

Cartas ao Editor

RBCCV 44205-1063

Cardiomioplastia

Caro Sr. Editor

É inegável que estamos em um momento de transformação da cirurgia cardíaca. Com o amadurecimento atingido pelo cinquentenário desta especialidade, percebemos que alguns ciclos ocorreram. Apesar do imenso avanço e da melhora considerável dos resultados obtidos em todos os tipos de procedimentos em cirurgia cardíaca, uma entidade clínica ainda necessita da nossa mais profunda atenção, a síndrome de insuficiência cardíaca. Isto está claro no European Journal of Cardio-Thoracic Surgery do mês de fevereiro (vol 35, n 02, 2009), no qual os seis primeiros artigos versam sobre insuficiência cardíaca, a começar pelo editorial e culminando com um artigo sobre o manuseio da insuficiência cardíaca diastólica em cirurgia cardíaca. Mais ainda, começa com cardiomioplastia. E cardiomioplastia é o motivo pelo qual escrevo esta carta. Ou melhor, pelo editor da nossa revista. Ao assistirmos as palestras do Prof. Dr. Domingo M. Braile, sobre insuficiência cardíaca, sempre escutávamos e escutam os a mensagem de que a cardiomioplastia fora abandonada precocemente e poderia ser uma opção interessante.

Entramos em um ciclo da moderna abordagem ao paciente com insuficiência cardíaca, no qual o tratamento precisa ser multidisciplinar e exige uma integral colaboração entre cirurgiões e cardiologistas. Uma série de possibilidades inovadoras estão sendo aplicadas, como terapia celular e dispositivos de assistência ventricular, entretanto, ainda há um contingente enorme de pacientes que podem ter melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevivência com procedimentos já existentes e nos quais nós cirurgiões somos treinados: revascularização do miocárdio, troca e plastia valvar, reconstrução ventricular, terapia de ressincronização e transplante cardíaco. Outra quantidade quase imensurável de pacientes vai ficar sem nenhuma opção. Seja pelo estagnação no número de doadores de órgãos, seja pelo alta mortalidade na fila de espera de paciente listados e, finalmente, pelas restrições e contra-indicações do transplante cardíaco. Devido à maior participação dos cirurgiões nos programas de insuficiência cardíaca, aos maiores conhecimentos dos métodos de imagem, melhores cuidados do pacientes grave e avanço nos conceitos de eletrofisiologia fazem com que acreditemos na volta da cardiomioplastia. Após 25 anos do início da cardiomioplastia, temos fortes razões para investirmos nesta técnica: 1) novos conceitos na preservação e estimulação muscular; 2) amadurecimento

das indicações e contra-indicações; 3) domínio da terapia de ressincronização; 4) o uso de desfibriladores implantáveis associados; 5) pela urgência de alternativas ao transplante; 6) pelo custo, e pelos insolúveis problemas com a anti-coagulação e infecção dos dispositivos de assistência ventricular.

Obrigado ao Prof. Dr. Braile por permitir que possamos ver horizontes mais distantes.

Gustavo Calado A Ribeiro - Campinas/SP

As Macas do Pronto Socorro (PS)

Em julho de 1990, o professor Adib Jatene escreveu na Folha de São Paulo: “O PS do Hospital das Clínicas tem sempre mais doentes em macas do que em leitos.”

Este fato, denunciado pela imprensa, resultou na demissão de um superintendente, conforme escreveu.

No artigo de 1990, descreve a dedicação de uma auxiliar de enfermagem – Joaquina - verdadeiro símbolo dos funcionários do Hospital das Clínicas.

O número de macas, como de habitual, era maior do que o de leitos. E recorda que de pronto sentiu o que representa a maca do PS.

Em que pese a dedicação de muitas Joaquinas, a maca do PS é um símbolo e um libelo: símbolo da luta desigual do pessoal da Saúde para atender aos que sofrem. Símbolo da fraternidade e da solidariedade, que não se furta a atender, mesmo em condições desfavoráveis, e que não se rende, resiste, espera, acredita e atua com o desassombro de quem cumpre uma missão, não um horário. Símbolo de dignidade, que não recusa o amor ao próximo e faz doação do seu trabalho, não ao Governo, mas ao doente, enquanto reivindica ao Governo. Libelo contra a indiferença, a incapacidade de resolver o problema; a falta de vontade política e humanidade, pois não sentem com intensidade os problemas sociais.

Estamos acostumados, no Brasil, a procurar os culpados, e não a oferecer soluções, que é o que precisamos.

Há mais de cem anos, Dr. João Penido, em Minas, dirigia-se aos colegas e autoridades, diante de uma epidemia de cólera que ameaçava o município, admitindo ser verdadeira a notícia, mas que não tinha recursos para o problema. Quaisquer despesas, qualquer providência, todos os remédios, dependiam do governo central. Restava às

Câmaras Municipais pedir tudo por intermédio da Assembléia Provincial, para em nada serem atendidas.

