de um futuro
sem investimentos na Saúde. O que será
dos prontos-socorros?



**87 anos de história
e cada vez mais presente
na defesa do médico
e de seu trabalho**

Simesp Relacionamento

Conceito de atendimento mais dinâmico

relacionamento@simesp.org.br
11 3292-9147

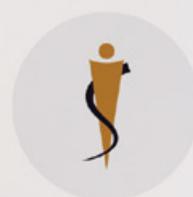
Renovação das publicações

Revista DR!,
Jornal do Simesp
e TV Simesp

Simesp+

*Novo programa de benefícios
aos associados*

simespmais.org.br



SIMESP
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO



Nº 91 | 2017

janeiro / fevereiro / março

Páginas Verdes
**Catástrofe
no SUS**

6



Mauro Aranha, presidente do Cremesp, fala sobre situação alarmante das emergências

Cidadania
**Greve e
solidariedade**

28



Residentes de Botucatu uniram esforços para arrecadar mantimentos durante greve contra o calote nas bolsas-auxílio

Redes sociais
**Médica
e artista**

30



Júlia Rocha defende o atendimento humanizado em textos que viralizam na internet

5 Editorial

12 Especial

19 Saúde em Questão

26 Eu e a Medicina

32 Simesp por Dentro

38 Literatura

39 Tecnologia

42 Olhares

20

Capa

**Instituições filantrópicas
à beira de um colapso**

Falta de pagamento de salários, repasses insuficientes, problemas de gestão: a crise



É mais tranquilo exercer a medicina quando estamos seguros

Condições especiais para os associados Simesp

- + Seguro de Responsabilidade Civil Profissional
- + Seguro de Diária por Incapacidade Temporária
 - + Seguro para Clínicas e Consultórios
 - + Seguro de Vida e Acidentes Pessoais
- + Seguro Residencial e Casa de Veraneio
- + Seguro de Equipamentos Portáteis
 - + Seguro de Automóveis
 - + Seguro de Viagens



SIMESP  SEGUROS

Cotações e dúvidas: simesp.org.br/simesp+

BAIXE O APLICATIVO DO SIMESP+
Disponível para Android e iOS

Expediente

DIRETORIA

Presidente

Eder Gatti Fernandes
relacionamento@simesp.org.br

SECRETARIAS

Geral

Denize Ornelas P. S. de Oliveira

Comunicação e Imprensa

Gerson S. Salvador de Oliveira

Administração

Ederli M. A. Grimaldi de Carvalho

Finanças

Juliana Salles de Carvalho

Assuntos Jurídicos

Gerson Mazzucato

Formação Sindical e Sindicalização

Marly A. L. Alonso Mazzucato

Relações do Trabalho

José Erivalder Guimarães de Oliveira

Relações Sindicais e Associativas

Otelo Chino Júnior

EQUIPE DA REVISTA DR!

Diretor responsável

Gerson S. Salvador de Oliveira

Editora-chefe e redação

Flávia Martinelli

Reportagem e revisão

Leonardo Gomes Nogueira

Nádia Machado

Nicolli Oliveira

Fotos

Osmar Bustos

Relações-públicas

Juliana Carla Ponceano Moreira

Redação e administração

Rua Maria Paula, 78, 3º andar 01319-000 – SP

Tel: (11) 3292-9147

imprensa@simesp.org.br

www.simesp.org.br

PROJETO GRÁFICO

Med Idea - Design para médicos

Rua Oscar Freire, 2189, Pinheiros

São Paulo/SP 05409-011

Tel: (11) 99897-8787

contato@medidea.com.br

www.medidea.com.br

Editor de Arte e diagramação

Igor Bittencourt

A Revista DR! é uma publicação trimestral do Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP). Todos os artigos publicados terão seus direitos resguardados pela Revista DR! e só poderão ser publicados (parcial ou integralmente) com a autorização, por escrito, do SIMESP. A responsabilidade por conceitos emitidos em artigos assinados é exclusiva de seus autores.



SIMESP
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO



Crise sem precedentes

Diretoria do Simesp

Estamos vivenciando, talvez, a pior crise até então conhecida dos serviços de saúde. Há diminuição de leitos hospitalares a cada ano, corte de recursos que já eram insuficientes e falta de vagas de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Temos observado os pacientes se aglomerarem nas unidades de urgência e emergência Brasil afora.

Nesse cenário de catástrofe do sistema de saúde subfinanciado e mal gerido, recebemos com indignação a portaria do Ministério da Saúde que permite que as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) abram com apenas dois médicos (um no período diurno e outro no noturno). O trabalho médico vive uma crise sem precedentes.

Nos hospitais filantrópicos os problemas são incontáveis. Os médicos são contratados de forma precária, os gestores simplesmente deixam de pagar salários e procedimentos. Há casos emblemáticos, como o da Santa Casa de Palmital, que viralizou nas redes sociais pela atitude de uma médica ao fazer greve de fome em protesto à falta de pagamento do salário por sete

meses não consecutivos.

Infelizmente, a crise em Palmital é replicada em diversos serviços deste modelo. Há hospitais filantrópicos com gestão pouco transparente, com contratação de profissionais como pessoa jurídica ou até mesmo contratos verbais. Em decorrência desses problemas, o Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp) tem recebido diversas denúncias contra filantrópicos de todo o estado, como foi o caso das santas casas de Assis e São Roque.

Estamos organizando movimentos contra os abusos dos empregadores que jogam nas costas dos médicos os problemas da má gestão. E tivemos vitórias em negociações com a Santa Casa de São Paulo e Associação Beneficente Nossa Senhora da Piedade, em Lençóis Paulista. É claro que o repasse de verbas para esses hospitais, como na saúde de todo o Brasil, é insuficiente. Entretanto, temos a ideia de que o modelo está em crise, não se limitando apenas a questões do financiamento.

E vamos além. Nos posicionamos contra a Emenda Constitu-

cional 95 (resultado da PEC55), que congela durante 20 anos o orçamento do Estado. A mudança não leva em consideração a legislação que prevê o aumento dos gastos na saúde conforme o crescimento do PIB. Os gastos *per capita* com a Saúde no Brasil já são inferiores à maioria dos países da América Latina. Com o congelamento de despesas não podemos ter esperança de dias melhores.

Entendemos que todos aqueles que participaram do movimento Saúde+10 (que exigia 10% das receitas correntes da União para a saúde) devem unificar esforços. Se hoje a saúde já se encontra em situação caótica, em 20 anos certamente estaremos em uma situação de barbárie.

Superar tantas adversidades não será tarefa fácil, mas os médicos certamente serão protagonistas na construção de um sistema público de saúde justo para nós, profissionais, e para toda a população. O Simesp não desistirá de lutar! Estamos firmes na busca pela concretização de um ano novo de fato feliz para todos!



"Está difícil para os médicos suportarem a situação de catástrofe do sistema público de saúde"

Mauro Gomes Aranha, presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), conversou com 17 diretores clínicos de grandes hospitais de São Paulo e captou informações sobre a situação dos serviços. A iniciativa resultou em um relatório sobre os principais problemas dos hospitais públicos e filantrópicos da cidade de São Paulo que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta entrevista, ele relata como estão as emergências desses hospitais, os problemas estruturais do SUS que geram superlotação dos prontos-socorros (PSs) e as consequências para os pacientes que precisam de cirurgias eletivas em curto prazo.

À frente do Conselho desde abril de 2016, Aranha é o quarto presidente da gestão 2013-2018, no rodízio de cargos da diretoria que ocorre a cada 15 meses. Também ocupou o cargo de vice-presidente do Cremesp na gestão anterior. Formado pela USP em 1983, é mestre em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e também em Filosofia pela Faculdade de Filosofia do Mosteiro de São Bento de São Paulo.

Nádia Machado



> Mauro Aranha, presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp): "As emergências estão em situação precária"

O senhor se reuniu com diretores clínicos de grandes hospitais de São Paulo. Qual é o parecer sobre as emergências?

Bastante precária. Há superlotação dos prontos-socorros, que é agravada em função de vários aspectos, dentre eles a ocupação maior que 100% das UTIs (*Unidades de Terapia Intensiva*) de adultos. Maior porque há leitos de UTIs improvisados para atender a demanda.

Sem leitos de UTIs disponíveis, os pacientes que chegam ao pronto-socorro e que necessitam de referência são atendidos com procedimento de UTI em regime de pronto-socorro. Levando, às vezes, até dois dias para se conseguir uma vaga. Isso significa: risco para o paciente e risco ético maior para as equipes de atendimento. Além disso, existe um contingen-

ciamento de 20% a 30% dos leitos dos hospitais, que acaba impedindo o fluxo maior do pronto-socorro para internações.

Outro agravante é a falta de atenção primária local adequada, o que aumenta o aporte de casos de classificação azul ou verde (*critério de classificação de risco de urgência e emergência para atendimento*) nos prontos-socorros, que não seriam o local para onde eles deveriam ser dirigidos.

Ir primeiro ao pronto-socorro é parte da cultura do brasileiro?

Antes da Constituição de 1988, a saúde era bastante precária e mesmo depois da criação do Sistema Único de Saúde não foi efetivada da forma mais adequada. Essa cultura do brasileiro foi sedimentada em função da má atenção à promoção de saúde, a

prevenção primária e secundária de doenças, que devem ser feitas, preferencialmente, no contexto da Unidade Básica de Saúde (*UBSs*) e na Estratégia Saúde da Família. Nos países mais desenvolvidos, esse tipo de abordagem pode chegar a uma efetividade de 70% a 80% dos casos.

Outra questão é que não há interesse pela atenção primária por grupos do setor privado que se alimentam, vamos dizer assim, da saúde pública. Esse tipo de atendimento consome menor valor de insumos das indústrias da saúde.

Não é vantajoso financeiramente. Então, não recebe tanto investimento...

Sim. Sabemos de longa data desta parceria escusa entre os interesses privados e públicos.



> Para Aranha, investir em atenção primária e promover a prevenção é essencial para reduzir a demanda das emergências

"A cirurgia eletiva que não é absorvida pelo sistema, por falta de leitos de internação, pode levar a complicações dos sintomas do paciente, fazendo com que ele procure o pronto-socorro e entre nesse círculo vicioso"

O senhor citou que investimentos na atenção primária reduzem a demanda das emergências. Algum exemplo do exterior?

Nos sistemas públicos de saúde da Inglaterra, França e Canadá a lógica para que haja equilíbrio na demanda depende da atenção primária operante e adequada. (Veja quadro na página 11)

O que falta para o Brasil alcançar esse patamar?

É preciso começar pela atenção primária, é muito mais eficiente fazer promoção de saúde e prevenção de doenças quando se conhece a vida e os hábitos do paciente e da família.

E também há a questão do fechamento de leitos nas UTIs...

Isso. A falta de UTIs e leitos de internação também provoca superlotação do pronto-socorro e aumenta o tempo de espera das cirurgias eletivas, que pode levar dois meses ou mais. Por exemplo, o paciente chega ao pronto-socorro, mas necessitará de cirurgia eletiva em curto prazo, como nos casos de traumas na área de ortopedia; lesões oftalmológicas e otorrinolaringológicas; colecistopatias (*pedra na vesícula*)... E onde ele será operado? É preciso interná-lo no hospital. A cirurgia eletiva que não é absorvida pelo sistema, por falta de leitos de internação, pode levar a complicações dos sintomas do paciente, fazendo que ele procure o pronto-socorro e entre nesse círculo vicioso.

E como fica o papel das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) nesse cenário? Elas ajudam a diminuir o número de pacientes de classificação verde/azul nas emergências?

Evitaria. Pode evitar, mas nem todos os pacientes vão para as UPAs. Aqui entra novamente a questão da cultura, que surgiu da dificuldade, da falta de acesso adequado à promoção de saúde e prevenção de doenças que deveria ser feita no atendimento comunitário em UBSs, Estratégia Saúde da Família...

Além do mais, ainda não há UPAs em todas as regiões e o poder de resolutividade não é completo. Às vezes, o paciente precisa ser referenciado para um pronto-socorro, mas o pronto-socorro está lotado.

"Em vez de o ministro da Saúde fazer o SUS sobreviver, o que é um dever legal, ele patrocina planos com atendimento restrito, fora do princípio da integralidade do tratamento"

Nos EUA parte da população não tem acesso à saúde

O modelo de saúde norte-americano, baseado no seguro saúde privado, foi consolidado nos anos 1980, a partir de uma política neoliberal. De maneira geral, nos Estados Unidos a população precisa contratar um seguro saúde para ter atendimento médico, já que praticamente não existem equipamentos públicos.

