

A PADRONIZAÇÃO E A INDIVIDUALIZAÇÃO NO ACESSO À SAÚDE: UMA ANÁLISE DA INTERAÇÃO ENTRE O MÉDICO, O PACIENTE E AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

STANDARDIZATION AND INDIVIDUALIZATION IN ACCESS TO HEALTH: AN ANALYSIS OF THE INTERACTION BETWEEN THE PHYSICIAN, THE PATIENT AND THE OPERATORS OF HEALTH PLANS

Ermelino Franco Becker¹, Miguel Kfoury Neto², José Laurindo de Souza Netto³

O artigo analisa o conflito de interesses inerente à relação de consumo entre o cliente dos planos de saúde, o profissional médico e o gestor do convênio. A legislação, embora tenha evoluído ao longo das décadas, ainda é caracterizada por lacunas de critérios técnicos na liberação de materiais e tratamentos de última geração, gerando conflitos judiciais desgastantes.

Palavras-Chave: Saúde suplementar, limites da cobertura de convênios, conflito de interesses.

The article discusses potential conflicts in the setting of private medicine access. The health insurance, the physician and the patient have different goals. The legislation lacks details about the limits of material costs and ultimate treatments, leading to struggling judicial conflicts.

Keywords: Health insurance, limits of health coverage, interest conflicts.

¹ Mestre pelo Programa de Direito Empresarial e Cidadania do Centro Universitário Curitiba - UNICURITIBA. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1995). É especialista em cirurgia oncológica com residência médica no Hospital Nossa Senhora das Graças de Curitiba. Tem experiência na área de Medicina, em cirurgia oncológica e perícias médicas. É médico legista do Instituto Médico Legal do Paraná. Tem título de especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Associação Médica Brasileira/ Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas. É professor na Faculdade Evangélica Mackenzie em Curitiba e na Universidade Positivo nas graduações dos cursos de medicina, nas disciplinas de Medicina Legal e na de Bioética. Participa do grupo de pesquisas em direito médico do centro universitário Curitiba - UNICURITIBA. Lattes Id: <http://lattes.cnpq.br/3773145793767133>.

² Pós-Doutor em Ciências Jurídico-Civis junto à Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (2013-2014). Doutor em Direito das Relações Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2005). Mestre em Direito das Relações Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (1994). Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Maringá (1981). Licenciado em Letras-Português pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1972). Professor Doutor integrante do Corpo Docente Permanente do Programa de Doutorado e Mestrado em Direito Empresarial e Cidadania do Centro Universitário Curitiba. Autor de diversos artigos e obras jurídicas na área de responsabilidade civil médico-hospitalar. Desembargador do Tribunal de Justiça do Paraná (TJ-PR). Líder do grupo de pesquisas "Direito da Saúde e Empresas Médicas (UNICURITIBA). Membro da Comissão de Direito Médico do Conselho Federal de Medicina. Membro da Equipe Editorial da Revista de Bioética (do Conselho Federal de Medicina). Foi presidente do TJPR no biênio 2011-2012 e presidente da Associação dos Magistrados do Paraná. (AMAPAR) entre 2008-2009. **Lattes ID:** <http://lattes.cnpq.br/8358469982281584>. **Orcid ID:** <https://orcid.org/0000-0003-2465-8758>

³ Pós-doutor pela Faculdade de Direito da Universidade Degli Studi di Roma – La Sapienza. Estágio de Pós-doutorado em Portugal. Mestre e Doutor pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Graduado em Direito pela Universidade Católica do Paraná – PUC. Professor permanente no Mestrado da Universidade Paranaense – UNIPAR. Projeto de pesquisa Científica - Mediação Comunitária: um mecanismo para a emancipação do ser humano, registrado no CNPQ. Desembargador e Presidente do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. E-mail: jl@tjpr.jus.br. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6950-6128>. **ID Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/8509259358093260>.

INTRODUÇÃO

A vida, uma vez que é um ciclo, sempre termina na morte. Seja por doenças ou por causas traumáticas, sua certeza ainda permeia nossa existência. Poucas coisas são mais tensas que as relações das pessoas com as doenças graves e o falecimento.

A evolução histórica da tecnologia e da medicina, em seus grandes degraus e em seus pequenos avanços, moldou a visão da sociedade sobre este momento inexorável, fazendo-nos perceber que podemos influenciar os fatos relacionados à morte, principalmente em seu modo e seu tempo.

Não só a medicina preventiva, mas também os tratamentos foram objetos de massivos investimentos no último século, alterando a própria percepção da realidade pela população. Se antes entendia-se, de maneira até bela, que as doenças e o falecer eram facetas da vontade divina, e a resignação era o caminho para a santificação, modernamente nossa sociedade está muito mais alerta para o direito de os cidadãos receberem intervenções médicas atualizadas e acompanhadas do respeito à sua condição de seres humanos.

