

## O HOSPITAL DE ENSINO: ONTEM, HOJE E AMANHÃ

Elemento condicionante do processo de educação médica, o hospital de ensino representa o campo em que se desenvolve o ciclo profissional do curso médico de graduação. Na medida em que se trata de instituição hospitalar, já representa entidade complexa por sua própria natureza; contudo, por sua inserção na atividade universitária, que envolve simultaneamente docência, pesquisa e prestação de serviços à comunidade, tem sua complexidade natural ainda mais acrescida.

Uma tentativa de análise da realidade do que é o hospital de ensino deve, pois, começar, pela identificação das funções que cabe a ele desenvolver, apenas enquanto hospital; só a seguir será possível examinar de que coloridos ele enriquece tais funções, na medida que se insere na atividade universitária.

### FUNÇÕES DO HOSPITAL MODERNO

As funções de qualquer instituição são definidas a partir de sua conceituação e da clara determinação de seus objetivos. Em decorrência, o primeiro passo na análise das funções do hospital reside necessariamente na busca da definição do que seja a instituição hospitalar, no mundo contemporâneo.

Os documentos da Organização Mundial de Saúde ensinam que "o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais".

Por razões de natureza didática, na análise das funções que cabe ao hospital moderno de-

envolver, não se obedecerá à ordenação em que elas aparecem na definição da OMS.

A primeira função que o hospital deve concretizar corresponde à *prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de internação*. Trata-se de afirmação óbvia, uma vez que corresponde à própria razão histórica da criação da entidade hospitalar. Ela é, contudo, feita aqui essencialmente para dirimir dúvidas quanto à intensidade e amplitude do atendimento ambulatorial, que apenas complementarmente cabe ao hospital desenvolver. Imaginar que alguma entidade hospitalar hipertrofie a tal ponto sua atividade ambulatorial que possa fazer dela elemento fundamental de atividade ou essencial fonte de receita significaria transigir com considerável distorção de conceitos elementares no campo da administração hospitalar.

A segunda função refere-se ao *desenvolvimento*, sempre que possível e tanto quanto possível, de *atividades de natureza preventiva*. Trata-se de visão nova, mas que vem assumindo crescente importância; para compreendê-la é indispensável que se fuja do contexto das cidades brasileiras de grande porte, onde os hospitais tradicionais desempenham ainda e com exclusividade sua tarefa assistencial. Mesmo nessas eventualidades, existe situação que deve ser lembrada: trata-se da convivência paradoxal entre os recursos mais sofisticados de atendimento médico-hospitalar, concentrados em determinadas áreas da cidade — região da avenida Paulista em São Paulo e Zona Sul no Rio de Janeiro — e a carência de recursos para os atendimentos primários de que a população da periferia carece. Neste caso — em tudo equivalente às pequenas comunidades do interior — os hospitais são cada vez mais solicitados a desenvolver tarefas de natureza preventiva, diante da reduzida presença de agências de saúde encarregadas dessas atividades.

Ernesto Lima Gonçalves\*

\* Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenador do Núcleo Regional de São Paulo da ABEM.

Uma terceira função é representada pela *participação em programas de natureza comunitária*, procurando atingir o contexto sócio-familiar dos doentes a que o hospital atende. De novo aqui é indispensável que se fuja da realidade mais freqüente nas grandes cidades, cujos hospitais nem sempre têm possibilidade ou interesse em desenvolver atividades desse tipo. Na periferia, contudo, tal como ocorre nas cidades de pequeno porte, iniciativas e programas de natureza comunitária são impositivos. Para tanto, deverá o hospital abrir-se para os profissionais de saúde que trabalham em sua região de influência, oferecendo-lhes oportunidade de atuação e de cobertura para seus doentes.

