



Edmond Barras

MÉDICO TITULAR E CHEFE DO SERVIÇO DE CLÍNICA E CIRURGIA DA COLUNA VERTEBRAL DO HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

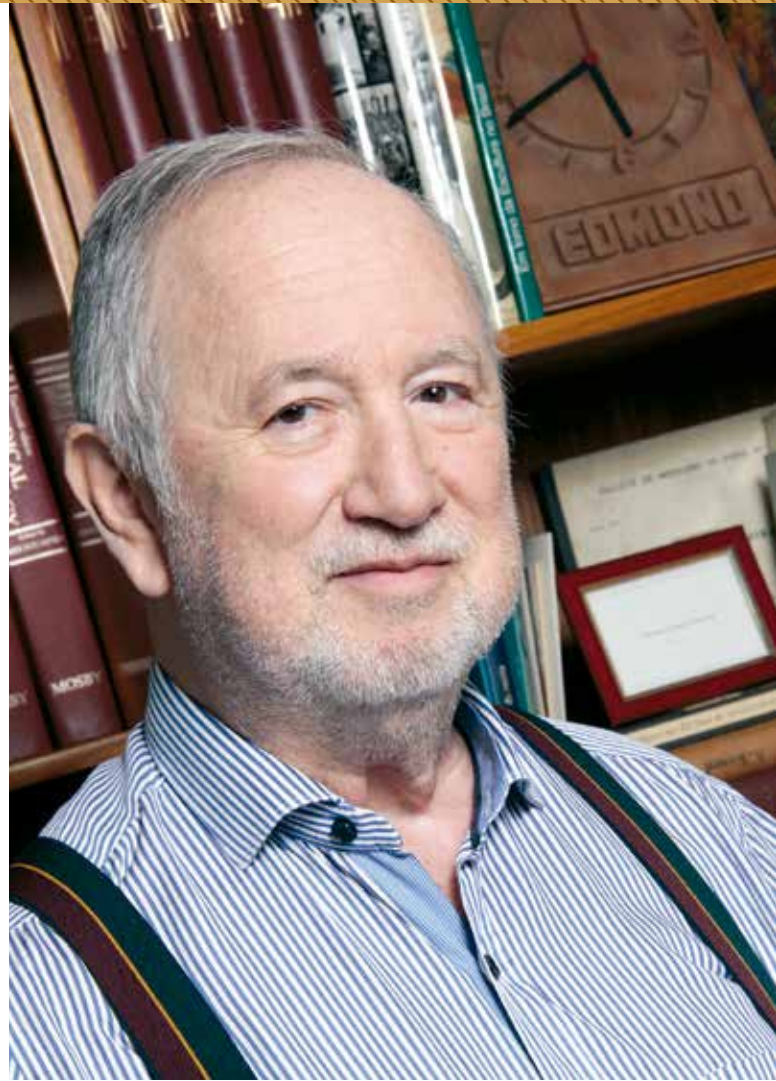
POR LAURO FARIA

Colaboração Mariana Santiago

FOTOS ÉDI PEREIRA

Abusos na saúde

É com grande satisfação que a revista Cadernos de Seguro entrevista o Doutor Edmond Barras. Formado em 1973 pela Faculdade de Medicina da USP, foi residente estrangeiro do Hopitaux de Paris em 1976 e 1977 e médico assistente no Hospital Pitié-Salpêtrière, também na capital francesa. Em 1978, fundou o Serviço de Clínica e Cirurgia da Coluna Vertebral da Beneficência Portuguesa de São Paulo, que dirige até hoje. Conceituado especialista e um dos maiores críticos dos desperdícios e abusos na saúde, o Dr. Barras é exemplo ao mesmo tempo de médico e de ética medica.



Cadernos: Qual a diferença entre desperdícios, abusos e fraudes em saúde?

EB: Entendo que desperdício é aquele gasto com a saúde possível de ser eliminado sem prejudicar o atendimento. Existem vários motivos para isso. Nos Estados Unidos, calcula-se que sejam feitas por ano 600 mil cirurgias de coluna e estima-se que só em desperdício são gastos US\$ 127 milhões. Há um grande hospital norte-americano que realizou um estudo de 1.304 cirurgias de coluna e constatou que houve desperdício em 263, ou seja, 20,2%, o que correspondeu a US\$ 265 mil.