A própria evolução normativa da nação partiu de uma medicina baseada em caridade para as camadas menos abastadas da população para um pujante sistema estatal de saúde, com bases solidificadas e leal aos princípios de universalidade e equidade proclamados na sua criação. Das antigas Santas Casas à atual rede de atendimento pública, nunca o brasileiro teve tanta certeza do acesso à saúde e consciência de seus direitos. Conforme o próprio sítio da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB:

A partir da organização do SUS, através formulação político-estratégica da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, que resultou na inclusão do SUS na Constituição Federal, o setor filantrópico ingressou de uma vez no modelo de assistência com participação efetiva no atendimento e na contribuição de formulação de políticas públicas de saúde, tornando-se parte integrante e essencial para o sistema.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que, segundo a Constituição, garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos. Regulado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/1990), o SUS deve ser financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Também fazem parte desta história os atendimentos privados. Enquanto puramente particulares, foram típicos da elite brasileira até os meados dos anos oitenta. A medicina até esta época era, quanto ao diagnóstico, baseada na história médica e no exame físico do paciente, com exames complementares de baixa tecnologia e baixo custo.

O florescer da tecnologia da imagem, com suas tomografias e ressonâncias, o conhecimento genético e molecular das doenças, o desenvolvimento de aparelhagem intervencionista de alto custo como as laparoscopias, endoscopias, hemodinâmicas, a farmacologia com seus anticorpos monoclonais, sua potência de desenvolvimento

de novos fármacos, e, acima de tudo, a informática, elevaram os custos da medicina a um padrão inatingível mesmo para grande parte das pessoas abastadas.

Tal realidade foi contornada com o aparecimento das diversas formas de medicina de grupo, os chamados “convênios”, nas suas mais variadas formas, haja vista, as cooperativas médicas, os sistemas de autogestão, os seguros saúde e seus semelhantes.

Essas relações, não só da medicina em âmbito privado, mas também do Sistema Único de Saúde, o SUS, apesar de suas evidentes vantagens, introduziram um fator ternário nas relações clássicas entre os médicos e os pacientes: o “terceiro pagador”.

1 O TERCEIRO PAGADOR

A inserção desta entidade nas relações de tratamento e pagamento de custos médicos traz dinâmicas de relações jurídicas até então pouco exploradas em relação aos seus limites. O SUS, herdeiro da medicina de beneficência, era visto como uma ajuda caridosa da sociedade aos menos afortunados. Sua insuficiência, sua falta de dignidade, sua inadequação em relação ao tempo do tratamento, suas filas eram tidas como inevitáveis, e, dado que os pacientes eram apenas pessoas carentes, e os fornecedores do serviço eram entidades ou pessoas beneficentes, a tolerância da sociedade esclarecida era, de certa forma, automática.

Já a medicina de grupo era interpretada como um suporte básico para os elementos de alto custo relacionados com a medicina moderna, mas ainda com honorários médicos pagos separadamente, uma vez que os médicos ainda não se submetiam ao credenciamento. Uma habitualidade era o paciente se internar em apartamentos separados das enfermarias, com uma guia do INAMPS, mas complementando honorários e custos hospitalares. Tal prática teve vida relativamente curta, embora não fosse proibida inicialmente. Tal ocorrência ilustra um aspecto atual que confunde a função social diferenciada, mesmo em decisões judiciais, dos convênios do SUS.

Outra característica dos tempos iniciais do SUS e dos convênios, a medicina ainda tinha uma característica artesanal muito densa, e a escolha dos médicos se dava por tradição, renome, indicação entre médicos e não por imposição do gestor ou credenciamento. A escolha do profissional era muito mais relacionada à decisão do paciente que no momento atual.

Com a padronização de condutas, diretrizes definidas das sociedades de especialidades e a onipresença do acesso à informação na internet, as condutas médicas passam a ser muito mais uniformes e menos dependentes do profissional. A ligação dos pacientes a seus médicos deixou de ser regida pela confiança e livre escolha e passou a estar atrelada à disponibilidade do profissional em receber a carteirinha do convênio. No SUS, atende quem estiver encarregado daquele horário, naquele local. Se for um hospital escola, com grande rotatividade de alunos e residentes, com frequência o paciente não tem duas consultas com o mesmo assistente.

O conhecimento médico, passado anteriormente de boca a ouvido, e também por livros custosamente adquiridos, passou a estar disponível virtualmente. A própria

medicina como prática passou a ser governada por diretrizes, protocolos e fluxogramas. Tais consensos são desenvolvidos e divulgados por colegiados de especialistas e pesquisadores renomados, mas nem sempre se encaixam em todas as realidades de atendimento, de norte a sul do Brasil. A repercussão dos chamados "guidelines" vai retirando da relação médico paciente a autonomia, não pela proibição de certas condutas, mas pelo poder do controle dos custos pelo terceiro pagador, que vê com simpatia a previsibilidade de tal engessamento.

Ainda sobre a medicina socializada, cabem alguns raciocínios sobre os valores morais envolvidos na gestão da saúde de populações ou de grupos de pacientes. Uma boa analogia é a compra de um determinado eletrodoméstico por um casal para si mesmos, como presente para outros ou ainda, através de um terceiro.

