

CONVÊNIO MEC-MPAS: ANÁLISE DE 6 ANOS DE VIGÊNCIA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

*Flávio A. de Andrade Goulart**

*Flávio J. Dantas de Oliveira***

Têm sido inúmeras as discussões travadas ao longo da história da Universidade brasileira sobre a questão do financiamento dos hospitais de ensino¹. Dentre os diversos modelos existentes, destacou-se nos últimos anos o convênio firmado entre o MEC e o MPAS para os referidos hospitais, convênio este denominado "global". A Universidade Federal de Uberlândia (UFU) vem-se utilizando dessa forma de financiamento desde 1975, constituindo-se numa das primeiras universidades brasileiras a fazer uso dela e tendo acumulado, desde então, expressiva experiência no assunto.

O presente trabalho procura levantar, ao longo da última década, alguns indicadores de desempenho do complexo hospitalar e ambulatorial da UFU, referentes a consultas, internamentos, contratação de pessoal; ampliação da área física, aquisição de equipamentos, recursos financeiros, etc., procurando correlacioná-los aos períodos pré e pós-convênio. São mostrados, também, resultados de um instrumento de mensuração de atitudes aplicado ao corpo docente e comparativo em relação aos 2 períodos citados. Comenta-se ainda, e de maneira destacada, as conclusões do I Seminário de Ensino Médico realizado em 1981 na UFU, no qual se evidenciaram os posicionamentos dos corpos docente e discente em relação ao convênio. Em um e outro momento foram relevados aspectos referentes à integração entre ensino e assistência médica².

Os autores esperam contribuir para maior aprofundamento e discussão do tema junto à

comunidade universitária, já que esta é uma questão proeminente e de alta pertinência em relação à área da saúde na universidade brasileira contemporânea.

O CONVÊNIO GLOBAL

Até 1974 a Previdência Social, através do então INPS, dispunha de uma única maneira de remuneração dos serviços prestados pelas instituições hospitalares no atendimento aos seus previdenciários. Este era o convênio por US (Unidade de Serviço), igual tanto para hospitais de ensino, como para casas de saúde privadas de fins lucrativos.

No convênio por US a Previdência remunerava os serviços prestados de acordo com tabela própria, onde são fixados os valores dos diversos procedimentos por unidade de serviço (a título de exemplo, uma consulta médica está tabelada em 8 US, valendo cada US, em julho de 1982, Cr\$ 60,00). Os hospitais de ensino levavam desvantagem, pois, entre outros fatores, tinham muitos exames complementares glosados, algumas internações longas ("casos de ensino") não eram adequadamente consideradas e algumas vezes, surgiram reclamações de que o preço da tabela em US não cobria o custo real do procedimento médico, gerando prejuízos sucessivos.

Em 1974, o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, estudando a crise dos hospitais universitários, fazia recomendação no sen-

* Professor de Medicina Preventiva e Comunitária, Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências Biomédicas, Universidade Federal de Uberlândia.

** Assessor, Administração do Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia.

tido de que o Ministério da Previdência estabelecesse como prioridade a utilização do Hospital Universitário para prestação de serviços a seus beneficiários. Para tal, seria necessário um tratamento diferenciado, que levasse em conta não apenas os aspectos assistenciais, mas enfocasse também os aspectos de formação e pesquisa médica. Daí o convênio global, fruto da articulação entre os Ministérios da Educação e Previdência Social, que teve sua minuta-padrão assinada em 23 de outubro do mesmo ano.

A diferença básica entre o convênio global e o convênio por US está em que no primeiro é pago um valor fixo global para o atendimento ambulatorial/hospitalização do paciente, independentemente dos serviços complementares e terapêuticos que tenha absorvido (exceto alguns procedimentos especializados como endoscopia, radioterapia, quimioterapia e outros que estão sendo remunerados), e do número de dias em que o paciente ficou internado no hospital. Com isto, estimula-se uma menor taxa de permanência do doente e um uso discriminado de exames complementares a serem controlados pelo hospital convenente.

Na atual minuta-padrão, aprovada para 1982³, a cláusula primeira estipula que a convenente se obriga a prestar assistência médica integral, em ambulatório e leitos hospitalares, à clientela da Previdência Social constituída pelos beneficiários urbanos e rurais. A cláusula segunda define a assistência pactuada como compreendendo cuidados de prevenção, de tratamento e de recuperação, de natureza clínica e cirúrgica, em ambulatório e hospital, serviços complementares de diagnóstico e tratamento e assistência odontológica, farmacêutica, social, de nutrição e de enfermagem³.

