

# MACRO AMBIENTE TECNOLÓGICO: MODELOS ASSISTENCIAIS DE SISTEMA DE SAÚDE

# MODELO ASSISTENCIAL

---

Chamamos de Modelo Assistencial, a forma como são organizados as ações e os serviços dentro de um Sistema de Saúde.

# MODELO ASSISTENCIAL

O Modelo Assistencial é fortemente influenciado pelo chamado *complexo médico-industrial\**:

a) *complexo médico-industrial direto*

- empresas operadoras de planos/seguros de saúde
- pessoal das equipes de saúde (destaque para o médico)

b) *complexo médico-industrial indireto*

- indústria de equipamentos
- indústria de medicamentos

\* Citado por : LANDMANN, J. Evitando a saúde e promovendo a doença. Rio de Janeiro, Achiamé, 1982 - p. 30.



# MODELO ASSISTENCIAL TRADICIONAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE

---

O *modelo assistencial* tradicionalmente vigente na maioria dos Sistemas é *centrado no médico*, apenas serve como intermediário da prática médica liberal clássica.

Este *modelo* privilegia:

- a) a ação do médico e não a de uma equipe de profissionais da saúde que seria, na maioria das vezes, coordenada por um médico;
- b) a ação do médico especialista e não a do médico generalista;

# MODELO ASSISTENCIAL TRADICIONAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE

---

- c) o diagnóstico por exames cada vez mais precisos feitos em máquinas e equipamentos que incorporam tecnologia de ponta, e não mais o diagnóstico por anamnese e exame físico feitos pelo médico, apenas com apoio de exames; agora, os exames não são mais de apoio diagnóstico, são cada vez mais diagnósticos mesmo;
  
- d) a atenção do médico às queixas objetivas do paciente no momento da consulta, sem relacioná-las muitas vezes com o ambiente familiar, físico, social e de trabalho com os quais o paciente interage;

# MODELO ASSISTENCIAL TRADICIONAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE

---

- e) as ações e serviços relacionados com processos de cura e tratamento de doenças e não os relacionados com processos de promoção da saúde e prevenção de doenças;
  
- f) a atenção do médico ao órgão doente da pessoa e não à pessoa que está com um órgão doente.



---

**Este *modelo tradicional* preserva a maior parte das características da prática médica liberal clássica como a liberdade que o médico, escolhido pelo paciente, tem de prescrever:**

- a) mudanças comportamentais e de hábitos de vida, dieta, exercícios, medicamentos;**
- b) nova consulta com outro médico ou profissional de saúde;**
- c) exames, procedimentos ambulatoriais, cirurgia, internação hospitalar, entre outros.**

---

**A prática médica liberal clássica é caracterizada também pelo pagamento direto de honorários pelo paciente ao médico, em valores praticados por este.**

**Embora a maioria dos Sistemas de Saúde tenha diminuído a liberdade de os pacientes escolherem um médico e tenha passado a intermediar o pagamento de honorários médicos, agora negociados com a operadora, a característica de liberdade de prescrição do médico de modo geral tem sido mantida.**



---

**Assim, pode-se dizer que todos os Sistemas de Saúde se transformaram em *validadores* das prescrições da prática médica liberal clássica, cuidando apenas do credenciamento de uma rede de médicos e prestadores de serviços de saúde para a população abrangida.**

**Os médicos credenciados passam a atender esta população mediante o pagamento de valores constantes de uma tabela acordada por eles e a operadora.**

---

**Neste *modelo assistencial*, qualquer médico é *porta-de-entrada* do Sistema, e suas prescrições fluem livremente, validadas apenas por controles administrativos.**

**O usuário, morador ou trabalhador em uma região, pode livremente procurar qualquer médico em qualquer região.**

**Na prática, nenhum Sistema de Saúde, quer seja do tipo *universalista*, quer seja do tipo *assistencialista* (por seus vários sub-sistemas: órgãos públicos previdenciários ou planos/seguros privados de saúde), ousou interferir decisivamente nessa liberdade de prescrição do médico até algum tempo atrás.**

**Ou seja, de modo geral, é recente e incipiente o *gerenciamento* da assistência médico-hospitalar prescrita pelos médicos. As prescrições têm sido historicamente aceitas e validadas, a não ser que o usuário não tenha cobertura pelo Sistema**



# O PODER DO MÉDICO - A QUEDA DO MITO

Prof. Mario Rigatto

O prestígio social depende fundamentalmente de três fatores :

1. fazer coisas notáveis;
2. não estar facilmente disponível;
3. atuar por mecanismos que escapem à inteligência popular.