Na hipótese de os compradores estarem à procura um eletrodoméstico para uso próprio, provavelmente os fatores envolvidos na decisão de compra envolvam o custo daquele aparelho, em contraposição à sua efetividade e durabilidade. Se um aparelho que faz o mesmo serviço é mais barato, porém entendem os compradores que, de alguma forma, tem pior qualidade ou menos funções, ou ainda falta de confiabilidade da marca, tenderão estes, em grande parte das vezes, a escolher o produto mais caro, motivados pela sua confiança, senso estético ou até motivações ecológicas, entre outras.

Na segunda hipótese, em que o casal esteja comprando um presente para um casal amigo, para seu casamento, por exemplo, os valores morais da decisão tendem a ser outros. A durabilidade do aparelho passa a ser menos importante, e a volição para desembolsar mais dinheiro passa a não ter a mesma intensidade, uma vez que não haverá benefício para o casal comprador. De qualquer maneira, o casal também não comprará algo de baixíssima qualidade pois tem um relacionamento no mínimo amigável com os noivos, e não deseja ruídos no convívio causados pela simbologia de um presente ruim.

A pior situação é a terceira hipótese, em que o casal que vai dar o presente não está escolhendo o que vai comprar, pois já terceirizou o dinheiro para um comprador fazer a escolha. Este terceiro comprador não possui nenhum compromisso moral ou afetivo com o casal de noivos, pois não os conhece. Suas decisões são guiadas pela realidade de que nem o valor desembolsado, nem o impacto do presente têm qualquer repercussão pessoal sobre si.

A primeira hipótese equivaleria ao paciente comprando o serviço diretamente de seu médico. Dispondo da capacidade de honrar o pagamento, os valores a definir a compra são a confiança, renome do profissional, recomendação e afins. Também estarão atentos à qualidade dos materiais a serem usados como próteses ou órteses, preferindo aquelas que à seu ver, trarão mais segurança para sua saúde.

Na segunda hipótese, cabe a analogia com os grupos de autogestão e serviços de saúde específicos de certos grupos de pessoas, como empregados de empresas, funcionários públicos e semelhantes. Não há intenção de lucro, nem motivação para buscar algo mais luxuoso ou eventualmente durável. Na falta da intenção do lucro, o gestor tende a gastar o dinheiro dos beneficiários dentro da possibilidade, considerando o mutualismo entre eles. Como

este gestor não é o beneficiário do serviço médico, ele tende a menosprezar a qualidade dos produtos e dos serviços, na medida em que esta não fique abaixo de uma linha mínima, onde comece a haver comprometimento sensível da satisfação dos doentes. Como regra geral, busca-se o ticket de valor mais baixo, mas com um mínimo de qualidade aceitável. Como o cliente é fixo, quem perde o cargo no desequilíbrio da má qualidade é o gestor.

Esta hipótese também representa os planos de saúde comerciais. O lucro surge em grande parte da diminuição dos custos de atendimento, fazendo o gestor buscar o mais barato cumprimento do contrato, limitado pela realidade de mercado. Se economizar demais, perderá clientes pela baixa qualidade. Se gastar demais, a empresa ficará inviável em sua solvência.

Sobre o SUS, a realidade é a mais cruel das três hipóteses elencadas pois, quem compra os serviços e produtos médicos não tem nenhuma influência dos resultados em sua vida pessoal. Embora existam mecanismos que exijam do governante o gasto mínimo comparado ao orçamento geral, as compras e contratos dos organismos de atendimento estatais são regidos pela lei das licitações. Tal aparato legal, com o nobre objetivo de coibir a corrupção e os superfaturamentos, majoritariamente obriga o gestor a comprar produtos mais baratos, desde que encaixe na descrição técnica. Seria como obrigar o terceiro comprador do eletrodoméstico a escolher o pior de todos, também mais barato, ainda que fosse evidente para os casais envolvidos que tal produto é inadequado. Alguns mecanismos compensatórios existem para mitigar esta característica, mas na prática são relativamente lentos e ineficientes.

O governo, ao contrário da empresa, não vai à falência, nem tampouco perde seus clientes, uma vez que não são capazes de procurar a medicina privada. Mesmo se o fizessem, seria até vantajoso para o SUS, pois não há influência sobre a arrecadação, apenas sobre os gastos. A suposta demissão não incidirá sobre os funcionários de carreira, e sobre os cargos eletivos são longos quatro anos até uma possível troca.

"Entretanto, quantitativamente, os custos e as consequências variam em função da perspectiva adotada. Assim, para se conduzir uma avaliação econômica é necessário definir qual será a perspectiva adotada. As perspectivas mais utilizadas são a da sociedade como um todo e a do terceiro pagador, que pode ser o sistema de saúde ou um plano de saúde; a perspectiva do paciente é a menos utilizada" (VANNI, 2009).

