

## CAPÍTULO 39

### ASSISTÊNCIA SANITÁRIA

Mozart Víctor RUSSOMANO

1. O estudo da assistência sanitária, nos programas da seguridade social, embora microscópico quanto às que sugere, tem expressiva significação prática: sempre temos considerado a assistência sanitária o tendão de Aquiles dos sistemas de seguridade social, mormente nos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

Duas razões, pelo menos, influem para que assis seja: *a)* o conceito exageradamente amplo que se atribui à prestação da assistência sanitária; *b)* em conseqüência, a escassez de verbas para que o serviço de assistência sanitária desenvolva em toda a sua extensão e de modo satisfatório.

Essa situação, inclusive, tem levado —pela natureza do tema— a várias tentativas de uma coordenação forte entre a assistência sanitária prestada através do sistema de seguridade social e os órgãos administrativos emcarregados de garantir a saúde pública em geral (excluída a assistência médica em casos de acidentes do trabalho, por sua especificidade).

Dentro desse ponto-de-vista, a conclusão seria o englobamento da assistência sanitária nos planos gerais da saúde pública, porquanto não existe substancial diferença de conceitos entre eles. Ao contrário, a assistência sanitária aos trabalhadores e empresários (contribuintes da seguridade social) constitui espécie dentro do gênero da proteção à saúde da população em geral.

2. O conceito de assistência sanitária (ou assistência médica, se preferirmos a expressão, muito usada nas leis de diversos países) é, por natureza, amplo e os legisladores da seguridade social —no afã de garantir um sistema de efetiva proteção aos associados do sistema, em particular aos trabalhadores— procuram agranger os múltiplos aspectos daquela prestação.

Na lei brasileira (que, nesse ponto, à luz do direito comparado, não oferece grandes novidades) a assistência sanitária pressupõe os serviços médicos ambulatórios e hospitalares.

Esses serviços, por sua vez, envolvem prestação de assistência clínica, cirúrgica, odontológica e farmacêutica.

Tal conceituação, emergente dos termos da legislação tradicional no Brasil, põe de manifesto a procedência de nossa assertiva inicial: os programas de assistência sanitária, por natureza, abarcam serviços diversificados que, por sua vez, reclamam previsões orçamentárias nem sempre suficientes para fiel desenvolvimiento dos planos de ação adotados em cada país.

3. A magnitude do problema e a insuficiência dos recursos disponíveis sobretudo nos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, criam profundas e justificadas reações, alastrando-se a insatisfação dos segurados quanto à eficiência prática do serviço organizado pela seguridade social.

Se considerarmos que a assistência sanitária pressupõe a enfermidade a ser tratada ou a ser, preventivamente, evitada, será fácil compreender e admitir, de um ponto de vista psicológico, essa insatisfação popular, que se agudiza nos momentos em que o segurado ou seu dependente carece de atendimento médico imediato, intenso e permanente ou prolongado.

Se considerarmos o problema em países de apreciável extensão territorial sobretudo se, nesses países, houver desnível econômico e social acentuado entre suas várias regiões quando a assistência sanitária, ultrapassando os lindes urbanos, deve ir ao profundas regiões do hinterland; se somarmos a isso as condições de higiene e alimentação do povo nas regiões menos favorecidas; e assinalarmos a insuficiência quantitativa e qualitativa de médicos, técnicos sanitários e estabelecimientos hospitalares no interior, concluiremos que o conjunto dessas circunstancias cria, necessariamente, no espírito do observador, certo desalento e, no coração da parte atingida pela doença, a onda crespada da inigração e da revolta.

Em países da América Latina, por tudo isso e por outras concausas notórias, sempre temos afirmado que a assistência sanitária é a principal incógnita dos sistemas de seguridade social.

4. Uma palavra a mais sobre a tendência dos legisladores de algunos países de dar à assistência sanitária exagerada *extensão* louvável, por visar a garantir ao segurado maior proteção, mas que, se não existierem recursos financeiros e infraestrutura técnica, agravará, ainda mais, o problema da ificiência prática dos serviços de saúde da seguridade social.

Veja-se, aqui, o exemplo do Brasil, onde —com certo espírito demagógico— o conceito de assistência sanitária foi levado a extremos. Na impossibilidade de dar execução real a essas normas —por assim dizer, normas programáticas— o legislador admite:

a. Que o segurado de melhores posses obtenha, no atendimento hospitalar, condições de maior conforto, pagando, ele próprio, as diferenças, *v. gr.*, entre

quartos individuais (para ele e seus acompanhantes) e as seções normalmente encarregadas de acolher os segurados ou seus dependentes;

b. Que os órgãos da seguridade social celebrem convênios que descentralizem a prestação dos serviços sanitários. A empresa ou o sindicato a que esteja filiado o trabalhador pode convencionar com os órgãos oficiais da seguridade social a prestação —total ou parcial da assistência. Isso, se executado a sério, com severa vigilância de parte da seguridade social pode resultar em vantagens para a comunidade;

c. Mas, para tanto, é necessário compor uma rede complexa de contratos ou convênios: o primeiro ajuste é entre os órgãos administrativos da seguridade social e a empresa ou o sindicato; o segundo é entre uma dessas pessoas jurídicas e estabelecimentos hospitalares e profissionais médicos. Daí nasce a absoluta necessidade da estipulação de padrões mínimos exigidos e controlados pela seguridade social para permitir a celebração do convênio e a execução efetiva do que vier a ser contratado.

