

A saúde dos nossos hospitais está tão ruim que o Inamps e os hospitais particulares não conseguem entrar em acordo nem em relação aos números. Enquanto o relatório do primeiro, "Inamps na Nova República", garante que sobram médicos e leitos no País, os médicos-empresários garantem que hoje faltam mais de 150 mil leitos, e a situação vai agravar-se até o ano 2000, se não forem criados cerca de 25 mil leitos por ano, nos próximos 14 anos.

Números tão contraditórios significam que a estatização da saúde está muito próxima, como acusam os médicos da rede contratada do Inamps; ou que os hospitais particulares pretendem dar continuidade ao velho esquema de atendimento, que enriqueceu a muitos ilícitamente?

Isto é o que vamos mostrar nesta segunda parte do debate, "Saúde: encargo do Estado ou problema do cidadão?", com a participação dos médicos Aloísio Fernandes, pela iniciativa privada; Herval Pina Ribeiro, secretário de Medicina Social do Inamps, e Nelson Guimarães Proença, presidente da Associação Médica Brasileira.

A primeira questão do JT: Como está a saúde dos nossos hospitais? ALOÍSIO — É muito importante analisar a situação dos hospitais no Brasil. Nós temos de lembrar que em 1978 nós tínhamos, por exemplo, 477 mil leitos no Brasil, dos quais 124 mil eram leitos oficiais. Então a grande preponderância era de leitos particulares. O grande problema é nos hospitais particulares. Nós não vamos resolver só por esse fato: melhorando os hospitais públicos nós vamos resolver a situação do Brasil, porque a participação deles tão pequena que mesmo que eles dobrem a sua capacidade de atendimento não irão atender nem a 1/4 da necessidade que se tem hoje no Brasil.

Pelos dados do Inamps, em 1984 os hospitais próprios da Previdência atenderam a 22,16% das consultas no Sistema Brasil (Inamps), enquanto os contratados atenderam a 32% e os convênios a 36%, num total de 90,59%, mais 9,41% do atendimento rural, dando 100%.

Na parte de assistência hospitalar, os próprios da Previdência atenderam a 1,81% das internações do Brasil, enquanto os contratados atenderam a 66,51% e os convênios a 14,66%.

Esse número é tão grande que não é através da solução da ociosidade dos hospitais públicos que nós vamos conseguir melhorar alguma coisa significativa da assistência hospitalar e ambulatorial no Brasil.

Por último, o aspecto que quero falar é que no Brasil existe uma necessidade muito grande de se construir novos leitos. A OMS e a Opas preconizam 4,5 leitos por mil habitantes para a América Latina (porque tem países inclusive com o índice de dez). Na situação atual, nos últimos dados, de 1984, nós temos 3,2 leitos por mil habitantes. Portanto, em 1985 nós já temos um déficit de 171.575 leitos. Se nós projetarmos que no ano 2000 nós vamos ter 198 milhões e 790 mil habitantes, necessitaremos construir, de agora até o ano 2000, um total de 894.150 leitos. Isto é, temos um déficit de 369.065 leitos até o ano 2000 que, divididos pelos 14 anos que nos separam dessa data, mostra que deveremos construir 26.361 leitos por ano para manter ainda o índice de somente 4,5 leitos por mil habitantes.

JT — Entre essa discrepância de números, quem está com a razão? Está sobrando médico no Brasil, está sobrando leito ou está faltando?

HERVAL — Se me permite, tenho a impressão que a questão não é de discrepância de números, é a interpretação deles.

NELSON — De certa forma, o dr. Herval antecipou o início da minha resposta. Eu ia exatamente dizer isto: há alguns números que estão apresentados nesse relatório e que estão sendo interpretados, me parece, de um modo um tanto precipitado.

JT — Cabe ressaltar que a interpretação é do próprio Inamps.

NELSON — Do próprio Inamps. Se eles reduzem o número de internações através da fixação de cotas para que cada hospital passe a trabalhar dentro de determinado limite...

ALOÍSIO — Que até certo ponto é uma estatística por decreto.

NELSON — ... e que, vamos dizer assim, transforma o que seriam fenômenos médios em uma regra a ser aplicada em todos os hospitais. Isso pode criar uma falsa visão do problema. O sistema de limite de internações estabelecido para esses hospitais leva ao esgotamento da cota, em geral, lá para o dia 18, 19 a 20 de cada mês, e nos últimos dez dias do mês o hospital praticamente não pode mais internar, a menos que consiga uma permissão especial para casos especiais! Cria-se assim uma demanda reprimida que possa para o mês seguinte! Se esses hospitais estão com leitos ociosos, em parte estão ociosos porque a própria Previdência Social estabelece um limite para o aproveitamento do leito.

Qual é a consequência dessa medida? É que pessoas que não podem retardar a sua internação e

Inamps ou hospitais: em quem acreditar?

Os números apresentados hoje são contraditórios: sobram leitos e médicos ou precisamos de mais 150 mil leitos? Amanhã, a terceira parte deste debate sobre a saúde no Brasil.