A quarta função que se deve atribuir ao hospital moderno é sua *integração ativa no sistema de saúde*. Trata-se de exigência marcante no mundo contemporâneo, assinalado por generalizado desequilíbrio entre a demanda e a oferta de atendimentos à saúde da população. A demanda de atendimentos tende a ser crescente, seja do ponto de vista quantitativo, seja do ponto de vista qualitativo. Quantitativamente, na medida em que cresce a confiança da população na assistência médica e nos profissionais de saúde, a tendência é para uma procura cada vez maior dos recursos instalados. Existe ainda outro fator que conduz a um aumento significativo da demanda de atendimentos: trata-se da crescente especialização que caracteriza o corpo clínico das instituições de saúde, o que faz com que os médicos consultantes precisem, cada vez mais freqüentemente, recorrer a exames complementares e a consultas com especialistas, para esclarecimento diagnóstico. É fácil perceber que tais fatores contribuem para um acréscimo considerável no número de atendimentos.

Do ponto de vista qualitativo existe igualmente uma situação que tende a se agravar, uma vez que o desenvolvimento de novas técnicas e de novos equipamentos, seja no campo de diagnóstico, seja no de tratamento, conduz a uma crescente utilização de tais recursos sofisticados por número cada vez maior de interessados. A essa demanda aumentada conduz a própria divulgação pelos meios de comunicação de massa, que faz com que a tomografia computadorizada, a cinecoronariografia ou a operação para o implante de pontes de safena sejam aceitas e até crescentemente solicitadas pela população.

A última função — esta relacionada com a vida interna da instituição hospitalar — é a *participação na formação de Recursos Humanos para*

a área de Saúde, buscando ampliar a capacitação de seus próprios profissionais de todos os níveis e categorias, mas também procurando contribuir para a formação de integrantes da chamada Equipe de Saúde. Não se trata apenas de formar profissionais por categorias isoladas, mas também de formar entre eles um verdadeiro espírito de equipe, capacitando-os para entender o sentimento da população, de participar e com ela aprender e não apenas ensinar, equipes capazes de compreender o processo social da saúde e de nele inserir-se ativamente.

Todas essas funções são naturalmente exercidas pelo hospital de ensino, mas revestidas agora de colorido específico que merece ser analisado.

A função de atendimento em regime de internação merece duas ordens de reflexão. A primeira prende-se ao fato de que o doente que o hospital recebe passa a ser instrumento do processo de ensino-aprendizagem; trata-se de condição em que os deveres éticos do docente assumem valor fundamental, uma vez que representa a oportunidade de transmitir aos discentes, não apenas profundos conhecimentos de semiologia, de patologia ou de terapêutica, mas de demonstrar-lhes existencialmente o respeito pela pessoa humana que se esconde por trás de cada ocupante do leito hospitalar. A segunda reflexão prende-se a elementos de natureza prática: trata-se de aliar a qualidade da assistência — condição inerente ao próprio ensino médico — com a necessária parcimônia de gastos. Em primeiro lugar, porque a operação de um hospital envolve hoje despesas muito consideráveis, capazes de desequilibrar o orçamento de qualquer instituição, pública ou privada; nesse sentido não se justifica a multiplicação de exames complementares de valor diagnóstico análogo, nem a permanência exagerada do doente, apenas com fins especulativos. Existe, porém, uma segunda razão para justificar esse comportamento: trata-se de ensinar desde o começo o jovem estudante a priorizar as medidas diagnósticas e terapêuticas de que, no futuro, ele deverá valer-se. Mais adiante voltaremos ao tema.

A função correspondente ao desenvolvimento de atividades preventivas, bem como a de participação em programas de natureza comunitária, corresponde ao que chega hoje a ser exigência do processo de educação médica: trata-se da integração docente-assistencial, pela qual o hospital de ensino deve necessariamente envolver-se com os problemas da comunidade, em seu contexto sócio-familiar. Dessa maneira, podem os estudantes do ciclo clínico do curso de gra-

duação apreender a gênese multicausal das doenças humanas, mas também envolver-se em medidas capazes de prevenir muitas delas ou de atenuar as conseqüências de outras tantas.

A função de integração ao sistema de saúde corresponde ao critério de regionalização e hierarquização que deve presidir a estruturação de um sistema verdadeiramente atuante. Nesse caso, caberá ao hospital de ensino, por sua própria natureza, o papel de hospital de referência.

