

As moradias extra-hospitalares como alternativa à internação dos pacientes cronicados: Uma avaliação do ponto de vista dos custos

André Luiz de C. Fonseca

Antes de se iniciarmos qualquer discussão sobre custos é preciso definir claramente qual é o ponto focal da questão. Uma ênfase excessiva na questão da redução dos custos, a qual parece ser a tônica da pauta econômica mais geral, pode nos desviar do objetivo principal de nossa atividade que é o de nos encarregarmos do bem estar das pessoas, reconhecendo, efetivamente, o direito dos pacientes, particularmente os psiquiátricos, de serem muito bem tratados e cuidados. Enfatizo esta preocupação quanto aos pacientes psiquiátricos porque estes constituem uma minoria (ao lado de algumas outras) particularmente destituída de poder contratual e, portanto, com baixa ou nenhuma capacidade de fazer respeitar os seus direitos fundamentais de pessoa e cidadão.

A redução de custos como meta, portanto, possui um limite claro, definido por parâmetros minimamente aceitáveis de qualidade do serviço de assistência a ser prestado. Mas ao deslocarmos o foco para a defesa de uma certa excelência na prestação desses serviços, percebemos, por outro lado, que um determinado patamar de qualidade pode ser oferecido por um conjunto variado de estruturas de custo diferentes. Ou seja, se reconhecemos que uma certa qualidade implica em um custo mínimo, aquém do qual esta qualidade será certamente comprometida, por outro lado, um serviço caro não é necessariamente um serviço de boa qualidade. Não se trata, portanto, de buscar pura e simplesmente a redução de custos, mas de otimizar a utilização dos recursos disponíveis. O desafio permanente é aumentar a qualidade do atendimento e a quantidade das pessoas atendidas sem que isso implique necessariamente em aumentar a quantidade de recursos alocados.

Podemos identificar pelo menos três perguntas que são básicas para discutir a questão do custo na área da saúde. A primeira pergunta é: quanto custa manter uma vaga aberta? Para manter a vaga em condições de vir a ser ocupada conforme a necessidade, toda a estrutura do atendimento tem que estar previamente montada - os profissionais contratados, a hotelaria em funcionamento e todas as demais atividades de suporte aptas a serem desenvolvidas. Este custo existe de antemão, independente da presença efetiva do paciente. O custo que só ocorre a partir da entrada do paciente pode ser considerado pouco significativo em relação ao custo da estrutura propriamente dita, no qual os recursos humanos (principalmente no caso de hospitais psiquiátricos) constituem o item de maior peso (entre 75% e 80% do custo total).

A segunda pergunta é: qual é a taxa de ocupação das vagas disponíveis? Se eu tenho uma estrutura montada para atender 200 pacientes/dia e só atendo 50 é óbvio que aí estaria ocorrendo um grande desperdício de recursos. De duas, uma: ou concluo que a demanda dentro da minha área de atuação não ultrapassa realmente os 50 pacientes/dia, o que impõe a redução do tamanho da capacidade instalada; ou existe uma demanda reprimida que, por uma série de razões, não consegue encaminhar-se ou ser encaminhada à minha unidade de saúde. De qualquer forma, é desejável operar com uma taxa média de ocupação em torno dos 90% pelo menos.

A terceira pergunta é: quem ocupa essas vagas?. Essa é uma preocupação absolutamente fundamental para quem lida com sistema público de saúde, embora seja irrelevante para o sistema privado, para o qual importa apenas a taxa de ocupação dos leitos ou vagas. E é uma questão particularmente dramática para as áreas da saúde marcadas pela cronicidade do quadro clínico enfrentado. Entre estas podemos citar como exemplos a própria saúde mental e a reabilitação física no que diz respeito à recuperação de pacientes portadores de LER (Lesão por Esforço Repetitivo). Quanto maior for o tempo em que o mesmo paciente ocupa uma vaga, por menor que seja o custo da vaga propriamente dito, maior será o custo efetivo deste paciente para o sistema

público de saúde. Uma vez que se opera com recursos limitados, isto significa dizer que, quanto maior for o tempo de atendimento demandado por um mesmo paciente, menor é o número de pacientes que o sistema irá atender.