Assim, a medicina brasileira, e talvez se possa extrapolar para todo o ocidente, apresenta essas características de despersonalização da relação médico-paciente e de padronização das condutas dos atendimentos, na sua comparação com o século passado. A figura do terceiro pagador na área administrativa gera um profundo efeito negativo sobre o mercado, no sentido oposto à busca da qualidade e da diferenciação dos serviços. Conforme o professor Pedro Pita Barros da Universidade Nova de Lisboa:

"É fácil o doente e o médico concordarem em que se gaste o que for preciso, mesmo que isso tenha

pouco ou quase nenhum impacto na saúde do doente. Mas como alguém tem de pagar, essa entidade, o terceiro pagador, reclama crescentemente um papel na determinação da despesa, seja discutindo custos e preços, seja procurando influenciar a utilização de cuidados de saúde. No caso de um Serviço Nacional de Saúde financiado solidariamente por impostos, esse papel do terceiro pagador pode envolver uma exigência social de que a ética médica reconheça, no exercício da Medicina, que existem recursos limitados. Recursos que, sendo gastos numa situação, são menores para serem usados noutros casos."

2 A SAÚDE DOS INSATISFEITOS

Outra faceta por onde podemos observar as distorções das interações entre consumidores e atendimento médico é a dos os vetores de equilíbrio mercadológico. A existência do Sistema Único de Saúde é, com todos os respeitos à sua universalidade, gratuidade e equidade, o primeiro grande fator de desequilíbrio entre os atores do mercado médico. Em teoria o SUS teria por obrigação o atendimento a toda a população de maneira completa, eficiente, equitativa e independente de qualquer contraprestação do cidadão à sociedade.

Um consumidor só buscaria comprar um serviço redundante, paralelo ao SUS, se entendesse que está comprando algo diferenciado. Se o SUS fosse um fornecedor de serviços de mesmo padrão do setor privado, este último não existiria, uma vez que ninguém pagaria por algo que já está disponível gratuitamente, (ainda mais com uma nova incidência de impostos sobre tais serviços). Se a medicina privada é tecnicamente superior à do SUS, sua própria existência se torna a materialidade da inadequação prática do sistema público. Este mercado da saúde privada é a máxima contradição ética na equidade do acesso à saúde. Um argumento contrário seria de que os convênios vendem apenas conforto e praticidade, fornecendo técnicas equivalentes. Tal argumento se enfraquece quando se analisa o desproporcional peso orçamentário na planilha das famílias que não abrem mão de ter a medicina de grupo, privada e sujeita às leis do consumidor. Dificilmente se observaria outro gasto mensal tão significativo para meros conforto e praticidade. O que o consumidor busca é de fato se proteger das imperfeições e insuficiência do sistema.

Outra evidência da inadequação técnica do SUS é a criminalização de qualquer pagamento paralelo durante os atendimentos estatais. Tal ilegalidade, tanto quanto proteger o cidadão de cobranças indevidas, tem o efeito de afastar do sistema quem tentasse sinergicamente preencher as lacunas imperfeitas do atendimento médico. O consenso moral da sociedade entende que quem pode pagar por mais deve deixar o que é público para quem precisa e assumir toda bagagem de uma medicina melhor, uma vez que os recursos disponíveis são insuficientes. Enfim, ainda que com ressalvas, sagra-se o conceito de que os usuários do SUS, ao menos em parte estão insatisfeitos com a saúde.

No mercado de convênios, a alta e severa regulação por parte do governo, a incidência de impostos sobre a renda e os serviços de pessoas físicas e jurídicas,

com seus efeitos sobre os custos do atendimento, gera uma insatisfação tripartite bastante peculiar.

Enquanto os clientes desembolsam quantias significativas nas mensalidades de seus planos de saúde, recebem um atendimento muitas vezes impessoal e apressado. As consultas são sumárias e endereçadas a uma ou duas queixas médicas, pois a exiguidade do tempo não permite que se faça a revisão de toda a saúde do paciente. Quando os médicos são autônomos, como no sistema Unimed, sua renda depende de sua produção quantitativa, induzindo a marcação de consulta a cada quinze ou vinte minutos. Quando são empregados, quem força a pressa dos atendimentos é o empregador. A medicina detalhada e com consultas com longa duração é incomum na realidade atual do atendimento pelos convênios.

Pesquisa da FIOCRUZ em pacientes de hospitais filantrópicos, mas com atendimento através de plano de saúde demonstrou a percepção da insatisfação dos clientes, mesmo de baixa renda:

"A respeito do atendimento médico, há menções frequentes nos planos mais econômicos à sua baixa qualidade, seja pelo número escasso de médicos em algumas especialidades, seja pela falta de algumas especialidades, seja pela ausência de reciclagem. As especialidades problemáticas mais mencionadas foram ortopedia, oftalmologia, pediatria e as emergências dos hospitais. Os planos de categorias mais baixas oferecem maiores restrições quanto ao número de consultas e aos serviços em geral" (GERSCHMAN, 2007).

