

# Médicos & Medicina

*Olimpio J. Nogueira V. Bittar\**



É inegável o avanço conseguido pela medicina, como ciência, no século passado. Talvez somente possa ser comparado ao da aviação, no mesmo período.

Porém, como profissão, não se pode dizer o mesmo, já que seguramente, ao longo do tempo, vem enfrentando problemas de ordem social, econômica, política e psicológica. Tecnicamente, nossos médicos se equiparam aos melhores do mundo e têm um expoente que engrandece o país em todo o território nacional e no exterior.

Mas qual a análise que pode explicar o ocorrido com esta profissão milenar, aqui no Brasil? No espaço que se segue, pretende-se colocar algumas reflexões sobre o desgaste da profissão e da categoria médica nos últimos anos.

Do início do século XX até a década de 60, a medicina, pode-se afirmar, era quase artesanal. O médico contava, para exercer o seu mister, com a história clínica e alguns poucos equipamentos, como o estetoscópio, o aparelho de pressão, o eletrocardiógrafo e o aparelho de RX. Para o tratamento, dispunha de medicamentos e técnicas cirúrgicas, também artesanais, com as quais resolvia boa parte dos problemas. Prevenção da doença, promoção da saúde e reabilitação, embora importantes, eram independentes da prática da cura.

O local para o exercício da profissão era o domicílio, as Santas Casas de Misericórdia, instituições seculares, e alguns poucos hospitais públicos e privados, de baixo investimento, que se utilizavam de tecnologia simples tanto para a técnica como para a administração.

A partir da década de 70, o desenvolvimento tecnológico teve um avanço surpreendente, trazendo uma complexidade de tecnologia que exigiu formas diferenciadas de ensino, administração e provisão. Essa complexidade tecnológica incorporou-se em todas as áreas, na planta física, nos equipamentos, nos

instrumentais, de tal maneira que as pessoas ligadas a essas áreas também tiveram que incorporá-las, fazendo com que houvesse um aumento qualitativo do seu conhecimento e um aumento quantitativo do número e categoria de especialistas, tanto de médicos como de outras profissões, que trabalham no ramo para execução, manutenção e interpretação dos seus atos. Esta complexidade trouxe altos custos para o sistema.

Com o surgimento de novas profissões, outros profissionais, além do médico e do pessoal de enfermagem, foram incorporados à equipe, como o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o nutricionista, o psicólogo, o assistente social e os técnicos em várias especialidades.

Neste íterim, o número de faculdades passou de pouco mais de uma dezena para uma centena, massificando a formação do médico, colocando no mercado mais profissionais do que a necessidade, havendo locais onde a concentração atinge 1 médico/180 habitantes, divididos em especialistas e super ou subespecialistas.

Neste espaço de tempo, de meados do século XX ao seu final, o financiamento das ações de saúde também sofreu modificações, do indigente que tinha seu atendimento gratuito, graças às Santas Casas e benevolência dos médicos, dos segurados de alguma caixa de pensão e dos pacientes particulares, passou a ser assistido pelo Sistema Único de Saúde, por convênios médicos (seguros-saúde, cooperativas médicas, medicina de grupo e auto-gestão) com grande redução dos pacientes particulares, vindo a dificultar para o médico a negociação de seus honorários pela prestação dos seus serviços.

Hoje a sociedade passa por um processo de empobrecimento, luta por recursos escassos, inclusive queda do poder aquisitivo da população e concentração de renda. O médico, autônomo, passa a empregado ou subempregado, levando a prejuízos profissionais e sociais.

