PLANO DE PRONTA AÇÃO UM NOVO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

MURY LYDIA

PARA a assistência médica da Previdência Social, o segundo semestre de 1974 representou o início de uma série de denúncias, pela imprensa, sobre irregularidades que estariam ocorrendo nos hospitais da rede privada que, mediante contrato, prestam serviços aos beneficiários do INPS. O volume e as características das distorções apontadas são de tal ordem que estão ameaçando a imagem do profissional da medicina e promovendo a deterioração do relacionamento médico-paciente.

Paralelamente, manifestações, as mais diversas, relacionadas à problemática, têm sido divulgadas depois de anunciado o **Plano de Pronta Ação**, que definiu a política setorial de assistência médica do governo. A Associação Médica da Guanabara, desde logo, mostrou que o plano, com pequenas modificações, constituia uma réplica do **Plano Nacional de Saúde**, aprovado em 1968, implantado em seguida, malogrado rapidamente.

O Conselho Regional de Medicina da Guanabara e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em nota oficial, externaram o temor de que a ampliação do mercado médico na área privada promovesse o desrespeito aos princípios da Ética Médica. A Associação Médica Brasileira adotou posição de ignorar o plano, limitando-se a recomendar a livre escolha e as cooperativas médicas e condenar, rude e agressivamente, os grupos médicos.

A Federação dos Proprietários dos Hospitais Privados foi a única entidade que, sem restrições, aplaudiu o **Plano de Pronta Ação**. Entretanto, na implantação do sistema, o plano, ao que tudo indica, tem por objetivo específico a privatização da medicina, privilegiando os grupos médicos prestadores de serviços assistenciais.

Em face da multiplicidade dos aspectos envolvidos pelo plano e tendo em vista a complexidade da sua interpretação pelos que não estão familiarizados com o assunto, este trabalho, sem esgotar a matéria, procura realizar uma análise de natureza técnica, examinando cada uma das alternativas contidas no programa elaborado pelo Ministério da Previdência.

1 — HOSPITAIS PRÓPRIOS

De acordo com o plano, os estabelecimentos próprios da Previdência Social serão destinados, precipuamente, à prestação de assistência hospitalar de alta especialização. Trata-se, aparentemente, do reconhecimento oficial de que, de fato, os hospitais públicos funcionam dentro de padrões técnicos mais elevados do que, em média, os estabelecimentos da rede privada, quaisquer que sejam os indicadores adotados para esse tipo de avaliação.

Entretanto, a rede hospitalar própria da Previdência Social, segundo o programa fixado, não deverá nem poderá ter a sua capacidade ampliada. No momento, o INPS produz, com seus hospitais, cerca de dez por cento dos serviços assistenciais prestados aos beneficiários. Com a estagnação decretada, a prestação de tais serviços decrescerá gradativamente até chegar a níveis insignificantes, sobretudo tendo em vista que, além do crescimento vegetativo do sistema, verifica-se uma tendência no sentido do aumento do campo de aplicação do seguro social, cuja meta é a universalização.

O **Plano Leonel Miranda**, do Ministério da Saúde, determinava a privatização da rede hospitalar governamental através do arrendamento a particulares com fundamento no valor histórico de cada unidade. O plano, digamos, atual, chega a resultados assemelhados, a médio e a longo prazos, por caminho diferente, resguardando algumas unidades, que terão importância, apenas, simbólica.

2 — SERVIÇOS PRESTADOS

Com a fatal redução proporcional gradativa da capacidade operacional dos hospitais próprios, a Previdência Social terá que adotar, como política, a contratação de serviços na rede privada, mediante pagamento pela quantidade e natureza da assistência. A grande e intransponível dificuldade que se apresenta na compra desses serviços é que inexiste sistema eficaz de controle das atividades desenvolvidas pelas casas-de-saúde particulares.

Desse fato resulta o registro das mais variadas irregularidades, as mais alarmantes fraudes, das quais se tem conhecimento, apenas, de uma diminuta parcela, tais como: venda de amostras grátis, cobrança de medicamentos não utilizados, de exames radiológicos e de laboratório não realizados, hospitalizações de casos crônicos falsamente rotulados de emergências, internações desnecessárias, superfaturamentos e, até mesmo, o registro de pacientes fantasmas.

Mas, ainda que existisse um eficiente instrumento de controle, não raro a fiscalização está entregue aos próprios donos ou sócios de casas-de-saúde ou vinculados a esses proprietários na qualidade de diretores de associações representativas, conforme declaração do Secretário de Assistência Médica do INPS.