Os gastos públicos com saúde se dão principalmente por meio do subsídio ao acesso a serviços privados. Assim, o governo oferece programas como o *Medicaid* (espécie de “cesta básica” de serviços em saúde para os mais pobres) e o *Medicare* (subsídio voltado ao acesso da população com mais de 65 anos). É importante notar, no entanto, que ambos programas não fornecem cobertura inte-

gral, sendo muito frequente que o paciente tenha que realizar pagamentos adicionais por serviços e procedimentos não cobertos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, o gasto anual *per capita* em saúde nos EUA foi de aproximadamente 9 mil dólares, com 48% desse total pagos pelo Estado. Apesar do alto custo, há uma parcela da população que não consegue acesso a serviços de saúde, pois não é pobre o suficiente para ser coberta pelo *Medicaid*, mas também não tem condições financeiras para pagar por um seguro por ser muito caro.

Fontes: Felipe Corneau, mestre em Saúde Pública, e *O Sistema de Saúde dos Estados Unidos*, de José Carvalho de Noronha e Maria Alicia Domínguez Ugá.

Nas reuniões com diretores clínicos houve reclamações sobre os equipamentos?

Sim. Tem sucateamento do material, por falhas nas revisões e manutenção em períodos maiores. Então, eles vão sendo sucateados em função do subfinanciamento da saúde.

A partir desse levantamento que fizemos com 17 hospitais, vamos fiscalizar individualmente cada um desses locais. A grande maioria já passou por fiscalização antes e agora teremos a dimensão de como e onde as coisas estão se deteriorando.

Com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 55 haverá piora na manutenção e perda de investimento...

Vai piorar. Nesse momento, o país já passa por situações críticas na saúde pública e fixar o teto do gasto que já está subfinanciado trará piora. Mesmo que o país cresça economicamente, o investimento em saúde vai continuar congelado, sendo que nos próximos 20 anos as doenças crônicas vão aumentar em função do envelhecimento populacional. Além disso, o custo saúde é sempre maior do que a inflação geral. Então, não adianta corrigir o teto pela inflação, porque o custo saúde é maior.

Você imagina o cenário que



vamos ter? Isso significa que as grandes corporações de planos de saúde, incentivadas pelo Ministério da Saúde (MS), estão a postos para se apossarem de um mercado que não lhes é de direito, porque o sistema público é constitucional e implica na obediência dos princípios dos SUS, de universalidade e integralidade do tratamento. Em vez de o ministério incentivar e fazer o SUS sobreviver, que é o dever legal, o ministro da Saúde (Ricardo Barros) patrocina planos com atendimento restrito, fora do princípio da integralidade do tratamento.

Querem acabar com o SUS?

É uma mudança de paradigma que está se formando. Estamos indo para o modelo norte-americano, que era sofrível em termos públicos e teve um arremedo, vamos dizer assim, pelo Obama, com uma pequena melhora do acesso ao sistema público de saúde por pessoas em situação mais vulnerável. Mas isso, provavelmente, irá se perder a partir do governo (de Donald) Trump. Esse modelo privatista tem a lógica do lucro e não a lógica do respeito ao perfil epidemiológico da população brasileira, principalmente àqueles mais necessitados. (Veja quadro na página 9)

Nesse momento de crise, inclusive, me causa espanto ver

grandes universidades não tornarem seus prontos-socorros de porta aberta. São interesses que se atravessam. Não são interesses no sentido mercantil, mas, sim, de se colocarem à margem de um momento difícil pelo qual

"Estamos indo para o modelo norte-americano, que era sofrível em termos públicos e teve um arremedo pelo Obama, com uma pequena melhora do acesso ao sistema público de saúde por pessoas em situação mais vulnerável"

passa a saúde pública no país.

A meu ver, a universidade não tem só uma função científica, ela tem função docente e assistencial. Até porque a ciência se alimenta da assistência, então, é o mínimo de contrapartida que a gente deve esperar.

Qual é a situação do médico dentro desse contexto?

É o contexto que chamamos de risco ético, porque um hospital superlotado é um hospital que se desorganiza. Um hospital desorganizado induz a maior possi-

bilidade de erro médico. Além da questão da saúde mental do profissional médico no ambiente de trabalho estressante, que o leva a ter agravos da própria saúde. Aumenta também o desinteresse em prestar serviço na rede pública. Os recursos humanos estão sofrendo um decréscimo de profissionais e de qualidade, aumentando a situação de catástrofe do sistema. O salário já não é bom e, quando a pessoa tem que trabalhar em regiões com violência urbana, cai mais ainda o interesse.

O Cremesp oferece algum tipo de apoio nesses casos?

Damos apoio em relação a transtornos mentais devido a álcool e outras drogas e quando se trata de quadros graves (depressivos, transtorno bipolar e quadros psicóticos) temos um convênio com a Unifesp (*Universidade Federal de São Paulo*). O médico pode fazer o tratamento gratuitamente, ao mesmo tempo que vamos regulando quando ele poderá voltar ao trabalho.

Como o médico pode se resguardar nesse cenário?

Faz parte da nossa pauta de gestão e defendemos muito o resgate do humanismo médico. O médico só sobrevive a isso quando ele é vocacionado, quando ele tem empatia pelo sofrimento humano, de forma que ele pos-



> A pressão se manifesta no comportamento dos profissionais. Aranha testemunha casos de depressão e esgotamento

sa se cuidar o máximo possível em relação à sua saúde física e mental, mas, muitas vezes, está difícil suportar essa pressão.

Como a pressão se manifesta?

Percebemos isso por várias manifestações no comportamento dele. Por exemplo, pelo que a gente chama de presenteísmo, que é a pessoa estar presente no trabalho, mas sem se envolver, tornando-se menos empática, com padrão de trabalho mais mecânico. Ou então, ele chega ao estado de *burnout* (*doença do esgotamento profissional*), quadros depressivos, de pânico, exacerbação de quadros psicóticos prévios, problemas com álcool e outras drogas, fatores que in-

duzem ao absenteísmo (*faltas ou atrasos no trabalho*). As duas condições fazem com que o engajamento do médico diminua ou se torne ausente.

Eu pergunto: cabe a nós culparmos esse médico? Como Conselho, diante de uma denúncia, sempre abrimos uma sindicância e, às vezes, temos de abrir processo. Quando o médico de fato comete um erro e ele é culpabilizado, nessa situação de crise, consideramos o ambiente de trabalho e isso pode ser um fator de minimização da pena. O erro médico nunca é intencional, mas se eventualmente ele é negligente ou imperito, pode ter sido potencializado pelas condições de trabalho.

A saúde pública no Canadá

O governo canadense gasta com o sistema público de saúde de 3 a 4 mil dólares por pessoa, ao ano. O modelo começou a ser implantado no final de década de 1960, expandindo gradativamente para todas as províncias do país. Cada província tem certa autonomia sobre o sistema, mas de modo geral, foi estabelecida uma rede hierarquizada de unidades públicas e Centros Locais de Serviços Comunitários (*Centres Locaux des Services Communautaires - CLSC*), que viabilizaram atenção integral, com serviços médicos, preventivos, sociais e comunitários.

Fonte: *Os pontos positivos do sistema público de saúde canadense*, de Eleonor Minho Conill, doutora em Políticas Públicas, divulgado pelo Cremesp. !



As emergências pedem socorro!

Casos de atendimento simples ainda se misturam aos que precisam de atenção intensiva, leitos de observação curta se transformaram em UTIs e os profissionais estão trabalhando à exaustão, em condições precárias e provisórias. Tudo isso diante de um futuro sem investimentos na saúde. O Simesp alerta: a situação é crítica! E tende a piorar!

Cecília Bacha



Os médicos sabem: é no pronto-socorro (PS) que vida e morte apresentam-se em estado mais dramático. Ali, ambulâncias berram, pacientes gemem, socorristas correm, familiares rezam. As sequelas de um infarto podem ser definidas em pouco tempo. Decisões precisam ser tomadas rapidamente. É a emergência que urge. A urgência que emerge. Tudo está por um fio.

O cenário, tenso por si só, fica ainda mais pungente diante da crise que assola não somente os prontos-socorros — principal porta de entrada de pacientes que precisam de atendimento imediato para problemas graves e urgentes — mas toda a Rede de Atenção às Urgências no Brasil (RAU). Criado pelo Ministério da Saúde em 2011, esse con-

junto de iniciativas teve a intenção de articular todos os equipamentos de saúde. Infelizmente, o plano ainda não se concretizou.

No papel, a rede deveria integrar desde programas de prevenção e atenção primária, salas de estabilização em locais isolados, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos até linhas de cuidado prioritárias (como as voltadas para infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e trauma) e atenção domiciliar.

A deficiência em todos esses serviços “talvez seja o lado mais perverso do caos que assola a saúde pública no país”, conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), número 2.077, de 2014, que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. “É o segmento mais exposto e visível para a população e a precariedade de seu atendimento, intensificada por tratar de pacientes graves que exigem cuidados imediatos, faz com que os problemas do setor causem choque e indignação na população”, reporta o documento.

A análise do CFM aponta como principais motivos do caos da rede de emergência a falta crônica de vagas nos hospitais e as péssimas condições de estrutura e de trabalho a que os médicos estão submetidos. “Aspectos econômicos, culturais, demográficos e políticos permeiam todas essas questões. A consequência, porém, é uma só: o sofrimento de pacientes, médicos e todos os profissionais da saúde”, analisa Gerson Salvador, secretário de comunicação do Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp) e médico infectologista do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

De acordo com o mais recente relatório do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), divulgado em janeiro, a superlotação é um dos piores problemas das emergências. O parecer foi fundamentado por diretores clínicos de 17 grandes hospitais públicos e filantrópicos da cidade de São Paulo que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o relatório, os prontos-socorros trabalham com taxa de ocupação superior a 100%. O caos está tanto na porta de entrada quando na porta de saída dos atendimentos.



SEM INVESTIMENTOS FUTUROS



Cultura de pronto-socorro

Parte do problema é histórico. “Não havia sistema de saúde estruturado até 1988, quando foi criado o SUS. O que existiam eram grandes hospitais de porta aberta cuja entrada era o pronto-socorro tanto para o atendimento de emergência quanto para as pessoas que buscavam encaminhamento para especialidades”, explica Salvador. A emergência era local de triagem e, possivelmente, a única forma de acesso ao sistema de saúde. Essa cultura permanece.

“Cerca de 80% dos casos que chegam aos postos de atendimento de urgência poderiam ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs)”, afirma o médico Nelson Ibañez, professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa. Marcelo Takano, coordenador de Urgências e Emergências do Município de São Paulo, corrobora com Ibañez e afirma que essa demanda espontânea de menor gravidade é resultado da falta de atenção primária. “A atenção primária tem papel fundamental não só no estabelecimento de políticas preventivas e de acompanhamento, mas de resolução de doenças crônicas e de menor gravidade.”

Ainda que na cidade de São Paulo os postos de saúde tenham sido implantados na década de 1970, a atenção primária só se expandiu nos anos de 1990, com o Programa de Saúde da Família e, depois, pela

Estratégia Saúde da Família. “Mas ela ainda é absolutamente insuficiente”, pontua Salvador que, além da ampliação da oferta na atenção primária, defende que as UBSs tenham agenda flexível para atender com maior rapidez a população. “Essas UBSs podem acolher e atender a maioria dos casos, encaminhando às emergências casos com maior gravidade imediata.”

Não há leitos

A proposta desafogaria a porta de saída dos prontos-socorros. Casos graves chegam a esperar dias por vagas, tanto em enfermarias como em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), e os leitos que deveriam ser dedicados a curta observação transformaram-se em leitos de UTI, causando um efeito cascata desastroso para todo o sistema. “No Brasil emergência virou isso: um depósito de pessoas com doenças graves porque não há leitos nos hospitais”, diz o professor doutor do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP Rodrigo Diaz Olmos.

Entre 2010 e 2015 foram fechados 23,6 mil leitos de internação, segundo estudo do CFM divulgado em maio do ano passado. Só na região Sudeste, mais de 13 mil não existem mais. No estado de São Paulo, o número chegou a quase 3 mil leitos a menos. “Doentes acabam ‘internados’ nas emergências correndo risco de morte evitável



> Marcelo Takano: falta de atenção primária sobrecarrega as UBSs

ou perda de uma chance”, constata Carlos Vital, presidente do Conselho. “Leitos estão sendo fechados por conta da falta de investimento, e o déficit transferido à população. A sociedade precisa saber disso”, alerta Gastão Wagner, professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

A Secretaria Estadual de Saúde, no entanto, afirma que existem leitos em São Paulo. Olmos rebate: “Esses leitos não têm capacidade resolutive e, na maioria das vezes, estão distantes do local de moradia do paciente”. De acordo com o professor, os hospitais de retaguarda não estão preparados para cuidar de doentes graves. “Se no pronto-socorro há um paciente de 90 anos com fratura de fêmur e insuficiência cardíaca, haverá uma série de empecilhos para interná-lo num hospital de retaguarda para operá-lo. Os poucos leitos disponíveis só aceitam pacientes que, teoricamente, poderiam ser tratados



> Olmos: "Hospitais de retaguarda não estão preparados para cuidar de doentes graves"

ambulatorialmente", relata.