Saúde
011
Reportagem 0043

aguardar o mês seguinte passam a ocupar as chamadas acomodações especiais. Fazem um sacrifício, reúnem algum recurso pessoal ou familiar e custeiam a diferença.

Um outro exemplo de ociosidade criada diz respeito a esse número de médicos que não estariam sendo aproveitados. Vamos ver então qual é a história disso. Quando o Conasp propôs a introdução do sistema AIH, em 1982, resolveu-se fazer um cadastramento universal dos médicos interessados em prestar serviços à Previdência Social, e em todo o Brasil inscreveram-se aproximadamente 75 mil médicos. Acontece que, logo a seguir, a Pre-

vidência Social determinou que seriam efetivamente aproveitados aqueles médicos que fizessem parte do corpo clínico dos hospitais conveniados com a Previdência. E então foram os hospitais que enviaram suas relações de médicos que participavam, que pertenciam ao seu corpo clínico e estes é que passaram, dentro dos 75 mil credenciados, a efetivamente ser aqueles que trabalhavam para a Previdência Social. E esse número caiu para 40 mil. Na época, as associações de classe se insurgiram contra isso. Mas nosso pleito não foi atendido. E 35 mil médicos estão marginalizados do atendimento por decisão da própria Previdência Social! O que estão fazendo esses médicos? Dirigindo-se para outros setores de trabalho, dirigindo-se aí para as medicinas de grupo. Ou então muitos deles, às vezes, acabam trabalhando, porém quem assina as guias da Previdência Social são os que estão cadastrados e reconhecidos como tal.

Acho que os números podem até ser esses, mas a interpretação dos números eu acho que está inteiramente inadequada no texto que faz parte do documento da Previdência Social.

HERVAL — Essa "dança" de números, cada qual interpretando à sua maneira, talvez confunda muito mais do que ajude. Quando falo que a interpretação dos números é muito mais uma interpretação do que a realidade dos fatos, passo inclusive a admitir que cada realidade tem a sua interpretação; mas é evidente que ela é uma realidade em si mesma, objetiva e palpável, se for o caso. Veja bem: trabalhar sobre população e percentagem de leitos existentes é uma coisa arriscada. Porque se você parte da premissa de que existe uma má distribuição desses leitos, você vai ter excesso de leitos em determinados lugares e escassez absoluta em outros. Quer dizer, o simples fato de dizer que há uma proporção de 3,2 por 1.000 habitantes, no Brasil, não quer dizer necessariamente que esses leitos se-

jam igualmente distribuídos, e consequentemente essa desigualdade esteja igualmente distribuída. Essa é a primeira questão.

A segunda eu reporto à questão do Estado. Nós não estamos aqui para discutir, por exemplo, a iniciativa privada, nem o direito do cidadão de ter a assistência que quer, se pode pagar da forma que quer. Não estamos aqui para discutir, por exemplo, que 20% da população brasileira pode tirar de seu bolso — se tanto for — os recursos suficientes para ter atendimento médico-hospitalar. Quisera eu que houvesse uma percentagem bem maior dos cidadãos, por exemplo, que podem ir para o Sirio-Libânes, que podem ir para o Albert Einstein, que podem ir para o Santa Catarina, que podem ir para o Oswaldo Cruz, que podem pagar seguro-saúde, etc. A minha preocupação, enquanto administrador da Previdência Social, é com os 80% que recebem menos que cinco salários mínimos e não podem pagar o preço de uma consulta.

O segundo dado. Coloca-se sempre a questão do Estado, da estatização e da privatização e iniciativa privada. Nós não devemos nos esquecer que não se trata de iniciativa privada qualquer na área de assistência médico-hospitalar; se trata de uma iniciativa que realmente briga — e é justo que o faça — porque só existe um comprador, que é o Estado. Quer dizer, a situação da assistência médico-hospitalar no Brasil é muito curiosa, porque não se trata do livre direito da iniciativa de você abrir hospital ou número de leitos, se trata de você construir o seu leito e querer que o Estado contrate, dever da Previdência mesmo que não tenha dinheiro para fazê-lo.

Esse é o grande problema que está colocado. E a nossa preocupação com o setor empresarial é que precisa ser ordenada. Quer dizer, você tem que construir o seu leito, mesmo que seja uma iniciativa sua, que pode ter inclusive financiamento público, como sempre teve, mas para construir o leito onde seja necessário. E é preciso que esse plano de expansão tivesse sido feito em função de uma demanda calculada para a população. Isso não foi feito. Cada um construiu o seu hospital, abriu os seus serviços e começou a pressionar o Estado para que o contratasse.

JT — Mas isso assusta, porque tem muita gente querendo ser internada de repente, ficamos sabendo que há milhares e milhares de leitos ociosos.

