

A doença e o Direito

Os 32 milhões de brasileiros que pagam mensalmente para ser atendidos pelas empresas de medicina de grupo, seguro-saúde e cooperativas médicas em caso de necessidade estão vivendo difícil situação. A Resolução nº 1.401 do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada em novembro, estabeleceu prazo para que as empresas do setor passassem a cobrir todas as doenças elencadas no

Código Internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS); ou seja, qualquer patologia sem exclusão, inclusive as chamadas "moléstias preexistentes", e, evidentemente, as infecto-contagiosas, entre elas a Aids. A resolução impôs também a livre escolha dos médicos e hospitais pelo segurado, independentemente de qualquer lista prévia disposta em contrato, além de acabar com carências e cobranças suplementares por idade. Deixa bem clara a preocupação com a "liberdade de escolha dos métodos de diagnóstico pelos médicos".

Essa última determinação dá conta das tensas relações entre médicos e empresas e diz respeito ao que sempre foi o mais sagrado direito no exercício profissional do médico. A discussão está centrada, no entanto, no fato de o CFM interferir em cláusulas contratuais livremente acordadas entre as partes. A cobertura completa de todas as patologias vinha sendo objeto de controvérsia entre empresas e segurados; muitos deles recorreram à Justiça que, invariavelmente, em primeira instância, garantiu o direito de ampla cobertura ao doente. A inclusão no contrato de cláusulas que eliminam cobertura de doenças como diabetes, hipertensão, insuficiência renal simplesmente porque são de tratamento custoso tem sido negada pelos juízes. No caso das doenças infecto-contagiosas, o argumento de "notificação compulsória" ao Sistema de Vigilância Epidemiológica, caso em que passam a ser males de responsabilidade do Estado, também não tem sido bem acolhido.

As empresas de seguro-saúde reagiram à decisão do CFM, reafirmando seus direitos como empre-

sas de seguros privados com atividades reguladas pela Superintendência de Seguros Privados e não pelo Conselho Federal de Medicina. Estabelecer com rigor a instância de fiscalização parece-nos problema menor, porque enfim o

produto segurado tem um valor muito difícil de ser apurado: a vida humana! O fato relevante e que não pode deixar de ser reconhecido é que o Conselho Federal de Medicina — que, com toda a ra-

zão tem direito de envolver-se na proteção da vida — interveio em contratos livremente acordados entre partes e o fez introduzindo cláusula contra uma delas! Determinar que nenhum contrato mais possa ser assinado a partir da data da Resolução 1.401 desrespeitando seus quesitos é uma coisa; impor que todos os contratos já assinados se sujeitem a essas determinações é diferente.

Todos os direitos que eram feridos vinham sendo reparados pela Justiça. Por isso, estabelecer direitos compulsoriamente e para vigorar retroativamente, fazendo *tábula rasa* de cláusulas contratuais, é trilhar mau caminho que não leva a solução alguma. Ao contrário de resolver um problema, protegendo direitos, complica situações. Basta um exemplo: o luminar da Medicina aceitará atender em seu consultório a todo segurado e receber pela tabela da AMB? A quem caberá repor a diferença entre o que cobra o médico e o que estipula a tabela de preços mínimos?

O CFM tem, além do direito, o dever de cuidar da saúde do brasileiro, em especial protegendo a conduta e os métodos de diagnóstico dos médicos. Sua decisão de obrigar o seguro-saúde a ser de fato, nos novos contratos, um "negócio de risco" fornecerá subsídios a muitas decisões judiciais futuras. Não se deve ferir os princípios gerais do Direito para resolver situações que podem decorrer de uma visão mercantil da saúde.

Os excessos registrados e condenados no campo dos seguros-saúde devem ser combatidos de outra maneira, para que não haja possibilidade de perpetuar-se a situação absurda de se perder o direito de adoecer.

**A resolução do
CFM respeita os
médicos e ampara
os doentes, já
assistidos pela
Justiça**

ESTADO DE SÃO PAULO