

O Inamps não pode e nem quer viver sem a ajuda da rede de hospitais particulares", disse o secretário de Medicina Social do Instituto, Herval Pina Ribeiro, nesta terceira parte do debate Saúde: encargo do Estado ou problema do cidadão?

Mas deixou claro que pretende tornar os hospitais públicos modelos, tanto na formação de profissionais quanto no seu dever de assumir a responsabilidade com pacientes de alto risco.

O médico Aloísio Fernandes, que participou do debate em defesa da iniciativa privada, surpreendeu-se com essa atitude do médico do Inamps; enquanto Nelson Guimarães Prouença, presidente da Associação Médica Brasileira, defendeu a categoria e procurou mostrar as causas das fraudes da rede contratada.

Amanhã, na última parte deste debate promovido pelo JT, os três médicos vão mostrar quais são os caminhos da saúde para o Brasil.

ALOÍSIO — Eu queria fazer alguns reparos em relação às internações, à justificativa do porquê das internações mais caras nos hospitais próprios do Inamps. Porque toda vez que se raciocina em hospitais próprios, no Brasil, se esquece de um fato muito importante: só existe hospital próprio em capital. No Interior não existem hospitais universitários e não existem hospitais próprios, de maneira que não tem para onde mandar o doente mais grave.

HERVAL — Mas existem hospitais públicos.

ALOÍSIO — Não existe não.

HERVAL — Em Santos há o Guilherme Álvaro.

ALOÍSIO — Tem o Guilherme Álvaro. O senhor sabe muito bem, mais do que eu, que manda os doentes dele para mim. De maneira que então esse é um bom exemplo justamente a se dar, pois manda os doentes dele para mim! Está certo? Agora, no interior do Brasil inteiro, no interior do Nordeste, no interior de Minas, no interior de todos os Estados do Brasil não tem para onde mandar. Então é o próprio hospital (privado) que tem que atender a esse tipo de doente.

As internações que, como disse o dr. Herval, pudessem interessar ao hospital para criar uma demanda de interesses para ele desapareceram quando surgiu o sistema AIH, em que o pagamento é por procedimento. Então o hospital recebe uma quantia fixa pelo atendimento do mesmo procedimento, quer tenha o mesmo diagnóstico e o mesmo procedimento, mas com doente muito mais grave que outro e recebe a mesma coisa!

Sobre o desempenho dos hospitais privados, que eu estava di-

"As internações desapareceram quando surgiu o sistema AIH."
(Aloísio Fernandes)

zendo — uma estatística que saiu no relatório de atividades do Inamps no primeiro semestre de 77, que eu levantei e que mostra por que existem certas coisas —, por exemplo, enquanto na clínica médica a permanência nos hospitais próprios é de 15,8 dias, nos hospitais contratados é de 7,3; na clínica obstétrica é de 4,3 e nos contratados 2,9; na clínica cirúrgica é de 10,1 e no contratado é de 6,7. Mas o mais importante não é isso, mais importante é o número de óbitos, que é um dos índices de medida de eficiência de desempenho em hospitais: enquanto na clínica médica dos hospitais próprios há um índice de óbito, nessa data, de 9,13%, os hospitais contratados tinham 4,16%; na clínica obstétrica 0,36% e os contratados tinham 0,08% e na clínica cirúrgica 3,84% e os contratados 1,19%. É muito menos do que a metade — o que mostra um melhor desempenho!

HERVAL — Doutor, o sr. me permite?

ALOÍSIO — Pode falar dr. Herval.

HERVAL — Aloísio, me perdoe, mas eu acho que um debate desta natureza, neste jornal, nós precisamos ter uma preocupação muito grande para aquilo que esta-

mos realmente discutindo. Dizer, por exemplo, que a mortalidade nos hospitais públicos é maior do que nos hospitais privados...

ALOÍSIO — Eu disse nos próprios.

HERVAL — Acontece, doutor, como o senhor sabe muito bem e como já disse o Prouença, que a maioria das patologias difíceis vem para nós.

ALOÍSIO — Não vão, doutor.

HERVAL — O senhor sabe perfeitamente que quando ocorre um politraumatizado ou um traumatismo de crânio esses casos vão para os hospitais públicos porque é um doente muito caro, é um doente com tempo longo de permanência e em que a mortalidade é alta. Isso ocorre em qualquer patologia.

Eu só pediria aqui um favor — porque, sabe, isso me revolta na minha visão científica das coisas. Não é na questão do Inamps. Como sou um pesquisador nessa área, realmente o senhor trabalhar dados da maneira como está trabalhando me preocupa demasiadamente porque me parece um desamor à verdade! Só isso.