Do lado dos profissionais médicos, a insatisfação é secundária à desproporção entre as dificuldades e custos da formação profissional, da responsabilidade técnica civil e criminal dos atos profissionais e da baixa remuneração. Com o mercado dividido na sua quase totalidade entre o SUS e os convênios, a grande quantidade de médicos nos grandes centros impede as altas remunerações existentes até os anos oitenta. A melhor remuneração acaba existindo entre os médicos empresários e entre aqueles que, na sua atividade, lucram com insumos relacionados ao atendimento, como próteses, quimioterapia, radiologia e afins.

Pelo lado dos convênios, também não se percebe bonança, pois as exigências fiscais, consumeristas, fiscalizatórias, e, acima de todas, as determinações da Agência Nacional de Saúde (ANS), criam obstáculos significativos ao lucro das empresas. Sem exagero, o nível da apropriação monetária por impostos no Brasil destoa de qualquer razoabilidade. O código de defesa do consumidor, sem desmerecer suas virtudes, também elevou os desafios das empresas de medicina de grupo a níveis de profissionalismo jurídico e administrativo de excelência. O desenvolvimento das delegacias e promotorias especializadas em saúde eliminou o espaço para erros técnicos ou atrasos de tratamento.

Já a instituição da agência de regulação criou um mecanismo bastante peculiar de insegurança jurídica para as empresas. Confundindo o papel social do SUS com a missão e característica empresarial da saúde suplementar, a ANS progressivamente terceirizou obrigações estatais

para os planos de saúde. Um exemplo bastante representativo é a obrigação de custear procedimentos de planejamento familiar tais como dispositivos intrauterinos e vasectomias aos usuários dos planos, atos em nada relacionados nem à prevenção nem ao tratamento de doenças. Atos previstos pela lei do planejamento familiar, mas de responsabilidade constitucional do governo da nação. Conforme Malta em 2004:

"O marco regulatório da lei 9.656 mostrou-se ampliado e abrangente. Institui premissas de regulação da "saúde financeira" do mercado e definiu os limites das coberturas, dando garantias assistenciais aos usuários. Ao instituir os tipos de segmentação e o rol de procedimentos obrigatórios definiu um padrão de cobertura e de assistência. A implementação dessa regulação pública tem-se mostrado fragmentada com diferentes linhas de intervenção simultâneas e não articuladas."

A interferência governamental no mercado da saúde suplementar, com regulação comercial, técnica e administrativa levou à concentração do mercado em poucas empresas de grande porte que conseguiam atender às exigências crescentes da regulação.

Na interdependência entre os pacientes, os médicos e as empresas na saúde suplementar observamos que os três componentes estão insatisfeitos. Tal inadequação é ainda mais irônica quando lembramos que nosso país tem um sistema de saúde pública admirável, apesar de imperfeito.

3 A PADRONIZAÇÃO COMO FATOR DE QUALIDADE

O desenvolvimento de critérios de avaliação de qualidade em medicina também teve sua evolução dos anos 80 até os dias de hoje. A determinação de parâmetros objetivos de tratamentos e resultados foi o primeiro passo para a comparação de qualidade entre serviços diferentes. Na busca pela mensuração homogênea e pelos resultados consistentes, a variabilidade das condutas médicas passou também a ser desestimulada e até mesmo proibida no ambiente de grandes serviços hierarquizados. Os médicos passaram a ter sua autonomia restrita a uma estreita gama de opções, quando não uma opção apenas.

"Nos últimos anos, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional e, finalmente assumiu recentemente o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações" (FELDMANN, 2005).

Enquanto alguns médicos trabalham em ambientes de "serviços hospitalares" ou equipes, onde o paciente está ligado mais ao nome da instituição e menos à pessoa do médico, outros ainda tem uma penetração de mercado definida por sua figura pessoal. Os médicos no ambiente de equipe, na impessoalidade de seu atendimento, tendem a

seguir a "rotina" do serviço. Os médicos, na realidade de atendimento pessoal, são livres para seguir uma conduta mais individualizada.

O fator de limitação das condutas acaba sendo o serviço de auditoria do convênio, na hora da liberação do exame, da cirurgia ou da medicação de alto custo. É a figura do terceiro pagador, emocionalmente desconectado do resultado do tratamento, desconsiderando a interação do paciente com o seu médico, padronizando a conduta profissional dentro do próprio planejamento da empresa de medicina de grupo.

Enquanto se possa considerar que a padronização de condutas protege o doente da insuficiência do atendimento médico, dando-lhe a consistência de protocolos cientificamente estabelecidos, por outro lado há a limitação de condutas complementares que o médico optasse por acrescentar ao individualizar a conduta. Um exemplo de divergência médico-convênio deste tipo seria a repetição de uma ecografia, que o clínico entenda que não está bem feita. Outro exemplo seria a troca de medicações quimioterápicas, se afastando de condutas padrão devido a uma recusa do paciente ou toxicidade limitante para aquele caso específico.