A última função, representada pela formação de Recursos Humanos para a área de Saúde, corresponde à sua função essencial, assumindo aí papel relevante a parte que corresponde ao ensino médico. Poder-se-ia até dizer que, por tradição, seria a parte mais relevante, na medida em que a visão anterior do problema atribuía ao médico a hegemonia, a até mesmo, em certa medida, o monopólio do atendimento à saúde da população. Trata-se de posição já superada, substituída aos poucos pelo conceito de que a saúde da comunidade repousa sobre um grupo de profissionais, que constituem a Equipe de Saúde. No seio desta, cada qual desempenha sua tarefa específica, mas são todas atividades confluentes e complementares, em lugar de ser dispersas e conflitantes.

De qualquer maneira, continua cabendo ao médico papel fundamental no seio da própria Equipe de Saúde, na medida em que é responsável pelo cuidado direto do doente e por muitas das decisões destinadas a proteger a saúde dos que ainda a conservam. Daí a importância que se atribui à análise do desempenho das escolas médicas, em qualquer país e em qualquer época.

### PASSANDO DO CONCEITUAL AO FACTUAL

Já dissemos que o hospital de ensino representa importante elemento condicionante do processo da educação médica, na medida em que constitui o campo de ensino clínico do curso de graduação. Para bem avaliar os fatos, vale a pena recuperar alguns passos históricos na evolução dessa instituição.

No primeiro momento, esse campo de ensino clínico foi representado pelas Santas Casas de Misericórdia, herança legítima e valiosa da nossa formação portuguesa. Das Santas Casas sobreviveram algumas marcas positivas, como o espírito de dedicação e generosidade com que se assinala, em geral, a classe médica brasileira. Mas sobreviveram também algumas marcas negativas: uma

delas era representada pela total autonomia dos antigos "chefes de clínica", que dispunham de instalações próprias, desde os leitos de sua enfermaria até serviços de laboratório, radiologia, nutrição, biblioteca, que sua fortuna pessoal ou seu prestígio profissional e social permitiam. Essa autonomia estendeu-se à figura do professor catedrático de nossas instituições de ensino médico, embora se encontrassem também nos docentes das demais categorias universitárias. Daí por que os conceitos e determinações da Reforma Universitária, concretizados na lei 5540/68, relativos à supressão da cátedra e à reestruturação institucional com base nos Departamentos, encontrou na área médica os maiores adversários. A causa dessa animosidade não se encontra, pois, apenas na desastrosa separação dos ciclos básicos e clínico (profissional) das escolas médicas, contra a qual as restrições são inteiramente razoáveis.

Outra herança negativa das Santas Casas corresponde ao esquema de trabalho em seus setores assistenciais: tratando-se de hospitais gratuitos, mantidos pela contribuição espontânea da comunidade, a tradição definiu que os médicos trabalhariam ali no período da manhã, sem receber qualquer remuneração; à tarde, a fim de garantir sua sobrevivência pessoal e familiar, atuavam em seus consultórios particulares, permanecendo ociosas as instalações da Santa Casa, misto de hospital assistencial e de ensino. O mesmo esquema transferiu-se para o hospital universitário, quando ele veio a se criar já na década de 1940, cujas instalações ainda hoje permanecem não utilizadas em boa parte do dia.

O momento seguinte foi marcado pela implantação do hospital universitário, a partir da inauguração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A concepção previa a superação de graves inconvenientes da estrutura das Santas Casas, avaliados à luz dos modernos critérios de administração hospitalar. Basta lembrar, entre outros, a unificação dos serviços básicos do hospital, em particular o de Nutrição e Dietética, os setores de diagnóstico — Serviços de Radiologia e Laboratório Clínico — o Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

O exemplo disseminou-se rapidamente, sendo o modelo administrativo adotado por numerosas instituições hospitalares, particulares ou oficiais, ainda que não vinculadas à docência médica. Entre as instituições de ensino contudo, foi que o exemplo marcou mais profundamente; em conseqüência, a iniciativa do Hospital das Clíni-

cas de São Paulo, que representava o cumprimento de compromisso do governo do Estado com a Fundação Rockefeller, que fornecerá os recursos para a construção da Faculdade de Medicina no Araçá, passou a servir de modelo para as escolas médicas do país.