Pesquisa do Cremesp com 71 hospitais de São Paulo administrados por municípios, Estado, entidades filantrópicas (como santas casas) e entidades privadas conveniadas (como as organizações sociais) constatou que 58% tinham macas nos corredores. O levantamento feito em 2013 apontou que em 59% das salas de emergência faltava algum tipo de material básico e que 28% delas não têm estrutura adequada para atendimento.

"A porta de saída está sobrecarregada, também, pela falta de instituições de longa permanência e programas de cuidado domiciliar para pacientes com doenças avançadas em fase final de vida", lembra Salvador. Essas pessoas precisam ser cuidadas com maior conforto e respeito. Recompôr os leitos hospitalares e criar mais leitos de UTI são medidas urgentes.

Enquanto isso não acontece, o sucateamento das condições do trabalho médico se agrava. "Esses profissionais estão expostos ao

desgaste pelo excesso de trabalho, jornada de trabalho prolongada, multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho e excesso de responsabilidade", analisa o professor de Cirurgia de Trauma e Urgência Gerson Alves Pereira Junior, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em artigo do II Simpósio de Trauma.

A ponto de exaustão

"Há médicos trabalhando com doenças ocupacionais, depressão e transtornos ansiosos", completa Salvador, do Simesp. A categoria é das mais suscetíveis à síndrome de burnout, espécie de resposta ao estresse laboral crônico, na qual o trabalhador se desgasta na medida em que perde a satisfação e sentido pelo trabalho. Em geral, o indivíduo nem nota o transtorno, de sintomatologia múltipla, ainda que reconheça seu cansaço emocional e psíquico, despersonalização e baixa realização pessoal.

"Muitas vezes cabe ao médico

ser o porta-voz do descaso do Estado. É ele quem fala aos pacientes que falta medicamento, que não tem leito pra internar. É o portador das más notícias", lembra Salvador. "Há profissionais que já foram vítimas de agressão. Imagina a tensão?"

Diante da natureza estressante, o CFM estabeleceu o número mínimo de profissionais para cada área dos prontos-socorros. Na porta de entrada, para um fluxo de seis atendimentos por hora, são necessários dois médicos. Para reanimação, também dois por turno. Já na área de observação, onde normalmente ficam amontoados pacientes que não encontram leitos para internação, há necessidade de, no mínimo, um médico para cada oito leitos. Não é o que acontece. E o horizonte é desanimador.

No dia 3 de janeiro, o atual ministro da Saúde, Ricardo Barros, assinou a portaria nº 10, de 2017, que reduz a quantidade mínima de médicos para funcionamento de cada unidade das UPAs. Justi-



COMO TRABALHAM OS PLANTONISTAS

15,8%

têm cinco ou mais vínculos de trabalho

26,4%

trabalham 80 horas semanais ou mais.

67,4%

realizam um ou dois plantões por semana

32,6%

realizam três ou mais plantões semanais

7,9%

dos médicos fazem cinco ou mais plantões, o que pode indicar que esta é a atividade principal desses profissionais

68,2%

fazem jornadas de 12 horas

25,8%

dos médicos realizam plantão de 24 horas

6%

fazem plantão com jornada menor que seis horas

Fonte: Demografia Médica de 2015 realizada pela Universidade de São Paulo em parceria com o Cremesp.

ficativa: corte de gastos. Se antes eram exigidos quatro médicos para turnos de 12 horas cada, agora serão dois médicos por dia (um diurno e outro noturno). Desta forma, a dupla de profissionais deverá realizar 2.250 atendimentos por mês, de acordo com o Ministério da Saúde. Ficará a cargo dos gestores municipais decidirem quantos profissionais atenderão em cada UPA. O Simesp considera a medida uma absoluta irresponsabilidade e já convocou médicos e população a se unir para registrar seu desagravo à ouvidoria do SUS no link: goo.gl/nBYOQx.

“É um grande absurdo colocar a crise nas costas da população e dos profissionais de saúde, que ficarão ainda mais sobrecarregados. Há casos em que dois médicos precisam atender um mesmo paciente em situação grave. Há que se ter mais profissionais, até para o caso de a emergência receber outro paciente grave”, declarou Thiago Henrique Silva, diretor do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), para a Rede Brasil Atual.

Trabalho a ser valorizado

Diante desse contexto, emergências costumam ser locais de passagem para médicos em começo de carreira que fazem atendimento em plantões. Geralmente é um trabalho eventual, sem expediente, com carga horária máxima le-



gal de 24 horas contínuas. Estudo da Demografia Médica, realizado em 2015 pela Universidade de São Paulo em parceria com o Cremesp, demonstra que entre os plantonistas, 45,1% se formaram há dez anos ou menos. O percentual cai para 16,4% entre os formados há 30 anos ou mais. *(Leia outros dados sobre o perfil dos plantonistas ao lado).*

A explicação é simples: médicos das emergências costumam pedir demissão assim que se estabilizam profissionalmente; o que provoca alta rotatividade no quadro de profissionais. “Isto acontece quando já estão mais capacitados para atender no setor, sendo substituídos por jovens que terão que passar pela curva de aprendizado inerente ao trabalho em emergência”, aponta a resolução do CFM.

A Demografia Médica ainda mostra que plantonistas são os que têm maior carga horária e maior número de vínculos de trabalho. “Para completar a renda, é comum que médicos façam plantões em diferentes unidades de emergência; o que prejudica o atendimento”, explica Olmos. “O cansaço



> Cenas de um pronto-socorro: agenda flexível em UBSs atenderia a população com mais rapidez e desafogaria a porta de saída

físico e mental de longas horas expostas a um ambiente estressante reduz a capacidade cognitiva dos médicos, além de afetar a empatia e o comprometimento com o trabalho”, alerta.

Na opinião do professor Gerson Pereira Junior, da FMRP-USP, muitos dos emergencistas sentem-se envergonhados de seu trabalho, pois, no Brasil “ainda existe a cultura de que tais profissionais são ‘frustrados’, de que não conseguiram se estabelecer no competitivo mercado de trabalho. Tal fato ocorre com profissionais de saúde com formação insuficiente, embora, lamentavelmente, também possa ocorrer com bons e bem formados profissionais que não se adequam ou não querem ser coniventes com a caótica estrutura atual.”

Finalmente é especialidade

Mas há perspectiva de melhoria na formação dos profissionais. Em setembro de 2015 a Medicina de Emergência passou a ser considerada Especialidade Médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Nacional de

Residência Médica (CNRM) e Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). “É uma conquista importante para a melhoria deste cenário, pois irá formar em três anos profissionais capacitados para atender casos de maior gravidade”, diz Salvador. “A possibilidade de ingressar de forma direta em uma residência em Medicina de Emergência valoriza os profissionais que gostam e têm vocação para trabalhar na área”, completa. *(Mais informações na página 18).*

Fernando Sabia Tallo, presidente da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (Abramurgem) – assim como todos os médicos ouvidos nesta reportagem – reafirma a necessidade de se criar uma política que estabeleça um plano de carreira para os emergencistas, com valorização financeira compatível com o nível de estresse, descanso a cada 12 horas e medidas para fidelizar os profissionais neste setor. “Assim como no Poder Judiciário, o plano de carreira pode incluir a possibilidade de se começar a trabalhar em lugares longínquos,

para, depois, se aproximar dos grandes centros com melhores remunerações”, sugere Takano.

Pereira Júnior cita que nos Estados Unidos a especialidade em Medicina de Emergência foi criada em 1979. Nela trabalham profissionais bem remunerados, numa escala de trabalho que permite o bem-estar físico, familiar e mental do profissional. “Existe processo de educação continuada e, sobretudo, envolvimento profissional e pessoal com este tipo de atendimento, dentro de uma política institucional que estimula a sua motivação e o pleno desenvolvimento de seus conhecimentos e habilidades.”

Piora no subfinanciamento

Tudo isso, no entanto, exige investimento. “Enquanto a população aumenta e envelhece, precisando de mais assistência, os gastos em saúde estarão congelados. É uma fórmula perversa que nos avizinha”, pontua Salvador. O subfinanciamento já era crônico com o orçamento vinculado ao Produto Interno Bruto (PIB), que acompa-



nharia um possível crescimento da economia. “O dinheiro que sai do Estado para financiar a saúde é cerca de um logaritmo inferior aos países desenvolvidos. Temos orçamento *per capita* menor do que Argentina, Uruguai, Chile, Equador, Colômbia e diversos países vizinhos que têm situações sociais e econômicas relativamente parecidas”, lembra.

Como ampliar a oferta da atenção primária, ampliar o atendimento domiciliar, ampliar os leitos de internação e de terapia intensiva para tornar as emergências mais efetivas e com atendimento mais qualificado para a população? Os médicos têm condições de colaborar com a superação desses problemas. É preciso, porém, apoio político e institucional, um pacto entre o Estado e a sociedade civil.

Embora a aprovação da Medicina de Emergência como nova especialidade médica e a abertura de programas de residência sejam um importante avanço para a organização das urgências e emergências no Brasil, muitos problemas ainda terão que ser enfrentados, como a falta de leitos e a péssima coordenação do cuidado entre unidades pré-hospitalares fixas (UPA, AMAs e prontos-socorros municipais) e seus hospitais de referência e, particularmente, o subfinanciamento da saúde, que irá piorar ainda mais com as medidas recessivas impostas pelo governo Temer. Tudo está por um fio.

A NOVA ESPECIALIDADE MÉDICA

A Medicina de Emergência, que só em setembro de 2015 passou a ser considerada especialidade pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) e Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), é um passo importante para o futuro dos prontos-socorros brasileiros.

“O médico emergencista é um especialista generalista com experiência técnica e científica geral (não restrita a órgãos e sistemas específicos) preparado para atender pacientes agudamente enfermos de alta a baixa complexidade e em diferentes cenários (desde o atendimento pré-hospitalar até salas de emergência de hospitais terciários)”, diz o professor doutor do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP Rodrigo Diaz Olmos.

EXPOSIÇÃO A SITUAÇÕES REAIS

“Ser generalista não quer dizer que o profissional esteja menos preparado do que um especialista focal (especialista em um sistema orgânico, gênero ou faixa etária específicos) em determinada área, pelo contrário, quer dizer que ele passou mais anos pela experiência de um pronto-socorro, sob orientação de profissionais qualificados,

exposto a situações reais do cotidiano sem o filtro de uma especialidade ou de um setor protegido do hospital e sendo orientado por profissionais que viveram dedicados a isso”, explica.

Os emergencistas podem atuar nas portas de entrada de pronto atendimento, na organização e dimensionamento da rede de atendimento a Urgência e Emergência e no sistema de atendimento pré-hospitalar fixos ou móvel. Outra área de destaque de atuação é o atendimento a catástrofes – como epidemias, incêndios, acidentes automobilísticos etc.

CURSOS E DURAÇÃO

A responsabilidade na formação dos médicos emergencistas na área adulta e pediátrica está a cargo da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). De acordo com a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT), o Brasil conta com 12 programas de residência em Medicina de Emergência (ME) adulto, com acesso direto e duração de três anos, e 12 programas de área de atuação em ME pediátrica, com duração de um ano, tendo como pré-requisito a residência médica de pediatria.



O engodo dos planos acessíveis

Mário Scheffer

Professor do Departamento de Medicina Preventiva
da Faculdade de Medicina da USP

No Brasil mais de 200 mil médicos são conveniados a planos e seguros de saúde privados. Pois que fiquem atentos às propostas de planos acessíveis, baratos ou populares, em discussão por grupo de trabalho do Ministério da Saúde liderado por empresas do setor, bomba que pode estourar nos consultórios e serviços, cujos estilhaços têm potencial para diminuir a remuneração profissional e minar a já combalida relação médico-paciente.

Dentre os produtos considerados, alguns já foram experimentados e fracassaram, estão os planos que só cobrem consultas e exames; outros que dão direito a internação mas com restrições de urgência, média e alta complexidade; esquemas de copagamento inibidores de coberturas; planos que contratam hospitais do SUS e vendem no mercado a dupla porta na rede pública; além de planos regionais com redes insuficientes ou planos que adotam dispositivos controladores como o médico “porteiro” que faz triagem ou emite segunda opinião, sem o qual o usuário não acessa especialidades e procedimentos mais caros.

Seja qual for o arranjo, o objetivo é a desregulação visando liberar o comércio de planos de menor preço com diminuição de coberturas assistenciais.