Ironicamente, tal cultura de padronização se refletiu na polêmica do tratamento precoce para a pandemia de covid-19. A contaminação política elevou a discussão científica a uma condição polarizante, que gerou ataques recíprocos entre grupos de crenças opostas. Enquanto o Conselho Federal de Medicina precocemente deixou claro que a conduta médica é pessoal e de responsabilidade intransferível, autoridades políticas municipais e estaduais fizeram esforços ora pelo uso sistemático, ora pela proibição do "kit-covid".

Apesar das publicações de evidências de razoável consistência para ambas as condutas, o debate se elevou a ponto do cerceamento das redes sociais em relação a publicações que não refletissem um dos pontos de vista, algo impensável em um país que tanto valoriza a liberdade de expressão e convivência de opiniões. Criminalizou-se condutas cuja correção ainda está por ser definida, por estar na dependência de sedimentação do conhecimento. De qualquer maneira o episódio ilustra a ânsia de padronização da própria sociedade, que entende que há apenas um caminho certo a ser respeitado, mesmo numa ciência tão imprecisa como a medicina e numa doença tão nova como a covid-19.

4 A INDIVIDUALIZAÇÃO COMO LUXO EM MEDICINA

Paradoxalmente, uma parte da sociedade avalia que as condutas médicas padronizadas pelos protocolos e diretrizes não são o topo da qualidade quando o atendimento é direcionado às suas próprias pessoas. Ao contrário, buscam profissionais de altíssimo nível, muitas vezes assumindo altos custos financeiros, deslocamentos para outras cidades ou até para outros países, almejando receber um tratamento além daquele estabelecido como padrão no ambiente de atendimentos por planos de saúde.

Muitas vezes o fator motivador de tal atitude é a busca pelo luxo, ou pela realização da diferenciação social. Da mesma maneira que há o mercado de luxo de carros, roupas, acessórios, hospedagem e outros, na saúde também

existe uma fatia de clientes que busca pela diferenciação de acomodações e demais confortos paralelos ao atendimento médico em si. Uma decoração diferenciada, um servir de chá, uma sala de exames aquecida, perfumada ou com quadros de alto valor nas paredes, pode transformar a experiência emocional do atendimento médico. Cirurgias plásticas, procedimentos estéticos complementares, psicoterapias, e nascimentos dos filhos são as áreas onde a medicina interage com o mercado da opulência.

Outro momento de procura por profissionais diferenciados ou fora do universo dos convênios, são as doenças graves e potencialmente fatais. A oncologia representa uma grande parte destes momentos em que a busca por um pouco de chance a mais se torna premente para as pessoas.

A perspectiva da terminalidade da vida gera uma supervalorização de qualquer detalhe ou fator de melhor resultado. Embora estejamos no momento de maior disponibilidade do conhecimento da história da humanidade, a percepção da finitude chega como uma surpresa para percentual cada vez maior de nossos contemporâneos. E também a irresignação. Pesquisas furiosas na rede virtual em busca de qualquer informação que alivie a opressão dos dados de sobrevida fazem parte do cotidiano dos pacientes oncológicos.

Tratamentos questionáveis como a "pílula da USP", emplastos, cápsulas do frei Galvão, soluções de babosa, se juntam aos curandeiros como João de Deus de Abadiânia ou a Índia de Piçarras. Os pacientes, mesmo os letrados, estão dispostos a usar o que estiver disponível, desde que aumente sua esperança de cura ou sobrevida. O mercado dos tratamentos alternativos existe desde a antiguidade.

4.1 TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS

Paralelamente, produtos do desenvolvimento científico tradicional estão em permanente desenvolvimento. Drogas repletas de tecnologia são lançadas anualmente, além da inclusão de indicações naquelas que já são produtos comprovadamente ativos.

Como a pesquisa de novas drogas segue um caminho de desenvolvimento em etapas, o sucesso de determinados tratamentos é previsto com certa antecedência. A fase um das pesquisas é realizada em laboratórios ou animais buscando rastrear drogas com potencial para novos tratamentos. Na fase dois, a segurança, tolerabilidade e efeitos colaterais são aferidos, ao mesmo tempo que se observa os efeitos clínicos. Na fase três, a droga é aplicada em voluntários doentes, e seus resultados são observados ao longo de anos para conseguir mensurar seu efeito. Quando o resultado é muito positivo, relatos precoces do experimento começam a circular entre os profissionais oncológicos.

Esse produto, com sua pesquisa inacabada, muitas vezes se transfigura em uma real esperança de resultado para alguns doentes. O oncologista, com sua experiência, atento às pesquisas, sabe que em meses ou anos aquilo se tornará o tratamento padrão, mas o cliente está em seu consultório no momento presente. Ele solicita ao convênio o novo tratamento.

De seu lado, o convênio tem bem claro que não lhe compete pagar tratamento que ainda está em fase experimental. Na zona cinzenta em que já há evidência fortemente indicativa de efetividade da droga, mas ainda não estão prontos os números finais das pesquisas, o terceiro pagador, o convênio, nega o tratamento. Como frequentemente são drogas de alto custo, o cliente enfermo precisaria um grande e longo esforço financeiro para obter o tratamento.