Esse desperdício em cirurgia de coluna pode ser entendido da seguinte forma: há produtos preparados para serem utilizados em uma determinada operação, e não o são. Estes não poderão ser direcionados a outra cirurgia. Temos 46% dos casos de desperdício ocorrendo em função da mudança de conduta do cirurgião, e em 54% dos episódios, isso independe do profissional: são materiais abertos por engano, peças de tamanho incorreto, por cancelamento da operação ou contaminação.

Nesse mesmo hospital, foi realizado um programa educacional. As equipes foram convocadas, os valores desperdiçados foram revelados e foi mostrado individualmente aos cirurgiões quanto cada um deles desperdiçou. Em alguns meses, com essa orientação, o índice inicial caiu de 20,2% para 10,3%. O desperdício ocorre em parte de modo involuntário, e em parte por desleixo. Falo isso porque nesse estudo ficou claro que os cirurgiões de coluna com menos de dez anos de profissão desperdiçam 18%, e os que têm mais de 20 anos de profissão, 9%.

Cadernos: E a fraude, como se diferencia do abuso?

EB: É complicado diferenciar o abuso da fraude. As duas coisas se superpõem. A diferença entre a fraude e o abuso é extremamente tênue.

O abuso se dá por indicação desnecessária de procedimento. Ou também pela opção desnecessária por um tratamento bem mais caro, em que poderiam ser usados implantes mais baratos com a mesma eficiência. Também ocorre quando são feitos tratamentos com antibióticos de última geração, quando o paciente pode ser sensível a outros bem mais em conta. Às vezes, em um procedimento na coluna, utilizam-se duas vezes mais materiais que o necessário.

Outro abuso terrível é o excesso de pedidos de exames. De 30% a 40% dos exames de laboratório ou de imagem solicitados não têm a menor necessidade, e não só para os casos da coluna, mas de um modo geral, conforme estudo do Instituto de Saúde Suplementar, o IESS, em 2016. Vejo pacientes com várias ressonâncias feitas num espaço de tempo muito curto, ou com uma série de exames que não seriam necessários – bastaria um bom exame clínico. Isso é algo muito mais frequente do que imaginamos.

A fraude é um abuso mais grave. É um desvio de conduta na comercialização de certos materiais para obter ganhos indevidos, propinas, mesmo. Isso afeta toda a cadeia, desde fabricantes, distribuidores, médicos, compradores até empregados de hospitais e operadoras. Outro tipo de fraude é quando há produtos e serviços que são cobrados e não são utilizados. Já aconteceu de haver cobrança de materiais que simplesmente não foram colocados no paciente, algo não tão raro assim.

Cadernos: Os valores envolvidos nessas práticas são muito elevados?

EB: Nos Estados Unidos, calcula-se que entre 3% e 10% dos gastos dos setores público e privado se percam com fraudes, o que pode chegar a US\$ 250 bilhões por ano. Não é, portanto, um problema só brasileiro.

Nesse estudo do IESS que eu citei, em 2016, chegou-se à conclusão de que foram utilizados em procedimentos desnecessários ou fraudulentos R\$ 20 bilhões, correspondendo a 15% do total de despesas do sistema de saúde suplementar e privada. Desses R\$ 20 bilhões, R\$ 11 milhões representam contas hospitalares, e R\$ 9 milhões, exames. Foi uma vitória, porque em 2015 foram gastos R\$ 22 bilhões.

De 10% a 15% desses valores representam reembolsos impróprios. De 12% a 18% das contas hospitalares continham itens indevidos. De 25% a 45% dos exames efetuados não eram necessários.

As licitações nos serviços públicos são outra fonte de fraudes. No Brasil, uma avaliação da Controladoria Geral da União revelou que, entre os anos de 2002 e 2015, as fraudes no sistema público de saúde foram de R\$ 5,4 bilhões, significando 27% do total de irregularidades enfrentadas pelo governo. Ou seja, 1/4 de fraudes só na saúde pública.