Querem a volta ao passado. Sem regramento legal, antes de 1998 os planos limitavam dias de internação, inclusive em terapia intensiva, excluía doenças preexistentes, crônicas, infecciosas, congênitas, saúde mental, transplantadas, hemodiálise, tratamento de câncer, Aids, transtornos psiquiátricos, fisioterapia, órteses e próteses etc.

Os médicos foram fundamentais na mobilização social que levou à criação da legislação, cheia de falhas, por certo, mas em parte protetora para pacientes – especialmente idosos e portadores de problemas graves de saúde –, pois estipulou garantias mínimas de coberturas.

As empresas de planos de saúde sempre buscaram derrubar ou burlar a lei. Foi assim nas ideias de planos subsegmentados no governo de Fernando Henrique Cardoso. O mesmo ocorreu com os planos “básicos” subsidiados com recursos públicos no gover-

no de Dilma Rousseff. E, ainda, no patrocínio à proposta de Eduardo Cunha, de emenda à Constituição, que tentou obrigar todos os empregadores a pagarem planos para trabalhadores. E tem sido assim, sob o olhar cúmplice da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na extinção da oferta de planos individuais e na venda de planos com preços atrativos, mas com insuficiência de rede ou condecorcionismos contratuais.

Ao longo da história, os médicos rechaçaram esses formatos de planos, pois são incompatíveis com honorários decentes, reduzem o rol de procedimentos, dificultam a contratualização entre prestadores e operadoras, violam o Código de Ética Médica, ferem a autonomia profissional ao impedirem diagnóstico e tratamento adequados e fazem crescer a judicialização quando ignoram decisões e prescrições necessárias.

Diante da proposta de planos “acessíveis”, no mesmo passo do desfinanciamento e do desmonte do SUS, mais uma vez os médicos estão sendo convocados em favor da dignidade da medicina e da saúde da população.



Instituições filantrópicas à beira de um colapso

Calote em pagamentos de médicos, tabelas com defasagem de 80%, problemas de gestão. Entenda porque este modelo de funcionamento precisa mudar com urgência

Nicolli Oliveira

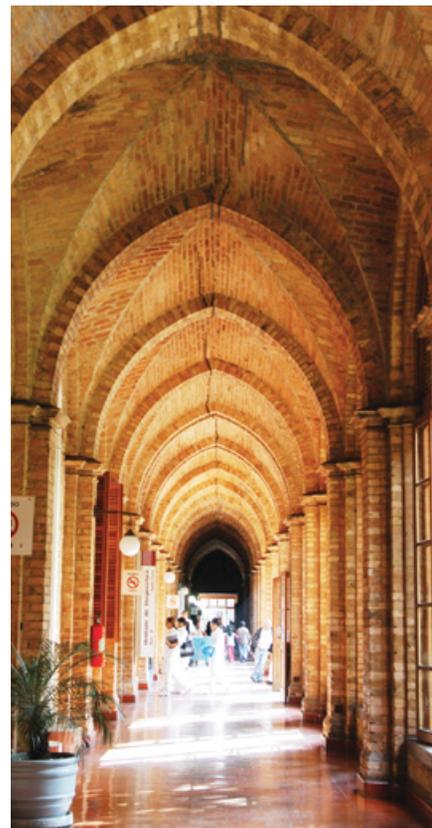
Greve de fome. Esse foi o limite que Elisângela Sivieiro, médica que trabalhava há 10 anos na Santa Casa de Palmital, interior de São Paulo, precisou chegar em novembro de 2016 em busca de um direito básico: seu salário que ficou atrasado por sete meses. Como no caso de Palmital, o Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp) recebe constantemente denúncias de atrasos de pagamentos e outras irregularidades praticadas por santas casas e hospitais filantrópicos. “A situação de Palmital é sistêmica e acontece em todo o estado. O modelo de gestão tem enfrentado problemas que refletem no trabalho médico e têm colocado toda a categoria em crise”, alerta Eder Gatti, presidente do Simesp.

Além de atrasos salariais, há denúncias de difíceis condições de

trabalho, contratos de prestação de serviços por meio de pessoas jurídicas (manobra conhecida como “pejotização”) e até contratos verbais. De acordo com Gatti, o formato de gestão de entidades filantrópicas deve ser revisto. “Esses entes de direito privado que fazem o trabalho do Estado possibilitam um jogo de empurra no qual um passa a responsabilidade para o outro e ninguém resolve os problemas.”

Dívida de R\$ 22 bilhões

Em geral, as entidades filantrópicas assumem por escolha própria um compromisso que não conseguem cumprir, como é o caso da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que tem dívidas que totalizam R\$ 868 milhões, teve o pronto-socorro tem-



> Administração não profissional, pouca fiscalização, dependência de gestores públicos: modelo em situação caótica

porariamente fechado por falta de verbas e demitiu 437 médicos em 2015 (veja mural da crise na p. 23). Diante de tantos problemas, as entidades têm duas opções: cobrar do gestor público um valor adequado que viabilize o financiamento da instituição ou devolver a responsabilidade de oferecer saúde à população para o Estado, segundo Gatti.

Atualmente, as entidades filantrópicas do Brasil têm dívidas que somam R\$ 22 bilhões compostas por débitos com bancos, tributos e fornecedores. De acordo com o Sindicato das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo (Sindhosfil-SP), as instituições apresentam financiamento insuficiente, no qual a cada R\$ 100 de despesa, recebem pagamento de apenas R\$ 65.

Segundo o presidente do Sindhosfil-SP, Edison Ferreira da Silva, as santas casas do estado de São Paulo estão endividadas com os sistemas de custeio para suas despesas, em especial, para a quitação da folha de pagamento. “A grande quantidade de entidades

As entidades assumem por escolha própria um compromisso que não podem cumprir

no estado não consegue cumprir as convenções coletivas de trabalho, assim demonstra-se a realidade do seguimento, com inúmeras instituições sem condições de cumprir obrigações trabalhistas e, até mesmo, a quitação do décimo terceiro salário, vide as situ-

ações nas cidades de Palmital e Assis, face às paralisações de seus funcionários”.

De acordo com a professora de gestão hospitalar do Instituto Brasileiro de Educação em Gestão Pública (Ibegesp), Vivian Hart Ferreira, o teto de pagamento, a quantidade restrita de autorizações de internações hospitalares e os limites de atendimentos em urgência contribuem para que as instituições passem por problemas financeiros. “Temos que ressaltar os valores praticados nas tabelas de pagamento, atualmente com uma defasagem em mais de 80% entre os valores pagos e a média dos custos praticados”.

Para Vivian, cerca de metade dos problemas das santas casas diz respeito à direção das entida-



> Manifestação dos residentes do Departamento de Cirurgia da Santa Casa de São Paulo: paralisação em agosto de 2016

des. Ela aponta que as gestões nem sempre são profissionais. Ou seja, a administração acaba nas mãos de curiosos e de profissionais de outras áreas, que não possuem conhecimento específico para comandar uma entidade tão complexa.

O presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (Fehosp), Edson Rogatti, assume que há falhas no gerenciamento. Justifica que faltam recursos para contratar profissionais gabaritados para administrar as entidades.

A grande maioria das santas casas não tem orçamento adequado para o ano em curso nem para cumprir o período de mandato da própria diretoria da entidade e não possui visão de futuro com planejamento a longo prazo, segundo Vivian, que possui 23 anos de experiência na administração hospitalar. “A organização das santas casas, principalmente as do interior, é arcaica e não reproduz a realidade

da modernidade e do avanço das organizações hospitalares.” Para a especialista, faltam mecanismos importantes como planejamento estratégico, sistema de informatização integrado e de acompanhamento contábil, marketing e uma administração profissional de recursos humanos.

Osp alega que os médicos sempre quiseram ser autônomos. Porém, o presidente do Simesp explica que os profissionais querem empregos formais com remuneração digna e condições de trabalho adequadas, como é de direito de qualquer trabalhador, direito esse que a maioria das santas casas e hospitais filantrópicos não proporcionam.

Modelo vulnerável à corrupção

As crises nas santas casas do estado de São Paulo demonstram que o modelo de funcionamento das filantrópicas vive uma situação caótica. A exceção virou regra.

Instituições mal administradas, subfinanciadas e que ainda promovem vínculo precário de trabalho têm seus problemas agudizados quando acontece uma crise nacional como a que o Brasil enfrenta atualmente.

Para o presidente do Simesp, se forem agrupadas a administração fraca e não profissional da maioria das instituições, a pouca fiscalização e a dependência dos gestores públicos que querem influenciar na administração por motivos pessoais, as santas casas se tornam altamente propícias à corrupção.

Na Santa Casa de Sorocaba, seu antigo provedor, José Antônio Fasiaben (gestão 1996-2015), e o ex-vice, Ademir Lopes Soares, foram presos no ano passado (hoje respondem em liberdade) com base em inquérito policial que investiga os crimes de estelionato, peculato, sonegação fiscal e associação criminosa. Fasiaben ainda foi indiciado por suposto desvio de R\$ 6

O mapa da crise

São mais de 500 entidades filantrópicas no estado de São Paulo. Em muitos casos, os problemas coincidem. Há atrasos em salários, dívidas milionárias, prestações de contas irregulares, “pejotização”, contratos verbais de trabalho, falta de insumos, entre outros. A *DR!* listou oito instituições e seus problemas

1 – Associação Beneficente Hospital Nossa Senhora da Piedade em Lençóis Paulista

- Médicos atuando sem contrato de trabalho
- Salários atrasados por dois meses em 2015

2 – Santa Casa de Assis

- Histórico de atrasos frequentes nos pagamentos;
- Interferência dos gestores na rotina de trabalho;
- Salários atrasados por dois meses consecutivos em 2016.

3 – Santa Casa de Palmital

- Contratos verbais com os médicos;
- “Pejotização” (funcionários sem vínculo empregatício);
- Falta de transparência e de diálogo por parte dos gestores;
- Atrasos salariais dos médicos de retaguarda por sete meses não consecutivos (2015 e 2016);
- Não pagamento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para os funcionários em 2016.

4 – Santa Casa de Sorocaba

- Salários atrasados de aproximadamente 80 médicos;
- Dívida de R\$ 52 milhões com fornecedores;
- Falta de medicamentos para quimioterapia;
- Ficou sob intervenção da prefeitura por quase três anos até dezembro de 2016;
- Ex-provedor, José Antônio Fasiaben (gestão 1996 a 2015), e o ex-vice, Ademir Lopes Soares, foram presos (atualmente respondem em liberdade) com base em inquérito policial que investiga os crimes de estelionato, peculato, sonegação fiscal e associação criminosa em 2016;
- Fasiaben foi indiciado por desviar R\$ 6 milhões.

5 – Hospital filantrópico São Marcos da Sama, em Morro Agudo

- Médicos atuando sem contrato de trabalho;
- Salários atrasados que teve uma variação entre três e seis meses em 2016.

6 – Santa Casa de Leme

- Está sob intervenção da prefeitura por ter uma dívida de R\$ 43 milhões;
- R\$ 2 milhões em salários atrasados dos médicos;
- Falta de materiais e medicamentos;
- Irregularidades nas prestações de contas em 2015 por parte de organização social contratada na época;
- Crise se estende desde 2013.

7 – Santa Casa de São Roque

- Corpo clínico desfalcado;
- Falta de verba para pagamentos de dívidas trabalhistas;
- Salários atrasados dos funcionários;
- Não pagamento de médicos ex-prestadores de serviços;
- Está sob intervenção da prefeitura desde 2014 por irregularidades nas prestações de contas;
- Realizou mega festa de reinauguração no final de 2016, mesmo enfrentando problemas financeiros;
- Utilização de organização social como intermediária para driblar a justiça;
- Demissão de médicos que reivindicaram seus direitos em 2015.

8 – Santa Casa de São Paulo

- Dívida de R\$ 868 milhões;
- Falta de suprimentos;
- Cirurgias eletivas suspensas;
- Foram bloqueados R\$ 56 milhões em bens do ex-provedor, Paulo Kalil Rocha Abdalla, por acusação de improbidade administrativa em 2016;
- Demissão de 437 médicos em 2015;
- Pronto-socorro fechado temporariamente por falta de verbas em 2014;
- Atraso no salário e 13^o em 2014.

*Dados coletados de entrevistas, denúncias de médicos e divulgação na mídia.



milhões. Já o ex-provedor da Santa Casa de São Paulo, Kalil Rocha Abdalla, teve R\$ 56 milhões em bens bloqueados pela Justiça Federal por acusação de improbidade administrativa. (Leia quadro ao lado).

Para Elisângela, a médica de Palmital que após a greve de fome perdeu seu emprego, não existe transparência na gestão e o modelo de entidade filantrópica é uma fraude. “Além do subfinanciamento público, a administração é escura e não se reporta nem presta contas a ninguém”. Ela completa: “É curioso saber que os salários de

quem administra o serviço não foram atrasados. Os gestores ficam em seus cargos por cerca de 50 anos e garantem empregos para os seus filhos e próximas gerações”.