ALOÍSIO — O comentário que tenho a fazer é o seguinte: estou apresentando dados que são retirados dos próprios relatórios do Inamps e lamento profundamente que esses dados sejam tão antigos. Por um motivo muito simples: quando apresentei esses dados na Comissão de Saúde da Câmara Federal nunca mais esses dados apareceram em relatório nenhum do Inamps. Porque eles estavam sendo usados por nós para demonstrar um fato que é uma verdade que o próprio Inamps criou.

JT — O sr. acha que no momento que vocês resolverem a situação do Inamps, principalmente aqui em São Paulo, a rede de hospitais próprios terá condição de dar um atendimento eficaz a esses 80% da população? Pode dispensar a rede contratada?

HERVAL — Mas ninguém está dizendo isto, ninguém está preocupado com isto.

JT — O Inamps não pode viver sem a rede contratada, dr. Herval?

HERVAL — Não pode viver e nem se pretende isso. É essa questão que eu gostaria de colocar no âmbito do desapaixonamento da discussão. Veja bem. O que nós temos de discutir é, digamos, a tendência e, digamos, o delineamento da participação dos diversos setores nas ações que estão sendo desenvolvidas nessa área. Por exemplo, na medida em que a assistência médico-hospitalar tem uma curva crescente e não há, até este momento, nenhum vestígio de que esse custo vai baixar, a possibilidade de investimento só o Estado é que tem. Então, consequentemente, é o Estado que vai ter de absorver a tecnologia mais pesada e vai ter de preparar os recursos humanos necessários para isso e formar esses recursos até para o setor privado, como faz. Os hospitais, por exemplo, aqui de São Paulo, têm de ser hospitais de excelência, nunca hospitais de demanda. O que eu tenho de ter é um hospital modelar para formar pessoas, para tratar pacientes muito graves e para ter parâmetros.

O que nós queremos e que estamos discutindo com o setor privado, estamos discutindo com seriedade e o seguinte: qual é a tendência? Nós estamos preocupados com o sucateamento do setor privado, nós estamos preocupados com o baixo pagamento que se faz.

JT — O sr. acha que o hospital privado não sobrevive com esse pagamento de 9,36 ORTNs por internação?

HERVAL — Está sobrevivendo. Não vou discutir nem por que e como. Deixo para os senhores resolverem essa questão.

NELSON — Sim, mas eu acho que é preciso trazer um elemento de contribuição a isso.

HERVAL — Deixa eu só concluir. Então, o que nós estamos percebendo é o seguinte: tudo faz crer que por causa desse aumento de custo da assistência médico-hospitalar, desses equipamentos pesados, dessa tecnologia, da pesquisa — que não se falou aqui — que esses hospitais têm a obrigação de fazer, o hospital privado que presta serviços ao Inamps fica com as patologias de média complexidade.

A Previdência Social tem que sentar e discutir para que esses hospitais não se asfixiem. Quer di-

O Inamps pode viver sem os hospitais privados?

É esse o tema discutido hoje por médicos, donos de hospitais e um representante do Inamps.



zer, nós temos que criar condições para que esses hospitais sobrevivam porque são essenciais, são necessários. Isso é que nós queremos colocar. E deixar para o outro setor, o público, a rede de ambulatórios, que deve ser prevalentemente, como é, pública. Não se tem nenhum projeto de absorver, no setor público, a demanda. Isso não é projeto nenhum, porque estaria contra a própria realidade. E é para esse convívio que nós estamos convidando o setor privado. E eu não vejo por que se fique sistematicamente como se tivesse o espírito daqueles que querem liquidar com o setor privado, que a gente sabe que não sobrevive sem o dinheiro público.

JT — Mas o senhor concorda que é o clima que persiste neste momento, esse clima de adversidade, de inimigos.

HERVAL — Não.

ALOÍSIO — Se o governo não tem tido essa intenção, pelo menos para mim é uma grata surpresa saber que não é essa a intenção dele, porque tudo leva a crer que essa foi a intenção declarada dele — a

"Quando ocorre um traumatismo de crânio, o caso vai para o hospital público."
(Herval Pina Ribeiro)

de liquidar com a iniciativa privada, no Brasil, dentro de pouco tempo!

NELSON — Em primeiro lugar, eu queria registrar aqui uma maneira de encarar esse problema da rede que é administrada pelo Estado e daquela que não é administrada pelo Estado de uma maneira diferente do que tem sido dito, até

este momento, nesta mesa. Costumou-se colocar aí a alternativa Estado/serviços privados.