É um custo que acaba recaindo sobre todos, sendo o consumidor e o contribuinte os mais prejudicados pelo impacto nas mensalidades de planos de saúde e impostos. Na realidade, é muita coisa jogada no buraco.

Cadernos: Como o senhor vê as causas desses problemas?

EB: As causas são muitas, mas em primeiro lugar está a má gestão. O tipo de financiamento que temos do sistema de saúde, que nos Estados Unidos chamam de “fee-for-service”, estimula o superfaturamento. Um paciente internado no hospital é um cheque em branco. Quanto mais procedimentos são feitos, mais gorda fica a conta. É difícil haver um controle, por mais que a auditoria seja feita posteriormente.

Outra causa é a deficiente formação do médico, algo fundamental. Esse profissional hoje é formado para pedir exames, esqueceu-se de como é feita uma boa anamnese, um bom exame físico. Isso basicamente em função do que eu chamo de “rapidez supersônica” para atender o paciente, quando se pedem exames esperando-se que o diagnóstico venha em uma bandeja. O médico conversa pouco com o paciente sobre sua doença.

Sobre o excesso de exames, principalmente de imagens, na minha especialidade há, por exemplo, o seguinte: o paciente tem uma crise de lombalgia e vai ao médico, que pede desde logo uma batelada de exames, muitas vezes, por insistência do próprio paciente. Só que, no meio-tempo, ele fica bom, porque lombalgias podem se resolver até sem remédio, e aí ele se esquece do exame! Em 30% dos



Hoje a tecnologia possui alto custo e em cima desse dinheiro se consegue auferir muitos lucros. Há quem ganhe muito sobre compras de órteses, próteses e materiais especiais."

casos, o paciente sequer busca o resultado desses exames no laboratório! Nos países-membros da OCDE, a média de ressonâncias por 100 mil habitantes é de 60 exames. No Brasil, é de 140.

Fora isso, há exames que são prejudiciais. Uma tomografia computadorizada lida com uma radioatividade muito maior do que uma radiografia simples e, portanto, aumenta o risco de câncer. Existe uma diretiva da Sociedade de Pediatria de não se pedir esse exame para crianças, a não ser para episódios extremamente específicos. Em tomografia de crânio se conhece bem esse risco.

Cadernos: Como o excesso de judicialização afeta o setor de saúde?

EB: Essa é outra causa importante de abusos. Numa indicação de urgência, por exemplo, o paciente precisa procurar um hospital conveniado para esse atendimento e, hoje, infelizmente, o paciente já sai do consultório do médico e se dirige ao escritório do advogado, que geralmente fica ao lado, para entrar com uma liminar. Essa associação entre médicos e advogados já existe, é um esquema montado. As petições são todas iguais, só muda o nome do paciente. O juiz muitas vezes tem de decidir numa sexta-feira, final de tarde. No documento, o médico declara: "Se não for operado, o paciente vai morrer até segunda-feira". O juiz fica contra a parede, tendo que arbitrar a respeito de um problema médico, que ele não conhece, e não vai se arriscar. Isso vira uma indústria das liminares. Nessas horas, como diria um desembargador que conheço, os juízes são "inocentes úteis".

Já houve até autorização de cirurgia bariátrica de urgência, por exemplo! Um caso que corre na justiça é o de um médico que não tem nenhuma formação de coluna,

mas que implanta eletrodos nos pacientes paraplégicos e promete que irá fazê-los voltar a andar. Se esse tratamento desse resultado, ele teria ganho o Nobel de Medicina. O tratamento, só de honorários, sai algo em torno de R\$ 2 milhões. Contudo, há na Justiça um processo contra uma operadora movido por um paciente que está paraplégico e que deseja se tratar com esse médico. Obviamente não há embasamento algum para esse procedimento, que beira o charlatanismo.

Cadernos: E o Conselho de Medicina, como funciona num caso desses?