A taxa de ocupação das vagas disponíveis e o número de pacientes diferentes que eu atendo dentro de um determinado período irão compor o que podemos chamar de Taxa de Giro dos Pacientes. Quanto maior for a taxa de giro dos pacientes pelas vagas disponibilizadas pelo sistema de saúde, menor será o custo médio por paciente, o qual, voltamos a lembrar, significa que um número maior de pacientes estará sendo atendido pelo mesmo conjunto de recursos disponibilizados. Em outras palavras, se devemos nos preocupar com a qualidade do atendimento prestado aos pacientes que estão no sistema de saúde, da mesma forma, não podemos ignorar o direito daqueles que se encontram igualmente necessitados de atendimento, mas que continuam do lado de fora do sistema, por falta de vagas disponíveis.

Esta discussão é particularmente sensível no que diz respeito aos pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos. No Cândido Ferreira temos cerca de 140 pacientes nesta condição. São 140 vagas que são efetivamente monopolizadas pelo mesmo grupo de pacientes, das quais podemos considerar que 90% pelo menos, serão liberadas para novos pacientes, a princípio, apenas a partir do falecimento dos seus atuais ocupantes.

Há várias questões aí envolvidas. A manutenção da assistência a estes pacientes não deixa de se constituir numa obrigação decorrente da dívida que toda a sociedade tem para com eles, na medida em que foi o próprio sistema de asilo psiquiátrico tradicional que os afastou da família, da comunidade de origem e de qualquer possibilidade de reinserção social. Aliás, sempre representaram, acima de tudo, um excelente negócio para a psiquiatria privada que viveu e vive às custas do dinheiro público: formam uma clientela cativa (literalmente!), destituída de poder contratual, como já assinalamos, o que significa dizer que podem ser submetidos a qualquer condição de tratamento (o mais barato possível, é claro!), assegurando uma taxa de retorno extremamente atraente sobre os recursos repassados pelo Estado.

Por outro lado, num país de tantas carências sociais como o Brasil, a questão da saúde pública encontra-se associada de um modo muito estreito ao tema da assistência social. Em relação a este conjunto de pacientes “moradores” do Cândido Ferreira, pode-se dizer com tranquilidade que a maior parte do seu custo deve ser apropriado antes sob a rubrica “assistência social” do que sob “saúde” propriamente dita. Nos países europeus que desenvolveram o chamado “Welfare State”, nos quais existe uma forte rede de proteção social, a questão da saúde em geral, e, a saúde mental em particular pode ser abordada em seus próprios termos, uma vez que não carrega atrás de si o peso das demandas próprias da assistência social, que são assumidas por esferas específicas de responsabilidade.

No Brasil, instala-se inclusive um paradoxo: o “doente mental”, numa instituição como o Cândido Ferreira, por exemplo, logra obter uma qualidade de vida melhor, sob muitos aspectos, do que familiares, amigos e vizinhos de boa parte dos funcionários que lá trabalham. A condição de “doente” muitas vezes se transforma num atalho para o resgate de uma certa dignidade enquanto pessoa e cidadão, que está além do alcance de uma grande parcela da população, igualmente despossuída, porém “não-doente”. Não é à toa que temos casos de ex-pacientes que voltam por conta própria tentando se internar, ou mesmo de funcionários que se revoltam com as exigências que a instituição impõe quanto ao respeito, num sentido amplo, para com os pacientes, o mesmo respeito que muitas vezes não se sentem em condições de reivindicar para si, em relação a sua própria vida.