O INAMPS, por seu turno, obriga-se a contribuir, mensalmente, com um subsídio resultante de:

- a) multiplicação do número de altas hospitalares pelos valores constantes na tabela de preços baixada pela Secretaria de Serviços Médicos do MPAS (observando-se número e tipos de altas hospitalares mensais e tempo de permanência adequado aos cuidados referidos em cada caso);
- b) multiplicação do número de consultas médicas pelo valor tabelado correspondente, sendo o limite de consultas definido pelo resultado do produto do número

de consultórios em funcionamento por 1152.

A estas parcelas, somam-se os valores dos procedimentos especializados (ambulatoriais e hospitalares) e pequenas cirurgias em ambulatório.

É importante ressaltar que as tabelas de preços obedecem a uma classificação hospitalar que o INAMPS periodicamente realiza, em função dos recursos humanos e materiais, do desempenho hospitalar e da complexidade das ações que o hospital esteja apto a realizar (o Hospital das Clínicas da UFU está enquadrado, atualmente, na categoria "A").

Por outro lado, a cláusula sexta define que "o INAMPS e a CONVENENTE ajustam participar do planejamento conjunto e integrado dos Programas de Saúde, com o estabelecimento de níveis hierarquizados — de assistência, dentro de um sistema regionalizado de prestação de serviços, em que o Hospital Universitário ou de Ensino participe como Centro da REFERÊNCIA, com definição das ações e das atribuições das instituições que o integram"³.

A Assistência Médica:

Os gráficos 1, 2 e 3 e a tabela 1 abrangem este tópico. Pode-se comprovar neles o expressivo crescimento da demanda de pacientes de consultas ambulatoriais, de emergência e internações de 1972 a 1980, principalmente a partir de 1975, quando da implantação do convênio MEC-MPAS na Instituição. O ambulatório apresenta, particularmente, crescimento quase exponencial das consultas.

TABELA 1
Indicadores hospitalares:
HC X outros hospitais de Uberlândia, 1980.

INDICADOR	HC	OUTROS HOSPITAIS DE UBERLÂNDIA
Nº de internações	13.926	22.876
Média de Permanência	6,54	3,38