EB: Infelizmente há pouca eficiência. Na maior parte dos casos, as penas são brandas e confidenciais. Quando mais incisivas, como suspensão do exercício profissional em caso de faltas graves, o médico em geral consegue reverter na Justiça a decisão dos conselhos.

Há outras questões importantes: se uma pessoa fraudar o sistema de saúde público, conforme o Código Penal, é crime, mas se a fraude ocorrer no sistema de saúde suplementar, é contravenção ou desvio de conduta. A pena para cada caso dependerá da vítima, não do gesto. Existe um projeto da senadora Ana Amélia, de agosto de 2015, em que são impostas várias sanções, e uma delas prevê que independentemente de o sistema de saúde ser suplementar ou privado, a fraude seja criminalizada. Porém, está parado nos trâmites legais do Congresso.

Cadernos: Esses problemas afetam mais algumas especialidades que outras?

EB: Sim. Nos Estados Unidos, em primeiro lugar vêm a cardiologia, principalmente, os stents que são colocados em artérias coronárias. Em segundo, os marca-passos. Em 2011, a Associação Médica Americana publicou que 22% dos marca-passos, ou 120 mil, foram colocados sem necessidade. Depois vêm as cesáreas, as cirurgias de coluna e as próteses de joelho.

O fato é que hoje a tecnologia possui alto custo e em cima desse dinheiro se consegue auferir muitos lucros. Há quem ganhe muito sobre compras de órteses, próteses e materiais especiais. Só em taxas de comercialização, que englobam a esterilização e a estocagem, há acréscimos de até 40%. É um absurdo.

Cadernos: O quanto os pacientes têm consciência desses problemas e riscos?

EB: Na maior parte das vezes, os pacientes não têm consciência desse tipo de problema, e nesse aspecto há um

fator agravante fundamental: cada vez que uma operadora de saúde questiona um dado procedimento, na mente do beneficiário isso significa que esta não quer autorizar para economizar.

Esse conceito precisa ser mudado, pois, muitas vezes, a operadora de saúde nega o procedimento para proteger o próprio cliente. Para se ter uma ideia, em 60% dos casos de cirurgia de coluna, a indicação é desnecessária. De cada dez pacientes, seis são operados indevidamente, mas quando se nega, o paciente pensa que é uma estratégia de preservação de lucro.

Já disse isso algumas vezes: é vital que associações importantes, como a FenaSaúde, que congrega as operadoras, e outras entidades se empenhem em fazer campanhas respaldadas por médicos para promover essa mudança de conceito, isto é, tornar claro para os beneficiários que a negativa, muitas vezes, é uma forma de proteção deles contra a exposição a tratamentos desnecessários, caros e perigoso à saúde.

Cadernos: Como fazer isso se frequentemente a comunicação com o paciente é feita de modo burocrático?

EB: Certamente, a negativa implica um respaldo médico importante. A informação do auditor do plano de saúde não tem essa força. Esse profissional geralmente não é especialista no procedimento em questão. Já vi auditores oftalmologistas e ginecologistas opinando sobre cirurgia de coluna! Além disso, os auditores possuem uma ligação financeira com a fonte pagadora, sendo integrados a ela, o que prejudica a isenção. É preciso destacar a relevância de haver um colegiado para oferecer uma segunda opinião. É basicamente o que estamos fazendo, sob forma de projeto, na Beneficência Portuguesa de São Paulo.

Cadernos: O senhor pode nos contar um pouco mais sobre esse projeto?

EB: O projeto está funcionando regularmente há três anos. Um grupo de médicos formado por ortopedistas e neurocirurgiões que operam coluna, ladeados por radiologistas, especialistas em dor, reumatologistas e fisioterapeutas se reúnem semanalmente e analisam todos os casos de pacientes que têm indicação cirúrgica. Estabelecemos diretrizes de ação baseadas no que se pratica em sociedades internacionais, como a NASS (North American Spine Society), a AAOS (American Academy of Orthopaedic Surgery), a inglesa NHS e a francesa HAS, muito específicas e muito boas. Cada caso é discutido e a decisão é tomada por consenso. Quer dizer, se eu levo um caso para o grupo, como uma indicação para cirurgia, tem que haver

um consenso do grupo sobre se deve haver essa cirurgia. Em segundo lugar, discute-se qual é a melhor técnica. Somente depois disso o paciente é operado.

