

SISTEMAS DE ORGANIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA:

Critérios e padrões de avaliação

Ernesto LIMA GONÇALVES *

RSPU-B/227

LIMA GONÇALVES, E. — *Sistemas de organização de assistência médica: critérios e padrões de avaliação.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 8:823-29, 1974.

RESUMO: São definidas as recomendações da Organização Mundial da Saúde e pela Organização Panamericana da Saúde para a estrutura dos sistemas de organização de assistência médica. São analisados os dois grandes sistemas — o indireto e o direto, examinando as vantagens e desvantagens de cada um deles para a medicina geral e a especializada, a hospitalização, a assistência farmacêutica e odontológica e as atividades preventivas.

UNITERMOS: Assistência médica*; Sistemas de organização*; Avaliação*.

I N T R O D U Ç Ã O

De início, precisaríamos tentar definir critérios e esboçar metas a serem atingidas. Partindo de seu conceito de saúde, considerada como o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social do homem, a Organização Mundial da Saúde² define *assistência médica* como “um programa de serviços que devem ser postos à disposição das pessoas e conseqüentemente da comunidade, englobando todos os recursos da ciência médica e de outras correlatas, necessários à manutenção de saúde da mente e do corpo. Esse programa deve levar em conta o ambiente físico, social e familiar, com vistas à prevenção da doença, à restauração da saúde e à redução da incapacidade. A extensão de tais serviços variará de acordo com as condições locais”.

Depois de ter estudado a situação dos serviços médicos nos países sul americanos, a Organização Panamericana da Saúde³ definiu uma política continental de saúde, que deve ser orientada por planos nacionais com metas a curto, médio e longo prazo, tendo como conceitos orientadores “a cobertura universal e a integração das ações preventivas, curativas e sociais”. Além do conceito unitário de saúde, como direito universal da pessoa humana, devem-se aliar, à programação das atividades gerais, normas de organização dos serviços de saúde, formação de pessoal e a investigação científica, a fim de poder aplicar oportunamente os melhores e mais recentes conhecimentos disponíveis.

* Do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da USP — Av. Dr. Arnaldo, 455 — São Paulo, SP — Brasil

Colocadas, assim, as metas longínquas que se deve procurar atingir, para chegar ao estado de completo bem-estar físico, mental e social, a Organização Pan-americana da Saúde³ sugere que os Ministérios da Saúde, os órgãos que, pelo menos teoricamente, em cada país têm a seu cargo as tarefas ligadas à saúde da população, "têm que organizar serviços de proteção, fomento e recuperação da saúde, administrando-os com critério unitário, aplicando métodos de planejamento, dando a cada atividade a prioridade que deriva:

1. da participação que tal atividade tem na diminuição dos riscos de ficar doente ou morrer;
2. dos recursos disponíveis para levá-lo à ação;
3. do custo esperado que se apreciará em função do rendimento ponderado das ações planejadas;
4. do tipo de população atendida, levando em consideração os aspectos demográficos, econômicos, sociais e ecológicos".

O critério unitário referido deve compreender todos os serviços de saúde que atuam, no território nacional: os sistemas governamentais (federal, estadual e municipal), cujas ações por vezes se superpõem, além do setor privado, desenvolvendo atividades de recuperação da saúde.

OS DIFERENTES MODELOS

Apresenta-se um resumo dos diferentes esquemas assistenciais em desenvolvimento em diversos países do mundo, qualquer que seja seu regime político. Trata-se de um conjunto de informações destinadas a permitir uma análise objetiva do que se pode desejar para o Brasil. Muitas informações a seguir apresentadas são calcadas em ROEMER⁴.