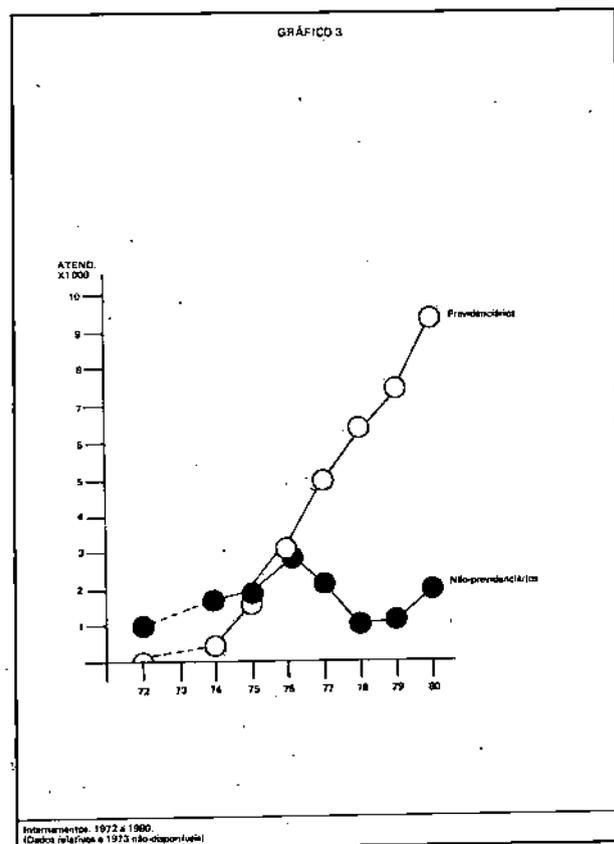
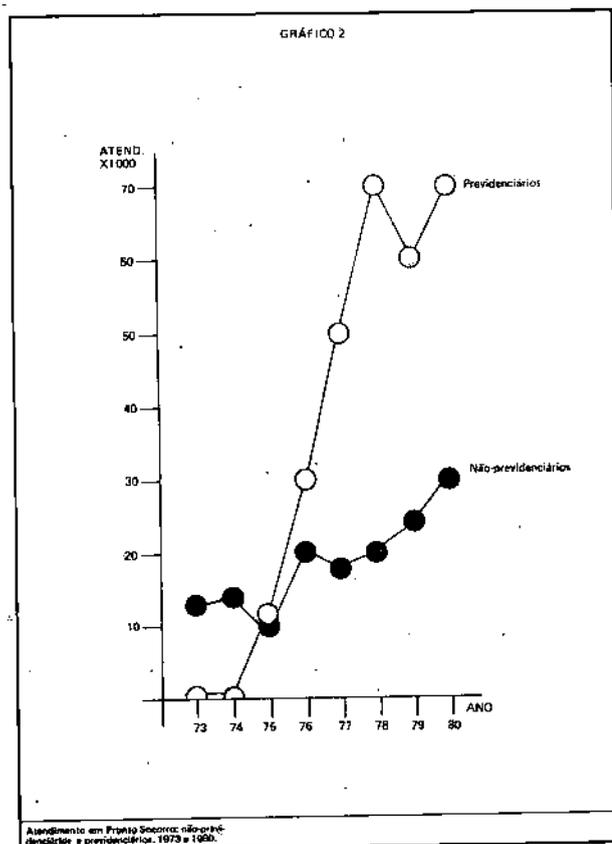
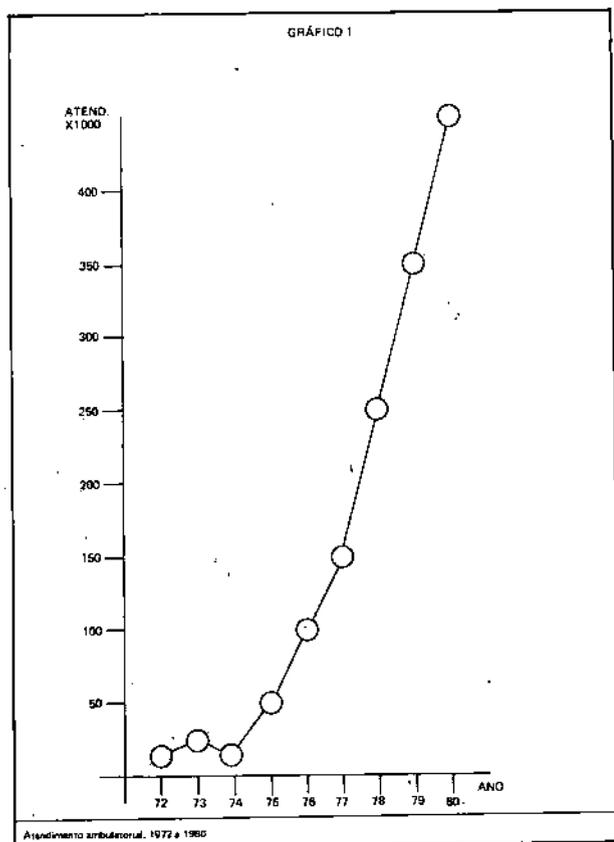
Fonte: SINPAS — Agência de Uberlândia

Quanto à relação entre previdenciários e não-previdenciários, verifica-se que no Pronto-

socorro estes últimos apresentam-se em maior proporção do que no caso do Hospital. Esta di-

ferença talvez se explique pela maior ênfase no esclarecimento da situação previdenciária de pacientes que se internam, do que no caso daqueles que apenas procuram o Pronto-socorro. Não se pode afastar também uma certa limitação dos internamentos de não-previdenciários (especialmente entre 1977 e 1979), já que estes internamentos, não sendo cobertos pelo convênio, oneram a Instituição.

A tabela 1 compara o número de internações e a média de permanência hospitalar entre o Hospital das Clínicas e a Rede Hospitalar da cidade de Uberlândia. Pode-se observar que o primeiro detém cerca de 61% das internações e possui, além do mais, média de permanência de pacientes duas vezes superior à da rede privada, fato que está de acordo com os propósitos didáticos e de pesquisa do Hospital Universitário.



