

Sobre a tendência à especialização na medicina

JOSE CARLOS PEREIRA¹

INTRODUÇÃO

A tendência à especialização na medicina é presentemente universal nos países ocidentais. A profissão, que há duas décadas mais ou menos tinha por protótipo o clínico geral, hoje, praticamente, tem por protótipo o especialista. Isso dá a entender que aquilo que era uma tendência na verdade já se transformou em norma. Nossa intenção aqui será discutir certo número de condições e fatores geralmente considerados como responsáveis por essa mudança e, em seguida, dar um enfoque diferente a essas interpretações.

EXPLICAÇÕES CORRENTES

Há uma série de explicações correntes do processo. Talvez a mais mencionada seja a que se refere à evolução da medicina como ciência aplicada. Entende-se que tal evolução implicou numa crescente complexidade técnico-científica, que, do ponto de vista prático, veio tornar muito difícil para a mesma pessoa dominar todo o campo de conhecimentos abrangido pela medicina. Em outras palavras, o próprio desenvolvimento da ciência e da tecnologia relacionadas com a prática médica teria forçado os médicos a, por assim dizer, restringirem seu campo de atuação, especializando-se no campo restrito que pudessem dominar e, inclusive, aprofundar.

Freqüentemente, a sofisticação tecnológica no campo médico, no caso brasileiro e outros assemelhados, está vinculada a nossa dependência

¹O autor é doutor em sociologia pela Universidade de São Paulo, ex-professor do Departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras e, atualmente, membro do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, ambas da mesma Universidade.

cultural (no amplo sentido), principalmente dos Estados Unidos. Ao tomar como paradigma a medicina praticada neste último país (efeito de demonstração), as instituições formadoras de médicos e as classes de renda mais alta tenderam a valorizar positivamente o profissional especialista. Em conseqüência, este se tornou o modelo para os futuros médicos e alterou os conceitos sobre atendimento médico "ideal" do restante da população.

O exemplo do professor-especialista, por sua vez, teria influenciado os alunos no sentido de optar precocemente por uma especialização ainda no próprio curso de graduação. A própria precocidade da opção produziria neles certa insegurança quanto aos seus conhecimentos globais, o que poderia inclinar os recém-formados às especializações gerais num primeiro estágio e às microespecializações num segundo. Além do mais, ao receberem seu ensino em hospitais universitários, onde a sofisticação do aparelhamento é a regra, vão-se tornando mais e mais dependentes de um complexo instrumental que só pode ser utilizado por quem tenha conhecimento especializado de seu uso, o que dificultaria posteriormente o abandono do setor restrito em que se especializaram. Esse tipo de ensino de graduação também faria com que os alunos se familiarizassem sobretudo com doenças raras, crônicas e degenerativas, características de um nível terciário de atendimento, que necessitam de cuidados médicos especializados em maior grau. Em suma, a especialização seria estimulada já durante o período de formação do futuro médico, a qual tenderia para dois aspectos principais: a citada imitação do modelo de assistência médica vigente num país desenvolvido e o aprendizado voltado para um padrão de saúde e doença típico de países em estágio de desenvolvimento mais avançado e não do Brasil, fazendo com que grande número de médicos tenha uma formação relativamente inadequada para enfrentar a realidade concreta de nosso país.

Outra explicação habitual refere-se à expansão da procura de serviços médicos especializados, induzida, entre outros fatores, pelo aceleramento dos processos de urbanização e industrialização e pela conseqüente enorme ampliação do número de pessoas vinculadas à Previdência Social. Quando esta passou a prestar assistência médica aos seus associados, não só veio ao encontro de suas necessidades sentidas como estava interessada em prestá-la a baixo custo e a um grande número de pacientes, diminuindo seus dispêndios com afastamentos do trabalho, por exemplo. Nesse ponto, teriam entrado em cena os interesses da "classe" médica e dos órgãos governamentais. Assim, o credenciamento em massa de especialistas por parte do INPS poderia indicar, de um lado,

que o órgão previdenciário considerou o atendimento médico por estes mais satisfatório quanto à rapidez de recuperação do paciente; e de outro, que esse credenciamento unicamente de especialistas procurou atender a uma preocupação da “classe” médica, no sentido de diminuir suas tensões internas, decorrentes da competição no mercado de trabalho.

