



## **Transformações da assistência médica.**

Do livro "Filosofia da Cirurgia"  
de Henrique Walter Pinotti

Para se aquilatar sobre as transformações da assistência médica, ocorridas no Brasil nas últimas décadas passadas, basta relatar alguns tópicos históricos.

Nos anos 50, predominava o sistema dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, como o IAPI, dos industriários, o IAPC, dos comerciários, e o IAPTEC, dos empregados em transportes. Anos depois foram unidos no INAMPS, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, que deu origem ao INSS e SUS. Esses serviços eram deficientes na assistência ao trabalhador, o que ensejava a existência de nichos densos de clientela para os médicos de bairro, que serviam seus pacientes, freqüentemente, em visitas domiciliares, sempre portando uma maletinha na mão, com estetoscópio, aparelho de pressão, abaixador de língua e pequena caixa metálica na qual ferviam água, para "esterilizar" a seringa de vidro com agulha. Possuíam consultórios instalados em suas casas, tendo nas fachadas placas grandes anunciando seu nome e campo de atuação, comumente: "Clínica geral e doenças de crianças" ou "Doenças de senhoras, cirurgião e parteiro". Procuravam atender com eficiência a preços acessíveis. Utilizavam-se de recursos clínicos diagnósticos, de história e exame clínico bem conduzidos, empregando, raramente, exames radiológicos e de laboratórios, que encareciam a assistência. Esses autênticos médicos de família formaram consistente clientela. Existia, também, expressivo segmento de clientes de melhor poder aquisitivo, composto,

principalmente, por fazendeiros e empresários de vários ramos, provindos de outras cidades ou residentes em bairros nobres na Capital, como os Jardins. Esses clientes procuravam nomes de grande destaque da medicina, catedráticos ou seus assistentes, muitos dos quais eram especialistas e tinham seus consultórios no centro da cidade, nas famosas ruas 7 de Abril, Barão de Itapetininga, Xavier de Toledo e Praça Ramos de Azevedo (Pinotti, H. W., 2006).

Depois dos anos 50, a população do Brasil foi aumentando, principalmente, nos centros urbanos.

A medicina acompanhou o progresso industrial, sendo introduzidas inovações, principalmente nos métodos diagnósticos e de terapêutica medicamentosa, aumentando os custos das atenções médicas.

Nos anos 70, a medicina era dominada pela atenção estatal através do INAMPS – formado pela união de todos os antigos institutos.

O número de leitos hospitalares era insuficiente para atender à demanda e os custos tornaram-se elevados para internações de particulares. Instalou-se, então, um modelo em que o governo conferiu maiores facilidades de atenções aos pacientes e oportunidades para a classe médica. O paciente pertencente à estatal podia ser internado em enfermarias de seus hospitais próprios ou credenciados e atendido, normalmente, pelos médicos contratados pelo INAMPS. Os cidadãos, que não gozavam desse direito, eram internados como particulares em hospitais credenciados pelo INAMPS, que arcava com as despesas básicas do leito, exames, medicamentos e material cirúrgico. O enfermo que optasse por outra acomodação, quarto ou apartamento, por ocasião da alta, pagava a diferença do custo das diárias ao hospital bem como os honorários médicos. Esta solução agradou a todos, principalmente ao enfermo do INAMPS, que tinha a internação rápida e, como paciente particular, também podia ser admitido em hospital, com equipe médica de sua livre escolha.

Para o governo esta descentralização foi muito oportuna, pois minimizava as reclamações geradas pelas filas de espera para internações. Esta alternativa,

porém, não durou muito. Ocorreram denúncias de contas exageradas apresentadas por alguns hospitais, comprovando-se, infelizmente, inúmeros abusos por parte de proprietários e administradores, às vezes, com a conivência de médicos. Enviavam ao INAMPS relatos de falsas internações com listas de nomes de pacientes fictícios ou de operações grandes, quando eram menores, ou tratamento de fraturas da bacia com longa internação, quando o paciente tivera simples luxação de um dedo da mão e fizera o tratamento em seu domicílio. O controle técnico através da informática era inexistente e os relatórios eram manuscritos, dificultando, pois, a administração precisa do sistema. O modelo foi imediatamente abolido. Alguns médicos proprietários desses hospitais suprimiram do Estado valores fabulosos, enviados, clandestinamente, para bancos do exterior e ou aplicados na compra de imóveis e fazendas, carros importados de luxo, ou iates oceânicos.