Mas, igualmente, nada impede que o órgão da seguridade social celebre convênios diretos com instituições privadas.

Duas são as vias normais dessa ajuda recíproca entre a seguridade social e os serviços hospitalares privados, que não devem ter finalidade lucrativa: subvenção dos serviços internos da instituição contratada, inclusive quanto à renovação e aprimoramento de seus equipamentos médicos; abertura dos serviços da entidade beneficente ao público em geral e, em particular, aos associados do sistema de seguridade social.

Esses podem ser os primeiros sintomas do processo de translação da assistência sanitária, do campo específico da seguridade social, para áreas distintas da administração pública.

Além disso, o entrosamento (na verdade necessário, quíça indispensável) entre os serviços sanitários da seguridade social e os serviços de saúde faz com que se sinta —no plano administrativo— acentuada tendência para transferir seus programas e a execução desses programas para os órgãos do Poder Executivo que têm competência em matéria de higiene e saúde pública.

5. Por outro lado, aqui pode estar criando raízes —precisamente na área cheia de insuficiências da assistência sanitária ampla— a tese da privatização da seguridade social, até hoje administrada pelo Estado.

Há alguns exemplos sedutores em apoio dessa idéia, que tem fundamento doutrinário no florescimento, nos últimos anos, do que se convencionou chamar de neó-liberalismo: uma abertura política e econômica de mercado, com a redução progressiva das dimensões do Estado moderno, que —por chamar

a si incumbências crescentes— vem adquirindo, por sua lentidão e por sua burocracia, o aspecto mastodôntico que embaraça seus movimentos.

O exemplo recente do Chile —cujos resultados vêm sendo descartados como altamente significativos— parece constituir o supedâneo principal da campanha de privatização da seguridade social, que, de certa forma, tende a começar, sobretudo na área da assistência sanitária.

Resta ao jurista ansinar ao legislador e cabe ao legislador estabelecer em suas leis o conceito correto de néo-liberalismo. Se é plausível retração do papel do Estado em áreas alheias à segurança pública, somente poderemos admití-la quando certas questões fundamentais (do ponto de vistar militar, político, econômico, ed cetera, en nelas incluímos a assistência sanitária aos trabalhadores e à população em geral) estejam suficientemente reguardadas.

Em outras palavras: é preciso impedir que o desenvolvimento das ideás néo-liberais excluam o Estado dos programas fundamentais no plano social e que, quando o excluïrem asseguras que isso se faça sem traumatismos ou agresses aos direitos dos trabalhadores e do povo.

Em síntese, o néo-liberalismo não pode desarticular os sistemas protecionistas, penosamente criados através de várias décadas, pelo direito do trabalho e pela seguridade social. A privatização desordenada da economia e, por extensao, da seguridade pode ser evada ao extremo de uma redução de direitos tradicionalmente reconhecidos. E contra isso o jurista tem o dever de se opor.

6. Os planos de privatização (parcial) da seguridade social não têm, necessariamente, essa conotação.

Desde que os planos privados de saúde, assistência médica, a posentadorias, pensões, edcetera, tenham carácter subsidiário, ou melhor, supletivo, em relação às prestações concedidas pelo sistema oficial de seguridade, estaremos dentro das dimensões da normalidade moderna. Mas, o proceso de privatização tende à supressão dos órgãos administrativos do Estado, como instrumentos de execução dos programas de seguridade social, e dentro deles, de assistência sanitária, que é, precisamente, onde costumam surgir, com maior evidência situações agudas ou crônicas de insuficiência dos serviços oferecidos aos segurados e seus dependentes.

Como a assistência sanitária é a área da seguridade social que, geralmente oferece maiores deficiências, ela se torna argumento forte em favor de uma privatização geral dos serviços de seguridade, que deve constituir no entanto, objeto de análise cautelosa, atenta e profunda das realidades nacionais, antes de ser proclamada como a penacéia ideal que suprirá todas as lacunas do sistema atual.

7. O financiamento da assistência sanitária, geralmente, é feito através das contribuições normais pagas pelos empresários, pelos trabalhadores e pelo Estado.

A carência de recursos financeiros para execução dos projetos e programas da assistência sanitária, por isso, se torna, em certas ocasiões, muito evidente. Ou seja: existe sensível desequilíbrio entre as verbas disponíveis e a amplitude da programação, decorrente da dura realidade cotidiana, sobretudo nos países de pequeno desenvolvimento econômico.