Os sistemas de organização da assistência médica podem ser basicamente divididos em sistemas indiretos e diretos. Nos *sistemas indiretos*, o regime assistencial organiza-se principalmente mediante a prestação de serviços por profissionais e instituições já existentes, os quais podem exercer sua profissão livremente; o sistema prevê acordos e contratos e inclui mesmo países em que o pagamento dos serviços prestados pelo médico é feito pelo Estado, uma vez que, de toda maneira, o profissional exerce sua atividade independentemente. Nos *sistemas diretos*, os serviços são administrados diretamente, pelo esquema nacional de seguro social de cada país.

Os sistemas indiretos são adotados pelos países desenvolvidos, de tradição industrial mais antiga, onde existe uma estrutura de prática profissional de tipo privado; o sistema direto é adotado nos países em desenvolvimento, que dispõem de reduzidos recursos médicos básicos.

É importante definir aqui os esquemas básicos de remuneração dos serviços médicos. Assim, nos *Sistemas Indiretos*, distinguem-se:

1. *Honorários por serviços* — a remuneração é feita de acordo com uma tabela, reajustada periodicamente, prevenindo-se diferentes modalidades de pagamento do profissional: pagamento total pelo seguro social; participação do cliente no custeio; reembolso do paciente pelo seguro social, das despesas pagas pessoalmente.

2. *Método de capitação* — o médico deve atender a certo número de pessoas permanentemente (2.000 a 3.000 por profissional), recebendo um salário fixo por mês e recebendo honorários especiais por certos serviços.

3. *Método de salário* — recebido independentemente do número de serviços ou de pessoas que o médico tenha a seu

cargo; o salário é pago por instituição ou hospital, que recebe do seguro social pelo sistema de honorários ou de capitação.

Nos *Sistemas Diretos*, as instalações e o pessoal pertencem ao seguro social. A remuneração consiste, quase sempre, em um salário adequado a critério de capacidade, formação, experiência, anos de serviço, responsabilidade assumida. O estímulo é representado principalmente pela aprovação dos colegas e dos superiores, em vez de ser traduzido no número de doentes que acodem aos consultórios, como acontece nos sistemas indiretos. A qualidade dos serviços depende mais da estrutura e da organização do seguro social.

Os sistemas descritos aqui de maneira sucinta comportam certa flexibilidade, de acordo com os grupos de população, com as doenças, com as regiões geográficas.

Não existem dados abundantes e facilmente disponíveis sobre os esquemas assistenciais dos vários países; contudo, em termos de uma análise geral, podemos enumerar, entre os países de sistemas indiretos de organização de assistência médica, a Alemanha, a Bélgica, o Canadá, a Inglaterra, os Estados Unidos; entre os países de sistema direto de prestação de assistência médica incluem-se a Polônia, a Índia, a Tunísia, Israel e o Equador.

Nas páginas seguintes pretendemos fazer uma avaliação, ainda que sumária e certamente incompleta, dos sistemas indireto e direto, quanto a diferentes aspectos dos serviços de saúde: assistência médica geral, serviços de medicina especializada, hospitalização, assistência farmacêutica e odontológica, medicina preventiva. Em relação a cada tópico, tentaremos enumerar vantagens e desvantagens de cada sistema.

A. MEDICINA GERAL

	Vantagens	Desvantagens
Sistema Indireto	<ol style="list-style-type: none">1. Atraente para médicos e clientes2. Permite a livre escolha de médicos e hospitais3. Bom nível de remuneração para os médicos4. Independência profissional para os médicos	<ol style="list-style-type: none">1. Qualidade discutível por dificuldade de fiscalização2. Multiplicação dos atos desnecessários3. Resistência ao encaminhamento a especialistas4. Custo maior5. Atritos em tornos da tabela de remuneração.
Sistema Direto	<ol style="list-style-type: none">1. Boa qualidade de instalação e recursos técnicos2. Melhor controle de qualidade	<ol style="list-style-type: none">1. Restrição da independência dos médicos2. Atitude impessoal do médico em relação aos clientes