### **Configuração vigente de assistência médica.**

Devido à grande população do Brasil e à complexidade de problemas de saúde de toda a natureza, é muito difícil para o Estado controlar todas as ações. As situações anteriores vivenciadas pela administração federal ensejaram, a partir de 1980, a busca de novo formato de assistência médica ao cidadão brasileiro.

Num sistema democrático e de economia liberal, são oferecidas diferentes oportunidades de assistência à população, possibilitando estabelecer três padrões básicos.

O maior e mais popular é o SUS, Sistema Único de Saúde, criado em 1988, considerado uma das maiores redes públicas de saúde do mundo, que abriga todos os indivíduos do território nacional, regiões urbanas e rurais, de qualquer idade, sexo, cor e profissão. Em 1995, chegou a ser responsável por 61,6% dos gastos com saúde, diminuindo no ano passado (2007) para 49%, enquanto o setor privado contribuiu com 51%. Esta redução denuncia a falta de recursos para a saúde, responsável pela deficiência e baixa qualidade de ações e serviços. Em 2007, os gastos públicos com a saúde de 140 milhões de brasileiros foram de R\$ 94,4

bilhões, sendo a metade provinda do governo federal e a outra de estados e municípios.

Com a deformidade de atendimento, aumenta a inquietude da população, principalmente, dos humildes, que têm medo de sofrer ou morrer no abandono. Passaram a procurar os planos de saúde, que cresceram bastante, hoje responsáveis pela cobertura de 40 milhões de pessoas, aplicando per capita/ano R\$ 741,00, mais que o dobro do SUS, que é de R\$ 258,00 *per capita*/ano (Jornal do Cremesp, 2007). Como o SUS está provido de somente 30% dos hospitais necessários, é obrigado a estabelecer convênios com entidades privadas e filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia. O Sistema SUS remunera o médico através de dois sistemas:

- a) médico contratado, como assalariado, para prestar atendimento clínico ou cirúrgico em ambulatórios ou hospitais.
- b) médico contratado, na base da produtividade de acordo com tabelas preestabelecidas pelo SUS.

O segundo grande setor das "Operadoras Privadas de Saúde" é o das organizações comandadas por empresários ou médicos empresários, em geral bem estruturadas em administração e propaganda. São poderosas, economicamente e politicamente, com forte influência no Congresso Nacional, envolvendo deputados e senadores, muito maior do que a influência de todas as entidades médicas juntas, demonstrando porque nesta luta entre desiguais, a classe médica é a perdedora. O indivíduo ou grupos de pessoas se associam mediante contribuição mensal aos planos, abrangendo atenções médicas variáveis de acordo com suas posses. Têm retribuição do atendimento segundo os níveis. São oferecidos hospitais escalonados conforme padrão e serviços contratados: simples internação, internação com exames e UTI por tempo limitado ou UTI por tempo ilimitado e ainda o "Serviço de Assistência Domiciliar", quando o paciente retorna à sua casa e precisa de assistência contínua, através de visitas médicas periódicas ou da presença de enfermeira.

O terceiro setor é formado pelas cooperativas, onde os médicos são sócios e prestadores de serviços, tendo como exemplo a UNIMED que está difundida em todo o território nacional pela aceitabilidade da população. É o mais lógico sistema. Pela administração transparente, o médico trabalha estimulado e com espírito de solidariedade.

Nas grandes cidades existem várias convênios médicos, com baixas mensalidades oferecidas às famílias de trabalhadores, com margens estreitas de serviços, como consultas e alguns exames de laboratório e curto período de internação para atos médicos de menor complexidade.

Este segmento de pacientes, quando precisa de intervenções maiores, termina utilizando-se do SUS!... Admite-se que os planos de saúde têm deixado de ressarcir os serviços prestados pelo SUS em cerca de 1 bilhão de dólares por ano (Cotação do dólar a R\$ 1,70 em fevereiro de 2008).

O quarto setor muito reduzido, definhante, é o da clientela particular, que está sendo substituída pelos pacientes provindos das operadoras de saúde. Existe neste segmento uma onda de migração de pacientes do setor privado para consultórios de médicos que atendem pelos planos de saúde de baixa qualificação, movidos pelo desejo de usufruir de seus direitos de atendimento ante as mensalidades pagas e economizar seus recursos e destiná-los para outros fins. Fazem parte da cultura desse nicho pessoas que se auto-enganam, ignorando que estão colocando a saúde em risco. Substituem o pagamento de honorários a um médico competente pela sustentação da futilidade social, como compra de roupas e calçados de grife, programas de turismo, prestações de carros do ano ou frequência a restaurantes ou choperias com amigos.