

A Medicina Previdenciária e o Ensino Médico

*Carlos Gentile de Mello**

I — Medicina Previdenciária

A assistência médica aos beneficiários do sistema brasileiro de seguros sociais não foi introduzida no elenco dos direitos previdenciários como decorrência de questões meramente conjunturais.

É certo que a maior ou menor amplitude dos programas de proteção e recuperação da saúde, bem como as suas características, resultaram de variadas presenças em várias oportunidades.

Mas é fora de dúvida que o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Eloy Chaves, assinado pelo presidente Arthur da Silva Bernardes, criando "em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadorias e pensões para os respectivos empregados", estabelecia, no seu artigo 9º, que os empregados ferroviários, que tenham contribuído para os fundos da caixa "terão direito: 1º) a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite o mesmo teto e sob a mesma economia; 2º) a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; 3º) aposentadoria; 4º) a pensão para seus herdeiros em caso de morte".

Pouco a pouco o sistema foi sendo ampliado. Primeiro aos portuários; depois aos empregados nas empresas de serviços públicos; em seguida aos aviários; depois aos trabalhadores em mineração.

A partir de 1933 começaram a surgir os grandes institutos, de âmbito nacional, abrangendo trabalhadores da mesma categoria ou de atividades afins. Nasceu o Instituto dos Marítimos, seguindo-se, em 1934, o dos Comerciantes e o dos Bancários. Em 1936, o dos Industriários. Em 1938, o dos Empregados em Transportes e Cargas. E, por fim, através da unificação de quase 200 caixas, o Instituto dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

Em 1960, no dia 26 de agosto, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social, de nº 3.807, cujo mérito maior consistiu na uniformização dos procedimentos dos institutos, no que respeita aos direitos e deveres no âmbito previdenciário.

Todavia, cada uma das entidades, desenvolvendo atividades em separado, embora obedecendo a uma legislação única, promovia programas médico-assistenciais que variavam, amplamente, não apenas quanto aos limites de cobertura como pelas suas peculiaridades.

Em 1966, pelo Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro, foi criado o Instituto

* Médico Sanitarista — INAMPS

Nacional de Previdência Social, o INPS, unificando todos os institutos de aposentadorias. Começou, desde então, o gradativo crescimento das atividades médico-assistenciais do sistema de seguros sociais.

Em junho de 1972, a Secretaria de Assistência Médico-Social, através da Portaria 48, estabeleceu que a assistência médica dos beneficiários da Previdência Social "deverá ser prestada prioritariamente nos órgãos próprios das instituições previdenciárias" e que, esgotada a capacidade operacional desses órgãos poderá ser subsidiariamente prestada através de convênios, contratos e protocolos, respeitada a seguinte ordem de prioridades: a) serviços públicos federais, estaduais e municipais; b) sindicatos; c) instituições filantrópicas e/ou de caridade; d) organizações particulares e consultórios privados", acrescentando que, sempre que possível, deveria ser substituído o regime de remuneração médica por "unidade de serviço" pelo sistema de pagamento fixo mensal.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social voltado, exclusivamente, para o seguro social, incluída no seu bojo, a assistência médica.

Pouco depois, em setembro desse ano, foi aprovado o Plano de Pronta Ação da Previdência Social, pretendendo uma "atuação em programação flexível, coerente e conjugada com os demais prestadores de serviço", adotando "certas medidas de aplicação imediata, sem prejuízo da programação global a ser oportunamente definida".

O texto do PPA, sem fixar prioridades programáticas, denota nítida preocupação em desenvolver atividades abangentes, no caminho da universalização desse tipo de serviço a todos os previdenciários.

É assim que o PPA relaciona, entre outras, as seguintes modalidades assistenciais: a) hospitais próprios destinados à prestação de assistência de alta especialização e à pesquisa e aperfeiçoamento; b) convênios com empresas, para atendimento de seus empregados em casos de doença; c) credenciação de médicos e estabelecimentos, nas grandes cidades, estabelecidos nos subúrbios, para atendimento nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetria; d) convênios com a União e com os Estados, para utilização das instalações e serviços de saúde oficiais, assim como das entidades sem fins lucrativos; e) convênios com prefeituras destinados a proporcionar pronto socorro médico aos beneficiários; f) livre escolha e reembolso de despesas; g) opção por instalações especiais, mediante o pagamento de sobrepreço.