O Crescimento Físico da Área de Saúde:

Os gráficos 4, 5 e 6 e a tabela 2 esclarecem quanto a este tópico. Pode-se observar pelos dados que apresentam que em relação a número de leitos, área construída, pessoal docente e "ativo fixo", o crescimento constituiu regra

geral, mormente após 1974. As construções tiveram seu apogeu nos anos de 1978 e 1979.

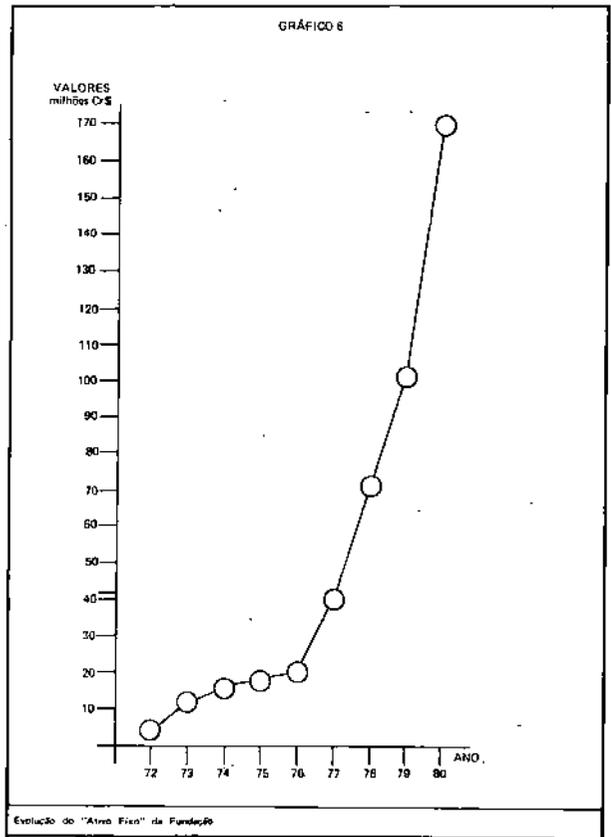
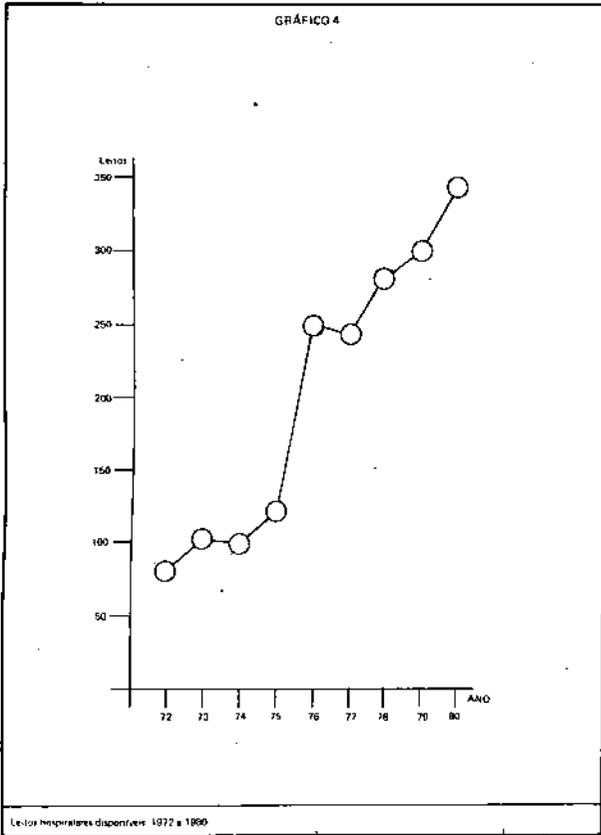
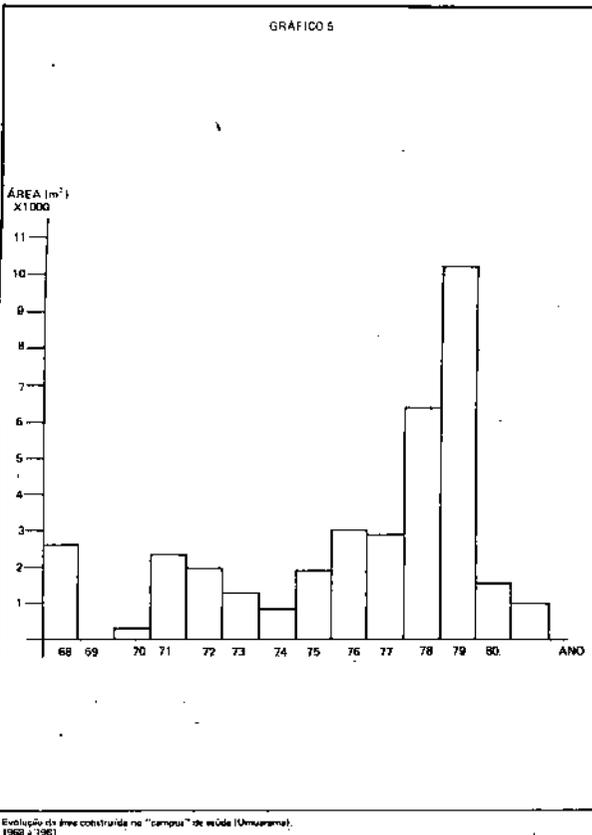