No caso específico de Palmital, o responsável pela instituição, Edson Rogatti, também é presidente Fehosp e da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB). Para o presidente do Simesp, o caso é emblemático porque a mesma liderança das santas casas do Brasil pratica irregularidades trabalhistas, mantendo mé-

dicos sem vínculo empregatício e sem garantia de pagamento.

Falta profissionalismo

A Santa Casa de São Paulo foi exemplo de problemas administrativos. “Com grande estrutura, o serviço poderia dar certo se não fosse a má gestão em seu histórico aliada ao subfinanciamento”, diz Gatti. A entidade, que também é um hospital-escola, realiza mais de 8 mil atendimentos por dia, possui 1.497 leitos, tem 8,5 mil colaboradores, sendo 2,1 mil médicos e é considerada um dos mais

Arquivo Histórico Digital de São Roque (1941)



> Serviço de caridade chegou ao Brasil em 1543

Da misericórdia ao direito universal

O modelo “misericórdia” surgiu no século XIII na Itália e logo se estendeu a Portugal. A ideia era que a sociedade se organizasse para atender a população pobre necessitada de cuidados. No Brasil, as santas casas de misericórdia surgiram em 1543. “Embates entre santas casas e municípios existem desde o período colonial porque

havia sobrecarga de trabalho da entidade e o governo se isentava de responsabilidades”, explica Eder Gatti, presidente do Simesp.

Os provedores das filantrópicas eram formados pela elite paulistana, como industriários e barões do café. Era comum que os ricos deixassem sua herança para a santa casa de sua cidade, em razão disso é explicado o

grande patrimônio das filantrópicas, que é composto por imóveis e propriedades.

Em meados de 1940, quem tinha carteira assinada poderia ter acesso a serviços de saúde pública. Desempregados, porém, só conseguiam assistência médica nas santas casas, o que viabilizou o crescimento do modelo.

O serviço de caridade se enquadrou na realidade brasileira até 1988, quando o artigo 196 da Constituição Federal estabeleceu que a saúde é um direito de todos e um dever do estado.

O novo cenário mudou tudo. Como os serviços públicos eram insuficientes para garantir a integralidade da assistência, a Constituição dispôs de um artigo que permite à iniciativa privada complementar a saúde pública e as instituições filantrópicas se encaixaram nesse modelo. Segundo

importantes centros de referência hospitalar do estado de São Paulo. “Mesmo recebendo enorme aporte do estado, acumula uma dívida milionária. Para funcionar bem o serviço precisa aliar boa estrutura com gestão profissional comprometida”, explica Gatti.

Sobre as santas casas de menor porte, o presidente do Simesp explica que as prefeituras do interior têm influência política direta sobre as instituições. “Para o prefeito é conveniente manter as filantrópicas porque nesse tipo de serviço consegue realizar manobras que

não seriam possíveis na administração direta, como não pagar médicos e flexibilizar contratos de compras de insumos sem licitações, o que facilita a corrupção.”

Qual seria a solução?

É preciso notar, ainda, que não vale a pena existirem hospitais filantrópicos com poucos leitos por serem custosos, com baixo retorno, terem alto índice de corrupção e pouca resolutividade, explica Gatti.

Para o presidente do Simesp, o ideal seria que as cidades pequenas tivessem serviços mais objetivos, como um hospital de pronto atendimento com uma sala de emergência equipada e profissionais capacitados para dar resolutividade inicial aos pacientes. “Caso a pessoa precise de mais tempo de interna-

ção, deveria ser encaminhada para um hospital maior em município vizinho. Seria a lógica de organização de rede que o SUS precisa, muito mais efetiva. Mas não acontece.”

Serviços grandes e com hospital-escola têm melhor estrutura e as compras de insumos são feitas em lotes maiores, o que diminui os custos e melhora a administração. “Não podemos dizer que todas as santas casas são instituições falidas, pois existem filantrópicas que funcionam bem. Mesmo que a dupla-porta acarrete problemas, é um fator que auxilia o melhor aporte de verbas quando o serviço faz bom uso dos 40% de recursos que podem ser captados com iniciativa privada, o que diminui o déficit financeiro do SUS”, argumenta Gatti.

Gatti, apesar de ser um item muito criticado, a oferta dos serviços das filantrópicas é necessária.

Apesar de não ter fins lucrativos, as santas casas são entidades de direito privado e, a partir desse momento, deixaram de ser serviço de caridade e passaram a ser prestadoras de serviços ao SUS. As instituições, portanto, passaram a atuar como empresas – mas sem o preparo para isso. Ainda assim, o presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo, Edson Rogatti, justifica que a missão dessas entidades é atender aos mais necessitados, o que motivaria as santas casas a aceitarem o subfinanciamento do SUS e, assim se endividar mais para cumprir um papel que seria do Estado.

Campanha salarial judicializada

Como exemplo do difícil diálogo com instituições filantrópicas, pode ser citado o Sindicato das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo (Sindhosfil-SP), que apenas aceitou negociar o reajuste salarial de 2016 após meses de tentativas, chegando até a judicialização. Após o período exaustivo, a categoria médica obteve vitória, com

reajuste salarial de 9,62%, antes da audiência com o juiz.

De acordo com o presidente do Simesp, Eder Gatti, todos os anos o Sindhosfil-SP alega não ter verba suficiente para pagar seus profissionais médicos. Desta vez, a categoria deixou claro que não iria tolerar e conquistou o reajuste equivalente ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC)”.



Ars Longa, Vita Brevis*

por Flavio Gimenez

Infectologista, médico do Hospital Universitário da USP

Ele já se animava com a possível aposentadoria, essa que ninguém deseja, mas que a ele, talvez, interessasse mais do que a ninguém. Havia anos que trabalhava sem cessar; os plantões eram cada vez mais difíceis pois, com o passar dos anos, acumulavam-se as lesões na coluna de tanto ficar de pé, ou sentado, ouvindo já com certa dificuldade as queixas dos pacientes.

– Boa noite!

– Boa noite. Seu doutor, me ajude!

– Ora, pois não!

Aí já contava com a ajuda de seu olhar refinado com anos de aprendizado e esperteza. Uma dor de cabeça podia ser um sinal de algo mais grave, assim como um olhar alucinado poderia ser a obviedade de uma loucura descontrolada...

– Quería saber se é verdade que o pessoal põe pó de vidro na cocaína.

– Você está doído, mocinho?

– Estou, completamente. Há três dias cheiro sem parar!

– Olhe aí, se pó de vidro sangrava seu nariz, cocaína inalada faz mais mal ao seu coração! Se cuide, José do Vidro!

Ele há tempos sentia, ao descer da cadeira, seu joelho estalar; com certeza, ele já contava com uma degeneração ali, não operou. Apenas observou a andança do tempo. E o tempo, senhores, passou, implacável, decidido, inexorável, mudo como as estrelas no meio de um campo enluarado. A aposentadoria, ele só de dizer à esposa, ela já ficava meio assim bronqueada.

– Como? Não pode! Como vamos pagar as contas?

– Temos de reduzir os gastos, refazer os cálculos...

– Nisso você está certo!

O que ficava no ar é que, estando aposentado, talvez ele não agradasse tanto estando em casa mais do que trabalhando, incansavelmente, nas noites em que qualquer um se deliciava com a cervejota. Ele, então, se conformava. Se tinha de dar plantões?

– Ora, ele que se vire - disse a colega que uma vez o vira cansado.

– Toma um bromazepan que passa.

– Haverá amor em sua vida?

Todos olhavam a jovem que perguntara assim, de chofre, à queima-roupa. Ela o admirava, apesar de ele ser entrado em anos. Ela o havia visto atuar junto a um paciente que praticamente chegara morto. Com sua calma, conduzira o caso junto aos jovens e ela se admirara como ele não perdera a compostura ao se ver defrontado com a morte. Mesmo ao fim de tudo, ele ficou uma boa hora de pé, junto ao pobre diabo, olhando para o alto e pensando...

– Que está pensando, professor? - perguntou a jovem aluna que o admirava.

– Em quão gratos devemos ser e como devemos valorizar o que somos, estando aqui pelo menos mitigando e ajudando outras pessoas das mais diferentes maneiras... fazendo o que nos é possível fazer.

– Ele está ultrapassado! - dizia a tal colega que mal o considerava.

– Não concordo. Pode não saber das condutas mais recentes, pode não discutir da maneira mais acadêmica; inegável é o seu faro e tino para a gravidade. Admiro-o.

– Uai!



– Nossa, não pensara nisto.

– Não é mesmo?

E se aproximava a hora do velho esculápio, como vem o asteroide que, irrevogável, bate na Terra daqui a 60 milhões de anos. Como Rama em sua aparição desmesurada, como Buda embaixo da árvore que lhe iluminou o conhecimento de suas vidas passadas, como Cristo no Monte das Oliveiras, como Maomé ao receber as divinações de Allah, como Moisés com suas tábuas marcadas de tantas sagradas palavras. Ele queria aposentar-se, talvez para dedicar-se ao sonho de um trabalho voluntário ou ainda escrever seus sonhos em cadernos de capa dura e colorida; talvez cursos de espanhol, uma atividade de caminhada... ou curtir os netos que já queriam dar o ar da presença...

Mas, como em todo conto, era uma vez um médico que apenas sonhava em descansar um pouco, nunca estar parado... E...

– Bem-vindo ao seu novo emprego. Aqui passará a maior parte do tempo...

– Que devo fazer?

– Apenas ouça. Há horas em que é melhor calar e saber ouvir...

– Isso eu fiz a vida toda!

– Não há por que não fazer agora.

E tinha salas e mais salas, um pessoal que chegava, novinho de tudo, querendo que ele explicasse umas coisas. Ele tinha de estudar de novo, afinal, já se passara um bom tempo!

Com renovada certeza lia nas madrugadas iluminadas de um sol rosado que ele pensava existir só nos contos de uma época já ultrapassada e antiga. Foi quando se olhou ao espelho: viva, descobrira as fontes da eternidade e da juventude.

Espera aí, como é isso? Que história é essa? Se ele já não sentia os joelhos doerem, se havia um hospital novinho em folha, sem crise de falta de gente e material, se seu cabelo era farto de novo; e agora???

– E agora? - disse o doutor de cabelos grisalhos.

– Vira de lado, querido, que você está sonhando de novo!

– Preciso lhe contar um sonho!

– Amanhã você me conta. Dorme que temos de pegar a Mari amanhã. Lembra? Ela adora suas histórias malucas! E amanhã não é o dia de sua visita ao hospital geral? Descanse.

*Título inspirado na frase do médico grego Hipócrates, que quer dizer: a vida é breve; a arte é longa.



Greve engajada na solidariedade

Durante a greve contra o calote do governador, médicos residentes de Botucatu uniram esforços para arrecadar mantimentos para famílias carentes e funcionários de empresa terceirizada que estavam sem receber salários há três meses

Nádia Machado

Greve de médico é diferente das outras categorias de trabalhadores. Por se tratar de um serviço essencial, o profissional não pode simplesmente cruzar os braços e parar de atender todas as demandas. Muitas vidas dependem de seus cuidados.

Foi levando em consideração a importância do trabalho médico para o bem-estar da população que os residentes do Hospital das Clínicas de Botucatu, no interior de São Paulo, resolveram fazer uma ação social – durante a greve contra o calote dado pelo governador do estado de São Paulo, Geraldo Alckmin, referente ao reajuste da bolsa-auxílio.

Os médicos decidiram arrecada-

dar mantimentos para o Fundo Social de Solidariedade Botucatu (instituição que reencaminha doações para ONGs e famílias carentes da cidade) e aos funcionários da Náscer (empresa terceirizada que faz o controle de acesso ao Hospital das Clínicas de Botucatu), que ficaram mais de três meses sem receber os salários.

A população colaborou

Foram 135 cestas básicas e mais de 400 quilos de alimentos em pacotes avulsos entre arroz, feijão e leite. O movimento também recebeu roupas, brinquedos e produtos de higiene pessoal, doados pelos próprios residentes e população em geral. “Foi uma ação concreta,

que acontecia independentemente das negociações, e que fortaleceu muito o movimento grevista, pois quando a população chegava para entregar a doação nós explicávamos a pauta da greve”, pondera Gabriel Berg de Almeida, presidente da Associação de Médicos Residentes de Botucatu (AMRB), na gestão 2017.

Almeida explica que é muito difícil fazer uma greve na região. “Os órgãos aos quais precisamos nos submeter e negociar estão na capital paulista. Por isso, adotamos algumas estratégias diferentes. Fizemos grande movimento no campus, panfletagem, passeatas nas ruas da cidade... Informamos a população para deixar tudo



> Gabriel Almeida, presidente da Associação de Médicos Residentes de Botucatu: "Ação fortaleceu o movimento grevista"

muito claro sobre o que estava acontecendo", relata Almeida.