Isto significaria que a política de saúde do Ministério da Previdência Social (pois este é mais importante nessa matéria que o Ministério da Saúde) respondeu a considerações não apenas ou sobretudo médicas desde que quantidade de pacientes atendidos a baixo custo e a ampliação do mercado de trabalho para médicos não podem ser tidas como considerações de cunho médico — mas também de política econômica e social. Ademais, o processo de especialização na medicina teria sido acelerado pela entrada dos órgãos previdenciários no campo da assistência médica, por se haverem eles rendido às pressões de interesses particularistas quanto à assistência hospitalar, financiando, a juros baixos e a longo prazo, a construção e o aparelhamento de hospitais. Essa política teria sido, ao mesmo tempo, causa e efeito do grande destaque ganho pela assistência médica hospitalar, sobretudo nas regiões sul e sudeste do país, com a utilização de equipamentos sofisticados e custosos. Poder-se-ia dizer que tal tipo de assistência levou à ampliação do número de especialistas, já que requer mais os serviços destes. Assim, tanto direta como indiretamente, o INPS, com sua política de saúde, teria reforçado a tendência à especialização.

Concomitantemente, ao nível de atendimento particular, ocorreu uma promoção também acentuada de necessidades artificialmente criadas (levando ao que Ivan Illich chamou de “medicalização” da vida), cujo efeito real foi o aumento de assistência médica especializada. Essa assistência, embora vindo atender à procura de camadas que podem pagar, que dão preferência ao uso por parte do médico de equipamento sofisticado e à confirmação de diagnósticos através de exames laboratoriais e outros, repercutiu, em virtude do citado efeito de demonstração, sobre as demais camadas sociais, incentivando a especialização, inicialmente nas grandes cidades e posteriormente em todo o país.

Quanto à oferta de serviços médicos, o aspecto mais relevante que se tem buscado é o crescimento do número de profissionais, em termos tanto absolutos como relativos. Não nos interessa aqui discutir a razão da grande procura das escolas médicas por parte dos estudantes em vias de entrar para um curso superior. Objetivamente, o resultado do grande número de candidatos a futuros médicos foi pressionar o Estado

e estimular entidades privadas a instalar maior quantidade de escolas de medicina. Se os novos médicos, em sua grande maioria, se dedicassem à clínica geral, a competição entre profissionais se tornaria por demais acirrada.

Outro fator freqüentemente citado entre os que teriam contribuído para que a especialização se tornasse a regra é o de que uma porção poderável dos antigos clínicos gerais não se mantivera atualizada sobre os avanços da medicina, prestando (com numerosas exceções) serviços deficientes. Assim, teria sido natural que os jovens médicos desejassem ostentar o título mais prestigioso de especialistas, disvinculando-se de uma imagem que se estava tornando negativa.

Finalmente, mas sem exaurir o assunto, outro tipo de explicação usa as tradicionais colocações a respeito do surgimento e evolução do processo de divisão social do trabalho, cuja amplitude é uma das características centrais das sociedades econômica e socialmente complexas. Em sua obra *De la division du travail social*, Durkheim considera tal divisão como conseqüência do aumento do volume e da densidade da população. O processo teria levado a um tipo especial de solidariedade entre os homens, a solidariedade orgânica, que teria por fundamento suas diferenças, em contraposição à solidariedade mecânica, em que tal fundamento seriam suas similitudes. A função social da divisão do trabalho, para Durkheim, seria a evitação do conflito.

Durkheim enfatiza pouco o aspecto econômico da divisão do trabalho, ao contrário de Adam Smith (*An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*), que está interessado na divisão técnica do trabalho como um dos principais meios de elevar sua produtividade, fator primacial para se atingir o que, em linguagem atual, seria o desenvolvimento econômico. No contexto destas observações, dir-se-ia que a divisão social do trabalho levou ao surgimento dos ofícios e profissões (como a de médico) e que o avanço do processo produziu a divisão técnica dos próprios ofícios e profissões (o especialista, em nosso caso), nitidamente voltada para o objetivo consciente de produzir economicamente mais. A fragmentação da profissão médica, como a das demais profissões liberais, ainda que ocorrendo muitas décadas após o mesmo processo ter atingido os antigos ofícios, teria causa semelhante: as exigências do sistema de produção.