TABELA 2
Número de docentes do Curso Médico

ANO	Nº DE DOCENTES
1972	52
1974	54
1978	99
1981	125

A Percepção dos Professores e Alunos:

Este item foi parcialmente analisado através da aplicação do instrumento denominado "Diferencial Semântico" à totalidade dos docentes do Curso Médico em atividade desde o período pré-convênio, sendo possível recuperar 90% de respostas. Esta é uma técnica de mensuração de atitudes desenvolvida em 1953 por Osgood e colaboradores⁴. A mensuração de atitudes é obtida através do posicionamento do respondente em várias escalas simples definidas por adjetivos bipolares, comportando diferenças de graus. Assim a primeira escala do questionário inquiria sobre a integração entre o ensino e assistência, sendo as polaridades representadas pelos adjetivos *inadequada* e *adequada*, e com quatro graus de opção:



- 0 = Neutralidade
- 1 = Ligeiramente
- 2 = Bastante
- 3 = Extremamente

Desta forma, resulta uma informação qualitativa ou diretiva da atitude geral (adequada, inadequada ou indefinida) bem como o grau de intensidade de escolha (ligeiramente, bastante, extremamente). No caso específico do presente trabalho, solicitava-se para cada item a percepção atual do docente a propósito de como era *antes* e como era *depois* da implantação do convênio global no Hospital das Clínicas da UFU.

A análise dos dados provenientes da aplicação do referido instrumento - ver tabelas 3, 4, 5 e 6 - mostra que, na percepção dos docentes do curso médico da UFU, não parece ter havido mudanças extremas do ponto de vista qualitativo, quanto ao ensino, à pesquisa, à assistência médica e à locação de recursos, nos períodos pré e pós-convênio, o que não se dá quando a análise é dirigida para o plano quantitativo (crescimento geral das atividades). Numa tentativa de sintetizar os dados obtidos, poder-se-ia sistematizá-los da maneira seguinte:

1) Aspectos que permaneceram inalterados:

- Integração do ensino com a assistência médica;
- Adequação do modelo assistencial;
- Qualidade do ensino;
- Produção científica;
- Qualidade do sistema de financiamento;
- Satisfação pessoal.

2) Mudanças favoráveis:

- Suficiência da demanda de pacientes;
- Conhecimento da nosologia regional;
- Condições de trabalho;
- Remuneração dos docentes;
- Facilidades para exames complementares;
- Encaminhamento de pacientes para procedimentos externos;
- Adequação e suficiência das instalações;
- Disponibilidade de equipamentos.

3) Mudanças desfavoráveis:

- Dificuldade para internação e permanência de pacientes;
- Inadequação da autonomia frente ao INAMPS;
- Burocratização de procedimentos.