Cadernos: Quais os pontos positivos, a seu ver?

EB: Em primeiro lugar, temos uma decisão tomada por um colegiado, algo muito melhor do que uma decisão única de um médico. Gera uma credibilidade muito boa frente às fontes pagadoras. Um exemplo: depois que começou o projeto, não tivemos mais glosas em cirurgia de coluna.

Fizemos algo muito interessante em relação às cirurgias de urgência. Dentro do projeto, todo caso que entra como emergência, seja por pronto-socorro, internação normal ou transferência de outro hospital, automaticamente precisa ter uma segunda opinião do colegiado, algo que é feito na hora. A Beneficência é um hospital de corpo clínico aberto. Então observamos que quando um paciente é internado como urgência por um médico que faz parte desse colegiado, é muito raro não haver concordância dessa segunda opinião. Em casos de médicos que não fazem parte do projeto, em geral, as discordâncias são mais frequentes. A segunda opinião tem barrado um número significativo de urgências indevidas. Assim, os médicos que utilizavam esse subterfúgio para operar um paciente sem pré-autorização deixaram de fazê-lo por causa desse sistema de controle.

Cadernos: Qual é o balanço do projeto no momento?

EB: O projeto da segunda opinião tem funcionado bem. Lógico que há dificuldades, mas não resta a menor dúvida de que o grande beneficiado é o paciente. É preciso estabelecer bem os critérios de decisão e o fluxo de pacientes, assim como padronizar os fornecedores, porque sem isso não se consegue baixar os custos. Assim, hoje em dia, uma operadora que fecha um contrato conosco sabe que, para uma determinada cirurgia, ela vai gastar “x”, ou seja, existe uma previsibilidade e não mais o “cheque em branco”. Com isso, conseguimos estar em vantagem tanto nos procedimentos cirúrgicos quanto nos exames a serem feitos. Dessa forma, o preço pode ficar 30% mais barato. Ainda: a operadora ganha também nos casos em que uma cirurgia ou procedimento acabam contraindicados, além de ganhar no preço. A ideia da segunda opinião serviria também para coibir o excesso de judicialização, como citei acima.

Em agosto de 2017 foi publicada numa revista norte-americana especializada uma notícia sobre um projeto do Virginia Mason Institute, que é um hospital nos EUA muito conceituado, com uma iniciativa igual à nossa na Beneficência. Isso me deixou muito feliz.



“A assimetria de informação – na qual o médico sabe tudo, e o paciente, nada – precisa ser diminuída. O paciente é o principal interessado, mas temos que oferecer possibilidades de ser possível ouvir uma segunda opinião.”

Cadernos: O projeto pode ser estendido para outras especialidades e setores?

EB: Sem dúvida. A experiência do colegiado de segunda opinião em cirurgias de coluna deixa um caminho aberto para que o procedimento seja utilizado em outras especialidades.

Uma ideia ousada é formar um Instituto para a segunda opinião. Essa organização, sem fins lucrativos, forneceria a segunda opinião. Não trataria o paciente, porém atenderia de forma gratuita qualquer pessoa, vinda do sistema público ou da saúde suplementar ou privada. Gratuito, seria um estímulo para criar a cultura da importância de se ter mais de uma opinião quando é preciso decidir sobre a própria saúde. Sendo um Instituto sem fins lucrativos, o seu financiamento deveria vir de entidades da área da saúde que também se beneficiariam com a melhora dos critérios de indicações cirúrgicas.

A segunda opinião deve ser praticada pelos próprios pacientes individualmente. Contudo, tem que ser em consulta presencial, e não como ocorre na Europa e EUA, em que são mandados os exames por internet e daí se recebe a resposta. O médico deve acompanhar o paciente, examiná-lo, realizar uma conversa olho no olho. Não adianta apenas analisar os exames e indicar o procedimento.

Cadernos: Há alguns anos, houve grande divulgação na imprensa do problema da máfia das próteses e órteses. Houve melhoras após tantas denúncias?