Tal impasse gera a judicialização do caso. E um judiciário nem sempre especializado, sobrecarregado, terá que decidir em situação de tutela antecipada, urgente, com informações relativamente escassas e de interpretação complexa, sobre o dever de uma entidade empresarial, custear um tratamento não padronizado. Vale lembrar que os planos de medicina de grupo envolvem mutualismo entre seus clientes, e o equilíbrio financeiro nem sempre é o mais saudável, pois envolve um cálculo de risco. Ilustramos com uma das conclusões da pesquisadora Thaís Vidal, em levantamento de pedidos judiciais de medicações oncológicas:

"Os medicamentos mais solicitados foram medicamentos de alto custo e de mais recente inserção no mercado. Os dados indicaram um desconhecimento dos representantes jurídicos sobre as políticas públicas oncológicas e um despreparo do Poder Judiciário para lidar com ações em saúde."

4.2 TRATAMENTOS ORTOPÉDICOS

Outras situações não oncológicas podem ser analisadas sob o ponto de vista da motivação do terceiro pagador. Um exemplo de impasse sobre diferenças nos resultados é o uso de próteses ortopédicas de origem nacional ou importada.

A tecnologia das próteses, tanto em seu desenho como em seu material é proporcional ao seu valor de mercado. Eventualmente impostos de importação e a flutuação do dólar podem fazer variar tal afirmação. A exata avaliação do custo benefício é altamente variável conforme o observador e seu vetor de interesse.

Para o paciente, o desejo é que se use o material protético de melhor qualidade possível, pois ele já paga o plano de saúde e no momento da assinatura do contrato, por adesão, não tinha o conhecimento da diferença entre a prótese nacional e importada. O ortopedista, por sua vez, tem o interesse de usar o melhor material possível, uma vez que a qualidade da prótese vai ao encontro de seu desejo de bons resultados profissionais. Uma complicação cirúrgica como a luxação, fratura ou desgaste da prótese tende a ser percebida como resultado de sua competência profissional. Ao mesmo tempo, ele pode ser pressionado a usar material mais barato sob pena de ser descredenciado do convênio, ou simplesmente ter os encaminhamentos de pacientes desestimulados por medidas administrativas.

O terceiro pagador, ao contrário dos interesses individuais do paciente, precisa fornecer a prótese dentro de um custo que proteja a gestão do negócio, o lucro ou sua estabilidade na função. Ele procurará a prótese no menor custo possível, dentro do mínimo de qualidade do produto. Talvez, genuinamente, escolhesse uma marca de sua

confiança. Talvez se visse forçado em optar, gerencialmente, por uma marca que não desejaria que fosse usada em si mesmo ou em um parente.

4.3 A CIRURGIA DE CATARATA

Com o envelhecimento, o cristalino ocular se torna progressivamente opaco e precisa ser retirado e substituído por uma lente artificial intraocular. A lente a ser usada pode ser colocada da maneira clássica através de um pequeno corte, ou se tiver a tecnologia, através de um orifício bem pequeno, enrolada, e ser estendida dentro do olho, propiciando uma vantagem técnica de não precisar pontos para o fechamento da córnea.

Habitualmente o convênio autoriza o uso da lente mais simples. A lente mais sofisticada é oferecida mediante o pagamento de um custo extra ao paciente. Novamente a diferença nos vetores da decisão é evidenciada entre o paciente e o pagador. Para o profissional oftalmologista, eventualmente é a oportunidade de lucro ao comercializar o insumo sem cobertura contratual com o paciente.

5 ANÁLISE DAS NORMATIVAS REFERENTES AOS LIMITES DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Na fronteira entre os limites da responsabilidade das empresas de saúde suplementar e os direitos dos pacientes a uma medicina de última tecnologia, a análise da legislação encontra um certo vácuo e detalhes. Tal achado já era esperado, caracteristicamente pela rápida evolução das condutas médicas, em seu vasto leque das especialidades, impossível de ser acompanhado adequadamente pelo órgão regulador especializado. Mais distante ainda seriam os órgãos legisladores propiciarem tais detalhes de cobertura contratual. Assim, o fornecimento do atendimento médico de acordo com as melhores práticas científicas, subsidiado ou não pelos convênios, acaba seguindo uma lógica de análise caso a caso, cumprindo suas funções primárias o médico assistente e analisando a obrigatoriedade e conveniência o médico auditor do convênio.

Dentro das primeiras obrigações, elencamos dois deveres inerentes à carreira médica, descritos no código de ética. O primeiro é a obrigação de atualização técnica do médico assistente, conforme o artigo quinto do código de ética médica, (CEM):

"Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade."

Segue o dever do médico em informar ao seu paciente todas as possibilidades terapêuticas, incluindo, nos casos em que fizer diferença, informações sobre os insumos, aparelhos, próteses e afins que serão utilizados no tratamento. Segue o artigo trinta e quatro do CEM que veda ao médico:

"Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal."

Em relação ao relacionamento entre o médico assistente e o auditor, a vedação:

"Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável."