Esta evolução traz ao médico e à sociedade como um todo um descontentamento que enseja conflitos entre ambos, muitas vezes instrumentalizados por entidades governamentais, privadas não-lucrativas e lucrativas, sindicais e políticas. O intuito desta introdução é fornecer base para uma análise dos pontos de vista político, econômico, educacional e social, muitas vezes imbricadas, que se segue. Do ponto de vista social, cultural e psicológico, aconteceram perdas tanto para a comunidade como para os próprios profissionais. Iniciando-se pelos médicos, ocorreu a passagem de profissionais liberais para profissionais assalariados, da independência para a dependência de ação, do trabalho isolado para o trabalho em equipe; porém, permanecendo suas prerrogativas, inclusive legais de diagnosticar e prescrever, o que mantém implícita a coordenação das ações. Para a comunidade, socialmente ela se distancia do médico. Aquele que era o amigo da família, que acompanhava desde o nascimento até a morte, passa a ser um prestador de serviços, frio e sem interação emocional com o paciente, em boa parte das vezes inteirado pela razão, dando margens a conflitos e muitas vezes a litígios jurídicos. Do ponto de vista econômico, as perdas foram para ambos. A formação do médico envolve altos investimentos, tanto financeiros como em relação ao tempo necessário para sua graduação e pós-graduação. Os pagamentos feitos por salários ou procedimentos realizados, dentro do sistema atual, não se baseiam em custos reais. Estas distorções obrigam o profissional a procurar vários locais de trabalho, aumentando

significativamente a carga horária diária, ultrapassando um limite seguro. Parece que hoje alguns médicos se formam para ser plantonistas, como uma forma de suplantar as dificuldades causadas pelo que foi dito anteriormente. Para as comunidades, as idas e vindas dos pacientes aos ambulatórios e hospitais, cada vez atendidos por um médico de plantão, significam, além do sofrimento em si, perdas financeiras, gastos em transporte, dias de ausência ao trabalho, e outras conseqüências físicas e psicológicas. A interação médico-paciente/ cliente é muito mais que desejo e necessidade deste último, é parte importante do diagnóstico e da terapêutica. Ainda desse ponto de vista, o aumento do número de faculdades, que levou à massificação da classe, vai frontalmente contra a lei da oferta e da demanda, uma vez que a proliferação de médicos, algo em torno de 9.500 a 10 mil, anualmente, somados aos 260 mil em atividade, faz com que a remuneração seja aviltada, as condições de trabalho deterioradas, possivelmente iatrogenia exacerbada, satisfação deturpada, perda de status e aumento da concorrência. Processa-se também um aumento das especialidades, grande número de subespecialidades, novo atropelamento das leis de mercado, para conviver com elas e mais uma vez isso é igual à divisão de recursos escassos. Vale aqui um parêntese, o de que nem todos conseguem ser especialistas ou subespecialistas, já que o número de vagas em residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura não passa da metade do número de formandos.

Financeiramente, ocorre a divisão do espaço com laboratórios farmacêuticos, indústria de equipamentos médicos e de materiais de consumo, que pressionam para compra das novidades, muitas vezes sem estudos geográficos, demográficos, epidemiológicos e de mercado que espelhem a base de utilização correta, útil e eficiente de medicamentos, equipamentos, órteses e próteses. Valorizam-se os procedimentos de alta em detrimento daqueles de baixa complexidade tecnológica quando a maior necessidade da comunidade e suas doenças é por estes últimos. Força-se o abandono da semiologia pelo exagero nos exames complementares de diagnóstico, na maioria das vezes com resultados normais; estimula-se a prescrição de medicamentos, por vezes em excesso, tudo isso representando desperdício.

Do ponto de vista político, toma-se complicado o planejamento e a execução de políticas públicas, devido ao choque entre as diferentes culturas, dificuldade de administração, a falta de hábito em exercitar o diálogo, dificuldade de alocação correta dos poucos recursos financeiros, materiais e humanos.

Nas estruturas organizacionais da área de saúde, o poder de decisão sobre os gastos está nas mãos dos profissionais médicos, principalmente, e isto impõe formas alternativas de gestão.

Não é o objetivo discutir aqui a educação da comunidade, mas sim a do médico e o poder de interferência no sistema social e de saúde. Todavia, abastecê-la de informações poderia ajudá-la na decisão para redução de escolas médicas e na menor influência no que diz respeito à alta complexidade tecnológica como panacéia para todos os males.