O discurso continua atual. O SUS foi concebido com base municipal. A Constituição e a legislação sobre saúde são progressistas, mas a burocracia emperrada impede o avanço para dar ao cidadão serviços dignos e de qualidade. Não se cumpre a lei, desrespeitam-se planos, paralisam-se projetos (vide Hospitais Universitários, permanentemente em obras inacabadas, com interior sucateado). Trocam-se técnicos competentes por apadrinhados políticos.

Dezenove anos se passaram do artigo do Dr. Adib. Mudou alguma coisa?

Sim. Para pior. Por que tem que ser assim?

A implantação do SUS com base pública – ficou no discurso. Dezenove anos, meu caro professor, e o que temos?

Um SUS pós-maduro de incubadora, necessitando, urgentemente, de oxigênio, calor e muito apoio. Dedicção das “Joaninhas” e carinho, para que sobreviva.

As dificuldades se agravaram: as macas do PS se transformaram no chão do PS. O somatório de problemas agravou a viabilidade do setor. Baixo investimento seqüencial leva diretamente a três conseqüências: sucateamento do existente, impossibilidade real de maior controle e eficiência cada vez mais longe.

Enquanto o Governo Federal ampliava, constitucionalmente, o número de cidadãos com direito universal à Saúde, diminuíram-se os recursos e os beneficiários do SUS se multiplicaram por cinco.

Deu-se o cruzamento de linhas que não se cruzam e indicadoras do descaminho, do caos: a linha em queda dos recursos gastos, mal-aplicados ou surrupiados da Saúde (Sanguessugas, Mensalão, Ambulâncias e outros), com a linha ascendente do número de cidadãos com “direito” aos recursos de saúde e, principalmente, aos PS.

Outro ponto fundamental da Saúde é a questão dos recursos humanos. Sempre se fala em remuneração e há distorções sem limite e gravíssimas na remuneração do pessoal da Saúde. Salário, apenas, não constitui a questão primordial. A questão envolve condições de trabalho, formação técnica, humana e social.

É fundamental fixar o profissional no seu local (único) de trabalho, com remuneração adequada e condições dignas, o que, com certeza, contribuirá na melhoria da qualidade dos serviços prestados, com diminuição dos custos.

São necessárias estruturas leves, autônomas, com informações estatísticas (custos, produção e qualidade dos serviços), como principal ferramenta de controle social, visando à maior transparência na gestão dos serviços. Os diretores não podem ficar pedindo pelo amor de Deus para trocar um cano furado.

O modelo de abordagem para se garantir saúde deve ser revisto, ninguém duvida, mas chega de discurso bonito e

demagógico. Não é admissível que se tenha que sofrer com os “derrames cerebrais” (sofrimento humano aliado a maiores gastos financeiros) quando não se dedicou recursos e tempo ao controle efetivo da pressão arterial e de suas causas controláveis.

Não se deve discutir uma medicina de pobres, mas sim a racionalização do enfoque global da saúde.

As Macas do PS 1990-2009

Meu caro professor, a luta é inglória, mas não perdemos, ainda, a esperança (Até Quando?), pois existem, hoje, 19 anos depois, Joaninhas que mantêm a chama acesa da fraternidade, igualdade e liberdade.

A grande revolução que o SUS pretende fazer na área da saúde passa por gerência de recursos humanos, política de saúde e financiamento.

Existem inimigos desse sistema: todos os que perderam ou perderão com sua verdadeira implantação e todos os que lucram muito com sua ineficiência. Todavia, há um grande perdedor: o cidadão brasileiro.

Precisamos, como foi dito pelo professor Jatene há 19 anos, “conjuguar ainda mais esforços para tentar resolver esse problema que vem se arrastando há décadas”, deixar de procurar culpados e oferecer soluções, pois, até quando poderemos contar apenas com Joaninhas que, com seu amor e dedicação, graças a Deus, salvam vidas?

Alexandre Brick - Brasília/DF

Enfoque multidisciplinar

Estimado Dr. Braile,

Lemos com muito interesse a revisão de “Renault JA et al. Respiratory physiotherapy in the pulmonary dysfunction after cardiac surgery. Rev Bras Cir Cardiovasc.2008;23(2)”. É um admirável manuscrito, visou manobras de fisioterapia na condução de pacientes submetidos às cirurgias cardíacas, fato que evidencia ainda mais a relevância do trabalho multidisciplinar.

Sem dúvida, artigos desta natureza e qualidade apenas corroboram para o crescimento deste importante veículo de transcrição das atividades intelectuais, e que possui alcance internacional.

Parabenizamos todo o Corpo Editorial da Revista pela iniciativa e construção de revista com enfoque inter e transdisciplinar na área da cirurgia cardiovascular.

Atenciosamente,

Vitor Engrácia Valenti, Luiz Carlos de Abreu – São Paulo/SP