

Saúde e interesses

PAULO PINHEIRO*

“Saúde é o que interessa, o resto não tem pressa”. O *slogan*, criado em um programa humorístico, se tinha o objetivo de nos alertar para que cuidássemos de nosso bem-estar, hoje deveria ganhar uma nova palavrinha, tal a impressão, que nos passa o mercado, de que a saúde virou um negócio. “Saúde é o que nos interessa”, puderam adaptar alguns empresários, que, sem pressa, viram na decadência do sistema público de saúde um filão para atender àqueles brasileiros que podem recorrer às instituições privadas.

São usuários da medicina de grupo 40 milhões de brasileiros, dos quais 32 milhões têm planos de saúde através das empresas onde trabalham. Os demais 120 milhões recorrem ao SUS. Vale contar um pouco da história que nos trouxe à atual situação.

Não faz muito tempo e tínhamos disponíveis, no Estado do Rio, os hospitais públicos, os hospitais dos Institutos de Previdência Médica e Social (Hospital dos Bancários, Hospital dos Comerciantes, do Ipase, entre outros) e o que chamávamos de médicos facultativos, que eram os particulares. Não havia alta tecnologia nem cartões magnéticos, e apenas quatro faculdades formavam médicos no estado: a UEG (hoje Uerj), a UFRJ, a UFF e a EMC (atual UniRio).

A consulta durava cerca de 60 minutos. Sem a necessidade de assinar uma guia, conversávamos com o médico, que procurava saber da nossa doença atual, de doenças do passado, histórico da família e até o bairro onde morávamos. Esse procedimento era seguido pelo exame físico – inspeção, percussão, palpação e ausculta. Só então, caso houvesse necessidade, eram pedidos exames complementares e receitado o medicamento.

E hoje? Com a tecnologia em alta, temos 16 escolas médicas – todas as 12 novas são particulares, onde cada aluno paga cerca de mil dólares/mês para se formar após seis anos. O ensino, deturpado, faz com que o aluno seja um conhecedor da doença e não se volte para o indivíduo. O país, maior e mais doente, com disparidades crescentes entre os mais ricos e os mais pobres, nivelou a saúde pública por baixo. A universalização, que deu a todos o direito a tudo, e o fim dos Institutos, culminando na criação do Inamps, deixaram a população com um atendimento sem qualidade, já que o sistema não se adaptou à demanda. O quadro foi se desenhando na medida em que surgiam cada vez mais médicos, numa demanda superior à que o mercado pedia, achatando os salários.

Os empresários, então, perceberam o filão. E começaram a ser oferecidos serviços médicos que não existiam, a um preço menor do que o de uma consulta particular, impedindo a manutenção daquela relação médico-paciente, já que o preço da consulta obrigava o clínico a aumentar sua produtividade em busca de um salário compensador. Esse serviço médico para uma elite, que antes era apenas hospitalar, tornou-se ambulatorial, agora atende até em casa – em lacunas deixadas pelo próprio governo – e fez nascer, entre o médico e o paciente, a figura do intermediário. Agora, um livro é nossa referência, na es-

vatizações e a falência do poder público jogaram no mercado outros milhares de usuários, que tiveram de recorrer aos planos privados.

Chegamos, então, aos atuais 40 milhões de brasileiros, que fazem com que, a cada dia, aumentem as reclamações contra os planos e seguros de saúde. São vítimas de um processo que gerou empresas ávidas de lucro (beneficiadas durante muito tempo pela inflação que dominava o país), sem recursos para cumprir o que prometem.

O médico também é uma vítima nessa cadeia. Se no início pensou que era uma alternativa, agora não tem como fugir dela.

Vê-se obrigado a atender em curto espaço de tempo e ainda sofre pressão para solicitar poucos exames complementares, pois o custo destes recai sobre as seguradoras com as quais ele, médico, tem convênio.

Não é uma situação fácil de ser resolvida, mas é possível ser contornada e aprimorada. A Assembleia Legislativa acaba de criar uma Comissão Especial para avaliar a situação dos usuários e profissionais do sistema de saúde complementar no Estado do Rio de Janeiro.

Entre outros objetivos, a Comissão quer interromper essa visão mercantilista e fazer com que a Polícia e o Procon sejam substituídos pelo Cremerj e pelos sindicatos na função de órgãos fiscalizadores da saúde no estado. Temos de ir à Agência Nacional de Saúde Suplementar e saber dela como evitar que planos e seguradoras de saúde sofram intervenção ou sejam liquidadas judicialmente, levando seus usuários de volta ao SUS, mesmo contra a vontade, e os profissionais, com serviços já executados, a deixar de receber os honorários a que fazem jus. Não podemos deixar que se repita na Saúde o fenômeno Proer dos bancos, que obrigou o Governo a usar dinheiro público para socorrer o buraco financeiro privado.

Faz-se necessária uma fiscalização preventiva,

para avaliar a situação financeira das empresas e obrigá-las, de acordo com a lei, a informar o cadastro de associados. Ao mesmo tempo, temos de combater a tentativa de implantação, no Brasil, do Managed Care, um sistema que visa a reduzir ainda mais o custo do atendimento, com menos consultas a especialistas e menos exames, contribuindo para deteriorar ainda mais a relação do médico com os pacientes e piorar a qualidade do atendimento.

E tudo isso com pressa. Pois, afinal de contas, saúde é o que interessa.



colha do consultório ou do hospital onde seremos atendidos. Os honorários passaram a ser pré-estabelecidos e o paciente já perdeu até o hábito de pagar ao “doutor”, embora o faça indiretamente através de uma empresa, que não raro demora dois meses para repassar a remuneração do serviço médico prestado, ainda assim sujeito a glosas questionáveis.

Esse sistema só faz crescer, e o filão mostrou-se tão interessante que seguradoras e bancos entraram no negócio. Algumas empresas, em sua maioria estatais, ainda apresentaram uma alternativa, criando seus próprios serviços de saúde, que funcionavam como um salário indireto. Mas as pri-

*Deputado estadual (PT), presidente da Comissão Especial de Saúde Suplementar