A despeito desses fatores, em desacordo com os interesses da Previdência Social e da saúde dos beneficiários do Instituto, o plano prevê o financiamento, em condições altamente favoráveis, para a construção, ampliação, melhoria de equipamento e modernização dos hospitais da rede privada, em detrimento de igual orientação em relação aos hospitais governamentais: o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Fundão, ainda não foi concluído devido a escassez de recursos.

3 — GRUPOS MÉDICOS

O **Plano de Pronta Ação** atribui destaque ao funcionamento dos grupos empresariais, que se organizam com o objetivo de prestar assistência médica aos funcionários das empresas empregadoras beneficiárias do INPS. Esses grupos se apresentam de diversas maneiras, seja como firmas individuais, seja como sociedades limitadas, seja como sociedades anônimas de capital aberto com ações negociadas na Bolsa de Valores. Todas elas têm um denominador comum: **produzir lucros financeiros.**

Como toda empresa do setor privado, os resultados finais das atividades serão considerados mais favoráveis na medida em que seja possível aumentar a receita e/ou diminuir a despesa. Como a receita é limitada pela participação indireta do Instituto e direta da empresa empregadora, os grupos médicos, não raramente, aumentam os lucros comprimindo as despesas, o que pode ser obtido pela prestação de assistência de má qualidade, pela omissão de exames complementares e pela recusa da própria assistência.

Para restringir os gastos, recorrem a métodos peculiares que não comprometem a sua imagem: o presidente da Associação Médica Brasileira, em data recente, denunciou o tratamento diferenciado que os grupos médicos oferecem aos seus assistidos. Os dirigentes, os executivos, os diretores das empresas empregadoras, responsáveis pela manutenção dos contratos, são tratados **a pão-de-ló**, enquanto os empregados comuns não chegam a ser atendidas as suas necessidades básicas de saúde.

Tais discriminações implicam em transformar a assistência médica da Previdência Social em um instrumento concentrador de renda contrário ao espírito que presidiu a sua criação e em desacordo com a declaração política de redistribuição de renda constante do II Plano Nacional de Desenvolvimento.

4 — LIVRE ESCOLHA

No relacionamento da Previdência Social com os prestadores de serviços médicos, o plano determina que deverá ser dada preferência a aqueles que assegurem a livre escolha de clínicas, profissionais e hospitais. A livre escolha, no seu falso apelo à liberdade, esconde, na realidade, o método de remuneração por unidade de serviço, isto é, o pagamento pela quantidade de atos médicos e cirúrgicos praticados.

Trata-se de um sistema responsável pelas mais sérias infrações éticas de que se tem notícia, constituindo um fator de corrupção por excelência: o médico, nas suas decisões durante o exercício profissional, sofre a influência de um fator extra-técnico, que é a sua remuneração, crescente na proporções que cresce a quantidade de exames e de tratamento, embora essas indicações nem sempre tenham suporte em fundamentos de ordem técnica.

A livre escolha tem sido responsável pelas intervenções cirúrgicas comprovadamente desnecessárias: histerectomias, apendicectomias, amidalectomias. Além disso, tem promovido assustadora elevação das taxas de operação cesariana em substituição ao parto normal, chegando, até mesmo a sessenta por cento, coeficiente que não encontra acolhida em qualquer escola obstétrica.

A livre escolha responde pela realização de cirurgia desdobradas, em dois tempos, para caracterizar duas atividades cirúrgicas e conseqüente dupla remuneração: amidalectomias, cura cirúrgica de varizes de membros inferiores. Toda essa prática deixa de levar em conta os riscos cirúrgicos e anestésicos a que são submetidos os pacientes, com real ameaça às suas saúde e vida.

5 — COOPERATIVAS MÉDICAS

O **Plano de Pronta Ação** prevê expressamente, a prestação de serviços através das cooperativas médicas, que são entidades aparentemente sem características empresariais e sem finalidade lucrativa, embora os excedentes de receita — equivalente aos lucros nas empresas — sejam distribuídos entre os cooperativados na proporção dos serviços realizados por cada um.

As cooperativas médicas fundamentam suas atividades no regime de livre escolha, vale dizer: no pagamento por unidade de serviço. Nestas condições, inevitavelmente, na busca de aumentar seus honorários os médicos são condicionados, sempre, à prática de mais numerosos atos médicos e cirúrgicos, de diagnósticos e de terapêuticas, nem sempre indicados para a recuperação da saúde do paciente.

Foi precisamente o que ocorreu durante a implantação do **Plano Nacional de Saúde**, em Friburgo, quando surgiu um clima de sofreguidão, cada médico procurando, como se fosse possível, produzir mais e mais, com evidente sacrifício das normas éticas e dos padrões técnicos. Foi o que ocorreu no **Plano Piloto de Goiás**, na área da própria Previdência Social, quando até os leigos identificavam as aberrações da demanda dos serviços.