- | | |
|---|---|
| 3. Possibilidade de trabalho de equipe | 3. Maiores embaraços burocráticos |
| 4. Triagem racional para especialista | 4. Vulnerabilidade à prestação para redução de custos, com riscos para a qualidade. |
| 5. Custo menor | |
| 6. Maiores oportunidades | |
| 7. Possibilidade de medicina preventiva | |
| 8. Melhor assistência rural | |
| 9. Racionalização dos salários. | |

B. MEDICINA ESPECIALIZADA

B.1. Em âmbito ambulatorial

	Vantagens	Desvantagens
Sistema Indireto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivo à formação de grupos de especialistas 2. Boa comunicação entre especialistas 3. Possibilidade de férias e períodos de estudos para os médicos 4. Melhores serviços complementares 5. Racionalização dos serviços. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldades administrativas das clínicas pequenas 2. Dificuldades de entrosamento nos grupos 3. Possibilidade de diagnósticos e tratamentos inautênticos.

	Vantagens	Desvantagens
Sistema Direto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Possibilidade de melhores salários para os médicos 2. Melhores instalações pela pressão de demanda. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grande distância entre centros de medicina especializada e os postos de assistência em geral.

B.2. Em regime hospitalar

	Vantagens	Desvantagens
Sistema Indireto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benefícios indiretos decorrentes do padrão de instalações e equipamentos dos países desenvolvidos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tendência a impor limitações aos médicos

Sistema Direto	1. Possibilidade de os médicos se salientarem	1. Forte disputa pelos postos
----------------	---	-------------------------------

C. HOSPITALIZAÇÃO

Sistema	Vantagens	Desvantagens
Sistema Indireto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevação da qualidade decorrente da concorrência 2. Participação da comunidade no aperfeiçoamento 3. Maior facilidade para inovações 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade de avaliação dos resultados 2. Dificuldade de garantia de qualidade 3. Tendência para aumentar o número de internações e o tempo de permanência
Sistema Direto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maior facilidade de controle da qualidade 2. Possibilidade de planejar a situação dos hospitais 3. Possibilidade de controle das internações e do tempo de permanência 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade do seguimento dos doentes após a alta 2. Mentalidade de serviço "público" por parte dos funcionários

D. ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA

Sistema	Vantagens	Desvantagens
Sistema Indireto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maior período de funcionamento diário das farmácias 2. Possibilidade de estoque complementares, como produtos cosméticos e outros 3. Assessoramento aos doentes e até aplicação de medicação parenteral 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alto custo nos estabelecimentos pequenos 2. Necessidade de grandes estoques, com riscos de encalhes 3. Grande competição entre indústrias e produtos, com aumentos dos custos
Sistema Direto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maior economia global 2. Possibilidade de controle de qualidade e eficiência dos medicamentos 3. Ausência de intromissão na terapêutica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor sortimento das farmácias 2. Redução da liberdade de receitar 3. Dificuldades por dependência de um depósito central

4. Desconfiança dos doentes em relação a medicamentos oficiais.

E. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

	Vantagens	Desvantagens
Sistema Indireto	<ol style="list-style-type: none">1. Possibilidade de melhor remuneração para o dentista.2. Possibilidade de organização em clínicas	<ol style="list-style-type: none">1. Dificuldade de medidas preventivas
Sistema Direto	<ol style="list-style-type: none">1. Possibilidade de aproveitamento de pessoal auxiliar2. Melhor distribuição dos serviços pelo país	<ol style="list-style-type: none">1. Impossibilidade de atuação terapêutica mais ampla, pela sobrecarga de demanda

F. ATIVIDADES PREVENTIVAS

	Vantagens	Desvantagens
Sistema Indireto	<ol style="list-style-type: none">1. Possibilidade de aconselhamento pessoal pelo médico "de família"	<ol style="list-style-type: none">1. Grande prioridade para atividades curativas com reduzida possibilidade de medidas preventivas
Sistema Direto	<ol style="list-style-type: none">1. Maior facilidade de iniciativas preventivas, especialmente na manipulação de grandes massas da população	<ol style="list-style-type: none">1. Maior dificuldade na motivação das pessoas para medidas preventivas

As observações até aqui apresentadas referem-se essencialmente à assistência médica desenvolvida predominantemente na zona urbana; em relação à região rural, cabem também aqui algumas referências. Em primeiro lugar deve-se dizer que, nos países industrializados, é possível proteger as minorias rurais mediante regimes complementares especiais; nos países em desenvolvimento, o seguro social tem se dedicado mais às minorias urbanas.