UMA CONCLUSÃO PARCIAL

Ainda que não exaustivo, este conjunto de condições e fatores teria militado em favor da especialização. Ainda que sua utilidade, quando

excessiva, seja quase sempre questionável em termos do que se poderia entender por uma assistência médica "ideal" num país como o Brasil, seria ela a expressão de um processo que atenderia, de um lado, aos anseios dos próprios médicos, que poderiam manter relativamente intacta sua coesão grupal, e viria, de outro, ao encontro de ponderável parte daqueles que procuram assistência médica, que se julgaria melhor quando prestada dentro do esquema da especialização. Sob outro prisma, a tendência à especialização permitiria aos médicos uma assimilação mais rápida dos avanços técnicos e científicos ocorridos em sua área de atuação, melhorando a qualidade dos serviços prestados. A possível elevação de seus custos seria compensada pela rapidez e eficiência que se supõe estarem associadas à especialização.

ALTERANDO O ENFOQUE: O OUTRO LADO DA QUESTÃO

Sugerem as colocações anteriores que a intensificação da especialização na profissão médica respondeu a um processo social que beneficiou seus dois principais protagonistas: o médico e seu paciente. *No entanto, isso só ocorreu na aparência: se aprofundarmos a interpretação, ela nos mostrará a outra face da moeda.* De fato, o movimento subjacente ao processo escapou ao controle dos participantes, e principalmente aos próprios médicos. A especialização na medicina, vista por um prisma diferente, se apresenta como um produto de mudanças sócio-econômicas. Sendo produto, não foi uma *criação conscientemente planejada* por médicos e enfermos. Não há dúvida que uma das facetas mais características dessas mudanças é a divisão técnica do trabalho. A realização de tarefas cada vez mais específicas é uma constante na evolução da sociedade humana, já que incrementa a eficácia e o aumento da produtividade. A essa tendência, que se intensificou enormemente nos dois últimos séculos, não escapou a medicina.

Resta, contudo, perguntar a quem de fato mais tem aproveitado a fragmentação do trabalho. É sintomático que o processo se acelerou à medida que o regime capitalista de produção sobrepujava regimes em que predominava a reprodução simples do capital. A atividade artesanal, responsável pela produção direta de bens, foi a primeira a desaparecer, porque não atendia às necessidades do processo de reprodução ampliada. Ao parcelamento dos ofícios, seguiu-se o das profissões. Se é certo que o homem que realiza um trabalho parcial torna-se capaz de efetuá-lo com maior perfeição, rapidez e eficiência, por ficar restrito a uma porção do todo (como mostrou Adam Smith no caso da fabricação

de alfinetes), o mesmo não ocorre, necessariamente, em profissões como a de médico, em que o agente tem que ter a noção clara desse todo. Isto para não nos referirmos ao que possa ocorrer com o trabalhador parcial, cujo grau de alienação aumenta, como mostra Erich Fromm, entre outros.

A mesma atividade de coordenação que a especialização em tarefas específicas impôs ao empresário no caso do trabalho industrial pulverizado passou a ser necessária no caso dos médicos que, em virtude de sua especialização excessiva, se tornaram incapacitados de encarar o paciente como um todo biológico, psicológico, social e cultural. Disso resultou uma forma de atendimento que é produto comum de profissionais parciais, assim produzindo uma faca de dois gumes: desde que se trate de encarar o homem enfermo como um somatório de partes, cada qual suscetível de tratamento isolado, o especialista pode proporcionar mais serviços médicos em quantidade e qualidade; e tanto médicos quanto pacientes podem passar a depender de uma instituição mais ampla, representada pelos serviços estatais de assistência médica, empresas proprietárias de aparelhos sofisticados, hospitais, laboratórios, etc. Do ponto de vista do prestador de serviços médicos, o problema se desloca para o domínio daquele instrumental; e do ponto de vista daquele que os recebe, para o de seu atendimento como um homem integral e não fragmentado. A eficácia do profissional em aspectos restritos não garante tal atendimento.

Voltado para sua atividade parcial, a questão raramente preocupa o especialista e, muito menos, o proprietário de "indústrias" que pretendem, direta ou indiretamente, proporcionar saúde e/ou combater a enfermidade. O primeiro tende a se aprofundar apenas em seu campo limitado, desinteressando-se de outros, igualmente importantes da perspectiva tanto individual como social, e perdendo mesmo, quando transformado em ultra-especialista, a liberdade de atuação dentro da própria profissão. Para ele, é mais difícil mudar de especialidade ou de lugar de trabalho, ou mesmo desvincular-se de empregadores, que podem existir em número limitado (algumas vezes representados tão só pelo Estado).