Com a implantação do PPA expandiu-se, de modo sem precedentes, a assistência médica prestada pela Previdência Social. Não será exagero afirmar que, com fundamento em estimativas de natureza técnica, mais de 70% das internações hospitalares ocorridas no país são financiadas, direta ou indiretamente, parcial ou totalmente, pela Previdência Social.

Em setembro de 1977 foi sancionada a Lei nº 6.439, que instituiu o SINPAS, Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, incluindo, na sua estrutura, o INAMPS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, ao qual compete desenvolver os seguintes programas de assistência médica: 1º) aos trabalhadores urbanos; 2º) aos servidores públicos civis da União e suas autarquias; 3º) aos trabalhadores rurais; 4º) especiais, ora mantidos pela Legião Brasileira de Assistência, a LBA.

Nos dias atuais o INAMPS, para cumprir os seus programas, conta com 539 postos, com 7.168 consultórios médicos; 3.161 hospitais, com 229.964 leitos; e 4.602 clínicas médicas contratadas e convenientes.

Tudo indica que a tendência de ampliação dos programas médico-assistenciais a cargo do INAMPS é irreversível. Em julho de 1978, o Ministro da Previdência e Assistência Social, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, declarou que "a universalização da assistência médica dentro do Sistema Nacional de Saúde deverá ser uma das próximas medidas adotadas no sistema previdenciário, medidas que já estão sendo estudadas e virão ampliar e generalizar a proteção social".

Parece fácil deduzir que os programas de proteção e recuperação da saúde desenvolvidos pela Previdência Social representam o grande consumidor dos recursos humanos dessa área, nomeadamente dos profissionais da medicina.

II — Ensino Médico

As primeiras escolas médicas, no Brasil, surgiram em 1808, logo após a chegada de D. João VI.

Plácido Barbosa e Cássio Rezende, em "trabalho organizado por ordem do Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz, Diretor-Geral de Saúde Pública", relatam as circunstâncias históricas relacionadas com a criação desses estabelecimentos de ensino.

Segundo esse registro, o Cirurgião-Mor dos Exércitos, o Conselheiro Dr. José Corrêa Picanço, nascido em Pernambuco e que cursara o ensino de Cirurgia em Lisboa com aperfeiçoamento em Paris, "pensando no progresso da sua pátria, interveio eficazmente junto à real pessoa do príncipe regente, para que

este, em amor à sua passagem pela Bahia de São Salvador, mandasse erigir uma escola de cirurgia na nova e provisória metrópole".

"O príncipe regente, aprovando tão sábio alvitre, expediu ao conde da Ponte, então governador da capitania da Bahia, a Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808 pela qual era criada uma escola de cirurgia no Hospital Real Militar daquela cidade".

Prossegue o registro: "Tendo passado a Corte para o Rio de Janeiro, onde chegou a 7 de março de 1808, o cirurgião-mor Dr. José Corrêa Picanço pugnou igualmente pela instalação aí de uma outra escola de cirurgia, a qual foi decretada em 5 de novembro de 1808 devendo ficar anexada ao Hospital Real Militar e da Marinha, então estabelecido no excolégio dos jesuítas no morro do Castelo".

Cumprir destacar que "ao tempo do refúgio do Príncipe D. João no Brasil, o ensino e o exercício da medicina em Portugal refletiam o atraso e a desídia. Facilmente se obtinha o diploma de cirurgia; a venalidade dos exames era habitual, enxameavam os *médicos idiotas*, que eram os curadores empíricos e ignorantes exercendo a medicina. (...) Não podia ser diferente destes moldes o regime adotado para o Brasil em 1808 em matéria do ensino e exercício da medicina".