Quando se fala na discussão que neste momento se trava no País nos serviços "privados", coloca-se aí uma heterogeneidade de formas de organização desse serviço que precisam ser identificadas, porque senão fica a impressão de que tudo é iniciativa privada de tipo empresarial, com finalidade de lucro, a saúde como objeto de lucro e não é bem assim.

JT — Isto faz transparecer a incompetência do Estado nessas fraudes dos hospitais privados.

NELSON — Exatamente. porque se coloca de repente num mesmo saco, num mesmo balaio, coisas extremamente diferentes.

HERVAL — Eu só não cometaria esta injustiça para o representante do setor privado, que você está cobrando.

NELSON — Os que comprovadamente fraudaram o Inamps acho que devem ser eliminados do sistema assistencial, devem perder o direito de acesso. Não se deve dizer que em condições voltam. Então eu acho que é preciso ser bem radical em relação aos que fraudaram.

Agora, quero convidar para uma reflexão, que foi feita até na sua própria pergunta: quando nós vemos alguém fraudar com o objetivo de enriquecer, este é um bandido comum, um gangster que, circunstancialmente, encontrou na medicina ou no atendimento dentro da área médico-hospitalar o campo próprio para exercer a sua vocação natural.

Agora, quando setores progressivamente mais amplos começam a fraudar para sobreviver, a interpretação já precisa passar por uma reflexão um pouco diferente, que é o caso de certos hospitais com características tais que nunca se poderia imaginar que pudessem ocorrer fatos como aqueles que ocorreram.

Quando a discussão é aprofundada nessa direção eu tenho que ressaltar que a imensa maioria de nossa classe continua prestando os serviços médicos, apesar de todas as adversidades, dentro de um padrão de correção.

JT — Dr. Herval, o senhor falou na humanização da medicina. Com o pagamento de 9,36 ORTNs, o senhor acredita que um hospital tenha condições de manter uma parturiente pelo período que ela necessita, que a criança dela necessite no hospital, ou o senhor acha que esse não é o caminho para se continuar fraudando o Inamps; ou então se decretar a falência dos hospitais contratados da rede do Inamps?

HERVAL — Eu vou citar um fato que talvez você não tenha conhecido. Quando eu digo assim: eu tenho uma parturiente que está com oito horas de média de internação na rede contratada, ao invés de cumprir os 3,6 dias de internação em média, eu devo acrescentar como se chegou a esses 3,6 ou 3,7 dias de internação. Antes da A.I.H., quando se pagava por dia de internação se prolongava o tempo de internação; na medida em que se passou para o custo médio numa série histórica de cinco anos com milhões de internações, de acordo com patologia, e tem o seu custo médio; é o custo médio quer dizer que eu estou pagando aqueles casos de longa permanência e aqueles casos de curta permanência, eu tenho um tempo médio, um custo médio, passou-se à alta precoce.

Nós vivemos antes, dentro do sistema G.I.H., no período do milagre e até do que se seguiu dele, o que se diria um alto investimento em saúde e que a rede hospitalar cresceu e os seus proprietários enriqueceram, e ela sempre houve. De repente, você está numa crise econômica, você tem de gerenciar uma série de coisas e quem mais sofre? Os setores sociais. Nós estamos pegando a herança de um sistema perverso, que não desapareceu em sua perversidade. E nós não vamos simplesmente pelo fato de sermos administradores públicos de um novo governo, que já foi da oposição, dizer que as coisas se resolveram. Agora, não pode também a sociedade como um todo e este brilhante jornal cobrar as coi-

"Eu acho que é preciso ser bem radical em relação aos que fraudaram"
(Nelson Guimarães Prouença)

zas de 20 anos e que se fez — perdoem-me —, às vezes com apoio e às vezes com críticas sérias deste jornal, transmutar uma dura realidade para quem precisa de tudo: de emprego, de salário, de transporte, de casa, de assistência médica. Não vai mudar e eu não sou irrealista para dizer que mudaram as coisas com uma simples administração. Os hospitais privados vivem dificuldades; nós estamos preocupados com elas e queremos resolver isso com o setor privado. Agora, quem quer fazer caridade — não pode permitir consulta com um minuto de duração, porque isso já não é assistência médica, não é a caridade que se quer dar.

JT — No mínimo 15 minutos por consulta?

HERVAL — Um mínimo de 15 minutos de consulta, em média. Quer dizer, o que não se pode fazer, porque o custo da consulta é baixo, é se aumentar artificialmente esse número de consultas e cobrar-se do Inamps impunemente, como vinha sendo feito.