6 — CONVÊNIOS COM EMPRESAS

Nos termos do plano, o INPS, com participação financeira prestará assistência às empresas empregadoras no sentido de manterem os serviços próprios ou os contratados para o atendimento dos seus empregados. Desobrigase o Instituto das responsabilidades assistenciais, mediante os convênios.

Estes importam, sempre, na participação financeira da empresa conveniente, na prática, somente serão celebrados com empresas de elevada lucratividade. As pesquisas realizadas nesse compo demonstraram que os convênios do INPS são firmados, regra geral, com as empresas de grande porte, que são as estatais e as estrangeiras.

Demonstram, por igual, que os empregados dessas recebem remuneração muito mais elevada do que o salário médio do segurado, gozando, em conseqüência, de melhor nível de saúde. Dessa forma, o INPS entrega aos serviços contratados precisamente os grupos de melhor padrão de saúde, ficando sob sua responsabilidade direta os contingentes mais sujeitos às enfermidades.

Novamente aqui, trata-se de uma medida destinada a promover a concentração de renda, contrariando, assim, as metas governamentais de correção aos desequilíbrios da repartição da riqueza nacional.

7 — MEDICINA PREVENTIVA

Configura-se inviável, do ponto-de-vista técnico, compatibilizar a recomendação do **Plano de Pronta Ação** no tocante à "prática da medicina preventiva" com o contexto global do programa. Isto em razão de ser impossível conciliar uma programação que tem por objetivo a privatização da medicina com a prática dos princípios doutrinários em que se baseia a atividade preventiva.

Está comprovado, pelos resultados de pesquisas científicas, que, em muitas oportunidades, o emprego de medidas preventivas importa em apreciável redução da incidência de enfermidades. A medicina privatizada, que tem como prioridade a produção de lucros financeiros, terá comprometida a sua programação com o decréscimo do número de doentes, matéria-prima do seu trabalho.

Ao plano, a medicina preventiva se apresenta ainda mais incompatível quando se adota o sistema de livre escolha e pagamento a unidades de serviços, no qual os profissionais, pela própria natureza do regime de remuneração, necessitam o maior número possível de atendimentos.

8 — EMERGÊNCIAS

Na portaria original que aprovou o presente plano ficou estabelecido que "o primeiro atendimento **nos ambulatórios próprios** da Previdência Social independerá de matrícula prévia dos beneficiários, somente se exigindo prova da condição de segurado para o tratamento e a internação, salvo em casos de urgência, quando serão dispensadas quaisquer formalidades para o atendimento imediato em tudo que for necessário e enquanto o paciente não puder cumprir as formalidades exigíveis".

Para os que exercem atividade na área da assistência médica da Previdência Social, há muito tempo não constitui segredo essa prática. No antigo SANDU, em alguns postos, sobretudo os do interior, o número de atendimentos prestados a não segurados era maior do que os referentes a pacientes vinculados ao sistema, chegando, algumas vezes, a mais de setenta por cento.

O **Plano de Pronta Ação**, sem inovar na matéria, revigorou a norma de atendimento de emergência nas unidades assistenciais próprias, mas o ato do ministro da Previdência foi entendido como extensivo aos hospitais contratados. E como a Secretaria de Assistência Médica do INPS não tivesse meios legais de autorizar o pagamento das despesas com esse tipo de atendimento, o desentendimento deu origem a uma série de ocorrências que não favorecem a imagem do Ministério da Previdência nem beneficiam o conceito dos médicos.

Para contornar a situação, o MPAS decidiu autorizar o pagamento das despesas realizadas com qualquer socorro classificado como de emergência, mesmo aqueles que forem prestados aos não contribuintes da Previdência Social. Como medida complementar, autorizou o pagamento de todos os exames, de qualquer natureza, que forem realizados com o objetivo declarado de identificar se o caso, de fato, tem caraterísticas de urgência.

Se o controle das atividades dos hospitais contratados era, até então, muito difícil, com as novas normas o problema se afigura definitivamente impraticável.

9 — PAGAMENTO DE SOBREPREÇO

Nos termos do plano, "na prestação da assistência hospitalar, quando o beneficiário escolher instalações diferentes daquelas que lhe são oferecidas pela Previdência Social **nos hospitais contratados** ficará sob sua responsabilidade o pagamento de um sobrepreço, para o hospital e para o médico" até cem por cento do valor pago pela Previdência.

Criada essa autorização, por iniciativa do Ministério da Previdência e Assistência Social, os hospitais contratados, cuja finalidade é produzir lucros, com a natural e esperada tendência de incrementar seu faturamento, poderão, sem maiores dificuldades e com pequena despesa, adaptar sua capacidade operacional com um número maior de leitos em **instalações especiais**, recebendo, nas internações elitistas apenas os segurados que tenham recursos e estejam dispostos a pagar o sobrepreço.