Além de todas essas ações, parte dos residentes foi para capital em várias ocasiões tanto para manifestar, quanto para negociar com o governo. Enquanto isso, a outra parte ficou encarregada de fazer a arrecadação.

A vitória dos médicos residentes

Os residentes de Botucatu permaneceram em greve de 16 de novembro a 2 de janeiro, quando foi publicada a sanção do governador em relação à inclusão da despesa no orçamento de 2017.

O reajuste da bolsa-auxílio de 11,9% para os residentes foi estabelecido pela Portaria Interministe-

rial nº3, de 16 de março de 2016, da Comissão Nacional de Residência Médica. Desde então, o reajuste vinha sendo pago pelos outros estados e só governo de São Paulo se recusou a fazer a correção.

Foram 135 cestas básicas e mais de 400 quilos de alimentos doados ao longo da greve

Depois de várias tentativas frustradas de negociação com o governador, residentes de todo o estado de São Paulo partiram

para a pressão na Assembleia Legislativa. Além de manifestações, houve audiência pública e participações nas reuniões da Comissão de Finanças, Orçamento e Planejamento. No dia 21 de dezembro foi aprovada a inclusão da despesa no orçamento de 2017.

Contudo, o pagamento do reajuste referente aos meses de março a dezembro de 2016 ainda está pendente. "De maneira geral, a greve foi positiva, os residentes saíram vitoriosos e conseguimos todas essas doações tanto para quem era do hospital, quanto para o pessoal que trabalha para a Nás-cer. Agora, vamos traçar novas estratégias para conseguir o valor do retroativo", salienta Almeida.



Crônicas de uma médica artista

Mineira viraliza textos nas redes sociais com histórias de consultório que defendem o atendimento humanizado. Como se não bastasse, ainda é cantora e está dando os primeiros passos como compositora

Helena Bertho Dias



Áttila Souza

Multifacetada é a palavra que ajuda a definir Júlia Rocha. Médica de família e comunidade, ela compartilha sua rotina em crônicas que publica nas redes sociais, é cantora e também compositora de sambas. Arte, medicina e escrita andam juntas para Júlia.

“Quando atendo um homem ribeirão do interior de Minas, social e culturalmente tão distante da realidade que vivo, sou capaz de adequar minha linguagem, minha postura, meu olhar, até que ele se sinta próximo a mim”, explica Júlia. “E isto é, essencialmente, arte”, completa.

No encontro de todos esses interesses, Júlia considera central o respeito e a atenção aos demais. Por isso escolheu a Medicina da Família e Comunidade como especialidade – uma área que oferece a oportunidade de prestar assistência integral ao paciente, acompanhando-o por mais e buscando entender o contexto familiar e social em que vive. “Isso gera um envolvimento que vai além da tecnologia dura dos consultórios.” O que pode ser visto em seus textos também.

Do consultório para as redes sociais

A mineira sempre arruma tempo para transformar em crônicas as experiências vividas com pacientes. Os temas sempre destacam a medicina que trata a pessoa como prioridade. E não a doença. “Bons médicos, com boa vontade, carinho e dedicação, ainda colocam a patologia em

primeiro lugar e se esquecem de olhar quem a carrega de um lado para o outro”, acredita.

É o caso do atendimento a uma senhora que reclamava de dores no peito, mas não parecia ter nada errado. Júlia pediu exames e ficou um longo tempo esperando o resultado ao lado dela. Nada físico estava errado mesmo e a médica foi questionada por colegas sobre a razão de pedir tantos exames se suspeitava de depressão. “Foi o motivo principal de ter ficado com ela esse tempo todo. Quem precisa acreditar que está deprimida é ela mesma.”

“Tecnicamente, precisamos saber resolver problemas, tratar doenças, aliviar a dor e assim por diante. Porém, antes de tudo, é preciso reconhecer a vontade, a preferência e os anseios daqueles que são os principais alvos desse cuidado. Isso nos torna mais empáticos, mais próximos e, por que não, melhores e mais resolutivos.

Esse olhar já colocou Júlia no centro de uma famosa polêmica virtual, quando saiu em defesa de um paciente que foi ridicularizado por um médico ao escrever “peleumonia” em vez de pneumonia (veja detalhes ao lado). O caso viralizou nas redes sociais. Como resultado, Júlia hoje tem mais de 120 mil seguidores. “Por isso continuo escrevendo. Não raro, as pessoas me reconhecem na rua”, conta. “Até profissionais da saúde contam coisas interessantíssimas sobre como os textos influenciaram em seus atendimentos.”

Apesar de seu sucesso virtual ser recente, Júlia sempre

escreveu e agora usa a internet como forma de dar vazão às suas crônicas do dia a dia médico. Ela até chegou a cursar um ano de jornalismo antes de optar pela medicina. Hoje seus textos estão sempre entre os mais lidos da revista virtual Língua de Trapo (www.revistalinguadetrapo.com.br), periódico que aborda política, artes e variedades de maneira crítica e irônica.

São histórias de pacientes do SUS, como a de um usuário de crack que foi a seu consultório pedir vitaminas. Ele retornou para contar que havia ficado dois dias sem droga e, depois, acabou por pedir ajuda à médica para conversar com ele se a crise de abstinência fosse incontrolável. Júlia topou. Em outra crônica, a médica fala da paciente Márcia, que foi renovar receitas e investigar uma queimação no estômago. Ao paciente acabou por falar da filha adolescente rebelde da seguinte maneira: “Eu não queria ela. Desde a barriga, nunca quis. Quando ela nasceu, eu rejeitei. Custei pra aceitar”. E, depois de muito reclamar da menina, que já estava em tratamento com um psicólogo, acabou pedindo para Júlia um encaminhamento psicoterapêutico para si.

O lado sambista

Não só a escrita seduziu a médica. Júlia também pode ser encontrada em palcos de Belo Horizonte, sua cidade natal, ou do Rio de Janeiro, onde vive agora. Com 33 anos, ela lembra que sua relação com a música é de longa data e o interesse surgiu com naturalidade. Ainda na adolescência, foi do coro da igreja para os barzinhos de samba de BH. Nunca mais parou.

Com passagem pelo programa de televisão *The Voice Brasil* em 2015, Júlia investe na profissão de cantora. Atualmente está em processo de produção de seu primeiro álbum, a ser lançado neste ano. E, apesar de cantar com frequência os mais tradicionais sambas, para o CD ela reservou músicas menos conhecidas, muitas que ela própria escreveu, unindo suas várias paixões.

Um olhar artístico no consultório

A sensibilidade notada nos textos e na voz de Júlia também é presença garantida em seus atendimentos no Centro Municipal de Saúde Manuel José Ferreira, no bairro do Catete, no Rio de Janeiro. Com paciência, ouve os pacientes e procura entender qual a origem de suas doenças. Se uma criança aparece ali com problemas alimentares e dificuldade para manter hábitos saudáveis, ela chama a mãe também para o consultório. E, se essa mãe também mostra que precisa de atendimento, Júlia vai fazê-lo ou encaminhá-la, como parte do tratamento das duas, tanto mãe quanto filha.

E assim, tudo se conecta. A maneira de encarar a profissão faz com que Júlia viva episódios únicos no trabalho, dando material para suas crônicas, que tocam por serem escritas com sensibilidade que é parte de quem ela é, algo que se nota quando canta. As três profissões que parecem tão distantes fazem todo o sentido juntas, num raro conciliamento de vocações. Ela diz que se sente realizada. O lado negativo? A correia para dar conta de todos esses recados. “É muita loucura, acredite! Não façam isso em casa.”



> Júlia em duelo musical no programa *The Voice Brasil*, em 2015

Resposta ao preconceito

Diante do médico que zombou de seu paciente dizendo que “não existe pleumonia nem raôxis”, Júlia Rocha respondeu à altura, sem sequer dizer o nome do colega de profissão.





Criando raízes

Samuel Lavelberg



> Reunião da diretoria do Simesp, em 1984 e assembleia de médicos em julho de 2016

O Sindicato dos Médicos de São Paulo iniciou a defesa dos médicos trabalhadores em 1929, mas só em 1968 a entidade conquistou sua sede própria. Na época, o Simesp firmou suas raízes em um dos andares do edifício Maria Paula, na arborizada rua de mesmo nome, no número 78. Desde então, a entidade ampliou as dependências no mesmo endereço. Atualmente possui quatro andares do prédio, que passou por reformas o espaço para melhor atender aos médicos.

Antes da aquisição do imóvel, no coração da cidade de São Paulo, o Simesp contou com o apoio da Associação Paulista de Medicina, que cedia parte de seu espaço na avenida Brigadeiro Luiz Antônio.

Contudo, não há registros da data exata da parceria entre as duas entidades.

A estrutura física do Sindicato foi importante para que, no final da década de 1980, o Simesp fosse cenário do Movimento de Renovação Médica, que teve como impulso as greves de 1978 e 1979, influenciadas pelos movimentos grevistas dos trabalhadores metalúrgicos do ABC.

Surge, naquele período, o que foi considerado o novo sindicalismo, com propostas de diversos sujeitos sociais contrários à estrutura sindical construída a partir de 1931 e vigente até a ditadura militar, prática conhecida como o “velho sindicalismo”.

Associado



Igor Bastos Polonio

Presidente da Associação Médica da Santa Casa de São Paulo

“Me sindicalizei depois que vi o trabalho do Simesp nas negociações com a Santa Casa”, conta o médico Igor Bastos Polonio, presidente da Associação Médica da Santa Casa (Amesc), se referindo à atuação do Sindicato na crise que a instituição filantrópica vive desde 2014.

Igor trabalha na Santa Casa desde 2007, mas sua história na instituição começou desde a graduação. Lá também fez residência em clínica médica e pneumologia, especialidade na qual atua.

O vínculo afetivo com a Santa Casa fez com que essa crise fosse mais dura de ser enfrentada, mas Polonio avalia que também proporcionou uma maior união da categoria em defesa da instituição e uma participação mais efetiva do corpo clínico nas tomadas de decisões. “Com o apoio do Simesp recuperamos a Amesc, conseguimos eleger pela primeira vez o diretor clínico por voto direto e agora estamos participando da elaboração do Regimento do corpo clínico”, comemora.



SIMESP

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO

É MUITO BOM
PODER CONTAR
COM QUEM ESTÁ
SEMPRE AO
NOSSO LADO

> *Divulga gratuitamente currículos e oportunidades para profissionais médicos.*

> *Permite a prevenção ou denúncia de empresas que faltam com o pagamento das remunerações aos médicos.*

> *Permite aos usuários a divulgação de locações e vendas de imóveis na área da saúde.*

 Banco de Empregos Médicos

 Mural de Devedores

 Banco de Imóveis da Saúde

SIME
SINDICATO DOS MÉDICOS

simesp.org.br/servicos.php
suporte@simesp.org.br



A arte da tomada de uma grande decisão

Fellipe Oliveira largou o curso de medicina na metade para se arriscar no canto lírico. A família quase infartou. Hoje, o barítono dos palcos internacionais sabe que toda vocação é um chamado que deve ser ouvido

Irineu Franco Perpetuo



Ele largou o curso de medicina no meio para tentar carreira no mundo incerto e caprichoso do canto lírico. Aos 40 anos, o barítono alagoano Fellipe Oliveira já soltou a voz no Teatro Bolshoi, de Moscou, e no Municipal do Rio de Janeiro, depois de se aperfeiçoar na Europa.

O francês Hector Berlioz (1803-1869) é possivelmente o mais célebre músico egresso de estudos na área de saúde, tendo frequentado a École de Médecine de Paris por dois anos antes de se tornar o talentoso compositor da *Sinfonia Fantástica*. Ainda no século XIX, o russo Aleksandr Borodin (1833-1887) formou-se na Academia Médico-Química de São Petersburgo, compondo, posteriormente, a ópera *Príncipe Igor*. Mais recentemente, o maestro veneziano Giuseppe Sinopoli (1846-2001), graduado em medicina na Universidade de Pádua, deixou elogiadas gravações de repertório

sinfônico e óperas, enquanto o cubano Manuel González Hernández, o Manolín, nascido em 1965, um dos principais nomes da música popular em seu país, tornou-se internacionalmente conhecido como *El Médico de la Salsa* devido à sua formação em medicina, em Havana.

Música vetada pela família

A história de Fellipe Oliveira se destaca porque, para os padrões da música erudita, seu início de estudos foi relativamente tardio. Ele só começou a fazer aulas de canto aos 26 anos, idade em que a maioria de seus colegas já tinha carreira profissional encaminhada.