Gerou-se dessa maneira um novo equívoco no contexto da educação médica no Brasil: todas as deficiências do ensino passaram a ser atribuídas à inexistência de um hospital próprio, de grande porte e estrutura complexa, esquecidos os dirigentes dos altos custos de implantação e manutenção de hospitais desse tipo. O resultado é que se chegou hoje à situação difícil representada por exemplo pelos hospitais de ensino das Universidades Federais, que consomem parcela muito substancial do orçamento do MEC, apenas com suas despesas correntes.

Nem mesmo a oportunidade representada pela unificação das instituições de Previdência Social, há quinze anos, foi inicialmente aproveitada. De um lado a culpa coube às autoridades previdenciárias, extremamente distanciadas dos problemas da educação médica no Brasil e que continuaram a acreditar que o ensino da medicina apenas deveria continuar a contar com hospitais de indigentes. Posição míope, de quem ignorava o dilema conseqüente: para manter o ensino médico jamais poderia a nação trabalhar pela supressão dos indigentes de sua estrutura social.

De outro lado, contudo, culpa continuava a caber às autoridades responsáveis pelo ensino médico, que permaneciam ignorando o exemplo de outros países, onde o ciclo profissional da educação médica desenvolve-se sempre em hospitais da comunidade, tanto os particulares, quanto aqueles ligados à Previdência Social.

A convivência entre as instituições da Previdência Social e as escolas médicas começou pela iniciativa das autoridades regionais de São Paulo, no começo da década de 70, a partir do reconhecimento de que a presença de estudantes em serviços de saúde produz, por si mesma, questionamentos e estímulos que conduzem ao aperfeiçoamento da equipe de assistência própria da instituição. Tais questionamentos, por sua vez, favorecem o desenvolvimento de atitudes propícias à educação permanente, devido à necessidade de atualização do conhecimento científico e de qualificação de procedimentos técnicos. Já no alvorecer do século dizia uma das maiores figuras da Medicina Clínica de todos os tempos, William Osler, que é indispensável superar "a noção estúpida e errônea de que a presença de estudantes é prejudicial aos interesses do paciente. É exata-

mente o contrário... Eu iria mais longe e diria que nenhum hospital pode desempenhar completamente sua missão se não for um centro de instrução de estudantes e médicos". A experiência de São Paulo desdobrou-se em seguida em diversas instituições hospitalares da Previdência Social e certamente contribuiu para a união dos interesses do ensino médico e da Previdência, por meio do convênio MEC/MPAS, para remuneração dos atendimentos prestados aos segurados previdenciários.

Tais idéias eram tão sugestivas que acabaram incorporadas ao documento n.º 2 da Comissão de Ensino Médico do MEC, sobre "Ensino Médico e instituições de Saúde". Nessa linha eram propostas três etapas sucessivas: 1. efetivação do convênio hospitalar entre MEC e Previdência Social; 2. utilização de hospitais da Previdência no treinamento de Internos e Residentes; 3. utilização dos hospitais da Previdência no treinamento de estudantes de medicina, ou seja, incorporação dos hospitais referidos à rede de hospitais de ensino.

É certo que ao longo dos últimos anos observou-se uma melhoria do equipamento hospitalar à disposição das escolas médicas; a situação encontrada pela Comissão de Ensino Médico em 1971 foi aos poucos se modificando, como documenta a tabela 1.

TABELA 1

Leitos Hospitalares à Disposição das Escolas Médicas: Brasil, 1971, 1976 e 1980.

Número de leitos disponíveis	Número de Escolas Médicas		
	1971 (1)	1976 (1)	1980 (2)
75 ou menos	11	4	2
76 a 150	13	6	8
151 a 300	18	26	18
301 a 450	11	15	17
451 a 700	8	11	16
701 e mais	3	12	14
Informações incompletas	9	1	5
TOTAL	73	75	76

Fontes: (1) Dados do CODEAC/GSS/DAO/MEC.

(2) Supl. revista "Residência Médica", 1980.