Estas constatações apenas reforçam duas necessidades imperiosas: a primeira, de que não existem os “nossos” pacientes e os “outros”. Enfim, as pessoas que estão “do lado de fora” têm os mesmos direitos, em última instância, das que estão do lado de dentro, o que significa dizer que as nossas ações dentro das instituições têm de ser sempre balizadas por esta avaliação mais ampla da situação da saúde como um todo, e da saúde mental em particular, em Campinas, em São Paulo, no Brasil e no Mundo, e não apenas no Cândido Ferreira, no Cantídio ou no CAPS Integração ou Aeroporto. A segunda exigência do momento é iniciarmos (ou prosseguirmos, com

mais determinação) a construção de uma pauta conjunta da saúde, em geral, e da saúde mental, em particular, com todos os setores que enfrentam diretamente a dramática questão social no Brasil, no sentido de permitir a construção de parcerias mais definidas e eficazes do ponto de vista da otimização do uso dos recursos disponíveis.

Neste ponto, aliás, é exemplar o convênio que o Cândido Ferreira estabeleceu com a FUMEC (Fundação Municipal de Educação Comunitária, vinculada à Secretaria Municipal de Educação), do qual resultou o Centro Cultural Cândido/FUMEC, cuja principal atividade é a de propiciar o acesso de adultos à educação básica, não só para os pacientes e funcionários da instituição, mas também para a demanda da própria comunidade na qual a instituição está inserida. A saúde mental sozinha, definitivamente, não dará conta dos desafios da re-habilitação ou da habilitação social daqueles que demandam o seu socorro.

Mas voltando à constatação de que os pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos representam, sem dúvida, um custo considerável para o sistema de saúde público, apenas pelo fato de ocuparem permanentemente a mesma vaga, por menor que seja o custo de manutenção da vaga propriamente dita, e considerando, por outro lado, que os direitos humanos destes pacientes, como pessoas e cidadãos, devem ser integralmente respeitados, a questão que se coloca imediatamente é: existem alternativas?

Podemos dizer que os pacientes crônicos, de modo geral, apresentam um quadro relativamente estável, pontuado por uma crise ou outra. Se o hospital, enquanto tal, qualquer que seja a sua área de concentração, pode ser definido como um local em que um conjunto de recursos terapêuticos se encontra particularmente concentrado a fim torná-lo apto a desenvolver formas de tratamento intensivas do ponto de vista da utilização desses recursos, torna-se óbvia a contradição entre a intensividade característica do equipamento hospitalar e a demanda de características predominantemente extensivas daquelas pacientes. Pode-se dizer, no limite, que os crônicos não necessitam propriamente de um "tratamento" mas basicamente de um "acompanhamento". Da contradição entre as características intensivas da oferta de tratamento típica de um hospital e as características extensivas da demanda predominante de tratamento por parte destes pacientes crônicos, impõe-se a conclusão de que o hospital psiquiátrico pode não ser o equipamento mais adequado para abrigá-los.

É nesta perspectiva que o projeto de moradias extra-hospitalares, desenvolvido pelo Cândido Ferreira, se apresenta em toda a sua importância e dimensão. Com base na experiência acumulada decorrente da implementação de um total de 11 moradias, apresentamos a seguir uma planilha básica do custo de uma casa, abrigo 5 moradores:

Descrição	Valor
Aluguel	600,00
Contas de Água, Luz e Gás	100,00
Alimentação	400,00
Medicação	140,00
Depreciação do equipamento da casa (3 anos)	50,00
24 h/mês Acompanhante Terapêutico (nível universitário)	198,70
60 h/mês Acompanhante Terapêutico (nível médio)	206,40
04 h/mês Médico Psiquiatra	52,16
Total por Moradia/mês	1.747,26
Total por Morador/mês	349,45

Obs: Devemos considerar também um custo inicial de implantação de uma moradia, correspondente à aquisição dos eletrodomésticos (fogão, geladeira, ferro de passar e liquidificador), aquisição dos mobiliário básico e dos utensílios domésticos que estimamos em R\$ 1.800,00, e cuja reposição encontra-se prevista na depreciação assinalada acima.