EB: De uma maneira geral, depois do grande impacto causado pelas reportagens da rede Globo, há cerca de três anos, o esquema de propinas dessa máfia ficou na retaguarda, por uns dois ou três meses. Depois disso, foi mudado o *modus operandi*, mas no fundo continuou tudo igual.

Por exemplo, atualmente, 70% do preço de um implante de coluna é “gordura” indevida, que é distribuída para o fabricante e o fornecedor, passando pelo distribuidor, até

chegar ao médico. No Brasil, orçamentos de materiais utilizados em uma cirurgia de coluna, atualmente, chegam rotineiramente a R\$ 150 mil, o que é um absurdo. Na Europa, esses implantes custam apenas 15% desse valor.

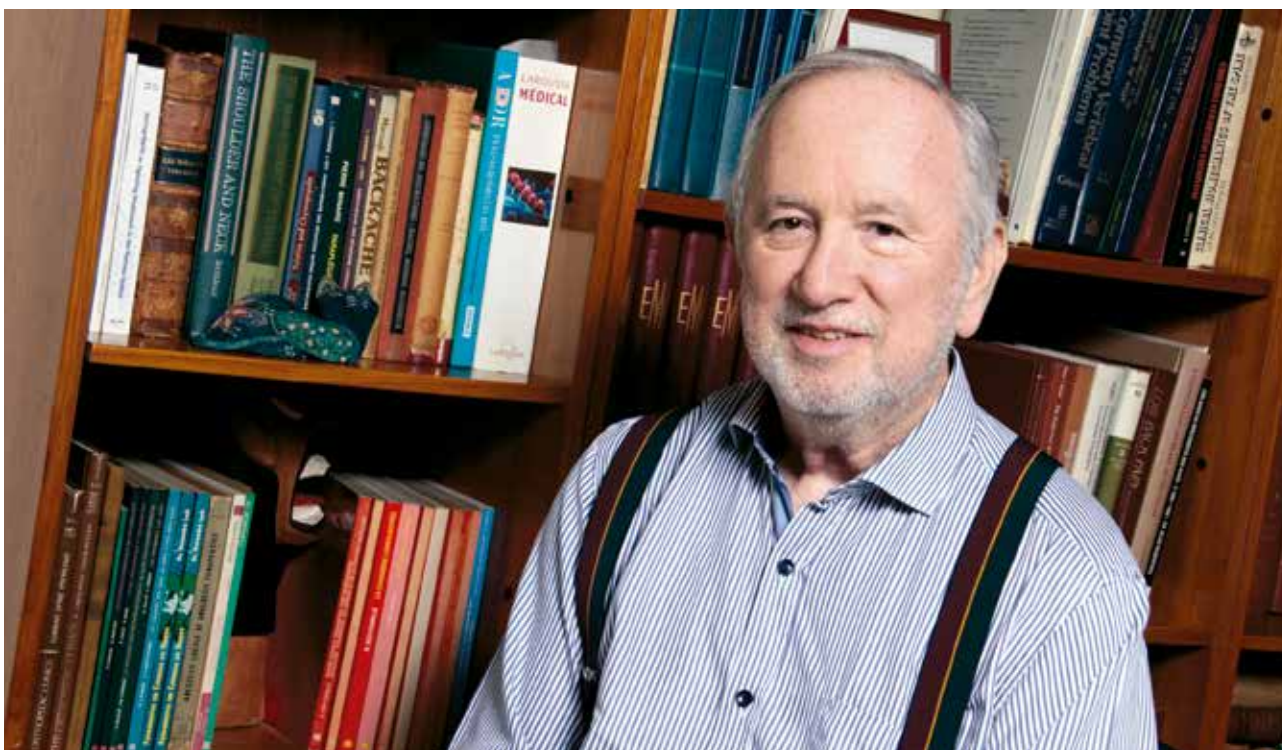
O saldo positivo de toda essa publicidade na imprensa é a conscientização do problema por parte do público. Nos últimos dois ou três anos, tenho ouvido uma pergunta que antes não era feita. Em casos de pessoas já operadas de coluna e com maus resultados, quando vou olhar mais detidamente os exames, frequentemente percebo que não havia indicação para cirurgia. O paciente piorou porque, obviamente, uma cirurgia mal indicada, por melhor que seja a técnica, terá um resultado ruim. Aí, no final da consulta, o paciente me pergunta: “Doutor, será que eu fui vítima da máfia das próteses?”