TABELA 3
Percepção dos Docentes da Universidade quanto ao Ensino e à Pesquisa

Item de Avaliação	Antes do Convênio	Depois do Convênio
Integração Ensino-Assistência	Ligeiramente Adequado	Ligeiramente Adequado
Modelo Assistencial	Ligeiramente Adequado	Ligeiramente Adequado
Qualidade Ensino	Ligeiramente Boa	Ligeiramente Boa
Demanda Pacientes	Indefinido	Ligeiramente - bastante Suficiente
Atividade Prioritária	Ensino (ligeiramente - bastante)	Assistência (ligeiramente)
Conhecimento da Patologia Regional	Indefinido	Ligeiramente - bastante Adequado
Produção Científica	Bastante Insuficiente	Ligeiramente - bastante Insuficiente

TABELA 4
Percepção dos Docentes quanto à Assistência Médica

Item de Avaliação	Antes do Convênio	Após o Convênio
Condições Trabalho	Indefinido	Ligeiramente - bastante boas
Remuneração	Ligeiramente - bastante Insuficiente	Bastante Suficiente
Internações	Indefinido	Ligeiramente Dificíeis
Permanência de Pacientes	Ligeiramente Fácil	Ligeiramente Dífícil
Exames Complementares	Ligeiramente Dífícil	Ligeiramente Fáceis
Encaminhamento para Outras Instituições	Ligeiramente Dífícil	Ligeiramente Fácil
Procedimentos Administrativos	Ligeiramente não Burocratizados	Bastante Burocratizados
Autonomia Frente - INAMPS	Ligeiramente Adequado	Ligeiramente Inadequado

TABELA 5
Percepção dos Docentes quanto aos Recursos Existentes

Item de Avaliação	Antes do Convênio	Depois do Convênio
Instalações Físicas	Ligeiramente - bastante Inadequadas	Ligeiramente Adequadas
Instalações Físicas	Ligeiramente Insuficientes	Ligeiramente Suficientes
Equipamentos	Bastante Insuficientes	Ligeiramente Suficientes
Recursos Humanos	Ligeiramente Inadequados e Insuficientes	Ligeiramente Adequados e Suficientes

TABELA 6
Percepção dos Docentes quanto à Avaliação Global de Assistência e Ensino

Item de Avaliação	Antes do Convênio	Após o Convênio
Qualidade do Sistema	Ligeiramente boa	Ligeiramente boa
Satisfação Pessoal	Ligeiramente Satisfatório	Ligeiramente Satisfatório

Além disto, foi percebida uma mudança quanto à atividade prioritária da instituição, referida como "ligeiramente — bastante: Ensino" antes do convênio e "ligeiramente: Assistência" depois do mesmo, à qual se julgou mais adequada não atribuir juízo valorativo ("favorável/desfavorável").

QUADRO 1

INFLUÊNCIAS POSITIVAS DO CONVÊNIO MEC-MPAS

1. Sobrevivência e crescimento do Hospital.
2. Maior número de casos para o ensino.
3. Contato do estudante com a realidade da Previdência Social.
4. Melhor remuneração para os docentes.
5. Maior integração da Universidade com a comunidade.
6. Possibilidade de implantação de integração docente-assistencial.
7. Maior conhecimento de patologias regionais.

QUADRO 2

INFLUÊNCIAS NEGATIVAS DO CONVÊNIO MEC-MPAS

1. Supervalorização da assistência com sobrecarga dos docentes e prejuízo do ensino.
2. Demanda excessiva de pacientes em certos setores (ex.: Pronto-socorro).
3. Pouca autonomia da instituição frente ao INAMPS.
4. Reaplicação apenas parcial dos recursos gerados dentro da área médica.
5. Desinformação de docentes e discentes quanto ao montante e ao processamento dos recursos.
6. Transmissão de um modelo empresarial de assistência médica ao alunado.
7. Omissão do MEC nas dotações orçamentárias.

Outro parâmetro utilizado para a avaliação de percepções foi a súmula dos resultados do I Seminário de Ensino Médico (I SEM) realizado em maio de 1981 na UFU. Neste evento, que

contou com a participação e o envolvimento expressivo dos corpos docente e discente do Curso de Medicina, foram realizadas discussões em grupos sobre cada um dos temas tratados previamente em conferência e mesas-redondas. As conclusões dos grupos foram consolidadas em documento único aprovado pela Assembléia Geral de encerramento do Seminário e divulgado amplamente a seguir⁵. Os quadros 1 e 2 foram retirados desse documento e são praticamente auto-explicativos.

Embora originários de instrumentos muito diferentes entre si, os dados fornecidos pelo "diferencial semântico" citado acima e aqueles surgidos após ampla discussão no I SEM mostram marcantes concordâncias. A este respeito, os quadros 1 e 2 podem ser devidamente cotejados com os itens 2 e 3 da discussão acima (mudanças favoráveis e desfavoráveis).