E mais: constituiu-se uma verdadeira conjuração integrada por médicos portugueses, que se opunha ao ensino médico brasileiro, sobressaindo-se, nessa luta, o Dr. Vicente Navarro de Andrade, depois Barão de Inhomirim.

Talvez por tudo isso é que a terceira escola médica do país somente tenha sido criada 90 anos depois, em 1898, a atual Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul, segundo

informa a Comissão de Ensino Médico, no seu documento nº 1.

De 1808 a 1960, isto é, durante um período de 152 anos, foram criadas, no Brasil, 29 escolas médicas, uma em cada cinco anos.

De 1961 a 1970, ou seja, em apenas nove anos, surgiram nada menos de 45 novas escolas médicas, verdadeira explosão, cerca de cinco novas faculdades a cada ano.

Esse ritmo acelerado de crescimento no âmbito do ensino médico não encontrou aumento paralelo na esfera dos recursos materiais e humanos indispensáveis para uma adequada atividade didática.

No que respeita ao problema dos leitos hospitalares a situação se configurou particularmente grave tendo em vista que, no período, a prática médica incorporou modernas tecnologias de diagnóstico e de tratamento que exigiam novos e dispendiosos equipamentos e instalações, elevando, em consequência, em escala significativa, o custo dos serviços médico-assistenciais.

O problema começou a preocupar, justificadamente, os setores técnicos do Ministério da Educação e Cultura, que, em junho de 1971, instituiu a Comissão do Ensino Médico, integrada por dez professores de dez escolas de medicina, figuras representativas, dentre as quais se destacam: Clementino Fraga Filho, João Paulo do Valle Mendes, Aloysio de Salles Fonseca, Roberto Santos, entre outros.

Em 1972, depois de terem sido visitadas todas as escolas de medicina em funcionamento no país, a Comissão de Ensino Médico produziu o seu primeiro relatório, denominado "A Expansão da Rede Escolar", no qual afirmava "digna de registro a pobreza do equipamento, a sua desatualização, as precaríssimas condições de manutenção, o elevado núme-

ro de instrumentos fora de uso, aliados à baixíssima relação leito/aluno e à insuficiente conservação das próprias instalações".

No que respeita à escassez de leitos para fins didáticos, a Comissão de Ensino Médico foi taxativa: "nada menos de 24 escolas (quase a terça parte) têm número inferior a 150 leitos hospitalares à sua disposição. Dessas, onze contam com menos de 75 camas". Pelos dados oferecidos, nesse grupo havia mais de cinco alunos para cada leito hospitalar disponível. No mesmo documento dizia-se: "as escolas devem oferecer ao menos um leito de hospital para cada dois alunos do ciclo clínico, desde que a permanência média dos doentes, comprovadamente, não ultrapasse 25 dias, e ter condições para consulta externa, em que se atenda, diariamente, no mínimo, a um paciente para cada dois alunos".

III — Ensino e Previdência

Em 1974, a Comissão de Ensino Médico, no documento versando sobre "Ensino Médico e Instituições de Saúde", reconhecia que "O Instituto Nacional de Previdência Social, detém, no País a maior soma de recursos destinados à assistência médica; possui a maior rede hospitalar unificada em nosso meio; é o organismo oficial que maior número de médicos emprega; e, por fim, é aquela que maior número de clientes abriga entre nós (cerca de 85% da população ativa, no momento, e, certamente, 100% nos próximos anos). Cabe-lhe, pois, a maior responsabilidade no sistema nacional de prestação de serviços médicos e, por via de consequência, não pode deixar de participar nos programas de formação dos profissionais da área da saúde, direta ou indiretamente. Simultaneamente, qualquer atividade educacional

nessa área terá que levar em consideração que o produto final do seu desenvolvimento será utilizado pelos órgãos de Previdência Social”.