A sociedade vive hoje da obtenção ampla do conhecimento, em que se faz imperioso o investimento nos chamados recursos humanos nos seus aspectos técnicos, administrativos e comportamentais. O relacionamento médico paciente/ cliente deve ter papel decisivo na prevenção e na cura. Esse binômio deve caminhar junto, apoiado nos aspectos citados.

Quanto aos aspectos técnicos, em parte atingem os seus objetivos, dado que a evolução médica ocorrida no mundo é acompanhada pelas nossas escolas, já que a tecnologia de ponta não é segredo. Enquanto desenvolvem equipamentos, instrumentais, procedimentos, drogas e desponta a genética, pouco valorizam a prevenção da doença, a promoção da saúde e a reabilitação. O ensino é voltado para a cura, com suas conseqüências e custos elevados. Diante disso, toma-se importante que o ensino médico seja descentralizado, valorizando outros serviços além do hospital, mais humano e com custo menor, como unidades básicas de saúde, utilização do ambulatório para procedimentos cirúrgicos e outros de média complexidade, assistência domiciliar, mais humanas e de menor custo. Uma formação baseada nesse modelo favoreceria uma mudança cultural positiva tanto para a classe médica quanto para a sociedade em geral.

O currículo não privilegia as disciplinas de administração e economia, dificultando o profissional a liderar equipes e combater desperdícios. O treinamento do médico deveria ser voltado para a melhoria das relações pessoais, uso racional dos recursos, utilizando-se de protocolos clínicos, padronização de materiais, medicamentos e exames complementares, além de permitir conhecimento sobre formação de custos, das formas de financiamento do sistema e suas limitações, como base para o desenvolvimento do seu trabalho.

Pode-se argumentar que o conteúdo do currículo médico, biológico, já é por demais extenso e pesado para se acrescentar mais disciplinas sociais.

Não se espera formar administradores num curso médico, mas é importante disponibilizar informações sobre existência de métodos e técnicas para se relacionar, liderar, não desperdiçar, aproveitar o máximo potencial das pessoas e instituições.

Sociologia e psicologia são disciplinas pouco exploradas na formação destes profissionais. Tratar indivíduos isoladamente ou em grupos exige técnica e métodos estruturados, aprendidos na teoria e testados na prática. O que os médicos mais fazem quando lidam com clientes, pacientes, seus pares, outros profissionais e convênios médicos, são processos de interação, de negociação, que exigem bagagem de conhecimentos sobre estas disciplinas.

Mesmo o marketing pode ajudar no melhor desenvolvimento da profissão, na interação com o cliente, na aproximação com a equipe, na melhor aceitação da sua prescrição, na "fidelização" do seu cliente. .

Uma visão holística de longo prazo, a mudança de cultura, e a revisão de princípios são pontos que se espera atingir com estes conhecimentos.

Dentro desse aspecto, aumenta-se o número de faculdades de medicina e não se tem, em contrapartida, o aumento do número de cursos de administração em saúde, tanto para médicos como para não-médicos. O volume e a complexidade de recursos e ações atuais passam a exigir hoje uma equipe com perfil e conhecimento destas disciplinas.

O aumento da pressão da população por melhores cuidados médicos, as dificuldades porque passam esses profissionais, a tendência do aumento dos problemas judiciais, fazem com que se inicie de imediato a tomada de medidas que digam respeito às escolas médicas, número de formandos e currículo.

A diminuição das escolas médicas deve ser precedida de auditorias técnico-científicas, administrativas e financeiras, nesta última incluindo-se estudos de

viabilidade, como foi o exemplo americano, no início do século passado. Da mesma forma, o número de estudantes de graduação certamente deve ser revisto. Finalizando, deve ser enfatizada novamente a necessidade de mudança no currículo da escola médica, revendo princípios, conceitos e matérias a ser incorporadas. É importante que a revisão do atual sistema envolva diretamente a categoria médica e que a sociedade possa também expressar a sua expectativa em relação à qualidade dos cuidados que deseja e necessita.

*\* Médico especialista em Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde. Professor Doutor com Livre-Docência em Saúde Pública. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. E-mail.- bittar@usp.br*