CONCLUSÃO

Em linhas gerais, pode-se perceber que mudanças favoráveis ocorridas dizem respeito justamente ao inegável crescimento quantitativo havido nas instalações, equipamentos, remuneração de docentes, demanda de pacientes para ensino e novas perspectivas terapêuticas e diagnósticas que se tornaram acessíveis aos doentes. Por outro lado, os pontos negativos apontados se relacionam mais diretamente com aspectos político-institucionais, com excessiva burocratização, inadequada autonomia da instituição perante o INAMPS, necessidade de reaplicação dos recursos na própria área médica, desinformação dos docentes quanto à aplicação destes recursos, transmissão de um modelo empresarial de assistência médica ao alunado. Já aqueles itens que não mostram alterações na percepção dos entrevistados, antes e após convênio, parecem refletir algo mais do que aspectos meramente quantitativos ou mesmo de natureza político-institucional. Desta maneira, a percepção da integração do ensino com a assistência, a produção científica, a satisfação pessoal dos docentes, o padrão de ensino configuram-se como aspectos estreitamente vinculados à qualidade do curso médico, de cuja análise, nos dois períodos considerados, se infere um comportamento estacionário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Ministério da Previdência Social. *Minuta-padrão de convênio com hospitais universitários de ensino para prestação de serviços médico-assistenciais*. 1982.
02. GOULART, Flávio A. & OLIVEIRA, Flávio, J. Dantas de — Convênio MEC-MPAS; Análise de seis anos de vigência na Universidade Federal de Uberlândia. I.: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 19., Recife, 15-8 nov. 1981. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1982. p. 134.
03. LANDMANN, Jayme — *Política Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1980.
04. OSGOOD, C.; SUCI, G.J. & TANNENBAUM, P.H. — *The measurement of Meaning*. Illinois, Univ. Press, 1957.

A CRISE DA TERMINALIDADE DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Juan Stuardo Yazlle Rocha*

A questão do tipo de médico a formar, tendo em vista as necessidades de saúde da população, a estrutura dos serviços e as políticas, levantada, mais recentemente, no Seminário sobre a Formação do Médico de Família (ABEM, Petrópolis, 1973)¹, foi retomada em maior profundidade no Seminário sobre a Formação do Médico Generalista (ABEM-Kellog — Campinas, 1978)² reaparecendo no XVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica (Goiânia, 1980)³ em debate sobre o *Papel da Escola Médica diante do PREV-SAÚDE e O Médico e o Mercado de Trabalho*.

A entrada em vigor da nova regulamentação da Residência Médica, instituída através de normas da Comissão Nacional de Residência Médica⁴, disciplinando os conteúdos programáticos, desenvolvimento das atividades, processo de seleção e credenciamento dos programas, veio agudizar as contradições existentes entre a terminalidade da educação médica no país, os programas de formação pós-graduada de especialistas (Residência Médica) e a estrutura da Assistência Médica (perfil da mão-de-obra do setor e as políticas institucionais vigentes).

Inicialmente, a elevação do nível de exigências para o credenciamento de programas de es-

pecialização trouxe como conseqüência a desativação de "programas" que se caracterizavam mais pelo seu caráter assistencial do que pelo caráter educativo, onde o interesse institucional se centrava nas exigências do cumprimento de atividades por parte do residente, considerado muitas vezes como mão-de-obra barata. Como resultado, o número de vagas nos programas credenciados, escasseou ainda mais, em relação ao número total de alunos graduados em Medicina, a cada ano, no país. Dois tipos de reações já ocorreram em relação a este fato: em Brasília, houve greve de alunos, pressionando a direção da Faculdade de Medicina a fim de obter o credenciamento de instituições de saúde do Distrito Federal e, com isto, aumentar o número de vagas de Residência oferecidas. Em Ribeirão Preto, os alunos entraram em greve reivindicando o acesso direto (sem exame de seleção) à Residência Médica para os graduados na própria unidade. Justifica-se esta reivindicação, na opinião dos alunos, pelo fato que o atual Curso Médico não capacita suficientemente o aluno para inserir-se no mercado de trabalho do setor saúde. Entretanto, antes que deficiências no Curso de Graduação, a dita incapacidade decorre mais do fato de o mercado de trabalho exigir especialistas,

* Doutor, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.