ALOÍSIO — Isto aqui está se transformando quase que num monólogo, o dr. Herval falou mais do que o dobro do que nós todos falamos, mas em todo caso, tudo bem. Se torna difícil responder porque ele fez uma sequência muito grande de declarações. Primeiro quero falar sobre o problema das médias das cesárias e das médias dos partos normais, que ele disse que era em torno de 3,6% que foi tirado de uma série histórica no Brasil. Realmente foi tirado de uma série e era uma média, mas o grande erro técnico que o Inamps cometeu na ocasião foi de que ele julgou como alta precoce, mesmo naqueles hospitais que já anteriormente

tinham média tão baixa quanto a que continuaram a ter. Quer dizer, eles não mudaram a sua conduta, foi o Inamps que chegou à conclusão de que os hospitais mudaram a sua conduta: os hospitais já tinham uma média baixa. Por exemplo, o que acontece é o caso de médias, quando são parturientes, todas elas preferem sair do hospital no mesmo dia, elas não querem permanecer no hospital, correr o risco de infecção, qualquer complicação, quer tirar o seu nenê da maternidade o mais cedo possível por causa do risco, e existe justificativa para isso.

Quero falar aqui uma coisa para glória da nossa classe médica. Que o Inamps antes pagava valores diferentes para cesárias e partos, depois ele passou a pagar valores absolutamente iguais e nem por isso as cesárias diminuíram. Isto leva ao sentido de que o médico não fazia cesária objetivando um lucro maior...

Quanto ao atendimento ambulatorial eu quero deixar claro que deve ser trazido aqui porque eu conheço. Eu era representante da Federação e da Associação do Estado de São Paulo quando se criou o atendimento ambulatorial de urgência em São Paulo, e historicamente é muito importante conhecer esse motivo. O atendimento ambulatorial de urgência foi aprovado pelo ministro Nascimento e Silva e pelo Reinhold Stephanes, que era presidente do Inamps na ocasião; foi para tirar o Inamps dos jornais. O jornal se lembra muito bem o número de reportagens que apareciam diariamente nos jornais sobre as filas imensas que o Inamps tinha. Então eles resolveram criar um convênio com os hospitais particulares para eles passarem a atender o doente no próprio local onde o doente mora.

NELSON — No domicílio sanitário.

ALOÍSIO — Exatamente! Se ele mora em Santo Amaro, vai ser atendido por um hospital em Santo Amaro, tanto que foram alguns hospitais só que se interessaram pelo processo da contratação. Isso tirou o Inamps dos jornais. Mas há aqui um fato muito importante: o conceito de urgência que existe nas portarias do Inamps é que urgência é risco de vida com 24 horas, emergência é risco de vida com duas horas. Acontece que desde o começo o Inamps sabia que esses doentes que iam ser atendidos não eram obrigatoriamente de urgência, por um motivo muito simples: porque esse contrato estipulou 24 horas de atendimento durante sete dias da semana, dia e noite, domingos e feriados, quando os próprios do Inamps estão fechados e não davam atendimento de jeito nenhum.

Então passou a se atender o que era a urgência como passou a se atender tudo o que era urgência num sentido do doente: o doente acha que é urgente, então vai ao primeiro hospital que tem convênio e lá é atendido. E a remuneração disso tanto era feita em dois grupos: eram aqueles casos que eram de consulta simples, em que o doente chegava lá e em troca do que ele dizia ele levava uma receita para casa, e dos atendimentos com procedimento, com serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento ou com tratamento com receita ou com aplicação de medicamento. Por esta nova portaria tudo é urgência. Isto quer dizer que não serão consideradas as contas de atendimento ambulatorial de urgência quando o diagnóstico estiver em desacordo com o conceito de urgência, mas não diz qual é o conceito. O conceito, se perdura, é aquele do Inamps de 24 horas. Se isto for verdade e os hospitais forem cumprir à risca o que está aqui eles devem deixar de atender 80% do que atendem hoje, que todo mundo sabe que não é urgência e que eles deixarão de atender.

HERVAL — Dr. Aloísio, como é que fica o paciente?

ALOÍSIO — É por isso e somente por isso que os hospitais até agora, mesmo reunidos em assembleia, mesmo com a manifestação de vários deles querendo parar imediatamente, a assembleia não aprovou porque ela acha que ainda não tem condições pelo menos de esclarecer o doente qual o nível de prejuízo e quanto ele vai sofrer com uma medida deste tipo. (Os hospitais pararam de atender após o debate.)