A atomização do trabalho médico pode levar também à atomização de responsabilidades, em parte porque a excessiva divisão técnica da profissão acentua a necessidade de serviços administrativos de apoio, com o conseqüente realce da burocratização e possível impessoalização das relações. Max Weber (*Economía y Sociedad*, na tradução em língua espanhola) enfatiza a superioridade técnica da organização burocrática,

em decorrência exatamente de sua imparcialidade, mas burocratização nem sempre significa racionalização das atividades às quais se aplica. Independentemente do significado dúbio do termo "racional", é patente a freqüência com que a instituição encarregada da organização dos meios tende a se tornar um poder à parte e superior, subvertendo a hierarquia entre meios e fins e perdendo de vista o objetivo central. Mesmo que isso não ocorra, uma das conseqüências da intensificação do processo de burocratização é tornar mais difícil e complicada a vida das pessoas envolvidas. Como membro de uma organização burocrática, é difícil ao médico não absorver um pouco de uma de suas mais marcantes características, qual seja, a impessoalidade, que muitas vezes leva à citada atomização de responsabilidades.

De qualquer modo, e isto é o fundamental, não procede atribuir aos médicos, seja em nível individual ou grupal, a tomada de decisões quanto ao avanço do processo de especialização na medicina. O médico, o mais das vezes, torna-se especialista para se integrar ao mercado de trabalho existente e não porque assim o tenha decidido de moto próprio. Como especialista, poderá ter melhores oportunidades de obter maiores salários ou honorários, porque o sistema de atenção médica desenvolvido no Brasil privilegia o emprego de especialistas. Nessa qualidade, mesmo nos raros casos em que possa ser o dono de seus instrumentos de trabalho (porque a regra é o assalariamento, pelo menos nos grandes centros urbanos), a vinculação a instituições torna-se para ele quase obrigatória, desde que dificilmente estará em condições de proporcionar atendimento aos pacientes encarados como uma totalidade. Entendemos, pois, que é de todo procedente fazer-se uma distinção entre o processo inicial de divisão social do trabalho e seu desdobramento, a divisão técnica e profissional: o significado social do primeiro processo é bastante nítido, enquanto, no segundo caso, é maior a motivação econômica, não dos que sofreram o processo, mas dos detentores dos meios de produção. Na divisão social, os beneficiários são o conjunto da coletividade; na divisão técnica e profissional, os prejudicados é que são muitos, e poucos os beneficiários. Em tal situação, o especialista passa a ser vítima, porque não encontra condições de exercer a clínica geral nem de proporcionar assistência médica integral.

CONCLUSÕES

Através da inversão realizada na análise e interpretação, verificamos que o principal beneficiário da especialização provavelmente não é o

médico nem o paciente, mas a “indústria” de assistência médica. Não se esgota nela, contudo, o número dos favorecidos pelo processo. Também os setores industriais dedicados à produção de aparelhos e instrumentos indispensáveis à medicina sofisticada, confundida, nem sempre com razão, com a de alto padrão. Uma colocação desse tipo é necessária para evitar a tendência de encarar apenas o médico levado à especialização como o agente mais importante através do qual se pode e deve interpretar o problema. As pressões, condições e fatores que desencadeiam e reforçam a tendência à especialização são mais significativos: o mercado de trabalho médico, a intervenção do Estado, as diversas esferas da produção voltadas para o setor médico, os processos econômicos que condicionam e mesmo determinam a divisão técnica e profissional do trabalho. Os pacientes, por sua vez, são induzidos a valorizar o especialista com argumentos nem sempre racionais. Quanto aos governos, incentivam a especialização pressionados por todos os atores envolvidos e também para diminuir tensões numa área sensível como o é a da saúde. E as indústrias farmacêuticas e de material utilizado na prática médica de todo o tipo, seguindo a dinâmica do sistema capitalista, dependem da criação de uma demanda (real ou artificial) cada vez maior de medicamentos, aparelhos, instrumentos, etc.