Em que pese essa distinção inicial, é inegável que, em todos os países, a assistência médica na zona rural é inferior à

urbana; o grau de utilização dos serviços de saúde rurais aumenta com o progresso econômico de cada nação, mas muito lentamente. Acontece, porém, que o meio rural é menos politizado, mais conformista e menos reivindicador do que o urbano, donde menor pressão política para a solução de seus problemas.

Uma dificuldade a mais, a somar-se aos problemas já existentes, é que a assistência rural é, em geral, desenvolvida pelos Ministérios da Saúde, ao passo que a urbana está fundamentalmente a cargo do sistema de seguro social. Como a única possibilidade de melhorar o nível de

saúde coletiva é desenvolver cuidadoso trabalho de planificação nacional, com desvio para a zona rural de recursos provenientes da área urbana, a tarefa ficará facilitada nos países de sistemas direto, onde a indispensável integração de estruturas ligadas à assistência à saúde é mais fácil, por serem de natureza primordialmente estatal.

Como se pode observar, os dados até aqui oferecidos permitem concluir que há problemas gerais no oferecimento e na garantia de assistência médica à população, ao lado de problemas específicos, que dependem de peculiaridades nacionais, do desenvolvimento sócio-econômico do país, do nível de aperfeiçoamento de sua rede médico hospitalar, do grau de distribuição de pessoal e de equipamento entre as regiões urbana e rural e entre suas diversas áreas geográficas. Como pano de fundo para tudo isso, permanece o custo muito elevado da assistência médica moderna.

O caminho para o Brasil não parece, então, ser a importação de soluções; o que pode e deve importar são experiências, para adaptá-las a nossas realidades, evitando repetir erros já condenados em outros países. O Brasil tem condições altamente específicas, que precisam ser respeitadas, a fim de minimizar riscos; um exemplo, apenas: embora lutando por arrancar-se do subdesenvolvimento, em termos de assistência médica, o Brasil tem uma composição de rede hospitalar que corresponde exatamente à dos países desenvolvidos. Basta lembrar aqui que cerca de 85% dos hospitais brasileiros são particulares, contra 15% de hospitais estatais; esta proporção é exatamente inversa nos países subdesenvolvidos. A consequência é que não se pode imaginar para o Brasil uma solução que marginalize a iniciativa particular no campo de assistência hospitalar, porque ela seria irracional.

RSPU-B/227

LIMA GONÇALVES, E. — [*Medical care organization systems: Criteria and standards of evaluation.*] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 8:323-29, 1974

SUMMARY: *World Health Organization and Panamerican Health Organization recommendations for the structuration of medical assistance systems, were pointed out. So two large systems, direct and indirect ones, were analysed, with profits and disprofits of both of them, for general medicine, specialized medicine, hospitalization, odontological and drug assistance and preventive activities.*

UNITERMS: *Medical care*; Organization, systems*; Evaluation*.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASTOS, M. V. — *Organização da assistência médica. Uma contribuição para o estudo do problema.* s.n.t. [Ed. particular]
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE apud BASTOS¹.
3. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD — *Administracion de servicios de atencion medica.* Washington, DC, 1966. (Publ. cient., 129).
4. ROEMER, M. — *Organizacion de la asistencia medica en los regimenes de seguridad social.* Genebra, OIT, 1969.

*Recebido para publicação em 7-6-1974
Aprovado para publicação em 9-8-1974*