

ASSISTÊNCIA MÉDICA PÚBLICA OU PRIVADA?

Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca*

O contrato entre o médico e o paciente era, a princípio, muito simples: "Eu confio em você, Você trata de minha saúde". Desta forma, o médico assumia a responsabilidade pelo tratamento de cada um de seus pacientes, sem intermediários. Hoje, uma terceira parte participa deste contrato — ou o governo, ou as empresas de saúde, que se tornaram o agente pagador das contas, desde as simples consultas com exames, sofisticados ou não, até às internações hospitalares.

Desta forma, os médicos de hoje passaram a ser os *provedores* e os clientes os *consumidores* ou *usuários* de um serviço denominado "assistência à saúde".

Este aspecto comercial da medicina moderna dá origem a um conflito entre a sua imagem clássica, formada ao longo dos séculos, e a imagem atual.

Nos tempos primitivos, a medicina foi praticada por feiticeiros e sacerdotes, dado o seu caráter divino e posteriormente por profissionais exclusivamente dedicados a este mister, os médicos, que recebiam seus conhecimentos diretamente dos mestres, jurando guardá-los em segredo e transmiti-los apenas a outros iniciados. Esta evolução dá origem, inclusive, a um código de ética próprio, restrito aos seus membros e, em consequência, a palavra de um médico só podia ser questionada por outro médico. Ao doente restava apenas submeter-se aos exames e tratamentos propostos.

A instituição do ensino médico em universidades não mudou este quadro, mantendo-se os privilégios, as obrigações e os deveres dos médicos. As mudanças só vieram a ocorrer com o desenvolvimento do espírito científico que agitou o final do século XIX e início do século XX, introduzindo não apenas modernas técnicas científicas mas, principalmente, o questionamento das chamadas "verdades científicas". Esta mudança comportamental permitiu o desenvolvimento da medicina liberal, quando o conhecimento passou a ser discutido com base experimentais. A palavra do médico deixou de ser a palavra final. A palavra final passa a ser a do cientista que domina a tecnologia.

Esta alteração do estado semidivino da medicina desencadeia um processo de perplexidade geral, havendo, inclusive, necessidade de um novo código de ética. Todas as afirmações podem ser questionadas, negadas e substituídas por outras novas. A palavra dos "Grandes

Mestres" pode ser substituída por outras, oriundas de pesquisadores anônimos.

A este estado de perplexidade frente a uma profissão divina (era comum referir-se a sua prática como "sacerdócio"), adiciona-se mais uma surpresa: quem deve pagar a conta médica, uma vez que a pesquisa adiciona ao aspecto da medicina arte o de medicina ciência, evidentemente caro?

Dentro deste ambiente de mudanças contínuas e bruscas, alguns pontos são básicos para refletir sobre a dúvida proposta — "assistência à saúde: pública ou privada?": 1ª) a ausência de verdades absolutas na sociedade atual; 2ª) a divergência de condutas em diferentes comunidades, mesmo que suas culturas tenham pontos semelhantes, e 3ª) o conflito conceitual frente à problemas vitais.

Citemos alguns exemplos:

1ª) não existem verdades absolutas na área médica. A medicina é exercida de formas diferentes em diferentes países. Assim, na França prescreve-se três vezes mais tranquilizantes do que na Espanha. Em contrapartida, na Espanha se prescreve quatro vezes mais antibióticos que na França.

2ª) A conduta cirúrgica também varia: a) nos Estados Unidos, 20% dos bebês nascem de operações cesarianas, contra apenas 9% na Inglaterra. No Brasil, em alguns centros, fala-se em percentuais superiores a 50%!; b) nos Estados Unidos, para cada 100.000 habitantes, opera-se 61 por ano de revascularização miocárdica, contra 6 na Inglaterra e apenas 1 no Japão. Entretanto, no Japão morrem menos pessoas de doença coronariana que nos Estados Unidos; 3ª) o conflito de opiniões aumenta de forma assustadora quando se examinam temas mais abertos. Por exemplo: até quando prolongar a vida de um paciente atingido por moléstia terminal incurável, que sofre? Certamente muitas vidas estão sendo artificialmente prolongadas por pressão das indústrias produtoras de materiais médicos e hospitalares e, talvez, por outros motivos menos fáceis de serem demonstrados, que não serão aqui discutidos.