Essa é a razão pela qual, de modo muito genérico, se pode dizer que a reação das administrações da seguridade social se escudam, em face dessa situação em dois princípios:

*a.* Os órgãos da seguridade social não se responsabilizam pelas despesas de assistência sanitária realizada pelo próprio beneficiário sem sua prévia autorização; não obstante, em casos de comprovada força maior, poderá ser feito o reembolso das despesas realizadas, até o limite do valor que a seguridade social despenderia no caso em exame.

*b.* A amplitude da assistência sanitária sofre forte limitação, pela regra de que será concedida, em primeiro lugar, entro das disponibilidades orçamentárias da seguridade social e, em segundo lugar, na medida em que a permitirem as condições e os recursos médicos locais.

A importância social da assistência sanitária nos faz sustentar a perfeita legitimidade da instituição de contribuições especiais —fizadas pelo legislador, nos termos que ele próprio estabeleça— com a finalidade precípua e exclusiva de ampliar os recursos financeiros destinados à assistência sanitária.

8. Outro ponto a ser considerado nesse estudo é a possibilidade de o beneficiário escolher, com liberdade, o profissional (médico, odontólogo, ed cetera) que o vai examinar e dirigir o tratamento recomendado.

O chamado regime da livre escolha tem dois aspectos básicos:

*a.* O primeiro, de mais fácil execução, consiste em dar ao beneficiário a possibilidade de escolher o profissional com quem vai consultar e que orientará seu tratamento, dentro de um quadro de funcionários especializados que integram a estrutura administrativa da seguridade social;

*b.* O segundo, de realização prática mais difícil, economicamente mais oneroso, permite ao beneficiário escolher o profissional de sua preferência no mercado de trabalho médico da localidade, cabendo á seguridade social o pagamento dos honorários devidos, caso em que deve existir uma tabela que limite o valor desses honorários, segundo a natureza do serviço prestado.

A primeira solução, perfeitamente viável em nações pobres, concede aos segurados e seus dependentes um regime de livre escolha limitado. O sistema de livre escolha ampla constitui privilégio dos países ricos, fortemente industrializados e de elevado nível no trato dos problemas sociais.

Isso nos permite concluir acentuando, mais uma vez, a distinção que existe entre as sociedades efetivamente desenvolvidas e aquelas que mal iniciam sua caminhada de libertação econômica ou ainda vivem no limbo melancólico do subdesenvolvimento total.

Certo é que a assistência sanitária pode ser uma página dramática na planificação e realização prática dos programas da seguridade social. Neste capítulo estão presentes as grandes multidões de enfermos, que, geralmente, sofrem a doença a miséria e que são em última análise, os protagonistas do drama que leva em si o risco de se transformar em uma grande tragédia social.

#### BIBLIOGRAFÍA

- ALMANSA PASTOR, José, *Derecho de la seguridad social*, Madrid, 1973. Aquí se faz um esquema das medidas protetoras em caso de enfermidade: a) medidas curativas; b) medidas profiláticas ou preventivas; c) medidas reabilitadoras. Isso abre caminho para se incluir no conceito de assistência sanitária a recuperação da vítima em caso de acidente do trabalho. Não foi esse, porém, o sentido que atribuímos a essa prestação da seguridade social, no texto *supra*, onde lhe demos caráter estrito.
- ALONSO OLEA, Manuel, *Instituciones de seguridad social*, Madrid, 1977.
- ALVES DE SOUZA, Sully, *Direito previdenciário*, São Paulo, 1976.
- BORRAJO DACRUZ, Efrén, *Estudios jurídicos de previsión social*, Madrid, 1962.
- EVANG, Karl, *Health Services in Norway*, 4a. ed., Oslo, 1976.
- MARTÍ BUFFIL, Carlos, *Derecho de la seguridad social (las prestaciones)*, 2a. ed., Madrid, 1964.
- MESQUITA BARROS Jr., Cássio, *Previdencia social rural*, São Paulo, 1972.
- PALERMO, Antonio, *Legislazione sociale del lavoro*, Turin, 1962.
- PEREIRA DA ROSA, Albino, *A lei orgânica social*, Rio de Janeiro, 1960.
- PEREIRA LEITE, J. A. G., *Curso elementar de direito previdenciário*, São Paulo, 1977.
- PIMENTEL, Marcelo, *et al.*, *A previdência social brasileira interpretada*, Rio de Janeiro, 1970.
- ROUAST-André e Paul Durand, *Securité sociale*, Paris, 1958.

- RUSSOMANO, Mozart Vítor, *Comentários à lei orgânica da previdência social*, 2a. ed., Rio de Janeiro, 1968.
- , *Comentários à Consolidação das leis da previdência social*, 2a. ed., São Paulo, 1981.
- , *Curso de previdência social*, 3a. ed., Rio de Janeiro, 1985.
- SÜSSEKIND, Arnaldo L., *Previdência social brasileira*, Rio de Janeiro, 1955.
- VEIGA DE CARVALHO, Hilário e Marco Segre, *Medicina social e do trabalho*, São Paulo, 1977. No local indicado, os autores apontam a relevância da assistência sanitária em casos de doenças mentais, sendo sabido que se acentuam essas enfermidades em face das condições do trabalho industrial moderno.