Os responsáveis pela assistência médica da Previdência Social, ao que tudo indica, não pensam diferentemente dos responsáveis pela área universitária. É o que se pode deduzir pela orientação, desde há muito seguida, nos 31 hospitais próprios, com os seus 7.340 leitos, postos à disposição do ensino de profissionais da área da saúde, na fase de graduação como de pós-graduação, não apenas de médicos, como de nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros.

O treinamento de recursos humanos nos hospitais da Previdência Social oferece a vantagem adicional de permitir o contato do futuro profissional com a realidade de saúde com que vai se defrontar. Acredita-se que o médico formado exclusivamente nos hospitais universitários, sabidamente diferenciados e altamente especializados, regra geral, destinados ao atendimento de portadores de condições mórbidas mais complexas, poderá ser vítima de imensas frustrações no instante em que trocar o ambiente escolar pelas lides da rotina profissional. É o pensamento da Comissão de Ensino Médico.

A outra forma efetiva de participação da Previdência Social na formação do médico que, ao cabo, se destina a contribuir nos seus programas de saúde, consiste em oferecer recursos para a manutenção dos hospitais universitários.

IV — O Hospital Universitário

De acordo com a letra b) do item III do artigo 1º da Lei nº 6.229, de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, compete ao

Ministério da Educação e Cultura “manter os hospitais universitários ou de ensino zelando para que, além de proporcionar elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem”.

Entretanto, é o próprio Ministério da Educação e Cultura, através da Comissão de Ensino Médico que reconhece que “o financiamento das unidades de saúde onde se realiza o ensino médico necessita passar por completa reformulação, de maneira a acudir às transformações ocorridas na sociedade brasileira. Não mais será possível manter hospitais universitários com verbas exclusivas da educação, quando, em verdade, eles são órgãos de prestação de serviços à coletividade, na ampla área da saúde. Para o seu custeio deverão concorrer os governos federal, estadual e municipal, pelos orçamentos da saúde. E, sobretudo, a Previdência Social, que além de ser a principal usuária, há de encontrar um atendimento de alta qualidade e mais barato do que em seus próprios hospitais ou nos particulares, uma vez que grande parte das despesas, inclusive referente ao pessoal médico docente, corre à custa da Universidade”.

É incontestável que o Ministério da Previdência e Assistência Social não esteve ausente ao problema. Daí porque, na XII Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica, realizada em São Paulo, em 1974, o então Diretor do Hospital de Ipanema, Nildo Aguiar, representando oficialmente o ex-INPS, destacou as seguintes recomendações, que mereceram unânime aprovação dos presentes: 1º) os hospitais universitários e os de ensino deverão ter prioridade absoluta para efeito de contratos e convênios da Previdência Social com terceiros, para

prestação de serviços médicos; 2º) os contratos e convênios da Previdência Social com os hospitais universitários e os de ensino não podem nem devem ser idênticos aos contratos firmados com casas de saúde e outras entidades privadas; 3º) na avaliação dos indicadores técnicos dos hospitais universitários e os de ensino, deverão ser levados em conta não apenas os aspectos assistenciais, mas, sobretudo, as repercussões das atividades didáticas e de pesquisa.

Como resultado dos estudos e entendimentos a respeito do assunto, o Ministro da Previdência e Assistência Social, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva e o Ministro da Educação e Cultura, Ney Braga, em outubro de 1974, assinaram um protocolo "objetivando a integração dos hospitais de ensino nos programas de assistência médica da Previdência Social".

Na oportunidade foi aprovada uma minuta-padrão de convênio disciplinando as relações entre a Previdência Social e os hospitais de ensino, de acordo com o qual, o ex-INPS, hoje INAMPS, contribui, mensalmente, para o hospital de ensino, com um subsídio variável em função do número e do tipo de altas ocorridas no período.

Um ano depois, em Salvador, na Bahia, durante a XIII Reunião da Associação Brasileira de Educação Médica, foi aprovada moção de aplauso ao convênio MEC/MPAS, pelos 203 professores presentes, tendo em vista, especialmente, os seguintes motivos: a) serem convênios globais e que incluem o pagamento das ações dos diversos níveis de prevenção e assistência médica e não, apenas, o atendimento hospitalar; b) serem convênios que estabelecem novas formas de pagamento de assistência médica, que visam corrigir as distorções dos procedimentos anteriores que compro-

metiam a qualidade da assistência e do ensino médico.