Estes pontos só podem ser apresentados para debate porque a medicina evoluiu de forma avassaladora nas últimas décadas. Um paciente que sofresse um bloqueio cardíaco, uma insuficiência renal ou insuficiência

* 2º Vice-Presidente ABEM - mandato 1990/1992

coronariana há apenas alguns anos atrás ou se recuperava, ou rapidamente morria. A morte era um evento de baixo custo, tanto sido substituída por um prolongamento da vida de alto custo. O hospital, que não era mais do que um local de repouso, que oferecia conforto aos enfermos e aos moribundos, passou a ser o ambiente depositário de alta tecnologia, muitas vezes escondida atrás de velhos prédios tradicionais.

O gasto com a recuperação da saúde passou a exceder a possibilidade de que o pagamento individualizado fosse feito. Aquele contrato simples entre o médico e o paciente não é mais satisfatório. Há necessidade de que alguém pague a conta!

E quem deve ser este pagador? Como acontece nos outros países ocidentais, de economia livre e mais adaptados ou ricos que o Brasil?

Na Europa ocidental, em todos os países ditos ricos, com exceção da Dinamarca, a medicina é socializada. O pagador é o estado, que arrecada impostos e administra os recursos médicos e de saúde. O pagamento das contas é feito num percentual que varia. Aí estão incluídas consultas, exames, medicamentos e tratamentos hospitalares e de reabilitação. Embora a economia de mercado imponha as suas regras nestes países, a questão da saúde é encarada como um problema do *estado*, que é, em última instância, o responsável pela saúde da população.

No Canadá, o sistema de saúde totalmente socializado, foi implantado há alguns anos e vem funcionando com plena satisfação pelos usuários e prestadores. Este sistema vem sendo estudado por outras nações ricas ocidentais, inclusive os Estados Unidos. O sistema é público, custeado e gerido pelo Governo. É tão rigoroso que não permite a cobrança de nenhum adicional que possa estabelecer eventuais critérios diferenciais no tratamento, que não sejam exclusivamente médicos. Um pequeno parêntese: apenas 2 países não tem um sistema de saúde.

Vejam então os Estados Unidos. Nesta nação, o custeio da atenção médica é assegurado pelo governo aos cidadãos que tenham renda anual inferior a 12.000 dólares, pelo programa Medicare. Aos que recebem mais de 12.000 dólares anuais, o acesso ao programa não é permitido, através de um rigoroso controle feito pelo imposto de renda. Estes cidadãos devem procurar programas de assistência nas empresas ditas de saúde. É justo? Parece. Mas não é!

Eis o que acontece de fato:

a) em primeiro lugar, como os seguros de saúde são extremamente caros, oscilando entre 9.000 a 10.000 dólares anuais os mais simples, constata-se que *30% da população americana não tem direito à assistência médica*, pois ganham mais do que o estabelecido, mas não o suficiente para custear por conta própria. Este fato gera uma distorção significativa: uma nação que gasta 11% do seu PIB com saúde, deixa 30% da sua população sem cobertura médica!;

b) as famílias que podem pagar por um plano mais

simples, embora tenham uma despesa que pese substancialmente no orçamento doméstico, não tem direito a tratamento médico sofisticado (por exemplo: exames complementares que utilizem técnicas aprimoradas, cirurgia cardíaca e tratamentos para câncer);

c) os que podem pagar um plano mais caro, ou seja, os ricos, embora não tenham problemas na área de assistência à saúde, também manifestam insatisfação: são os que pagam os maiores impostos e, ainda assim, são sobrecarregados com altos gastos com a saúde.

Em artigo recente publicado na revista norte-americana *New England Journal of Medicine*, denominado "O Paradoxo da Saúde", fica demonstrado que o povo americano não está satisfeito, embora os parâmetros universalmente utilizados para aferir o nível de saúde indiquem o contrário.

Os dados que demonstram a melhora de saúde são:

— expectativa de vida — aumento de 47,3 anos em 1900 para 74,7 anos em 1984;

— mortalidade infantil — diminuiu de 24,7 por 100.000 em 1965 para 10,6 em 1984;

— mortalidade por diabetes, doenças cardíacas e úlcera péptica, diminuiu dez vezes.