HERVAL — Tenho cem leitos ociosos no Darcy Vargas, mas os tenho porque não posso contratar ninguém, porque existe uma proibição. E não existia uma política para isso anteriormente. No entanto, eu contrato duzentos e tantos leitos do Hospital São Marcos e não tenho pessoal para botar nos leitos do meu hospital. Eles ficam ociosos.

ALOÍSIO — Eu queria fazer um reparo às observações do dr. Herval de que os hospitais forçaram o Inamps. Absolutamente não concordo com isso.

HERVAL — Não o "forçaram", eu não usei essas palavras.

O que eu coloquei foi o seguinte: na medida em que não há disciplina sob investimento em determinada área, você cria uma demanda forçada.

ALOÍSIO — Mas há disciplina; aí que o senhor está totalmente errado. O senhor não viveu os problemas do FAS desde o princípio. Eu vivi e me orgulho de ser o primeiro hospital que assinou um convênio do FAS no Brasil. Conheço bem o problema do FAS. O problema do FAS foi exatamente o contrário. Quando se criou o convênio do FAS — Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social — para a construção em área social, criou-se para escola e hospital, não era só para hospital, e eram públicos e privados.

O primeiro presidente da Caixa Econômica Federal, naquela ocasião, Karlos Rischbieter, achou que o dinheiro deveria ir exclusivamente para entidades particula-

res que poderiam, em pagando o empréstimo num período que tinha sido contratado entre as partes, reconstituir o Fundo, permitindo novos investimentos. O número de candidatos a participantes, nessa ocasião, foi muito grande, mas o número que efetivamente tomou esses empréstimos foi muito pequeno. Por um motivo simples: o Inamps exigiu, na ocasião, ao fazer o cálculo da viabilidade econômico-financeira, que o hospital tivesse condições de pagar o financiamento, porque a preocupação era de não criar uma nova caixa de fundos de hospitais falidos. Ele exigia que o hospital só fosse beneficiado com o convênio do FAS se ele tivesse convênio com o INPS.

HERVAL — Dr. Aloísio, isso é ótimo. O sr. investe a baixos custos, a juros financiados e se tem a garantia da compra do que se vai produzir. É o melhor investimento, é um "negócio da China".

ALOÍSIO — Não é tão bom porque muito poucos hospitais pegaram; se fosse bom, eles pegariam. Depois que fizeram a planilha de cálculos acharam que não teriam condições de pagar e não pegaram o financiamento.

JT — Eu gostaria de voltar aos números, aqui, que são números que merecem toda a confiabilidade. São números que estão contidos no relatório do próprio Inamps. Por que o Inamps paga 9,36 ORTN por internação nos hospitais contratados e gasta 56,98 ORTNs por internação em seus hospitais?

ALOÍSIO — O Inamps gastou em 1984, com os seus próprios hospitais, a mesma quantia que gastava em 74. Enquanto em 74 o Inamps gastava 100, por exemplo, com os hospitais contratados, por internação, em 1984 ele gastava 39, isto é, ele passou a gastar duas vezes e meia menos!

NELSON — Bem, são do próprio Inamps. Eu posso dar o número da época do Conasp, em 1981, que foi o ano de referência do trabalho do Conasp. Naquele ano foram realizadas dez milhões de internações nos serviços contratados de todos os tipos: santas casas, hospitais privados, etc. E foram feitas 200 mil internações nos próprios do Inamps, ou seja, 50 vezes mais internações na rede contratada do que na própria! Esse é um dado de 1981. Agora vejo aqui o exercício de 1985, dentro do relatório do próprio Inamps. Os serviços próprios vão custar Cr\$ 1 bilhão e 961 mil e os serviços contratados vão custar Cr\$ 2,9 bi, quer dizer, a proporção é quase exatamente 3 para 1. Mas as internações são de 50 para 1! Então aí pode-se fazer uma regra de três e verificar o que representa. Hoje sabe-se que o custo da internação no leito próprio do Inamps está em torno de cinco a seis vezes mais do que na rede contratada. Agora, as razões disso são mais do que uma. Uma delas, indiscutivelmente, é aquilo que foi apontado pelo dr. Herval na sua primeira intervenção, quando dizia da "necessidade de melhorar a eficiência dos serviços próprios". Foi uma frase que usou logo no início. Por outro lado, também a Previdência tem certos compromissos com, por exemplo, a formação de pessoal. Então é uma despesa que ela faz em busca de participação no processo de formação do profissional. Além disso, a Previdência tem também certas internações de mais alto risco que são rejeitadas pela rede contratada.

JT — Quer dizer que se justifica a diferença?

NELSON — É multifatorial, é isto que quero dizer. Eu não queria simplificar tanto com a questão de eficiência e não-eficiência; é multifatorial. Há que corrigir aquilo que é uma distorção real. A baixa eficiência existe, precisa ser corrigida, mas nem nesse dia nós vamos igualar o custo da rede contratada com a rede do Inamps; quer dizer, ela forçosamente estará sempre um pouco acima — não tanto acima como atualmente. Eu acho que não será tanto acima, mas sempre estará um tanto acima da rede contratada.