A relação com a música, contudo, surgiu um pouco antes. Aluno do Centro Federal de Educação Tecnológica de Alagoas, em Maceió, Fellipe tinha que se engajar em alguma atividade artística – e escolheu o coro. Empolgou-se tan-



Fotos: Divulgação

> Fellipe (à esq. e ao centro) na ópera *A Flauta Mágica* e como Don Giovanni (dir.), todas compostas por Amadeus Mozart

to que decidiu prestar vestibular para música. Um veto familiar, contudo, levou-o ao estudo de Direito. Insatisfeito, inscreveu-se num cursinho e, após dois anos de tentativas, acabou ingressando na então Escola de Ciências Médicas de Alagoas (atual UNCISAL, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas).

O envolvimento com o movimento estudantil colocou-o em contato com ideias que influenciariam sua decisão profissional futura. “Conheci muita gente de outros estados, colegas que acabaram indo para ministérios, conselhos, sindicatos, e que tinham visões diferentes da medicina”, conta. “Eu não concordava com a da minha escola, que era muito capitalista, centrada no lucro, e não dava atenção integral ao paciente.”

O momento que fez o conflito interno de Fellipe se manifestar de maneira mais aguda foi um plan-

tão com uma gravidez de alto risco, em que a mãe sobreviveu, mas não o bebê. O jovem estudante ficou completamente abalado com a tragédia. “Percebi que eu não tinha condições de lidar com a vida e a morte das pessoas e, portanto, eu não ia conseguir desenvolver carreira”, diz. “Eu sabia que havia outras opções na medicina, como trabalhar na área de gestão, mas dos dois anos de internato não tinha como escapar.”

O amador quase ganhou o concurso

Para completar, logo depois do trauma, ele ainda teve desempenho ruim em uma prova. Deprimido, pôs-se a caminhar pela faculdade, até que, no espaço cultural da instituição, viu um ensaio de música. E a antiga ideia voltou-lhe à mente: por que não dedicar a vida àquela atividade?

Procurou, então, a professora de canto Fátima de Brito, que já co-

nhecia de um curso dos tempos em que cantava em coro. E avistou um cartaz anunciando inscrições para a edição de 2003 do Concurso Internacional de Canto Bidu Sayão, em Belém do Pará.

Embora não tivesse quase nada de estudos ou experiência, resolveu se inscrever para decidir sua sorte. “Eu queria ser ouvido por gente de alto nível. Se me dissessem que eu não tinha possibilidades, eu desistiria do canto lírico”, recorda.

Para surpresa sua e da professora, a inscrição foi aceita. O problema era que, como diletante, Fellipe não possuía repertório para disputar a competição. Em dois meses de aulas intensas, teve que preparar e aprender as 11 obras (entre canções, árias de ópera e oratório) requeridas pelo concurso.

O autor do texto que você está lendo agora fazia parte do júri da competição, presidido pelo maes-



Foto: Shutterstock.com



> O Recital dos Estudantes de Medicina da USP é refúgio dos médicos músicos

Unidos por duas paixões

Nem todos os estudantes de medicina que gostam de música precisam tomar a decisão radical de Felipe Oliveira para continuar em contato com a arte. Criado em 2011, o Remusp (Recital dos Estudantes de Medicina da USP) congrega alunos do curso de graduação da Faculdade de Medicina da USP que se reúnem semanalmente para fazer música.

“Quando entrei na faculdade, vi que muita gente que tocava acabava parando no primeiro ou segundo ano porque não tinha tempo nem estímulo para fazer aula de música”, conta Rachel Emy Straus Takahashi, fundadora do grupo.

Rachel dedica-se ao piano desde os 9 anos de idade, estudando no Conservatório Musical Brooklyn Paulista. Formou-se em medicina em 2015, e atualmente é R1 de clínica médica. Estava no segundo ano de curso quando deu início ao Remusp. Inicialmente com 16 mem-

bros, o grupo hoje possui mais de 60 integrantes ativos, incluindo ex-alunos da faculdade, que já se graduaram.

No final do ano – habitualmente, no mês de outubro –, o Remusp faz uma apresentação no teatro da faculdade. Além disso, seus integrantes têm sido convidados para performances em outros eventos acadêmicos, como a cerimônia do jaleco. O repertório, que começou ligado ao clássico, é agora bastante eclético: inclui música popular, improvisações, arranjos e composições dos membros do grupo.

Rachel conta ainda que curiosos que se aproximaram do Remusp acabaram aprendendo música graças ao contato com o grupo. “Os membros dão aulas uns aos outros, e isso acabou sendo uma forma de iniciar as pessoas na música”, diz. O Remusp tem uma página ativa no *Facebook*, que pode ser usada por quem quiser entrar em contato.

tro Abel Rocha (que posteriormente comandaria o Teatro Municipal de São Paulo), e integrado por nomes de destaque internacional, como os alemães Tobias Richter, que dirigia a Deutsche Oper am Rhein, e Christina Scheppelmann, que administrava a Ópera de Washington, nos EUA. Notava-se que Felipe (que, naquela época, assinava “Felipe”, com apenas um “l”) era um iniciante, mas jamais seria possível imaginar que estudasse canto há tão pouco tempo. Em tais condições, seu desempenho foi surpreendente: passou pela primeira fase e chegou à semifinal da competição, superando profissionais com anos de atuação, e ganhando ainda o Prêmio Revelação.

A carreira artística, que parecia sonho distante, agora se apresentava como possibilidade real. Primeiro passo: contar à família que iria desistir da medicina. “Eles quase infartaram.” A mãe insistia em uma faculdade de música no Sudeste, e a professora de canto estimulava-o a sair de Maceió. Felipe acabou se mudando para São Paulo para estudar na Unesp, sob orientação da renomada professora norte-americana Martha Herr.

Enquanto isso, Felipe continuou a ser premiado em concursos de canto no Brasil e buscou o caminho do aperfeiçoamento na Europa. Primeiro, vieram os mestrados em interpretação de ópera e em performance vocal na Royal Scottish Academy of Music and Drama

(hoje chamada Royal Conservatoire of Scotland), em Glasgow, na Escócia.

Depois, o aperfeiçoamento, na cidade italiana de Modena, na escola de canto chefiada por uma das maiores divas da ópera na segunda metade do século XX: Mirella Freni, que transmite à juventude os ensinamentos de seu mestre, Ettore Campogalliani (que também foi professor do baixo Ferruccio Furlanetto e do mítico tenor Luciano Pavarotti).

Tudo isso lhe deu uma solidez técnica que garantiu apresentações em alguns dos principais palcos do Brasil, como o Teatro São Pedro, em São Paulo (papel de Silvio na ópera *I Pagliacci*, de Leoncavallo, em 2009) e o Teatro Municipal do Rio de Janeiro (como Fígaro em *As Bodas de Fígaro*, de Mozart, em 2015, e de Schounard em *La Bohème*, de Puccini, em 2016).

Internacionalmente, Felipe cantou em 2014 no Teatro Bolshoi, em Moscou, em concerto de gala comemorando 50 anos de colaboração do teatro russo com o Teatro alla Scala, de Milão. Em janeiro de 2017, canta, em Modena, na ópera *Gianni Schicchi*, de Puccini, e depois parte para audições em solo germânico.

Em meio a tantas perspectivas de carreira musical, Felipe ainda pensa na medicina? “Em uma época em que estava em Londres, passando dificuldades financeiras, sem trabalho nem bolsa de estudos, eu me perguntava: larguei a medicina para ficar sem um centavo no bolso?”, conta. “Mas concluí que prefiro não ganhar tanto e fazer o que gosto.”



Foto: Osmar Bustos

> Teatro Municipal: temporadas de ópera numa das joias arquitetônicas da cidade

Música clássica ao alcance de todos

Nunca foi tão fácil ter acesso a qualquer gênero musical quanto hoje. Graças às facilidades da internet, praticamente tudo que já foi gravado está a um clique de distância, no computador ou no celular, sem sair de casa. Quem desejar uma escuta direcionada pode ouvir rádios especializadas em música erudita: em São Paulo, esse repertório é a razão de ser da Cultura FM (103,3).

Contudo, a experiência de ouvir a música ao vivo é insuperável. A Revista Concerto (concerto.com.br) é uma publicação mensal que traz a agenda de espetáculos do Brasil inteiro, e o que surpreende, ao folheá-la, é a quantidade de oferta, especialmente em São Paulo. Há espetáculos para todos os gostos e bolsos, inclusive gratuitos, em praticamente todos os dias do ano.

Moradores de São Paulo deve-

riam pelo menos uma vez na vida se deslocar a joias arquitetônicas como o Teatro Municipal, de 1911, ou o Teatro São Pedro, de 1917, que realizam temporadas de ópera. Atrás do Teatro Municipal, existe a Praça das Artes, com a charmosa Sala do Conservatório, que abriga uma série de espetáculos diversos, incluindo os do Quarteto de Cordas da Cidade de São Paulo.

Outro ícone arquitetônico da cidade que tão bem abriga a música é a Sala São Paulo, antiga estação ferroviária convertida em sala de concertos em 1999. A sala é a sede da Orquestra Sinfônica do Estado de São Paulo, mas também recebe as badaladas séries de concertos internacionais da Sociedade de Cultura Artística e do Mozarteum Brasileiro. São essas entidades que trazem ao Brasil os maiores astros da cena mundial da música erudita.



O tradutor da memória

Traduzir a ciência para quem não é cientista. Foi essa ideia que motivou o neurologista Leandro Teles a escrever o seu primeiro livro

Leonardo Gomes Nogueira



Foto: Divulgação

Antes *Que Eu Me Esqueça*, esse é o nome do livro que trata daquela que, muitas vezes, nos deixa na mão quando mais precisamos dela: a memória. “Foi escrito para leigos, não em linguagem médica. Mas traz dicas práticas com embasamento médico”, ressalta o autor, o neurologista Leandro Teles.

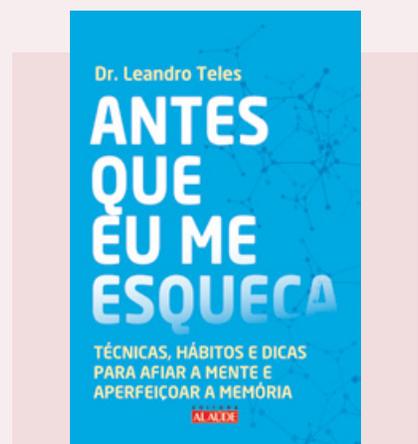
Além de explicar o funcionamento da memória, o livro oferece dicas práticas de como melhorar a performance cerebral. Entre elas, a prática de fazer uma coisa de cada vez (engajando, portanto, em uma única atividade mental) e praticar atividades físicas. Exercícios estimulam o corpo a produzir substâncias, como a serotonina, que ajudam no desempenho cognitivo e tendem a melhorar o sono que, afinal, é fundamental para organizar as memórias do dia que passou e o nível de atenção para o que virá.

“O mundo oferece informação demais, velocidade demais. A gente está vivendo no modo multitarefa, acaba descansando pouco. Levamos o cérebro ao limite”, explica Teles, graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e membro da Academia Brasileira de Neurologia.

“Cobramos do cérebro a perfeição, queremos que ele seja perfeito”, avalia. “Esse elevado grau de cobrança associado a um mundo com excesso de informação leva à boa parte das queixas em cognição”, diz.

“A maioria das pessoas que tem queixa de memória não tem doença de memória, tem simplesmente uma inadequação entre o grau de cobrança e o gerenciamento de sua vida”, ressalta.

O livro traz capítulos para diferentes fases da vida. Para os mais jovens, o médico explica como fazer uso da me-



mória para ter melhor aproveitamento em vestibulares e posterior vida acadêmica. Aos mais velhos, esclarece o que é razoável esperar da memória quando se tem mais idade e o que pode indicar algum problema de saúde.

O médico também é figura constante em programas de TV e muito ativo no meio digital. Em seu site (www.leandroteles.com.br), é possível acessar dicas para melhorar o sono e o aprendizado.



Ensino com foco na prática médica

Adriana Cardoso

Os associados do Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp) têm descontos em cursos online com foco na prática clínica, disponibilizados pelo inglês BMJ Group, um dos maiores provedores de conteúdo científico para a área de saúde do mundo (o mais conhecido deles é o prestigioso *The BMJ* ou *British Medical Journal*) e também de educação para médicos (BMJ Learning), em parceria com a EviMed, empresa latino-americana de educação médica.

O Simesp é o único sindicato brasileiro que tem tal parceria com o BMJ, segundo Ricardo Cypreste, gerente comercial do grupo. Os associados têm até 25% de desconto

em cursos voltados para a atenção primária e algumas especialidades. Médicos de Família e Comunidade têm desconto de até 100% em alguns cursos.