E também:

"Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico."

Tais artigos, portanto criam uma limitação severa para a função do auditor de negar tratamentos ou insumos de alto custo, sem desrespeitar a relação ética das funções médicas. Por outro lado, obrigam o médico assistente que seja profissional ao não esconder a existência de materiais de maior qualidade, independente da cobertura do convênio. Tal obrigação acaba por colocar o médico em desconforto. Se informa sobre os materiais de maior qualidade, cria uma insatisfação do cliente com seu plano, gerando ações judiciais na tentativa de obter o acesso a tais materiais. Se informa, mas acaba tendo que usar o material menos qualificado, fica exposto em sua responsabilidade profissional, pois todas as possíveis complicações cirúrgicas ficam emocionalmente atribuídas à prótese de má qualidade, gerando insatisfação exacerbada de seus clientes, que se sentem lesados pelo binômio médico/convênio. Se consegue a autorização para o material melhor, arrecada a má vontade do terceiro pagador, pois este passa a atribuir-lhe má fé e alegar comissionamentos das empresas dos produtos mais caros.

Sobre a legislação específica da saúde suplementar, não é possível deixar de citar a lei 9656 de 1998, que regulamentou, entre outras coisas o fim dos limites de cobertura conforme o número de atendimentos. Até então os planos cobriam um certo número de diárias de UTI, ou de sessões de fisioterapia, o que passou a ser proibido. As coberturas passaram a ser por doenças e tipos de procedimentos, e não por número de atendimentos, deslocando um pouco o risco do negócio para a operadora de saúde. Conforme seu artigo doze, inciso segundo:

"a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos."

Tal lei não faz referência a critérios para autorização ou recusa de materiais ou tratamentos de alto custo, mas o rol de procedimentos da ANS é mais esclarecedor a respeito dos procedimentos com cobertura obrigatória. Periodicamente são incluídos procedimentos, sendo que desde o último dia primeiro de abril, por exemplo, precisam sem autorizados aos pacientes os procedimentos de radioterapia intraoperatória de câncer de mama, e consultas com enfermeiro obstetra.

Sobre as escolhas relacionadas aos materiais a serem usados, a legislação é bastante complexa, com séries de publicações da Agência Nacional de Saúde, mas principalmente resoluções normativas que procuram dar uma padronização nacional às coberturas dos materiais médico-hospitalares mínimos de obrigação dos convênios. A resolução normativa mais recente, número 465 de 2021, não faz menção de limitação mínima nem máxima de preço ou qualidade das próteses a serem fornecidas aos usuários de planos.

CONCLUSÃO

O vácuo normativo relativo sobre detalhes dos materiais, tratamentos, ou procedimentos abre a necessidade da judicialização da medicina no universo da saúde suplementar, na medida em que os interesses do doente, do profissional e a operadora de saúde, se chocam.

A motivação do cliente de receber cada percentual de chance de cura ou uma tecnologia ou uma qualidade a mais em seu atendimento, é antagônico à figura do terceiro pagador.

O médico assistente, que eticamente tem o foco no bem estar do paciente, se acha envolvido em um conflito de interesses, pressionado pelo cliente pagador, o plano de saúde no sentido da contenção de gastos, mas pelo cliente recebedor, o paciente, no sentido do uso de todos os recursos possíveis para o sucesso do tratamento.

A legislação precisa evoluir para estabelecer limites mais nítidos da cobertura contratual e descriminalizar a complementação financeira que interesse ao paciente e ao médico assistente, movidos por critérios técnico-científicos.

REFERÊNCIAS

BARROS, P.P. A relação médico-doente. *Fronteiras XXI*. Disponível em: <https://fronteirasxxi.pt/doentemedico/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Código de Ética Médica, publicado no Diário Oficial da União em primeiro de novembro de 2018

BRASIL. Lei nº 9656, publicada no Diário Oficial da União em três de junho de 1998.

BRASIL. Resolução normativa nº 465, publicada no Diário Oficial da União em 24 de fevereiro de 2021.

CMB. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas - A história de misericórdia das Santas Casas. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso em: 12 abr. 2021.

FELDMANN, L. B., GATTO, M. A. F., & CUNHA, I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 213–219. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002005000200015>

GERSCHEMAN, S. et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc. saúde*

coletiva v. 12 n. 2 Rio de Janeiro Mar./Abr. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200025>

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):433–444, 2005

VANNI, T. et al. Avaliação econômica em saúde: aplicações em doenças infecciosas. *Cad. Saúde Pública* vol.25 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200002>

VIDAL, T. J.; CABOCLLO, R. M. F.; CARVALHO, P. G. Judicialização em oncologia: uma análise dos processos judiciais que tiveram pareceres técnicos emitidos pelo Instituto Nacional de Câncer no segundo semestre de 2013. In: Encontro Científico De Pesquisas Aplicadas Às Políticas Públicas Em Saúde., 1., 2015, Brasília. Anais [...]. Brasília: Fiocruz Brasília, 2015. 18 p. Apresentação de slides e Resumo.