A imprensa tem, portanto, um papel crucial. Por isso acho que deve haver uma campanha bacana de saúde para mostrar aos pacientes que eles podem acabar sendo instrumentos que facilitam essas fraudes.

Cadernos: Como é a competição no mercado de órteses e próteses?

EB: Em termos de produtos para cirurgia de coluna, os grandes fabricantes são norte-americanos e detêm 75% do mercado mundial. No Brasil, se colocam através de distribuidores.

Antes da instalação do projeto, a Beneficência Portuguesa comprava materiais para as cirurgias de coluna de cerca de 30 fornecedores. Havia competição, mas esta ocorria de maneira errada, isto é, subornava-se para vender. Para que não ocorresse isso, foram selecionados cinco fornecedores, que vendem 95% dos materiais necessários. Com isso, aumentamos a venda de cada um deles. No contrato que fechamos com eles, está explicitado que se pagarem comissão para terceiros, automaticamente estarão fora do projeto. Então deixaram de gastar cerca de 60% dos valores em pagamento de comissões.



Conseguimos, desta forma, baixar os preços, e o Hospital pôde fazer algo fundamental, que é valorizar os honorários médicos. Estes seguiam a tabela da Associação Médica Brasileira de 1992, que pagava em torno de R\$ 900 para uma equipe completa (cirurgião, auxiliar, instrumentador) operar uma hérnia de disco de coluna. Hoje, numa cirurgia como essa, o hospital paga R\$ 8.000. E esse valor ainda é menor do que a comissão que um médico podia obter dos fornecedores de material. Mas, claro, é melhor valorizar os honorários de bons médicos do que pagar propina.

Cadernos: Todas essas questões envolvem incentivos, mas também ética. Como melhorar esse último aspecto?

EB: Eu tenho três palavras: transparência, ética e gestão. Esses três conceitos andam juntos. Não há ética sem transparência médica nem boa gestão. E vice-versa.

Obviamente, a formação geral dos profissionais em saúde também é importante, mas o grande problema na cadeia de saúde é o médico, porque tudo depende da cabeça dele. Ele é, portanto, a figura central. Ele pede o que ele quer, específica o que quer.

Nos Estados Unidos, todas as grandes operadoras de saúde, quando contratam um médico, têm diretrizes de conduta. Não são imposições, mas orientações para o médico

não fugir a determinado padrão. Com direcionamentos – o que fazemos no nosso projeto – há economia. Sem esses direcionamentos, não, pois, o médico não sabe nem quanto custam os exames que pede. Além disso, o colegiado de segunda opinião também é fundamental. Quando um médico que pretende indicar uma cirurgia sabe que esse direcionamento será avaliado por um colegiado, ele já não abusa dos procedimentos.

Cadernos: Se o senhor tivesse poder para implantar uma única medida, qual escolheria para ajudar a resolver o problema das práticas abusivas em saúde?

EB: Convencer a população da importância de ouvir uma segunda opinião. A saúde do paciente é que está em jogo. Nem ele nem o médico devem ficar melindrados pela busca de uma segunda opinião. O paciente precisa ter voz ativa, perguntar para o médico sobre o diagnóstico, tratamentos alternativos, efeitos colaterais. A assimetria de informação – na qual o médico sabe tudo, e o paciente, nada – precisa ser diminuída. O paciente é o principal interessado, mas temos que oferecer possibilidades de ser possível ouvir uma segunda opinião. Daí a minha ideia de montar esse Instituto, em atenção ao problema de médicos, pacientes e operadoras. O paciente que é operado sem necessidade vai gerar despesas não só pela cirurgia, mas para o sistema de saúde de uma maneira geral. ●