“Nosso aprendizado é bastante flexível. Os conteúdos ficam disponíveis online por 12 meses e é possível ao usuário fazer provas de múltipla escolha para obter uma certificação”, explica Cypreste, complementando que o papel da EviMed na parceria é transformar o conteúdo fornecido pelo BMJ em algo mais interativo.

Os temas dos próximos cursos disponíveis são cuidados com o idoso na atenção primária (março

a abril); infecções frequentes em crianças e adolescentes (maio a julho); cuidado com a saúde mental na atenção primária (julho a agosto); atenção a pacientes com cardiopatias frequentes (setembro a outubro); e diagnóstico e manejo da patologia osteoarticular (outubro a dezembro).

O BMJ possui ferramenta paga, disponível online e por aplicativos para iPhone e Android, denominada BMJ Best Practice (www.bestpractice.bmj.com), voltada para educação continuada e apoio à decisão clínica. Está disponível 100% em português. Saiba mais: simesp.org.br e cursos.evimed.net/pt-br.

Simesp+: benefícios para o associado

Confira nossas parcerias

+ Seguros

**Seguro de Responsabilidade
Civil Profissional**

**DIT – Seguro de Diária
por Incapacidade Temporária**

Seguro para Clínicas e Consultórios

Seguro de Vida e Acidentes Pessoais

Seguro Residencial e Casa de Veraneio

Seguro Equipamentos Portáteis

Seguro Automóvel

Seguro Viagem

+ Crédito

**Crédito consignado com condições
especiais e exclusivas para os associados
aposentados.**

+ Capacitação

BMJ e EVIMED

10 a 25% de desconto em cursos regulares.

CEL-LEP Idiomas

10% de desconto em cursos regulares
de Inglês e Espanhol, extensivo aos
dependentes.

Cruzeiro do Sul

30% de desconto em graduação EAD
(a distância) ou semipresencial.

Fast Move Idiomas

25% de desconto no módulo semestral
de Inglês, Francês, Espanhol, Italiano
e Português para estrangeiros.

**Instituto Brasileiro de Educação
em Gestão Pública (IBEGESP)**

20% de desconto em cursos
de curta duração, extensão e EAD.

+ Lazer

Amanita Estalagem - Monte Verde/MG

10% de desconto nas diárias de hospeda-
gem durante a alta e baixa temporadas.

Aquário de São Paulo

10% de desconto sobre o valor da bilhe-
teria em compras realizadas exclusiva-
mente pelo site.

Associação de Hotéis Roteiros de Charme

10% de desconto sobre o valor da diária
com café da manhã, exceto em feriados,
fins de semana prolongados e pacotes
especiais.

**Colônia de férias Aojesp -
Caraguatatuba/SP**

A parceria com a Aojesp possibilita que
os associados desfrutem da colônia de
férias.

Costão do Santinho

15% de desconto nas diárias de hospeda-
gem durante a alta e baixa temporadas.

CW Tour

10% de desconto no seguro viagem.

Grinberg's Village Hotel - Socorro/SP

20% de desconto nas diárias durante a
semana, em baixa temporada, e 10% de
desconto nas diárias aos fins de semana.

Hot Park - Rio Quente/GO

37% de desconto sobre o valor da bilhete-
ria em ingressos para acesso ao Hot Park
e Praia do Cerrado.

Hotel Panorama - Águas de Lindóia/SP

10% de desconto nas diárias de hospeda-
gem durante a alta e baixa temporadas.

HPlus Hotelaria - Brasília

10% de desconto nas diárias
de hospedagem.

Marulhos Resort - Porto de Galinhas/PE

10% de desconto nas diárias de hospeda-
gem durante a alta e baixa temporadas.

Mtravel

10% de desconto em seguros e até 5% em
pacotes de viagem.

Pousada Villa Harmonia - Paraty/RJ

20% de desconto nas diárias de hospeda-
gem durante a alta e baixa temporadas.

Rio Quente Resorts - Rio Quente/GO

Até 28% de desconto nas diárias
de hospedagem durante a alta
e baixa temporadas.
[+ benefícios no site do Simesp]

TAM Viagens

10% de desconto nos pacotes
nacionais e internacionais.
[+ benefícios no site do Simesp]

**Villa Di Mantova Resort -
Águas de Lindóia/SP**

10% de desconto nas diárias de hospeda-
gem durante a alta e baixa temporadas.

Wet'n Wild São Paulo

Até 45% de desconto sobre o valor da
bilheteria em ingressos de acesso ao
parque.



+ Ofertas especiais

Cestas Michelli

20% de desconto + brinde.

Calçados online

10% de desconto em todo o site.

Compra Certa

Até 30% de desconto em produtos Brastemp, Consul e KitchenAid.

Dafiti

10% de desconto em todo o site.

Eótica

10% de desconto em todo o site.

Fast Shop

Até 30% de desconto nas compras online.

Giuliana Flores

20% de desconto + brinde.

Havana

20% de desconto nas compras online.

Kanui

10% de desconto em todo o site.

Marcyn

7% de desconto em todo o site.

Malwee

5% de desconto em compras realizadas pelo site.

Mobly

7% de desconto em compras realizadas pelo site.

NetShoes

10% de desconto nas compras online.

Oppa

5% de desconto em todo o site.

Petz

7% de desconto em compras realizadas pelo site.

Polishop

10% de desconto em todo o site.

Puket

10% de desconto em todo o site.

Saraiva

10% de desconto em livraria e 5% de desconto em eletrônicos nas compras online.

Subaru Ribeirão Preto

6% de desconto sobre os preços públicos cobrados pela loja.

Tricae

10% de desconto em todo o site.

Vento Haragano Morumbi

10% de desconto sobre o valor do rodízio, de segunda a sexta, exceto em feriados.

+ Serviços

Avallon Blindagens

6% de desconto em blindagens + pagamento diferenciado: 30% no ato + 5 cheques.

Conube Contabilidade

Isenção da 1ª mensalidade para serviços de abertura de empresas ou transferência de contabilidade.

Doppia

20% de desconto sobre os valores de projeto conceitual de arquitetura e decoração de interiores.

GHT Contabilidade

10% de desconto sobre o valor da mensalidade.

Quality Lavanderias

10% de desconto nos serviços, exceto tapetes, couro, camurça, econobags e cestos.

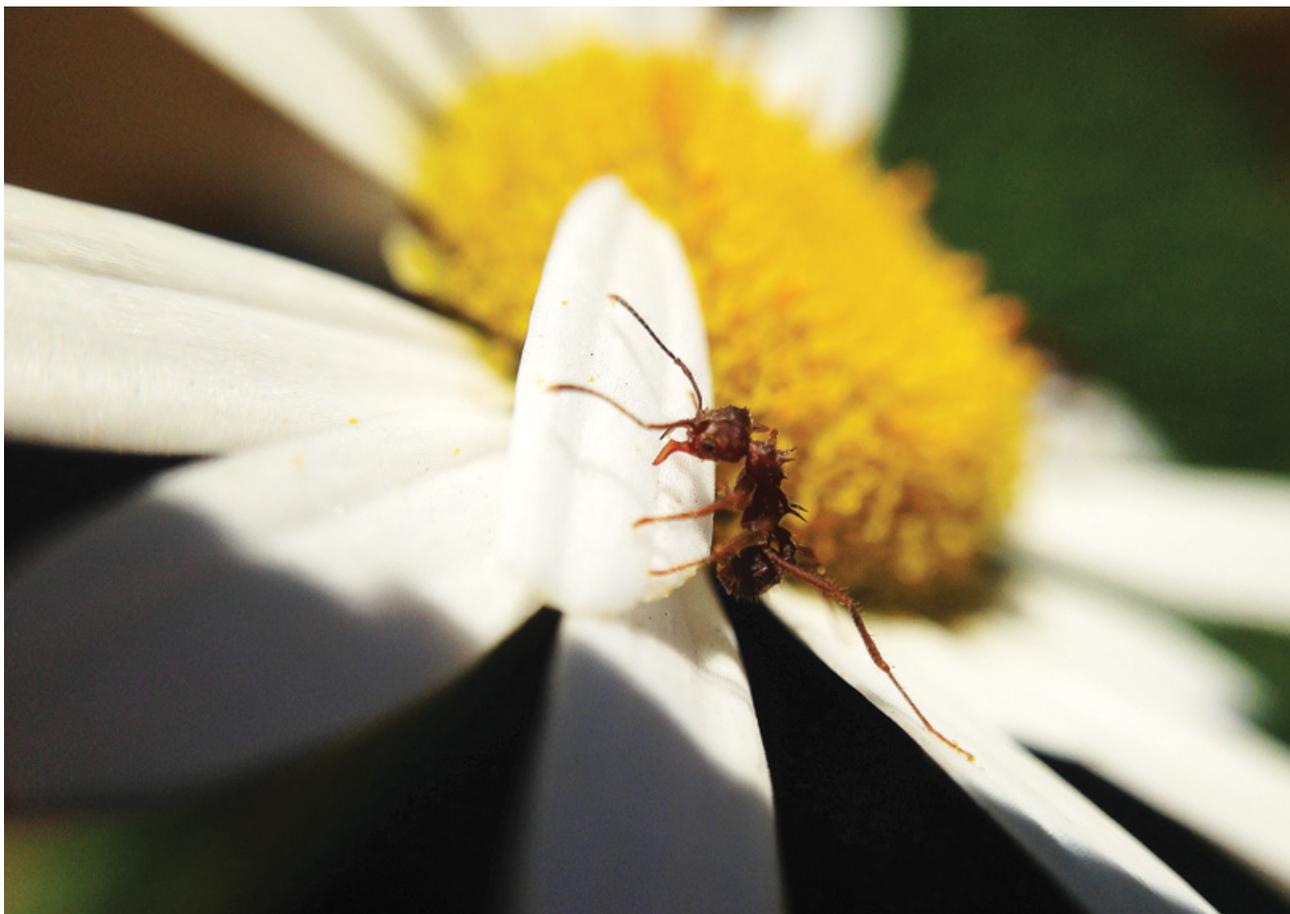
Tapeçaria Alemão

15% de desconto em artigos de couro e 10% de desconto em toda a linha de som e acessórios.

Target blindagens

10% de desconto sobre o valor final de serviços de blindagem + pagamento diferenciado, em até 5x sem juros

Termos e condições + outros benefícios: www.simesp.org.br/simesp+
Importante: as regras para utilização dos benefícios estão descritas no site oficial do Simesp.



Sutilezas na metrópole

“Fotografo de forma mais frequente desde 2013, quando me mudei para São Paulo. Sou baiana e a fotografia me ajudou a buscar a natureza que está envolvida pela cidade. Muito mais do que parece. Gosto de descobrir detalhes agradáveis, surpreendentes e refletir sobre o que há de bom nos lugares que visito. Como na foto ‘Bem-me-quer’, que tirei no Parque Ibirapuera, em 2014. Há beleza em todo lugar, essa é a descoberta que mais me inspira.”

Laura Vilar Guedes
Residente em Gastroenterologia,
no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP



Seu olhar pode ser publicado nas próximas edições da DR!,
envie sua foto para imprensa@simesp.org.br

Podemos ir muito mais longe com o seu apoio

O Grupo de Assistência Social Bom Caminho desenvolve e implementa programas educacionais voltados para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Trabalhamos com programas de promoção de saúde e educação voltadas à população.

Além de doações em dinheiro, alimentos não perecíveis, roupas e calçados, contamos com sua participação na condução de palestras educativas.



11 3788.2529

Rua Severiano Leite da Silva, 433
Jd. São Jorge – Butantã (Raposos Tavares)
www.facebook.com/casabomcaminho
www.bomcaminho.com.br

BOM CAMINHO
grupo de assistência social

BENEFÍCIOS QUE AUXILIAM A GERIR ROTINAS TÃO INTENSAS



OFERTAS

DESCONTOS EXCLUSIVOS
EM LIVROS, SMARTPHONES
E MUITO MAIS



LAZER

PLANEJE VIAGENS
COM DESCONTOS
EM HOTÉIS E RESORTS



SERVIÇOS

DESCONTOS EXCLUSIVOS EM
LAVANDERIAS, CONTABILIDADE
E MUITO MAIS



CAPACITAÇÃO

APRIMORE SUA FORMAÇÃO
COM CURSOS ESPECIAIS
E UM NOVO IDIOMA

SIMESP+ SEGUROS

CONDIÇÕES ESPECIAIS OFERECIDAS
PELAS PRINCIPAIS SEGURADORAS DO PAÍS

SIMESP+ CRÉDITO

CONDIÇÕES EXCLUSIVAS PARA ASSOCIADOS APOSENTADOS

BAIXE NOSSO APLICATIVO



SIMESP 

BENEFÍCIOS PARA ASSOCIADOS

www.simespmais.org.br