---

**Os médicos vêm perdendo seu prestígio através de uma decrescente soma algébrica dos valores dos três mecanismos que o haviam gerado. Assim, o médico faz hoje muito mais coisas notáveis do que no passado. O que é um fator positivo. Mas os médicos tornaram-se facilmente disponíveis e passaram a atuar por mecanismos científicos, destituídos de encanto.”**

Título de artigo do Prof. Mario Rigatto (UFRS) na Revista Ars Curandi, jun 92, p. 34-40.

# COMPORTAMENTO DO MÉDICO

1. É de profissional liberal, autônomo e independente, dificilmente ele é enquadrável nas normas de uma organização.
2. É variável conforme cultura geral/específica do país/região em que trabalha, incentivos de ganho financeiro, idade, sexo, Escola Médica onde foi formado, Hospital em que fez sua especialização.
3. É muito influenciado pelo complexo médico-industrial indireto (indústrias de equipamentos e farmacêuticas).



---

**“Médicos dirigem ou prescrevem a provisão de serviços que concorrem para mais de 70% dos gastos em saúde.”**

**(Health Care Fin Rev, 1991; 13:29-54)**

**“A caneta do médico é o instrumento que mais promove gastos na área de saúde.”**

**(N Engl J Med, 1993)**

# **SISTEMA DE SAÚDE EM TRANSIÇÃO: O MODELO ASSISTENCIAL TRADICIONAL RACIONALIZADO**

**Com a crescente preocupação com o seu equilíbrio contábil-financeiro, alguns Sistemas estão migrando do *modelo assistencial tradicional, centrado no médico*, para um *modelo centrado no economista*, ou seja, a necessidade de equilíbrio financeiro passa a ditar o que vai ser atendido da prescrição feita *livremente* pelo médico.**

---

**Nessa lógica são introduzidos controles administrativos sobre as prescrições feitas pelos médicos para seus pacientes, de modo geral de caráter quantitativo; por exemplo, passam a ser monitorados:**

- a) N° de consultas médicas por mês por beneficiário;**
  - b) N° de exames laboratoriais gerados por consulta;**
  - c) N° de internações de beneficiário por ano;**
- e assim por diante.**



---

**O médico que era o *gerente* do Sistema, é substituído por (ou passa a conviver com) um profissional da área de administração, ou de economia, ou de áreas afins, que tem a missão, agora prioritária, de equilibrar financeiramente o Sistema.**

**Isto cria uma situação de permanente busca de alternativas financeiras pelo novo *gerente* do Sistema para fazer frente às despesas decorrentes da aceitação das prescrições dos médicos.**

# **ALTERNATIVAS DO NOVO GERENTE**

- a) levantamento de justificativas para solicitar mais recursos financeiros ao patrocinador/contratante do Sistema;**
  
- b) criação, ou aumento do valor, da co-participação financeira do usuário (quando possível política ou comercialmente);**

# **ALTERNATIVAS DO NOVO GERENTE**

- c) correção rigorosa das contas dos prestadores, com glosas pesadas sobre os valores faturados;**
- d) diminuição de itens constantes nas tabelas acordadas com os prestadores;**
- e) diminuição dos valores dos itens constantes das tabelas acordadas com os prestadores;**
- f) aumento nos prazos de pagamento aos prestadores, entre outras.**



---

**De modo geral, estas alternativas até podem *dar um fôlego* ao caixa do Sistema, podem ser necessárias sob o ponto-de-vista de racionalização administrativo-financeira, mas não alteram a essência do Sistema, pouco interferem no *modelo assistencial, centrado no médico*, e na liberdade de prescrição deste.**