Em 1978, o assessor do Departamento de Assuntos Universitários do MEC, professor Carlos Marcílio de Souza, em documento oficial, confirma a excelência da decisão dos ministros Nascimento e Silva e Ney Braga, nos seguintes termos:

"O protocolo entre o MEC e a Previdência Social tem resultado em benefício tanto para as Escolas quanto para os órgãos prestadores de assistência médica da Previdência Social. Graças a esse protocolo, também conhecido como Convênio-Padrão, os hospitais de ensino passaram a vivenciar de modo mais efetivo os problemas de necessidades de atenção médica da comunidade e, em adição, passaram a receber remuneração pela assistência prestada aos pacientes previdenciários. Por outro lado a Previdência Social passou a contar com grande número de leitos hospitalares e de atendimento ambulatorial de modo a reduzir a carência da assistência médica destes elementos, bem como pode a Previdência Social ter a oportunidade de aplicar fórmula mais adequada de remuneração de serviços médicos, uma vez que esses convênios eliminam o método de pagamento por unidade de serviços, capaz de gerar distorções na intensidade de aplicação de medidas de diagnóstico e de tratamento. Portanto, esses convênios existem hoje em benefício de ambas as partes e deverão continuar a se desenvolver e a se aperfeiçoarem".

V — Considerações Finais

A perfeita articulação entre a Previdência Social e os Hospitais Universitários, importante parcela para alcançar o desejável entrosamento entre a Medicina Previdenciária e o Ensino Médico, constitui mais do que um passo importante no

caminho da racionalidade dos programas de assistência médica previstos no contexto do Sistema Nacional de Saúde.

O convênio MEC/MPAS oferece oportunidade para reavaliação dos programas médico-assistenciais em curso, cujas imperfeições começam a ser claramente identificadas pelos setores técnicos do Ministério da Previdência. Documento da Secretaria de Serviços Médicos do MPAS, datado de 1977, versando sobre "Previdência Social e Ensino Médico", informa: "Não é nosso intuito analisar as vantagens e desvantagens da contratação de serviços médicos no sistema vigente de pagamento de atos médicos por tabela de honorários. Cabe registrar, porém, que, nas circunstâncias em que vem sendo aplicado, ele vem-se mostrando pouco adequado à consecução dos objetivos da assistência médico-social".

Não se pode vislumbrar qualquer inconveniente na implantação dos convênios com fundamento na minuta-padrão MEC/MPAS. Somente poderão advir vantagens na busca de novos caminhos no campo da medicina previdenciária.

Cumpra, desde logo, a fixação de normas rígidas estabelecendo que, no menor prazo, todos os hospitais universitários e

de ensino, somente poderão prestar serviços à Previdência Social com base no convênio MEC/MPAS.

Paralelamente deverão ser reformulados os valores das altas dos hospitais universitários, elevando-se o subsídio mensal pago pelo INAMPS, pelo menos nos mesmos níveis da remuneração paga às casas de saúde privadas contratadas.

Deverá ser restabelecido, de imediato, o espírito que presidiu a elaboração da minuta-padrão do convênio MEC/MPAS, retirando-se do texto atual todas as vinculações com a tabela de honorários médicos e hospitalares.

Progressivamente deverão ser reformulados todos os convênios da Previdência Social com os hospitais governamentais, federais, estaduais e municipais, utilizando-se a minuta-padrão do convênio MEC/MPAS.

Igual providência deverá ser adotada com todas as instituições consideradas não-lucrativas, a começar com os hospitais da Santa Casa de Misericórdia.

Com essas medidas, ao tempo em que poderão ser alcançadas novas etapas na busca da racionalidade da estrutura médico-assistencial, estarão sendo consagradas recomendações aprovadas pelos ministros Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva e Ney Braga.