Se considerarmos o valor atualmente pago pela AIH integral, R\$ 692,40, o qual, convenhamos, já não cobre o custo de uma internação hospitalar, pois trata-se de valor definido ainda em mea-

dos de 96, não sofrendo qualquer reajuste desde então, verificamos que o custo de um paciente na moradia extra-hospitalar equivale hoje, portanto, a 50% daquele valor.

O número de horas técnicas previstas para o acompanhamento das moradias cobre a maior parte das demandas terapêuticas do grupo de pacientes ali instalados, sendo relativamente poucos aqueles que necessitam utilizar outros recursos. Do grupo total de 140 pacientes crônicos atualmente no Cândido, cerca de 30 são pacientes geriátricos, com alto grau de dependência física e/ou psiquiátrica, os quais deverão permanecer no próprio serviço. Dos 110 restantes, apenas 15 vão exigir um acompanhamento de 2 a 3 vezes por semana no CAPS ou Hospital Dia e 48 já se encontram abrigados nas 11 moradias instaladas.

Para se ter uma idéia mais exata sobre como o giro afeta o custo médio por paciente, nas diferentes alternativas de atendimento, apresentaremos o quadro comparativo a seguir:

Diária Internação = 23,08 => Custo anual = 8.308,80 (base AIH = 692,40/mês)

Número de pacientes/vaga (anual) = 18 (Giro = 18/1)

(média de permanência/ano = 20 dias)

Custo médio paciente atendido/ano = $8.308,80/18 = 461,60$

Diária Crônicos = 23,08 => Custo anual = 8.308,80

Número de pacientes/vaga (anual) = 1 (Giro = 1/1)

(média de permanência/ano = 360 dias)

Custo médio paciente atendido/ano = $8.308,80/1 = 8.308,80$

Diária Moradores = 11,65 => Custo anual = 4.194,00

Número de pacientes/vaga (anual) = 1 (Giro = 1/1)

(média de permanência/ano = 360 dias)

Custo médio paciente atendido/ano = $4.194,00/1 = 4.194,00$

A diferença de 4.114,80 entre o custo de um ex-crônico na moradia extra-hospitalar e o custo de um crônico mantido no hospital psiquiátrico permitiria o atendimento de, no mínimo, mais 8,9 pacientes/ano na vaga liberada pelo primeiro, mantido o mesmo patamar de despesa. Ou seja, o mesmo recurso que anteriormente atendia a um único paciente durante o ano, torna-se, portanto, capaz de atender a até 10 pacientes no mesmo período. Se considerarmos períodos de tempo mais longos como base de cálculo do giro dos pacientes, a discrepância torna-se ainda mais gritante. Ao final de 2 anos, teremos consumido 16.617,60 reais com um mesmo paciente crônico dentro do hospital, ao invés de termos custeado a sua manutenção em uma moradia pelo mesmo período (8.388,00 reais) e atendido mais 17,8 pacientes na vaga por ele aberta no hospital. Ao final de 3 anos, um único crônico no hospital terá custado 24.926,40 reais, enquanto o mesmo recurso teria mantido este crônico numa moradia extra-hospitalar por 12.582,00 reais e atendido mais 26,7 pacientes, e assim por diante.

Enfim, se o projeto de moradias extra-hospitalares, por um lado, representa para os pacientes crônicos de instituições psiquiátricas uma possibilidade inequívoca de reinserção na comunidade e de resgate de um grau considerável de autonomia, uma possibilidade, enfim, de reconquista de uma vida mais plena e cidadã, permite, por outro, uma considerável redução dos custos envolvidos na manutenção destes mesmos pacientes, o que, para o sistema público de saúde, significa obter uma maior capacidade de atendimento para o mesmo dispêndio de recursos. É um projeto, portanto, que associa, paradoxalmente, uma considerável melhora da qualidade de vida destes pacientes, sob todos os aspectos, e uma redução igualmente considerável dos custos aí envolvidos. Como dissemos acima, não é necessariamente o projeto mais caro aquele que assegura a melhor condição de tratamento...