Em conseqüência, não será surpresa se, ao invés das filas que resultam da escassez de leitos hospitalares, seja criada um novo tipo de fila: de pacientes que permanecem sem internação por falta de recursos pessoais para o pagamento do sobrepreço, embora haja leitos ociosos em **instalaçoes especiais.**

10 — CONVÊNIO COM SERVIÇOS OFICIAIS

Consta do plano que "para ampliar a prestação de assistência médica aos beneficiários, a Previdência Social procurará utilizar mediante convênio, as instalações e serviços dos governos federal e estaduais". Antes, a assistência médica da Previdência deveria ser prestada pelos serviços próprios. Esgotada a capacidade de seus hospitais, utilizar os serviços federais, estaduais e municipais. Depois disso, lançar mão dos serviços médicos dos sindicatos, das instituições filantrópicas, das entidades não lucrativas e, por fim, das empresas privadas lucrativas.

Na prática, todavia, tais prioridades foram invertidas, inversão agora consagrada pelo **Plano de Pronta Ação**, não obstante as referências do aproveitamento de serviços oficiais de saúde.

Na cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, parece incompreensível que a Previdência Social não mantenha convênio com a Secretaria de Saúde do Estado, pelo menos para disciplinar os socorros de urgência prestados.

E os atos normativos que se seguiram ao plano indicam que a referência aos convênios com serviços oficiais de saúde constitui mais um de seus vários ornamentos, sem que cogite, mesmo remotamente, da sua aplicação.

11 — REEMBOLSO DE DESPESAS

Segundo, ainda, o plano, na hipótese de escolha de profissional ou estabelecimento estranho ao corpo clínico e a rede hospitalar da Previdência Social, esta reembolsará as despesas efetuadas e comprovadas, até o limite das tabelas criadas especialmente para esse fim.

Dificilmente poderia ter sido instituído um sistema em que fosse mais inviável a fiscalização e controle. Se os hospitais contratados e os médicos credenciados são de controle difícil, para não dizer impossível, será fácil imaginar como será esse controle em relação a hospitais e profissionais estranhos ao sistema.

Trata-se de mais uma fonte de irregularidades e de fraudes, contra as quais a Previdência Social estará inteiramente destituída de recursos administrativos. Vale dizer: impotente.

12 — CREDENCIAÇÃO DE MÉDICOS

As instituições de Previdência Social poderão, **nas grandes cidades**, credenciar médicos estabelecidos nos subúrbios e bairros periféricos para atendimento de beneficiários em seus próprios consultórios nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia.

Nas grandes cidades, ao contrário das pequenas comunidades, há grande concentração de recursos assistenciais no setor público, nas áreas federal estaduais e municipais. Não se explica, portanto, que o programa não recomende, no caso, a hipótese de convênio com os serviços oficiais de saúde em lugar de credenciar médicos que terão remuneração por unidade de serviço, com todas as desvantagens e inconvenientes

13 — MEDICINA DE MERCADO

Conforme pode-se concluir, o **Plano de Pronta Ação**, aparentemente, procura compatibilizar objetivos inconciliáveis. Na realidade, porém promove a privatização da medicina, privilegiando os grupos empresariais prestadores de serviços médicos.

Enquanto isso, cresce, em ritmo assustador, o numero de infrações éticas no exercício da prática médica. Não seria apenas para dissipar recursos que o Conselho Regional de Medicina editou um alentado volume de mais de quatrocentas páginas sobre o problema da Ética Médica. A iniciativa traduz uma evidência de que o problema existe e em escala intolerável.

Nesse trabalho são mencionadas algumas práticas que violam o Código de Ética, dicotomia de honorários agenciamento de doentes; seleção de técnicas pelo valor comercial, dando-se preferência na indicação da operação cesariana sobre o parto normal; realização de operações desnecessárias, como as histerectomias e apendicectomias; desdobramentos de atos cirúrgicos, etc.

Todas essas modalidades de informação da ética médica somente ocorrem na esfera da medicina privatizada, nunca tendo sido registrada em serviços oficiais de saúde, onde os médicos recebem remuneração fixa mensal. Assim, caracteriza-se que as infrações éticas, a mercantilização da medicina, as fraudes, as graves irregularidades na prestação de serviços médico-assistenciais são peculiaridades da medicina privatizada, da medicina empresarial, da medicina de livre escolha, da medicina comercial, da medicina do lucro, da medicina de mercado.

Logo, o **Plano de Pronta Ação** do Ministério da Previdência e Assistência Social, pretendendo privatizar a medicina, está criando o clima ideal para a prática da mercantilização, com todas as características de uma atividade profissional de mercado.