Por outro lado, o conjunto do empresariado interessa-se em aumentar a produtividade da força de trabalho mediante a melhoria ou recuperação, a baixo custo, das condições de saúde desta. A utilização de serviços médicos prestados por empresas e pela Previdência Social, empregando especialistas que fragmentam o atendimento, pretende fazer com que, mais rapidamente e a esse custo mais baixo, a mão-de-obra, sobretudo a mais qualificada, seja recuperada para a atividade produtiva. Contudo, neste ponto, podem (ou poderão) surgir conflitos de interesse dentro do próprio empresariado, quando parte dele, dedicada à “indústria” da saúde, eleva os gastos com a assistência médica, e o restante, empenhado em expandir seus ganhos, visa o aumento da produtividade e, mais ainda, o da rentabilidade, o que implica na diminuição dos custos dos serviços médicos, de tensões dentro e fora das empresas, ou seja, no sistema social global.

Ora, o aumento da rentabilidade exige a ampliação da demanda, o que pode ser prejudicado se os gastos com a atenção médica se elevam em demasia, diminuindo a proporção das rendas destinadas à aquisição de bens e serviços não médicos. Neste sentido, cremos poder concluir que, para os participantes diretos da relação, as conseqüências da especialização não foram realmente benéficas, ou o foram em proporção bem menor do que se costuma referir.

Sendo acertadas estas conclusões, não pode ficar sem reparo o papel discreto e conservador que tem exercido a universidade brasileira nesse particular, e especialmente suas faculdades de medicina. A função criadora, que deveria ter como princípio diretor e orientador um ponto de vista crítico, foi muito obscurecida. Uma e outras exageraram seu papel de instituições transmissoras passivas de conhecimentos, não agindo sobre o meio no qual estão inseridas, mas tão somente, de modo geral, recebendo seus influxos. Autênticas instituições universitárias não se podem transformar em simples agências formadoras de profissionais de nível superior, desvinculando-se da missão maior que as define: o pensamento reflexivo e organizado que não só afirma, mas, principalmente, duvida e nega, ou seja, crítico, o que implica na apreciação do valor desse pensamento (sob todos os aspectos) e da ação dele derivada.

Para exercer esse papel, a universidade precisaria agir sobre o meio. Para isso, os professores universitários, que são sem dúvida o que de mais importante existe na instituição, têm que atentar para os problemas de sua realidade social, percebendo-os com maior clareza. Feito o diagnóstico da situação, tão preciso quanto seja possível, o passo seguinte é atuar no sentido de alterar seus aspectos que possam ser considerados como indesejáveis. Ainda que a universidade seja também, em grande parte, um produto de processos sociais mais gerais, sobre os quais nem sempre pode atuar com vigor, nada obsta que aja dentro dos limites que lhe são outorgados e que, diga-se de passagem, podem ser alargados. Afinal, são os homens que fazem a história. A maioria deles, é certo, tem condições excessivamente limitadas para fazê-la. Não, porém, em nosso entender, os membros da comunidade universitária. Se eles, de quem se espera tenham uma consciência mais aprofundada dos problemas, e cuja posição é superior à da maior parte de outros grupos sociais, não tiverem um mínimo de condições para alterar os rumos de um processo social parcial, teríamos que reconhecer que somos meros autômatos.

RESUMO

Da evolução da medicina como ciência aplicada à expansão da procura de serviços médicos especializados, passando pela influência do professor-especialista sobre a decisão precoce do aluno de optar por um ramo especializado, o autor faz um apanhado de explicações do processo de especialização, para concluir que um de seus principais fatores é, no

caso do Brasil, a política do sistema de providência social que favorece o especialista.

São também citados a (nem sempre justificada) preferência do paciente—pelo menos o que pode pagar—pelo médico que trabalha com equipamento sofisticado, o interesse econômico da indústria que produz ou possui esse equipamento e o desejo do médico-novo de escapar à acirrada competição que o esperaria na prática geral, descartando-se ao mesmo tempo da imagem um tanto negativa do clínico geral que não se manteve a par dos avanços da medicina.

Examinando a questão no contexto de teorias sociológicas da divisão social e técnica do trabalho, assinala o autor que o processo conduziu à atomização de responsabilidades entre médicos que a especialização excessiva tornou incapazes de encarar o paciente como um todo biológico, psicológico, social e cultural.