Fatores de aperfeiçoamento da rede hospitalar de ensino médico nesse período foram: o programa de apoio aos hospitais de ensino visando à modernização e à expansão de instalações de 26 hospitais e término de construção de cinco ou-

tros; a ação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), no financiamento das instalações de escolas e hospitais.

O sistema de ensino médico mantém hoje cerca de 35.000 leitos hospitalares, o que representa mais do que o dobro da capacidade dos hospitais próprios da Previdência Social, bem como porcentagem considerável dos leitos por ela contratados à rede privada. Trata-se, pois, de potencial respeitável de atendimento, reconhecido pela própria Previdência, ao elaborar recentemente seu Plano de Reorientação das atividades assistenciais.

Por essa razão, assume relevo o convênio celebrado entre MEC e MPAS, mediante o qual os hospitais de ensino, que não recebiam remuneração pelos atendimentos prestados aos pacientes previdenciários, passaram a ser pagos para fazê-lo. Em contrapartida, tais instituições colocaram à disposição da Previdência instalações hospitalares e ambulatoriais de vulto, de modo a reduzir a carência indiscutível de instalações do INAMPS.

Diante da importância de que se reveste o convênio referido, para ambas as partes interessadas, é importante que se desenvolvam todos os esforços para evitar sua desarticulação; o maior fator de risco nessa linha é a desatualização dos valores de remuneração previstos no convênio. A simples comparação entre os valores pelos quais são pagos os atos assistenciais prestados por hospitais particulares e aqueles previstos no convênio MEC/MPAS testemunha esse fato. Documento divulgado pelo Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras apresenta números sugestivos: no Hospital São Paulo, vinculado à Escola Paulista de Medicina, levantamento realizado mostrou ter a instituição recebido, em um mês de atividades, apenas 46% da remuneração a que faria jus, caso fosse adotada a tabela normal de remuneração do próprio INAMPS; o Hospital das Clínicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, fazendo cálculo semelhante, encontrou valor de 64%; no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, a prestação de certo volume de serviços assistenciais a doentes previdenciários foi remunerada com apenas 15% dos valores a serem pagos pela tabela do próprio

INAMPS. Em todas essas situações, despesas assistenciais devem ter sido cobertas com verbas que estariam reservadas para ensino e pesquisa.

A situação chegou aqui ao limite do intolerável e a conseqüência concretiza-se na atual inativação, entre outros, de dois dos hospitais de ensino mais tradicionais do Brasil: o Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Trata-se do resultado da atuação de um conjunto de fenômenos extremamente complexos, que envolvem de um lado a situação salarial e funcional dos integrantes das Universidades no Brasil e, de outro, os custos insuportáveis de operação de um hospital de ensino. Um fato muito sugestivo, dentro desse panorama sombrio é que os próprios professores têm manifestado sua solidariedade com as manifestações de funcionários e alunos, testemunhando uma unanimidade de pontos de vista excepcionalmente visto no Brasil.

Uma última palavra vale como advertência e provavelmente caia no vazio, em particular no âmbito das grandes escolas médicas e dos hospitais universitários (na plena acepção da portaria 111/84); trata-se da convicção de que o corpo docente de nossas instituições de ensino médico precisa ainda testemunhar seu real envolvimento com os problemas econômicos ligados à operação dos hospitais de ensino. De uma parte, é indispensável que desenvolvam um projeto de educação médica com a máxima qualidade possível, mas com o mais rigoroso espírito de economia, como já foi salientado. De outra parte, contudo, trata-se de utilizar ao máximo as oportunidades que os atuais dispositivos contratuais entre MEC e MPAS permitem. Nesse sentido, é de se perguntar qual a razão pela qual os doentes particulares dos docentes de nossas escolas médicas — em sua esmagadora maioria vinculados à Previdência Social — deixam de ser atendidos nos respectivos hospitais de ensino.

O exemplo nos vem aqui de muitas de nossas escolas médicas ditas pequenas, mas que deveriam ser imitadas. Aí então estaríamos todos em condições de, com plena autoridade moral, continuar nossa luta pela revisão dos valores do convênio MEC/MPAS.