Porém, a sensação de bem estar *diminuiu*:

— satisfação com a saúde: 61% dos americanos estavam satisfeitos com a saúde em 1961, contra 55% em 1980;

— em 1920 apenas 0,82% dos americanos tinham doenças graves, contra 2,12% em 1980.

Esta deterioração da sensação de bem estar, aí incluindo o medo de ficar doente, se acompanhou de mudanças comportamentais. Este medo de perda da saúde se evidencia também de várias formas, como apontam os articulistas das revistas médicas americanas:

a) aumento dos gastos com a saúde: 1980 — 75 bilhões de dólares — 1986 — 465 bilhões de dólares

b) aumento dos cuidados com a saúde: 44% dos americanos tenta controlar o stress; 46% dos americanos tenta emagrecer; 60% dos americanos faz alguma espécie de dieta.

Como fator desencadeante desta sensação de medo e de desconforto, um dos mais importantes, senão o mais, é a *comercialização*, efetuada pelas indústrias de produtos médicos e hospitalares, pelos advogados e pelas empresas de saúde, que promovem a falácia de que a saúde pode ser comprada.

Após a apresentação destes pontos, podemos formular algumas perguntas para reflexão?

1ª) *tem o brasileiro condições de pagar um plano de saúde, como o que vem sendo implantado segundo divulgação do Jornal Estado de São Paulo (8/10/91)?* ver

quadro a seguir:

Idade	Plano individual	Plano casal	Plano família
30	746	1.493	1.826 *
30/34	919	1.838	2.019 *
35/39	1.103	2.206	2.556 *
40/44	1.242	2.484	3.195 *
45/49	1.467	2.935	4.036 *
50/54	1.805	3.616	4.541 *
55/59	2.144	4.288	5.214 *
60/64	2.539	5.079	6.054 *
65/69	3.013	6.207	7.399 *
70/74	3.829	7.658	9.119 *

* pagamento anual em dólares. Nos valores acima mencionados não está incluída a aposentadoria. Que tal vermos então os valores de uma aposentadoria oferecida por uma empresa de Previdência Suíça, anunciada no mesmo jornal, para uma aposentadoria de 24.000 dólares anuais?

Idade	contribuição/ano (em dólares)
25	1.700
30	2.400
35	3.400
40	5.000
45	8.000
50	13.000

Idade da aposentadoria: 65 anos

2ª) É lícito suspender o atendimento à saúde da população sob a alegação de que maus profissionais, sejam eles médicos, advogados, juízes ou funcionários públicos, lesaram o sistema de saúde brasileiro? Não seria mais justo prender os infratores, confiscar o que foi roubado e retornar à população os impostos recolhidos sob a forma de um melhor sistema de saúde?

Supondo que uma pessoa pudesse pagar estes planos, ainda assim as coisas não seriam tão simples. O Jornal do Brasil, de 11/10/91 comunica que o seguro saúde de um determinado Banco brasileiro agora cobre despesas com doenças graves como infarto agudo do miocárdio, derrame, cirurgia coronariana e câncer (quer dizer que os outros não cobrem?), porém com uma ressalva importante: *o contrato termina no dia imediatamente anterior ao 65º aniversário do segurado!*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BARLEY, A. J. The Paradox of health. *N. Eng. J. Med.*, 318(7):414-8, 1988.
02. BRUNCH, W. H. & DVONCH, V. M. Correspondance — Why? *N. Engl. J. Med.*, 318(7):453, 1988.
03. EDITORIAL FALLIBLE DOCTORES. Patient's Dilemma. *The Economist*. 17:19-24, dez., 1988.
04. FOUCAULT, M. A Arquelógica do Saber. 3. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
05. McCOUBY, D. J. Why Are Today's Medical Students Choosing High-Technology Specialties once Internal Medicine? *N. Engl. J. Med.*, 317(9):567-8, 1987.
06. MCGREGOR, M. Technology and the Allocation of Resources. *N. Engl. J. Med.*, 320(2):118-20, 1989.

Endereço do autor:

Rua Gil Ferreira, 81/202
Jardim Village Primavera
27283 — Volta Redonda — RJ